

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

ESCUELA DE POSGRADO

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**



**FACTORES DETERMINANTES ASOCIADOS AL INICIO DE
ATENCIÓN PREVENTIVA EN ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSE GABRIEL CONDORCANQUI,
CARMEN ALTO - AYACUCHO 2019**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

Bach. SONIA ANAYA HUARCAYA

AYACUCHO - PERU

2019

DEDICATORIA

A Dios, quien ilumina mi camino y está siempre conmigo;

A mi hija, Nathaly Alexandra por ser la razón de mi superación y el logro de mis metas.

A mis padres: Julio y Aurea por su guía, apoyo y ejemplo extraordinario y ser las personas más importantes.

A mis hermanos, por su apoyo incondicional, me alientan a seguir adelante con optimismo, agradezco su comprensión y sus aunados esfuerzos.

Sonia

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, alma mater, por acogerme en sus aulas, en las cuales me constituí día a día y a su plana docente por compartir y fortalecer mis conocimientos.

A mi asesor, por su confianza y apoyo incondicional en la ejecución y conclusión de la presente tesis.

Al Director y plana docente de la Institución educativa José Gabriel Condorcanqui por brindarme todas las facilidades en la recolección de los datos.

A todas aquellas personas que directa o indirectamente colaboraron en la ejecución y conclusión de la presente tesis.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	8
Planteamiento del problema	9
Objetivos	10
Hipótesis	11
I. MARCO TEÓRICO	13
1.1. Antecedentes	13
1.2. Bases teóricas	16
1.2.1. Factor familiar	16
1.2.2. Factor social	16
1.2.3. Factor personal	17
1.2.4. Factor institucional	17
1.2.5. Factores determinantes	17
1.3. Marco conceptual	21
1.3.1. La adolescencia	21
1.3.2. Etapas de la adolescencia	29
1.3.3. Atención integral	31
1.3.4. Atención preventiva	32
1.3.5. Atención integral del adolescente	33
1.3.6. Estrategias y enfoques de la atención integral del adolescente	34
1.3.7. Paquete de atención integral	35
1.3.8. Identificación de variables	35
II. MATERIALES Y MÉTODOS	36

2.1.	Enfoque del estudio	36
2.2.	Tipo de estudio	36
2.3.	Diseño de investigación	36
2.4.	Población, muestra y muestreo	37
2.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
2.6.	Validación y confiabilidad de los instrumentos	40
2.7.	Plan de análisis y procesamiento de datos	42
2.8.	Plan de análisis estadístico	43
2.9.	Consideraciones éticas	43
III.	RESULTADOS	44
IV.	DISCUSIÓN	50
V.	CONCLUSIONES	53
VI.	RECOMENDACIONES	54
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
VIII.	ANEXOS	59

RESUMEN

El **objetivo** del presente estudio fue determinar los factores determinantes asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019, **Materiales** **Métodos**, se empleó el diseño descriptivo correlacional de corte transversal, el nivel de investigación cuantitativo; la **población** objeto de estudio fue 482 adolescentes, con una **muestra** de 160 adolescentes; la **técnica** de estudio fue la encuestas; el instrumento utilizado fue cuestionario estructurado validado por un juicio de expertos (79%). Los **resultados** encontrados fueron: 65% de adolescentes recibieron un inicio de atención preventiva regular en la que no hay influencia de los factores determinantes; al igual que el factor personal no influyen en el inicio de la atención preventiva del adolescente (65%); mientras que el factor familiar influye adecuadamente en el inicio de la atención preventiva del adolescente (45%); y el factor social (73,1%) no influye en el inicio de la atención preventiva del adolescente, finalmente el factor institucional 67,5% no influye en el inicio de la atención preventiva. Se **concluye** que el 80% de adolescentes recibieron un inicio de atención preventiva regular y los factores determinantes tienen una relación débil positiva.

Palabras clave: Atención preventiva, factores determinantes.

ABSTRACT

The **objective** of the present study was to determine the determining factors associated with the start of preventive care in adolescents of the educational institution José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019, **Materials Methods**, the correlational descriptive cross-sectional design was used, the research level quantitative; The population studied was 482 adolescents, with a sample of 160 adolescents; the study technique was the surveys; the instrument used was a structured questionnaire validated by an expert judgment (79%). The **results** found were: 65% of adolescents received regular preventive care in which there is no influence of the determining factors; just as the personal factor does not affect the adolescent's preventive care (65%); while the family factor adequately influences the adolescent's preventive care (45%); and the social factor (73.1%) does not influence the preventive care of adolescents; finally, the institutional factor of 67.5% does not influence preventive care. It is **concluded** that 80% of adolescents received regular preventive care and the determining factors have a weak positive relationship.

Key words: Preventive care, determining factors.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación contribuirá en la mejora de la atención oportuna y precoz de los y las adolescentes, para el mejoramiento y toma adecuada de decisiones. El Ministerio de Salud, a través de la Norma Técnica de Salud N° 034 - MINSA/DGSP-V.02, señala que la atención al adolescente se debe realizar en los consultorios y horarios diferenciados por personal capacitado y calificado que respondan las expectativas del adolescente, brindando el paquete de atención preventiva integral con un equipo interdisciplinario¹.

Los elementos de intervención aportan favoreciendo una atención integral del adolescente oportunamente para un empoderamiento en autoestima, proyecto de vida, autocuidado, etc.

La presente investigación beneficiará a los adolescentes en la prevención de problemas como pandillaje, drogadicción, alcoholismo, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, entre otros; ya que este grupo, vulnerable, tendrá una atención integral con detección e intervención oportuna de problemas psicológicos, y médicos. Además serán fortalecidos en autoestima, proyecto de vida, habilidades para la vida, conductas adecuadas^{1,2}.

Los resultados de la investigación, nos permite conocer el incumplimiento e inadecuada atención integral a los adolescentes y conocer los factores por las que ellos y ellas no acuden a su atención en los consultorios diferenciados de los establecimientos de salud¹. Así mismo se podrá intervenir ante los factores, que son limitantes en la atención integral oportuna y adecuada de los y las adolescentes.

El presente estudio es trascendente porque se plantea estrategias de intervención en la atención integral del y la adolescente en los establecimientos de salud (actividad intramural), es decir los y las adolescentes acudirán libremente a los consultorios de los establecimientos, dejando de lado la vergüenza, el temor, el miedo; que son las limitantes a la accesibilidad de ellos y ellas. La presente investigación tiene aval del Ministerio de Salud que es el ente rector para la atención en las diferentes etapas de vida¹.

El estudio proporciona aportes valiosos para la intervención adecuada en la atención integral preventiva del y la adolescente. Asimismo proporciona un gran aporte metodológico con el objetivo de medir las variables de los factores determinantes e inicio de atención preventiva, con la aplicación de instrumentos validados.

Descripción del problema

Los adolescentes constituyen el 18% de la población mundial; la mayoría vive en países en desarrollo. Aquellos de América Latina y el Caribe viven en extrema pobreza (15%), encontrándose en Colombia la mayor cantidad de adolescentes¹.

La adolescencia (12 a 17 años) es la etapa comprendida entre la aparición de la pubertad y el inicio de la edad adulta, etapa que exige y pide compromiso de la sociedad, autoridades y familiares para lograr el desarrollo positivo de estos, la vulnerabilidad a la cual son expuestos es amplia: la drogadicción, alcoholismo, pandillaje, inicio precoz de relaciones sexuales, embarazos no deseados, abortos en condiciones inadecuadas, poca autoestima, inadecuado proyecto de vida, entre otros³.

En el Perú más del 20% de la población son adolescentes en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social. Existen muchas Normas técnicas, Resoluciones Ministeriales, que no se aplica en las Instituciones Educativas de la ciudad de Ayacucho³.

El Diario “La república”, publicó en el 2018, que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) anunció una intervención en cuatro regiones para implementar el proyecto “De Adolescentes”. Este proyecto se aplicará en Huancavelica, Loreto, Ucayali, Lima (Carabayllo). Financiado por el gobierno de

Canadá, el ministerio de salud y de la mujer. Cuyo objetivo es reducir el embarazo de las adolescentes, el abandono escolar, la falta de acceso a servicios médicos, entre otros⁴.

La RM. N° 937-2012/MINSA, cuya finalidad es *“contribuir en la atención integral con calidad para las y los adolescentes, con enfoque de derecho, género, diversidad, interculturalidad, prevención de riesgos, igualdad de oportunidades, equidad e intergeneracionalidad”*¹.

En la Región Ayacucho se realiza la atención integral a los adolescente con actividades extramurales, que se efectúan en su mayor porcentaje en las instituciones educativas, más no así en los consultorios diferenciados que se tiene implementado en los establecimientos de salud, atención que se brinda con calidad, calidez, empatía y sobre todo privacidad hacia ellos.

El presente estudio tiene por finalidad, establecer los factores determinantes que se relacionan con el inicio de la atención preventiva de los adolescentes, para tal efecto es necesario verificar el paquete de Atención Integral (preventiva), consta de: Evaluación del Crecimiento y desarrollo del adolescente, evaluación del desarrollo sexual, de la agudeza visual, agudeza auditiva, calendario de inmunizaciones, odontológica, físico postural, desarrollo psicosocial, tamizaje de violencia, aplicación de los cuestionarios de habilidades sociales, identificación de factores protectores y riesgo psicosocial.

El objetivo general planteado fue: Determinar los factores determinantes asociados al inicio de la atención preventiva en los adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.

Los objetivos específicos planteados fueron:

- a) Identificar los factores personales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.
- b) Identificar los factores familiares asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.

- c) Identificar los factores sociales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.
- d) Identificar los factores institucionales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.

La hipótesis general planteada fue: Los factores determinantes influyen directamente en el inicio oportuno de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, 2019.

Las Hipótesis específicas planteadas fueron:

- a) Existe relación entre los factores personales asociado al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, 2019.
- b) Existe relación entre los factores familiares asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, 2019.
- c) Existe relación entre los factores sociales asociado al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, 2019.
- d) Existe relación entre los factores institucionales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, 2019.

El diseño metodológico, aplicado es descriptivo correlacional de corte transversal, para evaluar los factores determinantes se utilizó el instrumento validado por los expertos y para la atención preventiva el cuestionario del cuidado de la obstetra de Puck – ku modificado²⁵.

Los resultados obtenidos fueron: 65% de adolescentes recibieron un inicio de atención preventiva regular en la que no hay influencia de los factores determinantes; al igual que el factor personal no influye en el inicio de la atención preventiva del adolescente (65%); mientras que el factor familiar influye adecuadamente en el inicio de la atención preventiva del adolescente (45%); y el factor social (73,1%) no influye

en el inicio de la atención preventiva del adolescente, finalmente el factor institucional 67,5% no influye en el inicio de la atención preventiva.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

La adolescencia es una fase más compleja y vulnerable, etapa en la que inician a asumir responsabilidades y experimentan situaciones de independencia; iniciando a buscar su propia identidad, práctica de valores, habilidades y responsabilidades⁵.

1.1.1. Internacionales

En el año 2015 (Uruguay), Seoane A, realizaron un estudio “Adolescencia y Conductas de Riesgo” cuyo objetivo fue analizar las conductas de riesgo como violencia autoinflingida; estudio realizado en forma retrospectiva, llegando a la siguiente conclusión: que la etapa de la adolescencia, es un periodo que atraviesa muchos cambios, son vulnerables, inseguros y con conductas de riesgo. La detección oportuna de las conductas de riesgo y la vulnerabilidad a través de la atención integral hará que se realice una intervención oportuna⁶.

En el 2015 (Ecuador), Jávita G.A, realizó un estudio, “*Evaluación del programa de atención preventiva integral para el diagnóstico de salud en adolescentes de 13 a 17 años de la zona central de Ambato*” cuyo objetivo fue evaluar el programa de atención preventiva integral para el diagnóstico de salud en adolescentes de 13 a 17 años de la zona central de Ambato; evaluó 5 componentes de la calidad de los procesos de atención integral de los/las adolescentes, el instrumento utilizado fue la Guía de Monitoreo y evaluación de la calidad de los procesos de Atención Integral e Integrada de los adolescentes; con resultados: en el componente uno relacionado a la accesibilidad de los adolescentes al servicio de salud y oportunidad en la prestación es del 78%, valor que de acuerdo a los grados de cumplimiento se encuentra en el grado de escaso cumplimiento (70- 79%); el cumplimiento del componente dos, relacionado al personal de salud es del 88%, colocándose este componente de acuerdo a los grados de cumplimiento, en un

grado limitado de cumplimiento (80-89%); en el componente tres, relacionado a los procedimientos administrativos y de atención se obtuvo el 97%, el porcentaje obtenido de este componente de acuerdo a los grados de cumplimiento, se encuentra en un grado adecuado de cumplimiento; en el componente cuatro, relacionado a la disponibilidad de una gama de servicios se obtiene el 95%, cumplimiento (90% o más), el porcentaje obtenido de este componente de acuerdo a los grados de cumplimiento, se encuentra en un grado adecuado de cumplimiento (90% o más); el componente cinco, relacionado a la participación adolescente, se obtuvo 100%, el porcentaje obtenido de este componente de acuerdo a los grados de cumplimiento, se encuentra en un grado adecuado de cumplimiento (90% o más). Concluyeron que en la adolescencia se dan muchos cambios sistemáticos, de ahí la importancia de la atención integral en esta etapa en los centros de salud de la zona central de Ambato, asimismo en relación con los requerimientos y necesidades de funcionamiento obtuvieron un nivel aceptable de calidad, excepto en el componente físico de los establecimientos, horarios inadecuados para la atención, un equipo multidisciplinario capacitado⁷.

En el año 2014 (Colombia), García D, realizó la investigación “Embarazo en Adolescentes, Incidencia, Prevención y Control” teniendo como objetivo *“Determinar las variables sociales y biológicas que afectan y ponen en riesgo a las adolescentes a llevar un embarazo a temprana edad”*, los resultados se adquirieron a través de la encuesta y la entrevista, llegando a la siguiente conclusión: el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública, con deserción escolar y altas tasas de pobreza, además se determinó que las variables sociales y biológicas afectan y ponen en riesgo a la adolescente embarazada⁸.

En el año 2012 (Chile) Willims P, publica en el la Revista médica de Chile Evaluación de los servicios de la salud para adolescentes en centros de atención primaria en una comuna de Santiago, trabajo de investigación, cuyo objetivo de estudio es evaluar los servicios de salud prestados a los adolescentes, teniendo como resultado, hay poca asistencia de los adolescentes a los servicios por desconfianza, temor y vergüenza⁹.

1.1.2. Nacionales

En el 2017 (Perú) Ochoa Y, en su estudio “Procesos de atención integral en adolescentes del centro de atención primaria III Huaycan y centro de salud I-3 Gustavo Lanatta Lujan, Collique. 2017”, teniendo como objetivo, determinar si existe diferencias entre el grado de cumplimiento de los Procesos de atención integral en adolescentes del centro de atención primaria III Huaycan y centro de salud I-3 Gustavo Lanatta Lujan, Collique; El diseño de la investigación utilizado fue descriptivo comparativo. El instrumento de recolección de datos utilizado fue la encuesta evaluación de la atención integral de salud para los adolescentes; en la que se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grado de cumplimiento de los procesos de atención integral para el adolescente entre el CAP III Huaycan y el CS I-3 Gustavo Lanatta. Los procesos estratégicos comprenden recursos humanos, calidad y atención de riesgo en los servicios. En cuanto al cumplimiento del proceso estratégico de recursos humanos se encontró un porcentaje de 50 y 40% respectivamente en los establecimientos descrito, esto es debido a que no se contó con el equipo básico multidisciplinario necesario para la atención integral de los adolescentes¹⁰.

En el 2014, Osorio, R. realizó el estudio “*Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013*”, cuyo objetivo fue, Determinar los principales factores, características sociodemográficas en el embarazo en adolescentes. La metodología aplicada fue cuantitativa, descriptiva – observacional, llegando a la siguiente conclusión; el embarazo en las adolescentes en el 80% es no planificado e iniciaron su actividad sexual entre los 14 y 16 años, el 65% son dependientes económicamente de sus padres, vienen de familias desintegradas y la vida sexual activa sin protección es un riesgo de embarazo no deseado¹¹.

1.1.3. Regionales

En el estudio realizado por Espinoza, E. (2014) respecto a la incidencia de la depresión y factores de riesgo en adolescentes..., la metodología que utilizo fue la cuantitativa, descriptiva correlacional y retrospectiva; llega a las siguiente conclusión, que el 40.9% de adolescentes sufre de depresión, sin tener en cuenta el lugar de procedencia; como consecuencia de baja autoestima, violencia sexual,

problemas económicos, entre otras, que son factores predisponentes en la etapa adolescente¹².

1.2. Bases teóricas

1.2.1 Factores familiares

Según la OMS, *“la familia, es el conjunto de personas que viven bajo el mismo techo, organizadas con roles (padre, madre, hermanos, hijos, etc) con presencia económica y social, con sentimientos afectivos que los une”*¹³.

Una buena combinación familiar, con ausencia de violencia, con imagen paterna integra en el hogar, trato horizontal y mucho dialogo sería la diferencia para el futuro, ya que los y las adolescentes gozarían de una autoestima fortalecida, con proyectos de vida¹⁴.

1.2.2 Factores sociales

Los factores sociales expresan los ámbitos y dimensiones de la sociedad, incluyendo lo individual (líder) y colectivo (familias, clases sociales, grupos), llegando a la política, la religión, trabajo, educación y otros¹⁵.

Un ambiente social tranquilo, donde no exista violencia, abuso, embarazos no deseados, sin consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias sería la adecuada para los adolescentes; la realidad en la cual nos encontramos es totalmente diferente.

En el siglo XVIII y XIX, con la revolución industrial y la sociedad Progresivamente, han ido reduciendo las posibilidades de acción del adolescente en el mundo adulto, favoreciendo a los adultos. Este aislamiento de la “vida real”, crea un gran sentimiento de frustración a los adolescentes, tenemos que tener en cuenta que parece que la programación genética de nuestra naturaleza humana aunque sea muy difícil que cambie en períodos cortos de tiempo, es más flexible de lo que se pensaba. En la actualidad hay competencia entre todos ellos, aceptar oportunidades y riesgos, usar sus mentes y cuerpos en todo su potencial, incluido el disfrute sexual. Esto también nos tiene que hacer pensar que los individuos que no pueden seguir y desarrollar sus instrucciones genéticas sobre actividad física o mental o aceptación de riesgos puedan estar tan frustrados como los sexualmente reprimidos¹⁴

1.2.3 Factores personales

Un factor de riesgo es la exposición del o la adolescente a sufrir un daño o enfermedad, pero un adolescente con autoestima fortalecida, buen rendimiento escolar, con proyecto de vida, líder con participación activa tendrá poca o nula probabilidad a la exposición al daño¹⁶.

1.2.4 Factores institucionales

Para la atención integral del adolescente se implementará diversas estrategias con participación activa de ellos, con equipos interdisciplinarios, redes sociales, etc.¹. Establecimientos de salud con implementación de los consultorios y horario diferenciado, personal capacitado con carisma y empatía, que brinde atención con calidad y calidez.

1.2.5 Factores determinantes

Los factores determinantes son un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de la salud de los individuos y la población.

Los determinantes de la salud del individuo y la población, inició a partir 1974, con el estudio presentado por Marc Lalonde, en la que realizó un estudio las grandes causas de la muerte y la enfermedad en los canadienses y al final presentó un informe que marcó un hito importante dentro de la salud pública, como una disciplina orientadora de los servicios de salud encargado de velar por la salud de la población.

Los determinantes de la salud son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinen el estado de la salud del individuo y la población, se divide en dos grupos:

-) La responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos
-) La responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control

en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:

- Los estilos de vida
- Factores ambientales
- Aspectos genéticos y biológicos
- Los servicios de la salud

Determinantes económicos, sociales y políticos

A fines del siglo XVIII y en el siglo XIX, ocurrieron una serie de acontecimientos que influyeron para que los estados modernos comprendieran la importancia de estos factores en la salud de la población.

Johann Peter Frank, escribió “un sistema completo de policía médica” donde detallaba la función del estado para con la salud de la población, quien consideraba que la “miseria era la madre de las enfermedades. Ya que fue el primero en considerar los aspectos económicos y sociales importantes para la salud de la población, dando inicio a la salud pública.

En los años 1830, con la Revolución Industrial, se producía una contaminación ambiental, donde había explotación de los obreros, con salarios ínfimos; en estas condiciones los obreros y familias Vivian en condiciones desfavorables, con hacinamiento, sin agua y desagüe; donde existía infecciones como el cólera, la malaria, la tuberculosis. Así como la fiebre tifoidea en Philadelphia.

En esa misma época en Alemania, el destacado médico RUDOLF VIRCHOW también señalaba que los obreros necesitaban mejores condiciones de vida y que esto era responsabilidad de los gobiernos, por lo que concluyó: “Los Médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en su mayor parte bajo su jurisdicción. La Medicina es una ciencia social y la Política no es otra cosa que la medicinas en gran escala”⁵

En Norteamérica también había una reacción en ese sentido, tan es así que en Boston, Massachussets, una comisión dirigida por un estadístico y maestro, LEMUEL SHATTUCK en 1850, llamó la atención sobre las pésimas condiciones

sanitarias de la ciudad y recomendaba mejores condiciones de vida, saneamiento ambiental, el control de las enfermedades infecciosas, mejores escuelas de medicina y enfermería, donde se debería hacer énfasis en la enseñanza de la higiene y de la medicina preventiva y la creación de Juntas locales y estatales de Sanidad y de Inspectores de Policía Sanitaria⁶.

Como consecuencia de estos y otros informes y recomendaciones, los gobiernos de los países de Europa y América del Norte, comprendieron la importancia de los factores sociales y económicos para que la población gozara de buenas condiciones de vida y laborales por estas razones establecieron por primera vez servicios de salud pública, que en aquella época recibieron la denominación de “Sanidad e higiene pública” cuya finalidad era exclusivamente la protección de la salud de la población, mediante acciones de gobierno dirigidas al medio ambiente y a la colectividad. Se había comprendido también la importancia del factor político como determinante de la salud de la población.

Posteriormente. Henry Sigerist en 1948 sostuvo que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” y llamó promoción de la salud a la tarea de lograr el acceso de la población a ella”².

En 1978 se produjo la Declaración de Alma Ata⁹, donde se promovía la participación de la comunidad en la planificación y aplicación de su atención en salud, naciendo el concepto de Atención Primaria de Salud, como estrategia tendiente a buscar “Salud para todos en el año 2000”, adoptándose la prevención y la promoción de la salud como acciones primordiales.

El año 1986 se produjo la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en el Canadá, firmándose la Carta de Ottawa² que definió la promoción de la salud como “el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Se afirmó que la promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir “las condiciones y los requisitos para la salud que son: la

paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad”.

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL SECTOR SALUD

En 1974 se publicó el informe Lalonde donde se expuso, luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, que se habían determinado cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva. Estos determinantes son:

- J) **El medio ambiente:** relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común,
- J) **Los estilos de vida:** relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.
- J) **La biología humana,** relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- J) **La atención sanitaria:** que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son las acciones de prevención las más activas para conseguir una vida sana y digna.

Durante los últimos años, dada la situación de la salud de la población, que es insatisfactoria, el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, fundamentadas en la necesidad de fortalecer la atención en el nivel primario de atención, que se encuentra localizado cerca de la población, lo que vino a cambiar el objetivo

de la atención de la salud en ese nivel, trasladando la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

En la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención, las acciones dirigidas a la prevención, deben ocupar un lugar importante, porque permiten incrementar los niveles de salud de la población, evitar que esta se enferme, a un costo menor, en comparación a los altos costos que generan la atención de la salud recuperativa.

La prevención de la enfermedad, es una de las cinco funciones básicas de la Salud Pública, las cuales en conjunto constituyen las etapas del proceso de atención integral de la salud.

1.3 Marco Conceptual

1.3.1 La Adolescencia

Según la OMS, la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que va después de la niñez hasta antes de la edad adulta; es la etapa de transición más importante en la vida del ser humano y se caracteriza por el acelerado crecimiento de cambios biológicos y psicológicos que varía en tiempo, de una cultura a otra y contexto socioeconómico¹⁷.

Casas, refiere la adolescencia es un período con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto y le capacitan para la función reproductora. Los cambios físicos tienen una amplia variación de la normalidad. Es necesario comprender y conocer estos cambios para poder diferenciar las variaciones normales de las anomalías en el crecimiento y desarrollo puberales. Durante millones de años de evolución de la especie humana, se han ido seleccionando un tipo de comportamientos. Sin embargo, las condiciones culturales y sociales han ido cambiando rápidamente en los últimos miles y más aún en los últimos cientos de años, lo que dificulta la expresión de estos rasgos seleccionados, causando por lo tanto un alto grado de estrés durante la adolescencia, que se traduce en la patología típica de este período de la vida.

De acuerdo a la psicología, la adolescencia es la disputa por la identificación del yo y la construcción de la identidad; es el proceso de autoafirmación rodeado de

conflictos y resistencias en la que buscan la independencia. Así mismo hay conflictos emocionales, sexuales, de conducta, escolares, alimentación, vicios (drogas, alcohol) y abusos. Todo ello por los cambios físicos y psicológicos que experimentan los y las adolescentes¹⁸.

Según Díaz, M. la adolescencia sufre cambios morfológicos, inicia su sexualidad, hay cambios en la inteligencia y la voluntad, además de cambios en lo personal y social¹⁹.

Los adolescentes se sienten influenciados por la conducta del amigo (a), ciertas preferencias, como el consumo de tabaco, drogas, alcohol. Son vulnerables a la salud mental (trastornos depresivos, conductas inadecuadas de alimentación, etc)²⁰.

La adolescencia debería de ser el mejor período de la vida, la mayoría de las funciones tanto físicas como psicológicas están en plenitud: fuerza, reflejos, rapidez, memoria, etc. Es cuando disfrutamos más de nuestro cuerpo y sus movimientos, cuando la comida sabe mejor, los olores son más profundos, la música es más bonita y el amor más real. Es durante la adolescencia cuando las ideas nuevas, el arte y las creencias tienen un mayor impacto en nuestra imaginación. La realidad es que los adolescentes valoran actividades que les suponen un reto creciente y hacen que se desarrollen sus habilidades. Disfrutan cuando participan en deportes, aficiones, arte, música, etc. y con sus amigos. Esto hace que aumenten sus habilidades y conocimientos, se sientan a gusto consigo mismos. Si no tienen estas oportunidades los adolescentes frecuentemente se buscan otras alternativas que les suponga un desafío. La evidencia nos hace deducir que los adolescentes disfrutan y buscan las situaciones que les hace sentirse competentes. Si estas situaciones no existen, las inventan. Como estas oportunidades creadas por los propios adolescentes por definición están fuera de la norma social, obligatoriamente los adultos las verán como anormales. En ocasiones, todo ello resulta en nuevas manifestaciones de arte, música o incluso avances científicos gracias a romper con las ideas preconcebidas de los adultos. La violencia, uso de drogas y delincuencia juvenil normalmente las vemos entre los adolescentes varones de áreas urbano marginales, pero sorprendentemente también afecta a aquellos que no les falta nada. Estos comportamientos se deben a la necesidad de librarse de un entorno aburrido y sin retos. Todo lo simplificamos

en que muchos de los problemas de los adolescentes son consecuencia de comportamientos favorecidos genéticamente, pero que ya no son necesarios o deseables en el momento actual de nuestra evolución. El robo, vandalismo o incluso la experimentación con drogas, significan el hacer cosas excitantes, más o menos peligrosas, de las que se sienten “orgullosos”; incluso la promiscuidad sexual para muchos adolescentes es una forma de probar sus habilidades en un contexto que supone un desafío. A veces, nos sorprendemos cuando una chica “bien” e inteligente se queda embarazada. Tenemos que ser conscientes de que el “sexo seguro” no es prioridad para los adolescentes, ellas quieren probar si son capaces de atraer a los chicos, sentirse deseables, actuar como adultos y tener poder. Para algunas chicas, la única forma de cumplir con estas instrucciones es quedarse embarazada en contra de los deseos de los adultos. Existen varias áreas en las que los adolescentes tienen dificultades para expresar su potencial en nuestra sociedad que podríamos llamar los “obstáculos al disfrute de la adolescencia”, que podemos resumir en: 1. Restricción de movimiento y libertad. 2. Falta de responsabilidad. 3. Problemas de sexualidad e intimidad. 4. Aislamiento de los modelos adultos. 5. Falta de poder y control¹⁴.

Ley N° 77337, “Código de los niños y del Adolescente” 2007; en su Artículo 27, menciona que “*La Atención Integral al Niño y al Adolescente es el conjunto de órganos, entidades, servicios públicos y privados que formulan, coordinan, supervisan, evalúan y ejecutan los programas y acciones desarrollados para la protección y promoción de los derechos de los niños y adolescentes*”. La atención integral se realiza en forma articulada con instituciones públicas y privadas².

Hay una variedad en cuanto al desarrollo biológico y psicosocial del adolescente. Existen muchos mitos sobre esta edad, que es preciso conocer para identificar lo que realmente es patológico y actuar lo antes posible, ningún esquema del desarrollo describió adecuadamente a cada uno de los adolescentes, ya que estos no forman un grupo homogéneo. Existe una amplia variabilidad en cuanto al desarrollo biológico y psicosocial, los aspectos biológicos pueden influir en el desarrollo psicológico. Cuando el proceso de desarrollo está muy adelantado o retrasado respecto a sus compañeros, el adolescente tiene a menudo dificultades de adaptación y baja autoestima; por ejemplo, una chica de 11 años cuyo cuerpo está desarrollado como una de 15, o el chico de 14 años con un cuerpo como otro

de 10 años. Cada adolescente responde a situaciones de la vida de una forma personal y única, influido por los diferentes factores de riesgo y protección presentes en su vida^{1,2}. La adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme, los aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés; podemos dividir a la adolescencia en tres etapas, que se solapan entre sí:

- Adolescencia inicial. Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.
- Adolescencia media. Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.
- Adolescencia tardía. Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez, durante esta época de la vida, se logra un importante crecimiento y desarrollo físico y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven a la edad adulta como son: lograr la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr su identidad. Existen muchos mitos³ sobre la adolescencia, se dice que es un periodo de extrema inestabilidad y turbulencia emocional, de pensamiento irracional, e incluso una etapa de «psicosis normal» y disarmonía generacional. Hay que tener presente que la mayoría de los adolescentes superan esta fase sin problemas.
- “El desarrollo del adolescente normal es turbulento”. No hay ningún estudio que confirme dicha creencia. Está claramente demostrado que el 80% de los adolescentes no pasan por un periodo tumultuoso, se llevan bien con sus padres y familiares, les gusta estudiar y trabajar y se interesan por los valores sociales y culturales de su entorno.
- “La adolescencia es un periodo de gran emotividad descontrolada”. Los estudios no han mostrado diferencia alguna con la emotividad de los niños. Sí se detecta que, cuanto mayor es el adolescente más negativo es su estado de ánimo, lo que

puede deberse a las obligaciones y responsabilidades escolares y laborales crecientes.

- “El pensamiento de los adolescentes es irracional e infantil”, sabemos que en la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al pensamiento abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez, aspectos físicos, psicológicos y sociales a los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, y a los 15-16 el desarrollo moral, el saber lo que está bien y mal.

Influencias socioculturales, Factores de riesgo y protección.

El adolescente actual, es reflejo de la sociedad en la que le ha tocado vivir. Muchos de sus problemas de salud son prevenibles y su atención no está adecuadamente organizada, es necesario prevenir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección. Actualmente, cerca del 80% de los más de 1.500 millones de jóvenes del mundo de entre 10 y 24 años viven en países en desarrollo. El adolescente es reflejo de la sociedad en que está inmerso y es evidente que el entorno y la familia han cambiado de forma radical en las sociedades actuales del bienestar, los jóvenes son consumidores de moda y tecnología (ropa, cirugía, móviles, vehículos) con nuevas formas de ocio y entretenimiento (botellón, internet, drogas, explotación de su cuerpo). La cultura del ocio, el goce y el egocentrismo han sustituido al esfuerzo personal, su comportamiento en casa ha cambiado (aislamiento, redes sociales), el tamaño y la estructura de los hogares se ha modificado: las personas viven más, tienen menos hijos y más tardíos, se ha reducido el tamaño de las familias, se ha incorporado la madre al trabajo, los padres son más permisivos, han aumentado las separaciones y aparecen nuevas formas familiares (monoparentales, unipersonales, parejas sin hijos, homosexuales, etc). La familia, que es el principal apoyo del joven, es una estructura social y cultural en crisis. Todo ello conlleva importantes repercusiones para el desarrollo y la salud integral del adolescente.

Crecimiento y composición corporal fisiológica del crecimiento.

El crecimiento implica una correlación entre la actividad endocrinológica y el sistema óseo. La GH, tiroxina, insulina y corticoides influyen en el aumento de la talla y la velocidad de crecimiento. Otras hormonas, como la paratohormona,

dehidrocolecalfiferol y calcitonina influyen en la mineralización ósea. La GH es la hormona clave en el crecimiento longitudinal; está secretada bajo la influencia del factor de liberación GHRH y la somatostatina. Las somatomedinas o factores de crecimiento de tipo insulínico son estimuladas por la GH y actúan sobre el crecimiento óseo. Acción primaria de las principales hormonas de la pubertad

Hormona Sexo Acción FSH (hormona estimulante del folículo) Varón - mujer, Estimula la gametogénesis, Estimula el desarrollo de los folículos ováricos primarios, Estimula la activación de enzimas en las células de la granulosa ovárica, incrementando la producción de estrógeno LH (hormona luteinizante) Varón – mujer, estimula las células de Leyding testiculares para la producción de testosterona – Estimula las células de la teca ovárica para la producción de andrógenos y del cuerpo lúteo para la producción de progesterona Estradiol (E2) Varón – mujer; Incrementa la velocidad de la fusión epifisaria, estimula el desarrollo mamario, los niveles bajos potencian el crecimiento lineal, en tanto que los niveles altos aumentan la velocidad de fusión epifisaria, dispara el aumento brusco intercíclico de LH, Estimula el desarrollo de los labios, la vagina, el útero y los conductos de las mamas, Estimula el desarrollo del endometrio proliferativo en el útero, Incrementa la grasa corporal testosterona Varón – mujer, acelera el crecimiento lineal, incrementa la velocidad de la fusión epifisaria, estimula el crecimiento del pene, el escroto, la próstata y las vesículas seminales, estimula el crecimiento del vello púbico, facial y axilar, incrementa el tamaño de la laringe, dando un tono más profundo a la voz, estimula la secreción de grasa de las glándulas sebácea, aumenta la libido, aumenta la masa muscular, aumenta la cantidad de hematíes, acelera el crecimiento lineal, estimula el crecimiento del vello púbico y axilar Progesterona; mujer, convierte el endometrio uterino proliferativo en secretorio, estimula el desarrollo lobuloalveolar del pecho, andrógenos suprarrenales; varón y mujer, estimula el crecimiento lineal y el vello púbico, el eje GHRH-GH es responsable de la aceleración del crecimiento longitudinal en la pubertad (estirón). Otras hormonas influyen en la talla, velocidad de crecimiento y mineralización ósea. Cuando comienza la pubertad, tanto la GH como los esteroides sexuales participan en la puesta en marcha del estirón puberal. Crecimiento en altura se produce un aumento de talla que representa alrededor del 25% de la talla adulta. El estirón dura entre 2 y 2,5 años y varía de unos individuos a otros, La velocidad de crecimiento puede variar entre 5 a 11 cm

en chicas y 6 a 13 cm en chicos. El comienzo del estirón puberal en las chicas precede en aproximadamente 2 años a los varones, siendo el pico a los 12 años en las chicas y a los 14 en los muchachos. Alrededor de los 14 años las mujeres son más altas por término medio que sus compañeros varones pero, como también se detiene antes su crecimiento, los varones alcanzan una mayor altura final. Durante este tiempo las chicas crecen entre 20 a 23 cm y los chicos de 24 a 27 cm. Crecimiento ponderal el aumento ponderal viene a representar el 50% del peso ideal adulto. La máxima velocidad ponderal varía entre 4,6 a 10,6 kg en chicas y 5,5 a 13,2 kg en chicos.

Otros cambios; aumento del tejido graso en las mujeres, con una mayor proporción que en los varones y mayor desarrollo muscular en los hombres. La pelvis femenina se remodela y aumenta en anchura; mientras que, en el varón aumenta el diámetro biacromial, configurando el dimorfismo sexual característico de los dos sexos. La masa ósea cambia al unísono con los tejidos blandos. La edad ósea es un índice de maduración fisiológico. Los cambios psicosociales, las transformaciones físicas tienen un correlato en la esfera psico-social, comprendiendo cuatro aspectos: la lucha dependencia-independencia, la importancia de la imagen corporal, la relación con sus pares y el desarrollo de la propia identidad.

El cerebro adolescente Los estudios de imagen cerebral desde los 5 hasta los 20 años revelan un adelgazamiento progresivo de la sustancia gris que progresa desde las regiones posteriores del cerebro hacia la región frontal, estas regiones que maduran más tardíamente están asociadas con funciones de alto nivel, como la planificación, el razonamiento y el control de impulsos⁷. Muchos de los problemas relacionados con determinadas conductas de riesgo en la adolescencia podrían estar en relación con esta tardía maduración de determinadas funciones cerebrales. Sin embargo, el adolescente de 12 a 14 años generalmente ha sustituido el pensamiento concreto por una mayor capacidad de abstracción que lo va capacitando cognitivamente, ética y conductualmente para saber distinguir con claridad los riesgos que puede correr al tomar algunas decisiones arriesgadas, otra cuestión es que el deseo y la posibilidad de experimentar supere a la prudencia. Con todo, el adolescente más joven, por esa restricción del pensamiento abstracto complejo, tiende a tener dificultades para evaluar riesgos

a largo plazo para la salud (hipertensión, colesterol en la dieta, etc.)⁸. En el desarrollo psicosocial valoraremos cuatro aspectos de crucial importancia: la lucha dependencia-independencia en el seno familiar, preocupación por el aspecto corporal, integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad⁹:

1. La lucha independencia-dependencia: en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional. En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” (18 a 21 años).

2. Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad.

3. Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja.}

4. Desarrollo de la identidad: en la primera adolescencia hay una visión, correlaciones de eventos puberales en mujeres y hombres, ganancia en grasa

corporal, utopía, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, como ya dijimos, conductas de riesgo.

En conclusiones La adolescencia es un periodo de múltiples cambios, las transformaciones físicas y la aparición de un mayor sentido de la realidad hace de esta etapa un periodo crítico. La contradicción de querer ser adulto pero sin dejar de ser niño sigue alimentando la idea de una época revolucionaria, y con la ayuda de los padres y del mejor conocimiento de su desarrollo y sus problemas por parte de los profesionales que los tratamos, el adolescente madura y se convierte, en la mayoría de los casos, en un adulto competente.

1.3.2. Etapas de la adolescencia:

La adolescencia es el proceso mediante el cual el niño alcanza la madurez sexual y se convierte en un adulto. Se inicia con la pubertad, esto es, con los cambios físicos y el desarrollo de las características sexuales

El crecimiento y la maduración del ser humano son procesos que requieren tiempo, es decir, no se producen de forma brusca, aunque hay ciertas etapas y edades donde estos cambios ocurren con mayor velocidad, sobre todo los físicos. Según Casas, las etapas de la adolescencia son tres:

Adolescencia temprana (11-13 años)

Es la primera etapa de desarrollo del niño. Se caracteriza porque comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad. En esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, el adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él. Las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal. Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el

adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto.

Los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto.

Adolescencia media (14-17 años)

Al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual: sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95 por ciento de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo, en esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales.

Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa.

La sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de llamar la atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El contacto con el opuesto sexo incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino la exploración de los propios límites del adolescente, que necesita poner a prueba el grado de atracción que posee.

Adolescencia tardía (17-21 años)

El desarrollo físico y sexual ha terminado. El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción.

El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona.

A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales.

1.3.3 Atención Integral

Mediante el cual se provee los servicios esenciales necesarios para todos y todas²¹, como persona, familia y comunidad.

Como **persona**, como un todo, con Enfoques interculturales y de género, adaptación a las necesidades específicas, Empatía, respeto, confianza, relación personal duradera, Proceso de decisión clínica compartido, enfoque centrado en los derechos... y deberes

Como **Familia y Comunidad**, Abordaje de los problemas del individuo en el contexto de la familia, grupo étnico-racial, redes sociales y culturales; Familia y Comunidad como receptores y prestadores de servicios de salud.

En el primer nivel de atención se asume responsabilidades sanitarias, que implica; Capacidad de resolución: equipos interdisciplinarios que garantizan acceso a servicios de calidad, conocimiento de la población: prioridades de salud y singularidades (caracterización socioeconómica, pertinencia cultural, riesgos particulares y factores protectores), conocimiento del territorio: dinámica comunitaria, riesgos y recursos, Identificación temprana y clasificación del riesgo (individual, familiar y comunitario) y estrategias de atención: planes de cuidado, gestión de casos, auto-ayuda, entre otros.

1.3.4 Atención preventiva

La atención preventiva es cuando un individuo debe visitar a su proveedor de la atención médica de vez en cuando o de acuerdo a su programación, incluso cuando estén saludables. El objetivo de las consultas es realizarse exámenes preventivos para detectar enfermedades no transmisibles en forma oportuna, además de patologías o enfermedades inmunoprevenibles.

Atención preventiva de la salud

La atención preventiva de la salud consta de una serie de evaluaciones y exámenes, que se realiza a la persona de acuerdo al ciclo de vida, donde se encuentre. En la consulta preventiva se realiza:

-)] Exámenes de descarte de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión, hiperglicemia, etc).
-)] Búsqueda de riesgos de enfermedades futuras de acuerdo a los antecedentes y/o estilo de vida.
-)] Evaluación sobre riesgos y complicaciones del consumo de alcohol y tabaco.
-)] Estimular un estilo de vida saludable y práctica de actividad física.
-)] Actualizar el calendario de vacunas de acuerdo a edad y/o zona de riesgo.
-)] Brindar información sobre la ingesta y automedicación de medicamentos.
-)] Brindar información adecuada y real de su estado.
-)] Brindar citas de control posterior.

Es importante realizarse examen periódicos y de rutina para poder detectar patologías posteriores; los exámenes que se pueden realizar: control de presión arterial, dosaje de hemoglobina, dosaje de glucosa, colesterol, PSA, pruebas genéticas para cáncer de mama u ovario en las mujeres, examen de VIH, mamografías, PAP, densitometría ósea, evaluaciones que se realiza de acuerdo a la sugerencia del medico evaluador.

Inicio de la atención preventiva

El inicio de la atención preventiva en los adolescentes se realiza a los 12 años, para lograr la atención integral se implementa diversas estrategias, de acuerdo a la realidad de cada zona. Las estrategias son: la descentralización, coordinación multisectorial, participación activa de los adolescentes, formación de equipos interdisciplinarios, conformación de redes de soporte social, articulación con

instituciones educativas saludables, formación de adolescentes como educadores en pares, promoción de comunidades saludables, promoción con municipios saludables¹.

La evaluación integral de salud de las y los adolescentes comprende la evaluación nutricional, la evaluación del desarrollo psicosocial, la evaluación del desarrollo sexual según Tanner, la evaluación de riesgo cardiovascular, la evaluación de la agudeza visual y auditiva, la evaluación odontológica, la evaluación físico postural evaluación clínica orientada a la búsqueda de patologías, el tamizaje de violencia, adicciones, depresión, ansiedad y la aplicación del cuestionario de habilidades sociales. Todas estas evaluaciones se realizan al momento de elaborar el plan de atención integral de salud de las y los adolescentes¹.

El servicio diferenciado, es aquel servicio que brinda atención integral de salud a las y los adolescentes en un espacio y/o horario diferenciado, con personal calificado para responder a sus necesidades y expectativas en el marco de su desarrollo integral.

Adolescente tamizado, es aquel adolescente a quien se le ha realizado una prueba o evaluación para la detección de riesgos para su salud y/o enfermedad.

Consejería integral: La consejería es un proceso de diálogo e interacción entre el consejero y el consultante, orientado a facilitar la comprensión y solución de problemas psico emocionales y físicos, generando un espacio educativo, de orientación y apoyo que busca promover cambios de conducta y el desarrollo de potencialidades para la toma de decisiones. Así mismo busca proporcionar apoyo en momentos de crisis, responde a necesidades específicas del adolescente que consulta y se centra en el tratamiento de un tema específico con enfoque integral.

1.3.5 Atención integral del adolescente

La atención integral de salud del adolescente comprende: la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud de las y los adolescentes, en el contexto de su vida en familia, institución educativa y en la comunidad.

La atención integral del y la adolescente tiene incorporada los enfoques de derecho y ciudadanía, derechos sexuales y reproductivos, promoviendo en la familia, la comunidad, la sociedad y la institución educativa la promoción, protección, información, y ejercicio de los derechos en forma integral y desarrollo social con desarrollo sostenible y una cultura de paz, promoviendo inclusión al acceso a los servicios de atención integral diferenciada, independientemente de su cultura, raza, edad, religión, discapacidad, orientación sexual, etc²².

1.3.6 Estrategias y enfoques de la atención integral del adolescente

Estrategias:

-) **Servicio y horario Diferenciado**, implica la habilitación de un ambiente con necesidades específicas del adolescente, donde se brinde atención con calidad, calidez, confidencialidad y privacidad; atendidos por personal capacitado²³.
-) **Integración Multisectorial**, una atención con diferentes sectores para lograr un desarrollo integral de los adolescentes²³.
-) **Redes de soporte social**, el trabajo en red es muy importante para los servicios y programas dirigidos a los adolescentes que es indispensable para garantizar el apoyo y creación del entorno favorable²³.
-) **Participación ciudadana**, en la comunidad se busca fortalecer la corresponsabilidad de los adolescentes en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Implica promover la participación y debate, dialogo interpersonal y escucha²³.

Enfoques:

-) **Desarrollo**, a los adolescentes hay que verlos desde su potencialidad y capacidad como agente de cambio cultural, los y las adolescentes son creativos, capaces de aprender y liderar²³.
-) **Integralidad**, hay que reconocer al adolescente como un ser multidimensional en el contexto de la familia y la comunidad, hay que ofrecer intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de manera permanente²³.

-) **Equidad**, la atención al adolescente debe ser equitativa y priorizar la atención a este grupo que es vulnerable²³, en la actualidad se observa desigualdades en las condiciones y la calidad de vida de las personas.
-) **Derechos**, los derechos de los y las adolescentes deben ser reconocidos y respetados por el personal de salud, lo cual se reflejara en la responsabilidad del trabajador de salud y así aceptar su autonomía²³.

1.3.7 Paquete de atención integral

La evaluación integral del adolescente se realiza para elaborar un plan de atención individualizada y consiste en:

-) Evaluación del crecimiento físico y estado nutricional.
-) Evaluación del desarrollo sexual.
-) Evaluación de agudeza visual.
-) Evaluación físico postural.
-) Evaluación del desarrollo psicológico.
-) Tamizaje de violencia.
-) Identificación de factores protectores y de riesgo psicosocial.
Además del motivo de consulta, obtención y análisis de antecedentes personales y familiares²⁴.

1.3.8. Identificación de variables:

Variable Independiente: Factores Determinantes

En el presente estudio se incorporó los siguientes factores:

-) Factor Personal
-) Factor Familiar
-) Factor Social
-) Factor Institucional

Variable dependiente: Inicio oportuno de atención preventiva

-) Atención profesional
-) Confianza
-) Educación a los adolescente

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Enfoque de la investigación

En la presente investigación se analizó la realidad objetiva de los factores determinantes en la atención preventiva de los adolescentes con un enfoque cuantitativo, para probar la hipótesis planteada se utilizó la estadística inferencial²⁵.

2.2. Tipo de investigación

El tipo de investigación elegida fue la aplicada, cuyo propósito es dar solución a problemas concretos e identificables y se determinará la relación entre factores determinantes y atención preventiva del adolescente³³.

2.3. Diseño de investigación

El diseño de investigación aplicado es descriptivo correlacional de corte transversal, para evaluar los factores determinantes se utilizó el instrumento validado por los expertos y para la atención preventiva el cuestionario del cuidado de la obstetra de Puck – ku modificado, desde la percepción del adolescente²⁵.

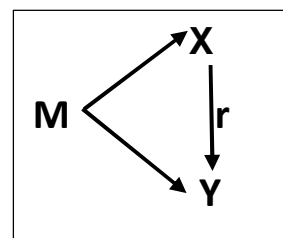
En el siguiente esquema se resume el diseño correlacional:

M = muestra

X = Factores determinantes

r = Relación de variables

Y = Cuidado de la Obstetra



2.4. Población, muestra y muestreo

La Institución Educativa José Gabriel Condorcanqui, se encuentra ubicado en el distrito de Carmen Alto, Provincia de Huamanga, Departamento de Ayacucho; cuenta con estudiantes de sexos masculino y femenino; la institución educativa cuenta con estudiantes de 1ro a 5to de secundaria.

2.4.1. Población

La población total total de estudiantes fue de 486 adolescentes (100%) de 12 a 17 años del nivel secundario, que se encuentran matriculados en la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, del distrito de Carmen Alto, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho.

2.4.2. Muestra

La muestra fue conformada por 160 adolescentes de sexo masculino y femenino, grupo representativo de la población que se calculó con la siguiente fórmula, para poblaciones finitas; con un nivel de confianza del 95% y un error de 0,05%²⁵.

Formula para obtener tamaño de muestra en poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 P \cdot Q}$$

Donde:

n : Número calculado.

Z : Nivel de confiabilidad (95% = 1,96)

P : Proporción esperada (0.05)

Q : Probabilidad de fracaso (0.05)

E : Precisión (0.05)

N : Tamaño de población

$$n^{\circ} = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 482}{0.05^2 (482-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$\begin{aligned}
&= \frac{3.84 \times 0.25 \times 482}{0.0025 \times 481 + 3.84 \times 0.25} \\
&= \frac{480.2}{1.25 + 0.96} = \frac{480.2}{2.21} \\
&= 218 \text{ adolescentes (muestra calculada)}
\end{aligned}$$

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Donde:

n : muestra
n° : muestra calculada
N : población

$$n = \frac{218}{1 + \frac{218}{482}} = \frac{218}{1 + 0.45} = 152$$

Muestra : 152 adolescentes (160 adolescentes).

2.4.3. Criterios de selección

2.4.3.1. Criterios de inclusión:

Estudiantes del nivel secundario de 12 a 17 años, de sexo masculino y femenino con consentimiento informado.

2.4.3.1. Criterios de Exclusión

Estudiantes menores de 12 años y mayores de 17 años.

2.4.4. Muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico, aleatorio simple, ya que todos tendrán la misma probabilidad de ser seleccionada²⁶.

2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.5.6.1 Técnicas

La recolección de los datos se realizó a través de la aplicación de una encuesta tipo cuestionario de propia elaboración; para determinar los factores determinantes se aplicó una ficha con 23 interrogantes, distribuida en cuatro factores:

) Factores personales	03 items
) Factores familiares	08 items
) Factores sociales	02 items
) Factores institucionales	10 items

Para la determinación de la atención preventiva se utilizó el cuestionario del cuidado de la obstetra dr PUCK – KU, desde la percepción del adolescente, que fue adaptado a la presente investigación, con 23 ítem, distribuidos en:

) Cuidado técnico profesional	07 items
) Confianza	11 items
) Educación al paciente	05 items

Las respuestas se calificaron dicotómicamente, una vez que se haya terminado con las encuestas, colocando un puntaje a las respuestas que fueron significativas emitidas por los adolescentes y son consideradas los factores determinantes y la atención preventiva.

2.5.6.2 Instrumentos

El instrumento utilizado fue la aplicación de un cuestionario estructurado.

2.6. Validación y confiabilidad del instrumento

2.6.1. Validación del Instrumento

El instrumento fue sujeto de validación de contenido, constructo y de criterio. La validación de contenido fue sometido a un juicio de expertos; para determinar los factores determinantes y la atención preventiva, obteniéndose el 79%, que es un resultado bueno; así mismo fue extraído de Puck-Ku y adaptada a la presente investigación.

Validación de Contenido – Juicio de expertos

El instrumento fue validado y aprobado por 4 expertos: 02 obstetras y 02 lic. en enfermería. (Ver Anexo)

Los resultados de concordancia en la evaluación del instrumento, de parte de los expertos fue mediante la siguiente fórmula:

$$b = (Ta / Ta + Tda) 100$$

$$b = (78.5 / 78.5 + 21.5) 100$$

$$b = 78.5\%$$

Donde:

Ta : N° total de acuerdos

Tda : N° de desacuerdos

Aceptable : 0,70

Bueno : 0,70 – 0,80

Excelente : ≥ 0.90

De la evaluación del juicio de expertos se tiene un instrumento con una calificación de BUENO, lo que refleja un dominio específico en el contenido de las dos variables a medir y se sugiere el uso del instrumento previa evaluación estadística. En el presente estudio se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach, con 0,950, significancia de alta fiabilidad del instrumento presentado.

Resultado de juicio de expertos

N°	Nombre de experto	Grado	%
Experto 1	Mg. Magaly Garamendi Ayala	Magister en Salud Pública	78%
Experto 2	Mg. Noemí Quispe Cadenas	Magister en Educación	80%
Experto 3	Mg. Wilber Leguía Franco	Magister en Salud Pública	80%
Experto 4	Mg. Noemí Ayala Quispe	Magister en Salud Pública	76%
Promedio			78.5%

Fuente: Ficha de validación de instrumento.

Del análisis del cuadro anterior, se tiene en promedio general con coincidencias en los items entre bueno y excelente, con un promedio de 78,5% (0,79) de aceptación, calificación que se encuentra en bueno, por consiguiente, los instrumentos son válidos y coherentes con los propósitos de la investigación y aplicables en la recolección de datos.

Validación de criterio

Se aplicó la estadística de fiabilidad, con prueba piloto, con 20 adolescentes de las mismas características.

El resultado estadístico Alfa de Cronbach fue de 0,950, lo cual significa una alta fiabilidad del instrumento aplicado (ver Anexo).

Validación de constructo

Se realizó el análisis del grado relación de cada items, verificados y se efectuó el análisis factorial utilizando el Coeficiente r de Pearson, con la que se validó cada items, cuyo valor fue mayor a 0,21, sea positiva o

negativa. Los resultados indicaron una correlación significativa. (Ver Anexo)

Por lo tanto, el presente instrumento tiene un aval estadístico y semántico adaptado a nuestra realidad.

2.6.2. Confiabilidad del instrumento

Para calcular la confiabilidad del instrumento, previamente se sometió a una prueba de piloto con los adolescentes de la Institución educativa José Gabriel Condorcanqui; en la que se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach, teniendo como resultado 0,950, nos indica alta fiabilidad del instrumento (ver Anexo).

2.7 Plan de análisis e interpretación de datos

Una vez determinado el nivel de confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos²⁴, se procedió a realizar las siguientes acciones para la obtención de información:

1. Se socializa el trabajo de investigación y coordinación con el Director de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui.
2. Se solicitó al Director de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, la autorización respectiva y nos brinde las facilidades para la ejecución de la presente investigación, una vez aceptada se realizó la aplicación de las encuestas.
3. Se explicó a los adolescentes el motivo del estudio, solicitando su participación voluntaria en la aplicación de la encuesta.
4. Se explicó a los adolescentes sobre el contenido del cuestionario y la forma de llenado.
5. Se aplicó el cuestionario, posteriormente se verificó el llenado total del cuestionario, seguidamente se revisó los datos recolectados para garantizar la calidad de información recogida.
6. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 23.0. statistical package for Social Sciences.
7. Finalmente se procedió a realizar el análisis de la información y redacción final de la investigación.

2.8. plan de análisis estadístico

El proceso de tabulación se realizó en una computadora, empleando el paquete estadístico SPSS versión 23.0, para el procesamiento respectivo. Los resultados se presentan en cuadros compuestos, haciendo uso de las frecuencias absolutas y relativas simple y gráficos.

El procesamiento de datos obedece a un plan de tabulación previamente definida, los datos en tablas de análisis fueron diseñados para el análisis de resultados. La interpretación de los resultados fue en forma numérica y porcentual, incidiendo en los valores más representativos.

2.9. Consideraciones éticas

El presente proyecto cuenta con la autorización de la Comisión revisora de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, sede del programa de Maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud, así como el respectivo permiso del Director de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, para recolectar la información, además del consentimiento informado quienes firmaron al pie del instrumento (ver anexo

III. RESULTADOS

TABLA 01

Relación entre los factores determinantes e inicio de la atención preventiva de los adolescentes en la Institución Educativa “José Gabriel Condorcanqui” Carmen Alto-Ayacucho, 2019.

Factores determinantes	Inicio de atención preventiva						Total	
	Mala		Regular		Buena		n	%
	n	%	n	%	n	%		
No Influye	8	5,0	104	65,0	15	9,4	127	79,4
Influye	0	0,0	24	15,0	9	5,6	33	20,6
Total	8	5,0	128	80,0	24	15,0	160	100,0

Fuente: elaborado en base al cuestionario aplicado a los adolescentes.

$$T_b = 0,198$$

$$p = 0,016$$

Del total de muestra en estudio, 80% de adolescentes tuvieron un inicio de atención preventiva regular, de ellos 65% fue influenciada negativamente por el factor determinante y 15% tuvieron influencia del factor determinante aceptable; 15% de adolescentes tuvieron inicio de de atención preventiva buena, de los cuales 9,4% tuvieron influencia negativa y 5,6% influencia aceptable; respectivamente.

Al aplicar el estadístico Tau de Kendall, el resultado fue 0,198, lo que significa que existe correlación débil positiva entre las variables factor determinante y atención preventiva, significativa ($p=0,016$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

TABLA 02

Influencia del factor personal en la atención preventiva de los adolescentes en la Institución Educativa “José Gabriel Condorcanqui” Carmen Alto - Ayacucho, 2019.

Factor personal	Inicio de atención preventiva						Total	
	Mala		Regular		Buena		n	%
	n	%	N	%	n	%		
No influye	7	4,4	104	65,0	19	11,8	130	81,2
Influye	1	0,6	24	15,0	5	3,2	30	18,8
Total	8	5,0	128	80,0	24	15,0	160	100,0

Fuente: elaborado en base al cuestionario aplicado a los adolescentes.

$$T_b = 0,035$$

$$p = 0,651$$

Del total de muestra, 80% de adolescentes lograron un inicio de atención preventiva regular, de ellos en el 65% no fue influenciada por el factor personal y en el 15% de adolescentes fue influenciada por los factores personales; 15% de adolescentes con inicio de atención preventiva buena, de las cuales el 11.8% no fue influenciada por el factor personal y sólo el 3.2% de adolescentes fue influenciada, respectivamente.

Al aplicar el estadístico Tau de Kendall, el resultado fue 0,035, lo que significa que existe correlación positiva entre las variables factores personales y atención preventiva, no significativa ($p=0,651$), por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

TABLA 03

Relación entre el factor familiar y atención preventiva de los adolescentes en la Institución Educativa “José Gabriel Condorcanqui” Carmen Alto - Ayacucho, 2019.

Factor familiar	Inicio de atención preventiva						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	n	%	N	%	n	%	n	%
No influye	5	3,1	56	35,0	6	3,8	67	41,9
Influye	3	1,9	72	45,0	18	11,2	93	58,1
Total	8	5,0	128	80,0	24	15,0	160	100,0

Fuente: elaborado en base al cuestionario aplicado a los adolescentes.

$$T_b = 0,163$$

$$p = 0,037$$

En la presente tabla, el 80% de las adolescentes consiguieron un inicio de atención preventiva regular, de ellos 45% tuvieron apoyo familiar adecuada y 35% inadecuada; 15% de adolescentes tuvieron un inicio de atención preventiva buena, de ellos 11,2% con apoyo familiar adecuada y 3,8% inadecuada; 5% tuvieron un inicio de atención preventiva mala, de los cuales 3.1% tuvieron apoyo familiar inadecuada y 1,9% adecuada; respectivamente.

El resultado del estadístico Tau de Kendall fue 0,163, que significa que existe correlación débil positiva entre las variables factor familiar y atención preventiva, es significativa ($p=0,037$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

TABLA N° 04

Influencia del factor social en la atención preventiva de los adolescentes en la Institución Educativa “José Gabriel Condorcanqui” Carmen Alto - Ayacucho, 2019.

Factor	Inicio de atención preventiva						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	n	%	N	%	n	%	n	%
No influye	8	5,0	117	73,1	19	11,9	144	90,0
Influye	0	0,0	11	6,9	5	3,1	16	10,0
Total	8	5,0	128	80,0	24	15,0	160	100,0

Fuente: elaborado en base al cuestionario aplicado a los adolescentes.

$$T_b = 0,160$$

$$p = 0,039$$

Del total de muestra en estudio, el 80% de adolescentes tuvo un inicio de atención preventiva regular, de ellos en el 73,1% no influye el factor social para el inicio de la atención preventiva, y 6,9% tuvo influencia regular del factor social; 15% de adolescentes tuvieron un inicio de atención preventiva buena, de los cuales el 11,9% no tuvo influencia del factor social y el 3,1% tuvieron influencia buena; respectivamente.

Al aplicar el estadístico Tau de Kendall, el resultado fue 0,160, lo que significa que existe correlación débil positiva entre las variables factor social y atención preventiva, significativa ($p=0,039$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

TABLA N° 05

Relación del factor institucional con la atención preventiva de los adolescentes en la Institución Educativa “José Gabriel Condorcanqui” Carmen Alto - Ayacucho, 2019.

Factor institucional	Atención preventiva						Total	
	Mala		Regular		Buena		n	%
	N	%	N	%	n	%		
No Influye	8	5,0	108	67,5	17	10,6	133	83,1
Influye	0	0,0	20	12,5	7	4,4	27	16,9
Total	8	5,0	128	80	24	15	160	100,0

Fuente: elaborado en base al cuestionario aplicado a los adolescentes.

$$T_b = 0,161$$

$$p = 0,039$$

Del total de muestra en estudio, el 80% de adolescentes recibieron un inicio de atención preventiva regular, de ellos el 67,5% no fue influenciada por el factor institucional y el 12,5% de adolescentes fue influenciada; 15% de adolescentes recibieron un inicio de atención preventiva buena, de los cuales en el 10,6% de adolescentes no influyo en su atención y sólo en el 4,4% influyo en el inicio con la atención, respectivamente.

Al aplicar el estadístico Tau de Kendall, el resultado fue 0,161, lo que significa que existe correlación positiva entre las variables factor institucional y atención preventiva, significativa ($p=0,039$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

IV. DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue determinar los factores determinantes asociados al inicio de la atención preventiva en los adolescentes, para contribuir en la atención oportuna y precoz con el paquete de atención integral completa, que brinda el establecimiento de salud. El Ministerio de Salud¹, a través de la Norma Técnica de Salud N° 034-MINSA/DGSP-V.02, señala que la *“atención al adolescente se debe realizar en los consultorios y horarios diferenciados, con personal capacitado y calificado, que respondan las expectativas del adolescente, brindando el paquete de atención preventiva integral interdisciplinario...”*

Con relación al factor determinante y atención preventiva, se halló que en la mayoría de los adolescentes no influye el factor determinante y recibieron atención preventiva regular (65%), al respecto, estos resultados coinciden con el estudio de Willims⁹, al evaluar los servicios de la salud para adolescentes encontró poca asistencia de los adolescentes a los servicios por temor, vergüenza y desconfianza. El diario⁴, La República, en su publicación del año 2018, menciona, abandono escolar, falta de acceso a servicios médicos, entre otras. Así mismo menciona Ochoa¹⁰, que no existe una diferencia significativa entre el grado de cumplimiento de los procesos de atención integral para el adolescente, además menciona que los procesos estratégicos comprenden los recursos humanos, calidad y atención de riesgo en los servicios.

En referencia al factor personal y la atención preventiva, se demostró que en la mayoría de los adolescentes (65%) con atención preventiva regular no influye el factor personal; estos resultados tiene poca relación con el estudio de Abarca¹⁶, al

evaluar la no exposición de los adolescentes a factores de riesgo, observa una autoestima fortalecida, buen rendimiento escolar, con proyecto de vida, líder con participación activa; así mismo refiere Ochoa¹⁰, que existe poca relación entre la atención preventiva y el factor personal, no es un factor determinante para la atención preventiva del adolescente.

Con relación al factor familiar y atención preventiva, se menciona que el 45% de adolescentes recibió una atención preventiva regular, quienes tuvieron un apoyo familiar adecuado (45%), estos resultados son respaldados por la OMS¹³, *“la familia, es el conjunto de personas que viven bajo el mismo techo, organizadas con roles (padre, madre, hermanos, hijos, etc) con presencia económica y social, con sentimientos afectivos que los une; Casas¹⁴, refiere, una buena combinación familiar, con ausencia de violencia, con imagen paterna integra en el hogar, trato horizontal y mucho dialogo sería la diferencia para el futuro, ya que los y las adolescentes gozarían de una autoestima fortalecida, con proyectos de vida.*

Respecto al factor social y atención preventiva se obtuvo, que el 73,1% tuvo una atención preventiva regular en la que no hubo influencia del factor social; resultado es contradictorio con el estudio de Espinoza¹², que menciona, que el 40.9% de adolescentes sufre de depresión, como consecuencia de baja autoestima, violencia sexual, problemas económicos, entornos, entre otras, que son factores predisponentes en la etapa adolescente; así mismo Garcia⁸, concluye, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública, con deserción escolar y altas tasas de pobreza, además se determinó que las variables sociales y biológicas afectan y ponen en riesgo a la adolescente; menciona Seoane⁶, la adolescencia, es un periodo que atraviesa muchos cambios, son vulnerables, inseguros, con conductas de riesgo; la detección oportuna de las conductas de riesgo y la vulnerabilidad a través de la atención integral hará que se realice una intervención oportuna.

Respecto al factor institucional y atención preventiva se tiene que el 67,5% de adolescentes recibieron una atención preventiva regular y el factor institucional no tiene influencia; al respecto Ochoa¹⁰, señala que los procesos estratégicos comprenden recursos humanos, calidad y atención de riesgo en los servicios, en cuanto al cumplimiento del proceso estratégico de recursos humanos se encontró un porcentaje de 50 y 40% respectivamente en los establecimientos descrito, esto es debido a que no se contó con el equipo básico multidisciplinario necesario para

la atención integral de los adolescentes. Así mismo se tiene la RM N° 973¹, donde señala, para la atención integral del adolescente se implementará diversas estrategias con participación activa de ellos, con equipos interdisciplinarios, redes sociales, etc.

Finalmente los factores determinantes: personal, familiar, social e institucional, cumplen un rol fundamental para el cumplimiento de la atención preventiva en los adolescentes, ya que son factores que deben ser abordados en cada espacio, para fortalecer a los adolescentes en la toma adecuada de decisiones, fortalecer la autoestima, mejorar los proyectos de vida, habilidades para la vida, conductas adecuadas, etc., ya que son vulnerables y expuestos a problemas como: pandillaje, drogadicción, alcoholismo, embarazos no deseados, ITS, etc.

V. CONCLUSIONES

1. En la tabla 01, se encontró 80% de adolescentes que recibieron atención preventiva regular, los factores determinantes tiene relación débil positiva en la atención preventiva del adolescente ($T_b = 0,198$; $p = 0,016$).
2. La tabla N° 02 nos muestra, que el 65% de adolescentes que recibieron una atención preventiva regular y el factor personal no influye en su cumplimiento de la atención preventiva ($T_b = 0,035$; $p = 0,651$).
3. En la tabla N° 03, el 45% de adolescentes recibió atención preventiva regular, el factor familiar tiene influencia débil positiva en la atención del adolescente ($T_b = 0,163$; $p = 0,037$).
4. En la tabla N° 04, se encontró, el 73,1% de adolescentes tuvo una atención preventiva regular, y el factor social tiene influencia débil positiva en la atención preventiva del adolescente ($T_b = 0,160$; $p = 0,039$).
5. En la tabla N° 05 se halló, 67,5% de adolescentes que recibieron atención preventiva regular y el factor institucional tiene influencia débil positiva en la atención preventiva del adolescente ($T_b = 0,161$; $p = 0,039$).

VI. RECOMENDACIONES

1. El Centro de Salud de Carmen Alto debe fortalecer los factores determinantes y que cada una de ellas sean una fortaleza en la atención preventiva oportuna, precoz, completa y toma de decisión adecuada de los adolescentes.
2. Respecto al factor personal, se sugiere a la responsable de la etapa de vida adolescente, organizar y realizar charlas educativas permanentes en las instituciones educativas, difusiones masivas, publicidad audio visual, referente al funcionamiento del consultorio con horario diferenciado del adolescente en el establecimiento de salud.
3. Para el factor familiar, se sugiere al equipo responsable de la etapa de vida adolescente, ofertar los beneficios de una atención preventiva en los adolescentes, a través de charlas en clubes de madres, grupos juveniles, escuela de padres, juntas vecinales y reuniones multisectoriales para promocionar el funcionamiento del consultorio con horario diferenciado.
4. Respecto al factor social, la Gerencia del Centro de Salud de Carmen Alto y responsable de la etapa de vida adolescente debe de realizarse coordinaciones para un trabajo articulado con todas las instituciones y actores sociales con el objeto de mejorar la toma de decisión de los adolescentes.
5. El personal del centro de Salud Carmen Alto, debe ofertar adecuadamente los servicios del consultorio diferenciado, realizar captación e interconsulta, fomentar la formación líderes adolescentes para el trabajo en pares.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resolución Ministerial N° 973 – 2012/ MINSA. Aprobar la NTS N° 034– MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente, 2012.
2. Ley N° 77337. Código de los niños y del Adolescente, 2007.
3. Escudero V. Adolescentes y familias en conflicto, Brasil. 2011. From: http://uiicf.net/wpcontent/uploads/2014/.../ManualTFAdol_VEscudero_UIICF_FM niños.pdf
4. Diario “La República”, UNICEF: Los adolescentes necesitan Atención Integral (Internet). 28 de febrero 2018. From: <https://larepublica.pe/sociedad/1201743-unicef-los-adolescentes-necesitan-atencion-integral>.
5. Méndez L. Adolescencia-estilos de crianza” 2015. Universidad del Valle la Grana. México. From: <https://es.slideshare.net/lizmendez73/trabajo-de-investigacion-adolescencia>
6. Seoane A. Adolescencia y conductas de riesgo, Uruguay. Mayo 2015. From: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado._andrea_seoane._mayo.pdf.
7. Jávita A. Evaluación del programa de atención preventiva integral para el diagnóstico de salud del adolescente d 13 a 17 años de la zona central de Ambato. 2015.
From:<http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10725/1/tesis%20gabriela%20javita.pdf>.
8. García D. Embarazo en adolescentes incidencia, prevención y control, Colombia. 2014. From: <https://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2619/1/17413684.pdf>

9. Willims P. Pública en el la Revista médica de Chile Evaluación de los servicios de la salud para adolescentes en centros de atención primaria en una comuna de Santiago. 2012.
From:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000900007
10. Ochoa Y. Procesos de atención integral en adolescentes del centro de atención primaria III Huaycan y centro de salud I-3 Gustavo Lanatta Lujan, Collique. 2017, Perú.
From:repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/ucv/12949/ochoa_cy.pdf
11. Osorio R. Factores que asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Lima-Perú. 2014.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3570/Osorio_ar.pdf;jsessionid=9716093C30CEAD98D7985F6F35B0710B?sequence=1
12. Espinoza E. Incidencia de la depresión y factores de riesgo en adolescentes que recibieron atención en el centro especializado de salud mental de Ayacucho. 2013. Ayacucho 2013.
13. Monografía: definición de familia, según la OMS. From: <https://www.monografias.com/docs/DEFINICION-DE-FAMILIA-SEGÚN-LA-OMS-P3UK6GPJ8GNY>
14. Casas J, Ceñal M. Desarrollo del adolescente, aspectos físicos, psicológicos y sociales. Madrid. 2012. From: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf).
15. Guzmán O. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago – Chile. 2015. From: [https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/164/159--\(128\)](https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/164/159--(128)), Mayo-Agosto.
16. Abarca N. Transformaciones de la familia Chilena. Propuestas para la conciliación trabajo y familia. Universidad diego portales, instituto de ciencias sociales. From:<http://vínculosconlasociedad.uc.cl/documentos/71.pdf>
17. Concepto de adolescencia, según la OMS. From: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

18. Definición de la adolescencia. From: <https://www.google.com/search?q=la+adolescencia+concepto&oq=la+adolescencia+-+con&aqs=chrome.1.69i57j0l5.29981j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
19. Díaz M. Atención integral de enfermería en el niño y el adolescente. Editorial Síntesis S.A. Madrid. 1994.
20. Díaz M, Gómez C, Ruiz J. Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia. Editorial Interamericana. España. 2006.
21. Definición de la adolescencia. From: <https://www.google.com/search?q=la+adolescencia+concepto&oq=la+adolescencia+-+con&aqs=chrome.1.69i57j0l5.29981j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
22. Programa salud integral adolescentes y jóvenes. From: <https://www.minsal.cl/programa-salud-adolescentes-y-joven>, setiembre 2015.
23. Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención. MINSA Perú. 2007, From: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1039_DGSP200.pdf.
24. Documento Técnico. Centros de desarrollo juvenil, Un modelo de atención integral de salud para adolescentes.
25. Tamayo M. El proceso de la investigación Científica. 5ta edición. México 2011.
26. Castillo M. Guía para la formulación de proyectos de investigación, Editorial Magisterio. Bogotá – Colombia. 2004.
27. Villar J. Proyecto de investigación sobre los factores que influyen en el embarazo de las adolescentes, Cañete – Perú. From: <https://www.monografias.com/trabajos77/factores-influyen-embarazo-adolescentes/factores-influyen-embarazo-adolescentes.shtml>.
28. Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes, aprobada con resolución Ministerial N° 107-2005/MINSA
29. Ander E. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales, 18ava edición. Editorial Lumen/Humanitas. Argentina. 2015.
30. Modelo de abordaje de promoción de la salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA
31. Protocolo de consejería para la atención integral del adolescente, aprobado con Resolución Ministerial N° 583-2005/MINSA

32. Acta medica peruana. V. 28 N°4. Lima oct/dic. 2011. Artículo de opinión. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. From: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?scrip=sciarttext&pid=s1728-59172011000400011>
33. Paguatian E. Tipos de Investigación: Investigación aplicada VS Investigación Básica. From: <https://es.slideshare.net/ingpaguatiant2/tipos-de-investigacin-investigacin-aplicada-vs-investigacin-bsica>
34. Puch – Ku. Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. Mexico. 2016.

VIII. ANEXOS

ANEXO 01: Matriz de consistencia

Título: Factores determinantes asociados al inicio de atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen alto – Ayacucho 2019.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MARCO TEORICO	VARIABLES DIMENSIONES	DISEÑO METODOLOGICO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los factores determinantes asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto – Ayacucho 2019?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</p> <p>) ¿Cuáles son los factores familiares asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019?</p> <p>) ¿Cuáles son los factores sociales</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar los factores determinantes asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>) Identificar los factores familiar asociado al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.</p> <p>) Identificar los factores sociales asociados al inicio de la atención</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Los factores determinantes influyen directamente en el inicio oportuno de la atención preventiva en adolescentes de la I.E. José Gabriel Condorcanqui, 2019.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</p> <p>) Existe relación entre los factores familiar asociado al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui 2019.</p> <p>) Existe relación entre los factores sociales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la</p>	<p>I. MARCO TEÓRICO</p> <p>1.1 Antecedentes</p> <p>) Internacionales</p> <p>) Nacionales</p> <p>) Regionales y local</p> <p>1.2 Bases teóricas</p> <p>1.2.1 Factores familiares</p> <p>1.2.2 Factores sociales</p> <p>1.2.3 Factores personales</p> <p>1.2.4 Factores institucionales</p> <p>1.3 Marco conceptual</p> <p>1.3.1 La adolescencia</p> <p>1.3.2 Atención integral</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>) Factores determinantes.</p> <p>DIMENSION:</p> <p>) Factor personal</p> <p>) Factor familiar</p> <p>) Factor social</p> <p>) Factor institucional</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>) Inicio oportuno de atención preventiva de los y las adolescentes</p> <p>DIMENSION:</p> <p>) Atención profesional</p> <p>) Confianza</p>	<p>ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>) Cuantitativo</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>) Aplicativa</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>) Correlacional</p> <p>POBLACIÓN:</p> <p>482 adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcqni</p> <p>MUESTRA:</p> <p>160 adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui.</p> <p>MUESTREO.</p> <p>No Probabilístico.</p> <p>TECNICAS INSTRUMENTOS:</p>

<p>asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019?</p> <p>) ¿Cuáles son los factores personales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019?</p> <p>) ¿Cuáles son los factores familiares asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019?</p>	<p>preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.</p> <p>) Identificar los factores personales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.</p> <p>) Identificar los factores institucionales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, Carmen Alto - Ayacucho 2019.</p>	<p>institución educativa José Gabriel Condorcanqui 2019.</p> <p>) Existe relación entre los factores personales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui 2019.</p> <p>) Existe relación entre los factores institucionales asociados al inicio de la atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui 2019.</p>	<p>1.3.3 Atención integral del adolescent e</p> <p>1.3.4 Estrategias y enfoques de la atención integral del adolescent e</p> <p>1.3.5 Paquete de atención integral</p> <p>1.4 Variables</p>	<p>) Educación de los adolescentes.</p>	<p>Encuestas Cuestionario</p> <p>METODO DE ANALISIS DE DATOS: Programa estadístico SPSS v.23 b</p>
--	--	---	---	---	---



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUMANAGA**

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ANEXO 02 - a

**CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS AL
INICIO DE ATENCION PREVENTIVA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION
EDUCATIVA JOSE GRABRIEL CONDORCANQUI, 2019**

La siguiente encuesta se realiza para identificar los factores asociados al inicio de atención preventiva en adolescentes de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, con lo cual poder implementar estrategias de acceso oportuno a la atención integral del y la adolescentes. Le solicitamos leer cuidadosamente cada pregunta y contesta marcando con un aspa (X) según sea el caso.

Datos Generales:

1. Edad: 12 – 14 años () 15 a 17 años ()
2. Grado instrucción: 1ro () 2do () 3ero () 4to () 5to ()
3. Idioma: Quechua () Castellano () quechua – castellano ()
4. procedencia: Urbano () Urbano marginal () Rural ()

Factores personales:

5. Sexo: Femenino () Masculino ()
6. Tienes miedo de ir al establecimiento de salud. SI () NO ()
7. Tienes vergüenza de ir al establecimiento de salud. SI () NO ()

Factores Familiares:

8. Con quien vives: Padre () Madre () Ambos ()
9. Quienes trabajan en tu familia: Padre () Madre () Ambos ()
10. Ingreso económico familiar mensual (Soles): < 930 () 930 () > 930 ()

11. Te maltrata algún miembro de tu familia:
Nunca () A veces () Siempre ()
12. Quien te maltrata: Padres () hermanos () Nadie ()
13. Qué tipo de maltrato sufres:
Física/psicológica () Sexual () Ninguno ()
14. Recibes Apoyo emocional de parte de:
Padres () Hermanos () Familiares ()
15. En caso de alguna duda, a quien acudes:
Padres () Hermanos () Familiares ()

Factores sociales:

16. Asistes a reuniones sociales (fiestas):
Nunca () A veces () Siempre ()
17. Alguna vez perteneciste a algún grupo juvenil:
Nunca () A veces () Siempre ()

Factores institucionales:

18. Qué opinas de la atención del personal de salud:
Mala () Regular () Buena ()
19. Cuando acudes al establecimiento de salud, por alguna atención, te envían de interconsulta al consultorio diferenciado del adolescente:
Mala () Regular () Buena ()
20. Alguna vez te informaron del funcionamiento del consultorio diferenciado del adolescente:
Nunca () A veces () Siempre ()
21. Alguna vez te atendiste en el consultorio diferenciado del adolescente:
Nunca () A veces () Siempre ()

22. Continuaste con tus citas en el consultorio diferenciado del adolescente:

Nunca () A veces () Siempre ()

23. Qué te parece el consultorio diferenciado del adolescente:

Mala () Regular () Buena ()

24. Cual fue tu experiencia sobre la atención en el consultorio diferenciado del adolescente:

Mala () Regular () Buena ()

25. Estás de acuerdo con el horario de atención:

Desacuerdo () Indiferente () De acuerdo ()



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUMANAGA**

ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ANEXO 02 - b

**CUESTIONARIO DEL CUIDADO DE LA OBSTETRA DE PUCK – KU DESDE LA
PERCEPCION DEL ADOLESCENTE.**

Este cuestionario determina el grado de satisfacción de los y las adolescentes en relación a la calidad del cuidado brindado por la obstetra. Le solicitamos que lea cuidadosamente cada una de los ítems y marque con una X, según sea el caso.

N	AV	S
Nunca	A veces	Siempre

Tenga la amabilidad de responder todos los ítems.

Ítems		N	AV	S
I	Cuidado técnico profesional			
1	La obstetra me explica cómo llevar a cabo las indicaciones del médico.			
2	La obstetra es desordenada en su trabajo, por lo que se altera.			
3	La obstetra que me atiende me ha brindado buenos consejos.			
4	La obstetra que me brinda atiende, conoce realmente de lo que habla en relación a mi cuidado.			
5	La obstetra es muy lenta para atenderme.			

6	La obstetra es insegura al efectuar su trabajo.			
7	La obstetra muestra amabilidad y destreza al asistir al médico en los procedimientos que se me han realizado.			
II	Confianza			
8	La obstetra debería ser más amable.			
9	La obstetra es agradable cuando me atiende.			
10	Me siento con confianza para hacerle preguntas a la obstetra.			
11	La obstetra debería ser más atenta de lo que es.			
12	La obstetra es capaz de comprender como me siento.			
13	Cuando siento la necesidad de conversar sobre mis problemas puedo acudir a la obstetra.			
14	La obstetra está tan ocupada en trabajo de escritorio que no tiene tiempo para conversar conmigo.			
15	La obstetra es comprensiva al escuchar mis problemas.			
16	La obstetra tiene paciencia para atender a los y las adolescentes.			
17	La obstetra me habla con menosprecio.			
18	Conversar con la obstetra me hace sentir mejor.			
III	Educación al paciente			
19	La obstetra me explica todo con lenguaje sencillo y fácil de entender.			
20	La obstetra me explica acerca de los exámenes que me van a realizar.			
21	Es fácil de entender lo que la obstetra me explica			
22	La obstetra me da instrucciones con oportunidad.			
23	La obstetra me da explicaciones suficientes del porque se me indican los exámenes.			

Fuente: encuesta de satisfacción del y la adolescente; extraído de Puck – Ku y adaptado a la presente investigación.

ANEXO 03

Validación de constructo (validación estadístico – Pearson)

Factores Determinantes

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	2	2	0	1	0	3	1	3	1	2	0	2	1	1	1	1	2	1	1	2	25
2	1	2	1	1	0	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	24
3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40
4	1	3	2	2	2	1	2	1	1	2	0	2	2	2	2	1	1	1	2	1	30
5	1	2	2	1	0	1	1	1	1	2	0	2	1	1	2	1	2	1	2	2	25
6	3	3	2	1	0	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	29
7	2	2	2	2	0	4	4	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	2	2	30
8	2	3	2	2	0	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	0	0	0	21
9	2	4	2	3	0	1	1	1	2	2	1	3	1	2	2	1	2	1	2	1	32
10	1	3	2	1	0	1	1	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	1	1	1	22
11	1	2	0	1	0	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	23
12	3	3	2	2	0	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	30
13	1	2	0	1	2	2	2	2	1	2	1	3	1	1	1	2	2	1	1	2	29
14	1	2	1	2	0	3	3	1	1	1	0	2	1	1	1	1	2	1	2	2	27
15	1	3	2	3	0	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	0	0	0	25
16	1	4	2	3	0	1	1	2	2	2	1	3	1	1	1	2	2	2	2	2	34
17	1	3	0	2	0	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	18
18	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	0	2	1	2	1	2	2	1	2	2	29
19	1	3	2	3	0	2	4	1	1	2	1	3	1	1	2	1	2	1	1	1	32
20	1	4	2	3	0	4	3	2	1	2	0	2	1	2	0	1	2	1	2	2	34
	0.23	0.39	0.47	0.56	0.40	0.33	0.51	0.39	0.59	0.23	-0.17	0.25	0.46	0.46	0.28	0.39	0.44	0.75	0.70	0.45	

Atención Preventiva

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	3	3	3	3	3	2	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3	53
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	69
4	2	1	3	3	2	3	2	3	3	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	40
5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
6	3	2	3	3	1	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	3	3	2	2	3	2	54
7	3	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	1	3	3	3	3	2	3	58
8	1	1	1	1	1	1	2	3	3	2	3	2	1	2	2	1	3	1	2	3	2	1	2	41
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
10	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	35
11	2	1	3	2	2	1	3	3	2	1	3	2	1	1	3	3	1	2	2	3	3	3	3	50
12	2	2	3	2	2	1	2	3	3	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	2	2	3	1	49
13	2	1	2	3	1	1	1	2	3	2	2	3	2	1	2	2	1	2	3	2	3	3	2	46
14	2	1	2	3	2	1	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	1	2	2	2	2	1	2	49
15	1	1	1	3	2	1	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	36
16	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	3	3	3	1	2	2	1	3	3	2	2	3	3	46
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	69
18	2	2	2	3	2	1	1	2	1	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	49
19	2	3	1	1	3	3	2	3	3	2	3	2	1	3	1	2	2	3	2	1	3	1	2	49
20	2	1	3	2	1	3	1	2	3	2	2	3	3	2	3	1	2	3	2	3	2	1	2	49
	0.86	0.59	0.65	0.63	0.58	0.51	0.67	0.74	0.59	0.85	0.78	0.76	0.68	0.71	0.76	0.75	0.43	0.78	0.80	0.69	0.80	0.62	0.75	

ANEXO 04

Validación estadística del instrumento (Alfa cronbach)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,950	52

ANEXO 05

Procesamiento de casos

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

ANEXO 06

Autorización del director de la Institución Educativa José Gabriel Condorcanqui



I.E.P. "JOSÉ G. CONDORCANQUI"
CARMEN ALTO-AYACUCHO
Tel. 966058910

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

Carmen Alto, 02 de Abril del 2019.

Señora:

Obsta. Sonia ANAYA HUARCAYA

CIUDAD:

Es grato dirigirme a Ud., con la finalidad de saludarla y al mismo tiempo comunicar el permiso para la aplicación del instrumento de recolección de datos, para la investigación de **"FACTORES DETERMINANTES ASOCIADOS AL INICIO DE ATENCIÓN PREVENTIVA EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ GABRIEL CONDORCANQUI. CARMEN ALTO - AYACUCHO. 2019"**, con el objeto de obtener su Grado Académico de Maestra en Salud Pública; en tal sentido hecha la evaluación se le informa la **ACEPTACION** de realizar dicho trabajo, durante el tiempo que sea necesario, para tal efecto deberá realizar las coordinaciones con la auxiliar y tutores de aula de la institución educativa.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente



Cc
Archivo- 2019
WMYA/DIR
CVC/SEC

ANEXO 07

Tablas cruzadas

Relación de correlación entre las variables factores determinantes y atención preventiva

	Valor	Error Estandarizado asintomático	T aproximada	Significación aproximada
Ordinal por ordinal Tau-b de Kendall	0,198	0,077	2,403	0,016
N° de casos válidos	160			

- a. No se presupone la hipótesis nula.
- b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

ANEXO 08

Correlación de los factores determinantes y atención preventiva

Tau_b de Kendall		Correlaciones				
		Factores personales	Factor Familiar	Factor Social	Factor Institucional	Atención preventiva
Factores personales	Coeficiente de correlación	1,000	,083	,000	-,131	,035
	Sig. (bilateral)	.	,294	1,000	,099	,651
	N	160	160	160	160	160
Factor Familiar	Coeficiente de correlación	,083	1,000	,072	,078	,163*
	Sig. (bilateral)	,294	.	,365	,325	,037
	N	160	160	160	160	160
Factor Social	Coeficiente de correlación	,000	,072	1,000	,072	,160*
	Sig. (bilateral)	1,000	,365	.	,362	,039
	N	160	160	160	160	160
Factor Institucional	Coeficiente de correlación	-,131	,078	,072	1,000	,161*
	Sig. (bilateral)	,099	,325	,362	.	,039
	N	160	160	160	160	160
Atención preventiva	Coeficiente de correlación	,035	,163*	,160*	,161*	1,000
	Sig. (bilateral)	,651	,037	,039	,039	.
	N	160	160	160	160	160

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

ANEXO 09: Fotos

Frontis de la Institución Educativa José Gabriel Condorcanqui



Institución Educativa José Gabriel Condorcanqui



Aplicación de encuesta a los adolescentes de la Institución educativa José Gabriel Condorcanqui



