



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y
RESILIENCIA EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA FE Y ALEGRÍA 32,
SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA - 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Presentado por:

**MENDOZA JUÁREZ, ELIZABETH THALIA
PEREZ GARAY, INDIRA GRACE**

**LIMA – PERÚ
2019**

DEDICATORIA

A Dios, a nuestros padres, familiares y a nuestra asesora, por darnos su apoyo incondicional en todo momento en el desarrollo de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Primero, damos gracias a Dios, por estar con nosotros.

Agradecemos a nuestra asesora de tesis, Dra. Rosa Eva Pérez Siguas, por su tiempo y la dedicación que nos brindó en la realización de este trabajo.

ASESORA DE TESIS

Dra. Rosa Eva Pérez Siguas

JURADOS

Presidente: Dra. María Hilda Cárdenas Cárdenas

Secretario: Mg. Erik Mario Chávez Flores

Vocal: Mg. Milagros Lisbeth Uturnco Vera

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ASESORA DE TESIS	v
JURADOS.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	xv
1.1 Planteamiento del problema	16
1.2 Formulación del problema.....	27
1.3 Justificación	27
1.4 Objetivo.....	29
1.4.1 Objetivo general.....	29
1.4.2 Objetivos específicos.....	29
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	32
2.1 Antecedentes	32
2.1.1 Antecedentes internacionales	32
2.1.2 Antecedentes nacionales	36
2.2 Base teórica	40
2.3 Terminología básica.....	60
2.4 Hipótesis	61
2.5 Variables.....	61
2.5.1 Operacionalización de variables	63
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	65
3.1 Tipo de investigación	65
3.2 Población	66

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	67
3.4 Proceso de recolección de datos	67
3.5 Plan de procesamiento y análisis de datos	75
3.6 Aspectos éticos.....	77
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	79
4.1 Resultados.....	79
4.2 Discusión	95
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	111
5.1 Conclusiones	111
5.2 Recomendaciones	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114
ANEXOS	127

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1	Total de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa 32 Fe y Alegría, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....	66
Tabla N°2	Medición de la variable calidad de vida relacionada a la salud y sus respectivas dimensiones.....	70
Tabla N°3	Organización de encuesta de salones por día, grado y sección de la Institución Educativa 32 Fe y Alegría, San Juan de Lurigancho.....	75
Tabla N°4	Características sociodemográficas de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018”.....	79
Tabla N°5	Relación entre las variables calidad de vida relacionado a la salud y resiliencia.....	81
Tabla N°6	Prueba de normalidad.....	140
Tabla N°7	Correlación entre las variables calidad de vida relacionado a la salud y la resiliencia.....	142

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Calidad de vida relacionada a la salud en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.....83
Gráfico N°2	Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión bienestar físico, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....84
Gráfico N°3	Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión bienestar psicológico, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....85
Gráfico N°4	Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión autonomía y padres, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....86
Gráfico N°5	Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión amigos y apoyo social, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....87

Gráfico N° 6	Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión entorno escolar, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....88
Gráfico N°7	Resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....89
Gráfico N°8	Resiliencia en su dimensión persistencia, tenacidad, autoeficacia, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....90
Gráfico N°9	Resiliencia en su dimensión control bajo presión, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....91
Gráfico N°10	Resiliencia en su dimensión adaptación y capacidad para recuperarse, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....92
Gráfico N°11	Resiliencia en su dimensión control y propósito, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....93

Gráfico N°12	Resiliencia en su dimensión espiritualidad, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.....94
Gráfico N°13	Diagrama de dispersión de las variables “Calidad de vida relacionada a la salud” y Resiliencia”143

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A	Instrumento de recolección de datos 1.....	128
Anexo B	Consentimiento Informado.....	133
Anexo C	Asentamiento Informado.....	136
Anexo D	Proceso de recolección de datos.....	138
Anexo E	Resultados.....	139
Anexo F	Prueba de normalidad.....	140
Anexo G	Contraste de Hipótesis.....	141
Anexo H	Hipótesis general.....	142

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y la resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018. **Material y método:** El estudio es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. La población fue de 623 adolescentes. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud KIDSCREEN-27 y la escala de resiliencia de Connor- Davidson CD-RISC. **Resultados:** La calidad de vida relacionada a la salud fue de un nivel medio, la dimensión con más alto puntaje fue entorno escolar y la que presento menor puntaje fue bienestar psicológico. La resiliencia fue de nivel medio. En cuanto a las dimensiones, el más alto puntaje fue control bajo presión y la de menor puntaje fue control y propósito. La prueba estadística de correlación bivariada de Spearman obtuvo un coeficiente de +0,607, indicando una relación directamente proporcional fuerte estadísticamente significativa entre ambas variables. **Conclusiones:** Existe una relación positiva, fuerte y estadísticamente significativa entre calidad de vida relacionada a la salud y resiliencia.

Palabras clave: “Calidad de vida”; “resiliencia”; “adolescencia”. (Fuente: DeCS/BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the quality of life related to health and the resilience in high school adolescents at the Educational Institution Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima - 2018. **Material and method:** The study is quantitative, non-experimental, correlational and cross-sectional. The population was 623 adolescents. The KIDSCREEN-27 health-related quality of life questionnaire and the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) were used. **Results:** The quality of life related to health was of a medium level, the dimension with the highest score was school environment and the one with the lowest score was psychological well-being. The resilience was of medium level. As for the dimensions, the highest score was control under pressure and the lowest score was control and purpose. The statistical test of bivariate Spearman correlation obtained a coefficient of +0.607, indicating a directly proportional strong and statistically significant relationship between both variables. **Conclusions:** There is a positive, strong and statistically significant relationship between the quality of life related to health and the resilience.

Keywords: “Quality of life”; “resilience”; “adolescence” (Source: DeCS/BIREME)

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Según el Organismo Mundial de la Salud, la adolescencia es una etapa entre la época de la niñez y la adultez establecida entre los diez y diecinueve años de edad, siendo esta un periodo de cambios y crecimientos acelerados, donde la persona va a experimentar situaciones que les servirá de transición hacia el desarrollo de la identidad y aptitudes esenciales para establecer las relaciones y funciones en la etapa adulta (1).

Esta etapa es idónea para poder sentar las bases de una adecuada salud en la adultez. Existen bastantes conductas y problemas referentes al estado de salud, los cuales se evidencian o empeoran a lo largo de esta. Jane Ferguson, una científica que trabaja en el departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente del Organismo Mundial de la Salud, refiere que los problemas y actitudes referentes a la salud que surgen en estas etapas, si no se les corrigen a tiempo, causarían repercusiones graves en su salud y desarrollo, así como también efectos desbastadores en su adultez. Se estima que el 70

% de las muertes a temprana edad en el adulto son a causas de sus conductas iniciadas en la adolescencia (2).

Los adolescentes viven una etapa crucial por los diversos cambios que ocurren, los mismos que van influir negativamente o positivamente en la transición durante esta etapa. Por lo que puede perjudicar su resiliencia y calidad de vida.

A nivel mundial, se estima que los adolescentes son la sexta porción de la población, habiendo 1200 millones de ellos, cifras dadas por la OMS en el 2017 (3). Según una revisión de la Unicef del año 2011, indico que en el año 2009, la perspectiva de población adolescente (10 a 19 años) fue de 108 millones en el Caribe y América Latina (4). En el año 2011, el 30 % de los habitantes de América Latina y el Caribe eran adolescentes (5).

En el ámbito nacional, según MINSA, en el año 2015, el 18.6% de la población peruana oscilaban entre 10 a 19 años de edad. Según reportes del INEI-2018, durante el periodo de Enero a Marzo, el 54 % de las familias poseían al menos un miembro menor de 18 años (6). Aumentado a un 54.5 % durante el trimestre de abril-junio. Disminuyendo en el área rural (1,7 puntos porcentuales) y aumentando en Lima Metropolitana (0.8 punto porcentual) (7) .

Una tendencia que seguirá pronunciándose en las siguientes décadas es que habrá más adolescentes en las zonas urbanas. El número de adolescentes en el año 2009 que vivían en las zonas urbanas comprendían aproximadamente el 50%. Esta proporción se incrementara casi al 70% en las naciones en vías de progreso para el año 2050 según UNICEF (4). Perú es un país que es considerado en vías de desarrollo, lo que indica que tendrá más población de

adolescentes en las zonas urbanas lo cual estarán más expuestos a los diversos peligros que presentan estas zonas. Se puede observar que la población de adolescentes a nivel mundial y a nivel nacional está tomando posición. Debido por la cual es de vital importancia que todos los países se enfoquen en el bienestar holístico del adolescente para poder obtener a futuro una población adulta con buena calidad de vida y adecuada capacidad de resiliencia.

Según la subdirectora General del Organismo Mundial de la Salud para la Familia, la Mujer y el Niño, Dra. Princess Nothemba (Nono) Simelela, en el mundo se presta insuficiente atención a la salud en el periodo de la adolescencia (8). Los adolescentes en el entorno donde viven van a estar expuestos a adversidades, en lo cual no todos de ellos corren el mismo riesgo ya que algunos están más expuestos que otros por lo que pueden imposibilitarles la oportunidad de convertirse en adultos que tengan responsabilidad y sean productivos para la sociedad (9).

Por lo que el bienestar físico se puede ver alterado en esta etapa ya que se van a configurar las conductas, hábitos e adquirir estilos de vida que pueden favorecer a la salud como también al deterioro de esta como por ejemplo inadecuada actividad física, riesgo de fumar, consumir alcohol, el embarazo adolescente, etc., lo que va a conllevar a la morbilidad y mortalidad en esta etapa(10).

La OMS refiere que las muertes a edad temprana, la morbilidad y los daños entre los adolescentes siguen siendo notables. EL consumir alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la violencia pueden colocar en riesgo la salud actual del adolescente, así como también su etapa adulta y el bienestar de sus futuros hijos (11). A nivel nacional en el 2015, 1,2 millones de

adolescentes peruanos fallecieron mayormente por causas prevenibles o tratables.

En cuanto al embarazo adolescente, en un reporte de la OMS, según la tasa de natalidad en el año 2015, en el mundo ocurren 44 alumbramientos por cada 1000 adolescentes entre los 15 a 19 años (11). El embarazo en las adolescentes peruanas se dio en el 37.9% en las adolescentes del nivel educativo secundario y en el 6.1% en las adolescentes del nivel educativo superior. Siendo el área rural 22.5% de los casos y en el área urbana el 10.6% (6).

Otro problema que repercute de forma negativa el bienestar físico en esta etapa, es cuando los adolescentes consumen tabaco, alcohol y otras drogas. Distintas investigaciones han mostrado que la resiliencia en esta etapa de cambios es un elemento que protege al adolescente de consumir o abusar de las diferentes drogas (12). A nivel mundial, en el 2015 de cada diez adolescentes entre los 13 a 15 años de edad, uno de ellos consumen tabaco (11). Iniciando el consumo de tabaco a los 13.7 años. En el año 2015, el 46.1% de los bebedores escolares de secundaria presentaron consumo problemático de alcohol, siendo el 47.3% hombres y el 44.7 % mujeres. Se reportan más casos en los escolares de colegios públicos con un 47.2% a diferencia de los colegios privados con 44.3%. A su vez la prevalencia del consumo de esta droga fue más alto en las zonas urbanas (23.3%) que en rurales (13.75), iniciando el consumo de alcohol a los 12.6 años (6).

En cuanto a la actividad física en los adolescentes, que es un problema que afecta también el bienestar físico, en una encuesta realizada a nivel nacional en el periodo 2012-2013 por la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del Instituto Nacional de Salud, señaló que el 17.5% de la población entre 10 a 19 años presento

sobrepeso y el 6.7% obesidad (6). Por el año 2015, el sobrepeso y/o la obesidad en adolescentes fue casi tres veces más alta en el zona urbana a diferencia de la zona rural (29.6% y 11.9% respectivamente). Esto indica que los adolescentes que viven en Lima tienden a presentar mayor problemas de salud debido a su actividad física.

Otro aspecto importante en la calidad de vida del adolescente es el bienestar psicológico que se vincula también con los estados de ánimos y sentimientos. El bienestar psicológico en los adolescentes comprende el vivir de manera óptima y el desarrollo de sus potenciales humanos (13).

Cuando los adolescentes no logran la aceptación de los problemas que están pasando y por ende obtener la capacidad para recuperarse y afrontar exitosamente estas situaciones, van a causar un impacto negativo en su bienestar psicológico afectando su estado de ánimo y sus sentimientos. En un estudio realizado en Argentina sobre salud mental y calidad de vida: su relación en los grupos etarios, realizado por Ornelas Ramírez, Alan Ruíz y Ana Olivia en el año 2017; señalaron que los principales problemas de la adolescencia son la sensibilidad y la depresión que están asociadas con las relaciones sociales (14).

En el 2012, a nivel mundial, fallecieron 1,3 millones de adolescentes, siendo el suicidio la tercera causas de muerte, según la OMS (8). Entre los principales motivos de intento de suicidio en el año 2015, fueron los problemas intrafamiliares; siendo el 61.8% causadas por problemas con los padres, 18.6% por problemas con otros parientes y un 7.1% por separación de la familia (6).

A nivel nacional, los 31 Centros de Salud Mental que se han implementado hace dos años en el Perú, registran que se han atendido

ya casi 2 millones de personas, siendo el 70 % menores de 18 años (15). El Instituto Nacional de Salud mental señaló que con respecto al estado anímico de los adolescentes, en el año 2017, el 22.6% de los adolescentes se sintieron “siempre o casi siempre” preocupados, 16% irritables, 14.6% aburridos y un 13.4% tristes. Entre los posiblemente motivos principales de estos estados anímicos fueron los problemas de acceso a centros de educación superior y a un trabajo estable en el futuro (6).

Según Yuri Cutipé, especialista peruano en niños y adolescentes y a su vez jefe de Salud Mental del MINSA, el 17 % de los años de vida saludables perdidos se debe a los trastornos mentales que son la causa número uno de discapacidad y mortalidad a temprana edad, ganándole al cáncer. El Ministerio de salud afirma que los problemas emocionales como por ejemplo la depresión o ansiedad por los problemas familiares, conductuales, de aprendizaje, etc. son los trastornos más comunes en adolescentes (16). El que los adolescentes no tengan una buena salud mental está teniendo una repercusión negativa en la calidad de vida de los adolescentes, causándole la muerte.

Pese a la gran problemática, se le está dando una insuficiente importancia al bienestar psicológico de los adolescentes por lo que los servicios de salud son escasos demostrando que hay poca sensibilización e insuficiente inversión para este ámbito a pesar que la demanda se está volviendo mayor cada vez (16).

Como se puede evidenciar en lo mencionado anteriormente sobre las causas de los intentos de suicidio en los adolescentes, los problemas con los padres es la mayor causa. Al no contar los adolescentes con un ambiente familiar cálido, una buena relación con los padres en donde ellos se puedan desarrollar, sentirse protegidos y si a esto se le suma la

pobreza; van a ser más vulnerables afectando así su capacidad de afrontar los problemas y por ende estar propensos a sufrir de más violencia, maltratos, discriminación y trata de personas, llevando todo esto a la repercusión negativa de su calidad de vida.

La familia y el colegio son espacios que funcionan como factores protectores es decir permite el desarrollo de los adolescentes y reduce los efectos de las situaciones desfavorables (17). Una buena educación y relación entre compañeros permitirá el equilibrio riesgo-protección lo que permitirá al adolescente aumentar de manera progresiva su capacidad de defenderse.

En el Perú, en el año 2015, el porcentaje de hogares con al menos un adolescente fue mayor entre los pobres con un 45.6% y en los no pobres con 29.1%. Durante el periodo 2001 al 2015, se ha incrementado de 71.4% a 87.6% los adolescentes peruanos que trabajan. El trabajo en esta etapa puede impedir a los adolescentes a realizar actividades lúdicas y sociales que son propias de esta etapa (6). Los porcentajes de adolescentes trabajadores están aumentando según MINSA, lo que indica que los adolescentes no están teniendo un tiempo adecuado para recrearse y poder desarrollar sus habilidades sociales en su entorno.

A nivel nacional, en el 2015, el Instituto Nacional de Salud Mental señaló que los adolescentes que sufrieron alguna vez alguna forma de violencia ya sea físicamente o psicológicamente en sus casas fueron de 81. El 78 % de los agresores que causaron violencia física y psicológica dentro del hogar fueron los propios padres (6).

Los amigos y el entorno escolar son componentes que deben estar en constante comunicación, ya que al alterarse se convertirán en factores de riesgo para los adolescentes negándoles la oportunidad de

convertirse en individuos resilientes. Según un reporte del año 2017 dada por UNICEF, 130 millones de adolescentes entre los 13 y 15 años de todo el mundo, sufren casos de acoso escolar (18). A nivel nacional, en el 2015, el 73.8% de los casos de violencia que sufrieron los adolescentes se produjeron en las instituciones educativas. El 42.7 % fueron violencia psicológica y el 18.4% violencia física .El 80.3% de las violencias ocurrió en el salón de clase (6).

San Juan de Lurigancho es un distrito de Lima ubicado al este, se considera el distrito con mayor población en toda la capital, en el transcurso de los años se ha convertido en una área peligrosa en donde los adolescentes están propensos a diferentes situaciones que pueden perjudicar su calidad de vida y su capacidad para poder afrontar las adversidades. El Instituto Nacional de Estadística e Informática señaló que en el 2015 casi el 10% del total de los delitos cometidos en ese año, se produjeron en este distrito, convirtiendo así este distrito en un factor de riesgo para los adolescentes. Según el plan local de seguridad ciudadana 2016 de la Municipalidad de San Juan de Lurigancho, el 49 % de los alumnos admitieron haber vivido violencia física por sus padres, el 31% de los padres de familia resolvieron los problemas con golpes o grandes discusiones con sus hijos; la mayoría de ellos eran adolescentes de instituciones educativas públicas. La violencia por parte de los padres causó deserción escolar. Otro problema alarmante es el Bullying que sufren los alumnos y el alcohol en los adolescentes hombres. Asimismo, la mayoría de los adolescentes manifestaron que San Juan de Lurigancho es una área insegura y violenta para ellos debido a la presencia de delincuencia, consumo de drogas, etc. (19). Este distrito ofrece a sus adolescentes un entorno insano donde la exposición a constantes problemas va a debilitar su resiliencia.

Debido a todos los problemas que pueden dañar la calidad de vida de los adolescentes y su resiliencia en este grupo poblacional, todos los

países deben velar por el bienestar del adolescente por lo que se deben comprometer con su desarrollo y promover comportamientos saludables y adquirir medidas para que ellos puedan superar los peligros y las vulnerabilidades y así alcancen todo su potencial.

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud hizo una publicación titulada Normas Mundiales relativas a los servicios de atención sanitaria de calidad para los adolescentes, donde en la norma 4 se declara una competencia para la atención primaria de salud, en donde los proveedores de asistencia como también del personal de apoyo de atención sanitaria deben brindar servicios de salud eficaces a los adolescentes. Deben respetar, proteger y cumplir con los derechos propios de esta etapa así como también la privacidad, la confidencia y el no discriminar (20). Según la OMS, el personal de salud debe poseer las competencias para tener una comunicación efectiva con los adolescentes, poder identificar tempranamente posibles problemas de salud mental y así poder brindarles el tratamiento oportuno (21). Mencionado esto, el equipo de enfermería es un grupo de salud que promueve una función fundamental en la promoción con respecto a la salud integral en la adolescencia a través de un enfoque holístico por lo que identifica a tiempo los problemas que los adolescentes atraviesan día a día y así poder brindarles el tratamiento oportuno.

En el Perú, el equipo de salud cuenta con la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la etapa de vida Adolescente. Las enfermeras se rigen de esto para buscar el mejoramiento de la salud de esta población en los establecimientos de salud pública y privada.

Existen en la actualidad herramientas que podrían permitir el abordaje de la problemática que están viviendo los adolescentes de hoy, estas herramientas van a permitir el conocimiento de la calidad de vida que

tienen los adolescentes y la resiliencia para poder afrontar las diferentes situaciones que se producen en su entorno. Las herramientas que se utilizaron para el presente trabajo de investigación son la calidad de vida relacionado con la salud (KIDSCREEN- 27) y la resiliencia (CD-RISC).

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que posee un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistemas de valores en la cual se desenvuelve y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (22). La resiliencia es el conjunto de cualidades, recursos o fortalezas que facilitan que las personas progresen afrontando con éxito cada adversidad que se presente (23).

Estudiar la calidad de vida de los adolescentes va a permitir prestar atención a las áreas de mayor importancia y así poder identificar aquellas áreas en la que es fundamental intervenir para asegurar su bienestar físico, psicológico y material, la integración, participación en la comunidad, el desarrollo personal, las relaciones interpersonales y la autodeterminación (24). El objetivo prioritario en la promoción de la salud de los adolescentes es el desarrollo de la resiliencia, es decir brindarles la oportunidad para que utilicen sus propias capacidades con el fin de que logren el éxito. Los tropiezos pueden convertirse en un crecimiento personal si es que existe apoyo interno y externo (25). El promover la resiliencia es admitir que la fortaleza va más allá de la vulnerabilidad. Lo que permite el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes a partir de sus propios conceptos, según como comprendan y se enfrenten al mundo.

Al visitar la Institución educativa Fe y Alegría 32 en San Juan de Lurigancho ubicado en el asentamiento humano Juan Pablo II, se dialogó con los alumnos que nos manifestaron que “algunos alumnos se

tiran la pera porque prefieren estar haciendo hora afuera”. Otras refirieron que “siempre hay grupos de chicos que molestan a otros en el salón”. Por otra parte al dialogar con la plana docente, algunos profesores refirieron que “Algunos alumnos llegan tarde, no realizan la tarea, faltan sin justificaciones”, otro señaló que “Existe casos de alumnados que son referidos al psicólogo debido al cambio de conducta drástica, en lo que la mayoría fueron por problemas con los padres”. El director del colegio manifestó que “se hace escuelas de padres y algunos de ellos no asisten debido al trabajo, u otras excusas y siempre los que no asisten son los padres del alumnado que presentan problemas”.

Ante lo señalado anteriormente, se plantean las siguientes interrogantes:

- ¿El comportamiento del alumnado está relacionado con la funcionalidad familiar?
- ¿Habría compromiso e interés de los padres de familia por el bienestar de sus hijos?
- ¿Los adolescentes de secundaria poseen una buena salud mental?

¿Las charlas para padres realmente serán suficientes para los problemas que se presentan a diario?

¿La plana docente tendrá una comunicación efectiva con el alumnado?

¿La institución educativa tendrá el equipo de profesionales necesarios para dar solución a los problemas que están viviendo el alumnado?

Debido a la situación problemática explicada anteriormente, se fórmula la siguiente pregunta : ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018?

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y la resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018?

1.3 Justificación

La adolescencia es una etapa en donde la persona enfrenta retos y obstáculos relacionados a su desarrollo en la que la capacidad de resiliencia es fundamental para que el adolescente pueda lograr una adaptación y una transición efectiva hacia la etapa adulta. Cuando los adolescentes no son capaces de lidiar con sus problemas de forma adecuada, van a mostrar un comportamiento que va a ocasionar efectos negativos en su salud, en su familia y en su entorno. Las emociones negativas que se pueden producir van a ser factores de riesgos para su calidad de vida.

Por tal motivo el personal de enfermería trabaja en la comunidad, familia y escuela brindando los cuidados necesarios para que ellos no adquieran hábitos dañinos que generen problemas en su bienestar y puedan convertirse para los sistemas de salud en una preocupación de salud pública y por ende en una carga económica. Al promover la resiliencia, el personal de enfermería sabrá que la fortaleza va más allá de la vulnerabilidad. Lo que permite el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes.

Conscientes de que la adolescencia es compleja e importante, el presente estudio tiene como propósito analizar dos variables indispensables en esta etapa como son la calidad de vida relacionada a la salud y la resiliencia en los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría.

En cuanto a la implicancia práctica, los resultados de este trabajo de investigación orientara a los encargados de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 a tomar decisiones correctas realizando estrategias para poder intervenir con éxito en la problemática que está viviendo el alumnado de secundaria. Con referente a la relevancia social, este estudio beneficiara a los mismos alumnos, al equipo de salud y en especial al equipo de enfermería para poder saber más como se encuentra la población de adolescentes peruanos(as) en una Institución Educativa publica y así poder orientar las actividades en cuanto a la promoción de la salud en la adolescencia.

Asimismo, se desea que el presente trabajo de investigación sirva como contribución a nivel metodológico y teórico, que pueda ser el inicio de otras investigaciones a futuro con respecto a estas variables. A este se añade que se utilizó instrumentos importantes, novedosos para abordar la problemática del adolescente en las instituciones educativas. Al

revisar la bibliografía científica nacional y internacional no se encontró muchos estudios donde se trabaje ambas variables, y revisando específicamente la zona de San Juan de Lurigancho donde se aplicó la investigación, no hay estudios referentes a este tema por lo que se evidenció que existe un vacío de conocimiento. Por ende este estudio generara un nuevo conocimiento que quedara como antecedente para este país. Esta situación justifica que se desarrolle este trabajo de investigación por que como vemos es necesario conocer la relación de la calidad de vida relacionado con la salud y la resiliencia en este grupo etario vulnerable. Además este trabajo aportara al desarrollo de la línea de investigación de la salud del adolescente y se enfoca también dentro de las prioridades nacionales de investigación en la que se encuentra la salud mental del adolescente y como como parte de la salud mental esta la resiliencia.

Por lo antes expuesto se realizó la presente investigación.

1.4 Objetivo

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y la resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

- Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión bienestar físico, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.
- Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión bienestar psicológico, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.
- Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión autonomía y padres, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.
- Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión amigos y apoyo social, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.
- Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión entorno escolar, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.
- Determinar la resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.
- Determinar la resiliencia en su dimensión persistencia-tenacidad-autoeficacia, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.
- Determinar la resiliencia en su dimensión control bajo presión, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.
- Determinar la resiliencia en su dimensión adaptación y capacidad de recuperarse, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

- Determinar la resiliencia en su dimensión control y propósito, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.
- Determinar la resiliencia en su dimensión espiritualidad, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Del Toro Valencia Marcela y Chávez López Joana, en San Luis de Potosí - México, en el año 2017, realizaron un estudio titulado “Adolescentes: estudio de la resiliencia en un contexto escolarizado”, con el objetivo de identificar los niveles de resiliencia en adolescentes en un contexto escolarizado. En cuanto al método fue un estudio de corte cuantitativo descriptivo. Participaron una muestra de 302 estudiantes de una preparatoria de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 132 fueron hombres y 170 mujeres; en cuanto al instrumento se utilizó la Escala de Medición de la Resiliencia Mexicana (RESI-M), desarrollada por Palomar y Gómez en el año 2010. Los resultados mostraron que los participantes obtuvieron niveles bajo y medio bajo en los cinco factores que mide la escala de resiliencia como: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura personal. Llegaron a la siguiente conclusión:

Es necesario promover la resiliencia y los factores que la conforman en adolescentes, para fortalecer su capacidad de adaptación y de superar la adversidad y así, incidir en su sano desarrollo integral y su adecuado ajuste psicosocial (26).

Lima Serrano Marta, Martínez Montilla José, Guerra Martín Dolores, Vargas Martínez Ana y Lima Rodríguez Joaquín en Sevilla - España en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia” con el objetivo de conocer la calidad de vida (CV) y su relación con estilos de vida en adolescentes de educación secundaria. En cuanto al método fue un estudio observacional transversal en donde participaron 256 estudiantes de 12 a 17 años de edad, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) y el cuestionario Kidscreen de 27 ítems sobre para la variable calidad de vida. Los resultados de los participantes fue que los chicos presentaron un mayor puntaje en diversas dimensiones de calidad de vida, por lo que se relacionó inversamente el ser chica y la calidad de vida física, psicológica, familiar y el índice general de calidad de vida ($p < 0,05$). El funcionamiento familiar y la realización de actividades tuvieron una fuerte asociación a una mejor calidad de vida, en todas sus dimensiones. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Los hallazgos podrían ser útiles para el desarrollo de intervenciones de promoción de la salud escolar dirigidas a promover estilos de vida saludables y calidad de vida (27).

Quiceno Japcy y Vinaccia Stefano en Bogotá-Colombia, en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Calidad de Vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas”, con el

objetivo de comparar las relaciones de las fortalezas personales y las emociones negativas sobre la calidad de vida en adolescentes escolarizados según el sexo y el estrato socioeconómico. En cuanto al método es un estudio descriptivo y comparativo. Participaron 686 adolescentes, en cuanto a los instrumentos se utilizaron la escala de resiliencia adolescente ARS, escala de autotrascendencia adolescente STS, escala subjetiva de felicidad SHS, test de orientación de vida en jóvenes YLOT, inventario de depresión infantil CDI, inventario infantil de estresores cotidianos IIEC y The KIDSCREEN-52. Como resultados se mostraron los niveles moderados en calidad de vida y resiliencia, y niveles bajos de emociones negativas. El análisis de regresión lineal múltiple indicó que las fortalezas personales y las emociones negativas pesan sobre la calidad de vida más en los hombres y en el estrato socioeconómico medio y alto. Llegaron a las siguientes conclusiones:

La calidad de vida en los adolescentes es mediada por la autotrascendencia, la felicidad y emociones negativas como depresión (28).

Quinceno Japcy, Mateus Jineth, Cardenas Marisol, Villareal Diana y Vinaccia Stefano, en Bogotá,-Colombia, en el 2013 realizaron un estudio titulado “Calidad de vida, Resiliencia e Ideación Suicida en Adolescentes víctimas de Abuso Sexual”, con el objetivo de examinar las relaciones de la resiliencia y la ideación suicida con la calidad de vida en adolescentes víctimas de abuso sexual de la ciudad de Bogotá. En cuanto al diseño fue un estudio ex – pos – facto correlacional de corte transversal. Participaron 50 adolescentes y en cuanto a los instrumentos se utilizaron la escala de resiliencia adolescente (ARS), el inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI) y el cuestionario de salud y bienestar para niños y adolescentes (KIDSCREEN- 52). Los resultados señalaron que a nivel descriptivo se

encontró niveles moderados de resiliencia, baja calidad de vida y altos niveles de ideación suicida. El análisis de correlación señaló que la resiliencia se relacionaba negativamente con la ideación suicida y positivamente con la calidad de vida, y la ideación suicida se relaciona negativamente con la calidad de vida. Llegaron a la siguiente conclusión:

La resiliencia es una variable protectora frente a los pensamientos sobre el suicidio y promueve la calidad de vida en los y las adolescentes víctimas de abuso sexual (29).

Fuentes L., en Guatemala, en el año 2013 realizó un estudio titulado “Resiliencia en los adolescentes entre 15 y 17 años de edad que asisten al Juzgado de Primera Instancia de la niñez y adolescencia del Área Metropolitana”, con el objetivo de establecer el nivel de resiliencia de los adolescentes que asisten Juzgado de Primera Instancia de la niñez y adolescencia del Área Metropolitana, así como también determinar cuáles son las características resilientes que los adolescentes tienen más y menos fortalecidas e identificar la relación de estas características resilientes con edad, género y escolaridad. En cuanto al método fue un estudio descriptivo, no experimental de corte transversal. Participaron 25 adolescentes, de género femenino y masculino, de diferente escolaridad, entre los 15 y 17 años de edad, en cuanto al instrumento se utilizó la escala de resiliencia construida por Wagnild y Young en 1988, y revisada por los mismos autores en 1993; evalúa cinco aspectos: ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo(a), satisfacción personal y sentirse bien solo/a. Se llegó a la siguiente conclusión en base a los resultados:

El 84% de los adolescentes presenta un nivel alto de resiliencia y el 16% presenta un nivel medio, que la característica que tienen más fortalecida es la confianza en sí mismos/as y la que tienen menos fortalecida es la capacidad de sentirse bien solos/as, y que en esta muestra las mujeres tienden a confiar más en sí mismas que los hombres. Además, se estableció que la mayoría de adolescentes considera que la unión familiar es la situación más positiva de su vida y la separación familiar es la más negativa, por lo que la familia puede ser un poderoso factor protector o de riesgo influyente en la resiliencia de adolescentes (30).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Sahuanay Siu Silvia, en Arequipa, en el año 2017, realizó un estudio titulado “Calidad de Vida y Autorregulación Afectiva Emocional de los adolescentes de la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui”, con el objetivo de establecer la relación entre la calidad de vida y la autorregulación afectiva emocional de los adolescentes. En cuanto al método fue un estudio descriptivo, con diseño correlacional, de corte transversal. Participaron 226 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria, con una muestra de 220 estudiantes adolescentes, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario KIDSCEEN 27 para medir calidad de vida relacionada con la salud y el cuestionario ERQP para medir de autorregulación emocional. Como resultados se demostró que existe una relación entre calidad de vida y autorregulación afectiva siendo de nivel medio, y el 14.09% de nivel bajo. Llegó a las siguientes conclusiones:

La calidad de vida de bienestar físico, autonomía y padres, y entorno escolar son las únicas que se encuentran relacionados

significativamente entre ambas variables. Siendo las dimensiones de bienestar psicológico, amigos y apoyo social las que no se encuentran relacionadas significativamente con la autorregulación según el test de Chi cuadrado (31).

Choque Medrano Edith, en Callao- Lima, en el año 2017, realizó un estudio titulado “Nivel de Resiliencia en adolescentes del Albergue Comunidad de niños y adolescentes Sagrada Familia de Ventanilla, Callao-2017”, con el objetivo de determinar el nivel de resiliencia en adolescentes del albergue de la “Comunidad de niños y adolescentes Sagrada Familia”. En cuanto al método fue un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y de corte transversal. Participaron 152 adolescentes del albergue, en cuanto al instrumento utilizaron la escala de resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC) para medir el nivel de resiliencia. Los resultados señalaron que existió un bajo nivel de resiliencia en general (34%), sin embargo, al obtener resultados según sus dimensiones, se evidenció que en el área control y propósito, la mayoría presenta un nivel medio (44%). Llego a la siguiente conclusión:

La mayoría de la población de estudio presentó niveles bajos de resiliencia; los adolescentes presentaron nivel medio en su dimensión control y propósito” (32).

García Ramírez Edwin, en Piura –Lima, en el 2016, realizó un estudio titulado “Resiliencia y calidad de vida en adolescentes internados en un Centro juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de Pimentel”, con el objetivo de determinar la relación entre resiliencia y calidad de vida en adolescentes internados en un centro juvenil de Pimentel. En cuanto al método fue un estudio de tipo no experimental, diseño descriptivo-correlacional. Participaron 154 adolescentes siendo la muestra intencional, en cuanto a los instrumentos se utilizaron la Escala de

Resiliencia de Waldnig y Young y la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes. Llegó a la siguiente conclusión:

Existe relación con un $\text{Gamma}=.776$ entre las variables resiliencia y las dimensiones hogar y bienestar económico ($\text{Gamma}=.494$), amigos, vecindario y comunidad ($\text{Gamma}=.662$), vida familiar y familia extensa ($\text{Gamma}=.561$), educación y ocio ($\text{Gamma}=.554$), medios de comunicación ($\text{Gamma}=.424$), religión ($\text{Gamma}=.337$) y finalmente la dimensión salud ($\text{Gamma}=.452$) (33).

Arequipeño Vásquez Flor y Gaspar Salazar Magaly, en Lima-Perú, en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ro. a 5to. Grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016”, con el objetivo de determinar si existe relación significativa entre los niveles de resiliencia y felicidad con los niveles de depresión en adolescentes 3ro. a 5to. Grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte. En cuanto al método es un estudio de diseño no experimental y de corte transversal. Participaron una muestra de 315 estudiantes del 3ro. a 5to. grado del nivel secundario, en cuanto a los instrumentos se utilizaron la Escala de Resiliencia Wagnild y Young, Escala de Felicidad de Lima (EFL) y Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds. Llegaron a la siguiente conclusión:

Se encontró que existe una relación inversa y altamente significativa entre el nivel de felicidad y la depresión ($r = -, 494, p < 0.01$), y una relación inversa baja y altamente significativa entre el nivel de resiliencia y la depresión ($r = -,$

236, $p < 0.01$). Por lo tanto, se concluyó que ante mayor felicidad y resiliencia menor será la presencia de síntomas depresivos (34) .

Guevara Perez Mardeleyni y Severino Marchena Ana, en Piura-Lima, en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Resiliencia y riesgo suicida en adolescentes de un Centro Juvenil Diagnóstico y Rehabilitación Pimentel, 2016”, con el objetivo de determinar la relación inversa entre resiliencia y riesgo suicida en adolescentes de un Centro Juvenil, Diagnostico y Rehabilitación de Pimentel en febrero de 2016. En cuanto al método fue de tipo cuantitativo de diseño no experimental correlacional y transversal. Participo una población de 70 adolescentes que cumplieron los criterios de elegibilidad, seleccionados a través del muestreo aleatorio sistemático, en cuanto al instrumento se utilizó la escala de resiliencia de Prado y Del Águila y el cuestionario de riesgo suicida de Pluchik. Llegaron a la siguiente conclusión:

Los adolescentes obtuvieron niveles bajas de resiliencia (64.43%), se puede evidenciar la escasa capacidad de darse cuenta de que algo no anda bien alrededor de ellos y la dificultad de resolver los problemas ante la adversidad (35).

Gutiérrez Oblitas Fiorella y Huillca Mamani Mirian, en Arequipa -Perú, en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Estilo parentales y resiliencia global ante las adversidades en adolescentes C.S Independencia. Alto Selva Alegre”, con el objetivo de determinar la relación entre los estilos parentales y la resiliencia en los adolescentes de este centro de salud. En cuanto al método fue de tipo descriptivo, diseño correlacional y corte transversal. Participo una población de 145 adolescentes que asistieron durante el mes de Julio, en cuanto al instrumento se utilizó la escala de

resiliencia para adolescentes creado por Prado y del Águila. Llegaron a la siguiente conclusión:

Predomino un nivel medio seguido de un nivel bajo, con respecto a la dimensiones se obtuvo un nivel alto en la interacción, bajo en la introspección y medio de independencia, iniciativa, humos, creatividad y moralidad (36).

2.2 Base teórica

2.2.1 Adolescencia

A. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia, la adolescencia es una etapa entre la época de la niñez y la adultez establecida entre los diez y diecinueve años de edad. Siendo esta un periodo de cambios y crecimientos acelerados, donde la persona va a experimentar situaciones que les servirá de transición hacia el desarrollo de la identidad y aptitudes esenciales para establecer las relaciones y funciones en la etapa adulta (1).

Según la Unicef, la adolescencia es un período de preparación para convertirse a futuro en una persona productiva con una familia y deberes como ciudadano. No son iguales, pero tienen vínculos que los unen como la edad (entre los 12 y 18 años de edad) y una conducta contestataria que busca el valor de lo social en la vinculo consigo mismos, los amigos, la música, los deportes, la música y la cultura en su sentido más amplio (37).

B. Etapas de la adolescencia

El adolescente pasa por distintos periodos por lo cual se les debe comprender en cada etapa para poder estar involucrados en sus cambios. Existen diferencias intra e interindividuales que pueden indicar una variabilidad importante que es necesario conocer, ya que depende de la forma en que sean asumidas culturalmente van a tener repercusiones en el adolescente en cuanto a su comportamiento e interacción entre las personas de su entorno.

Existen varias clasificaciones en cuanto a la secuencia evolutiva, siendo lo más sencillo la distinción de tres sub-etapas:

- **Pubertad:** se produce las primeras modificaciones biológicas, las que acontecen al menos un año previo al inicio de los caracteres sexuales secundarios con proximidad hasta los 12 a 16 años.
- **Adolescencia inicial:** inicia con dos grandes cambios, la menarquía en las mujeres y con el inicio de la polución seminal en los hombres. Comprende por lo general entre los 14 a 17 años.
- **Adolescencia final:** se caracteriza por consolidarse el concepto de sí mismo y la identidad de género. Se da entre los 19 a 20 años (38).

C. Cambios en la adolescencia

- **Pubertad**

-En esta etapa se producen cambios físicos acelerados y notorios. Ocurre el incremento de los huesos, músculos y órganos, el adolescente tiende a enfocarse más en su cuerpo por lo que ocupa largas horas en el cuidado de su estética.

- En el área cognitiva, el adolescente se vuelve más racional por lo que adquiere una mayor capacidad para poder aprender y usar nuevos conceptos, posee una mejor actitud para aprender nuevas habilidades de vida como por ejemplo limpieza del hogar, cuidados de la casa, etc.
- En el área de desarrollo ético, el adolescente se vuelve egocéntrico pero demuestra una mayor conciencia de sus propios actos y puede discernir entre las acciones malas y buenas.
- El ámbito familiar cercano, profesores y compañeros de clase van a influenciar en el auto concepto del adolescente.
- En el ámbito psicológico, muestran un gran deseo en la planificación y cumplimiento de los objetivos que se trazan.
- En el ámbito social, el vínculo con los padres sufren un gran cambio debido a que se muestran reacios a realizar actividades con sus padres, hermanos. No aceptan críticas, consejos, deberes y órdenes. El vínculo con los amigos crece y se agrupan con aquellos que compartan sus mismos gustos, etc. Existe una mayor dependencia y solidaridad con las amistades.

- **Adolescencia Inicial**

- Existe un cambio en los órganos sexuales, transformación de la voz, incremento de apetito e incremento de las horas de sueño.
- En el área cognitiva, existe una mayor intensidad de sentimientos. El sentido del humor se centra en la ironía y sexualidad.
- En el desarrollo ético, tienden a entender los principios sociales, morales y culturales de los padres.

- El auto concepto va a depender de cómo es la aceptación de los cambios. Tienden a preocuparse sobre cómo se ven, se rigen bajo moda y estereotipos de la sociedad en que viven por lo que dan origen a problemas relacionados con el peso, tamaño, color de la piel, etc.
- En el ámbito psicológico, la opinión de su entorno sobre ellos se vuelve en una prioridad. Creen que son personas omnipotentes e inmortales. Se involucran en situaciones de peligro.
- Se frustran con facilidad, son volubles en cuanto a su estado de ánimo por lo que su autoestima se pone en riesgo.
- La relación con los padres se vuelven más conflictivas y demandan mayor dependencia para poder tomar sus decisiones.
- Incrementa la relación con sus compañeros y se inicia la formación grupos y emparejamiento.

- **Adolescencia Final**

- Es homogéneo el cambio fisiológico, se llega a una talla y peso adecuado, los adolescente llegan a obtener un desarrollo e identificación adecuado.
- En el aérea cognitiva, muestran mejores habilidades para poder tomar decisiones independientes y su sentido del humor tiende mejorar.
- En cuanto al auto concepto, su identidad se forma.
- En el ámbito psicológico, la inquietud va a disminuir y se va a mejorar la estabilidad emocional.

-En el ámbito social, el vínculo con los padres va a mejorar, hay reducción de los conflictos y mayor consideración y aceptación de las tradiciones culturales e institucionales (39).

C. Problemas en la adolescencia

- **Alcohol**

El consumir alcohol inicia durante la adolescencia. En el entorno en donde se desarrolla los adolescentes, se encuentran mensajes ambiguos derivados de empresas públicas y privadas donde por un lado denuncian los efectos nocivos del alcohol y por el otro lado incentivan el consumo a través de las campañas publicitarias con mensajes engañosos asociados a imágenes de libertad y diversión.

Las causas del consumo de alcohol son guiados fundamentalmente por la satisfacción momentánea a la bebida, algunos obligados por la opresión que ejercen los amigos, el querer desarrollar la comunicación con los demás o como un tipo de evasión. El desarrollo de la autonomía emocional que incluye la resiliencia, va a fortalecer la capacidad del individuo para enfrentarse a estas situaciones (40).

- **Drogas**

Este problema se debe a diversos factores, entre ellos demográficos, escolares, familiares y sociales. A esto se le suma la violencia intrafamiliar que viven en los hogares ya que un clima familiar negativo, una comunicación y apoyo inadecuado entre los miembros, educación deficiente de los padres van a dañar la autoestima, el auto concepto y la idea de construir una identidad sana y por ende van a inducir a los adolescentes a iniciar el consumo temprano de drogas.

Cabe destacar que a esto se le suma la vulnerabilidad social. Es decir, la percepción por parte de los adolescentes de una sociedad insegura, llena de robos frecuentes a los ciudadanos, pistas y veredas deterioradas, débil apoyo de las autoridades y de las familias y ausencia de instituciones protectoras del bienestar del adolescente. El inicio temprano del consumo de drogas ocasiona el bajo rendimiento, conflictos familiares y ausentismo escolar (41).

- **Embarazo**

Se considera a la adolescencia como una población con un alto riesgo reproductivo. Es una situación muy común en la sociedad de hoy, es una experiencia muy difícil que va a afectar el bienestar de los padres, familiares, sociedad y las adolescentes en sí ya que su cuerpo no se encuentra preparado para esto debido a que se encuentra en desarrollo (42).

Según la Organización Mundial de la Salud, algunas de las adolescentes planifican y quieren embarazarse, pero en otros casos la situación es diferente. Los embarazos son más notorios en población pobre, rural con un bajo nivel educativo (43).

Una de las causas es la ausencia de la educación sexual y de los servicios donde se orienten y aconsejen; para que así pospongan el inicio a temprana edad de la actividad sexual y prevenir un embarazo no planificado y así las adolescentes puedan continuar con su proyecto de vida adulta (44).

El embarazo en esta etapa se convertirá en un obstáculo escolar, traerá empleos con baja remuneración, mayor probabilidad de número de hijos posteriores, conflictos familiares, insatisfacción personal y al

unirse con la pareja va a existir un mayor riesgo de problemas maritales y divorcio (45).

- **Pandillaje**

Los pandilleros juveniles son miembros que pertenecen a un mismo barrio en donde se desarrolla compañerismo con el objetivo de tener diversión y enfrentarse con otras pandillas rivales pertenecientes a otro barrio mediante un comportamiento violento.

Existen diversos factores causantes de este problema como la pobreza, la familia ya que los pandilleros en su mayoría provienen de familias disfuncionales, de padres con un bajo nivel educativo, etc.; la escuela en donde la mayoría de los pandilleros asisten a colegios estatales y han sido expulsados; y el inadecuado sistema de seguridad pública (46).

- **Bullying**

Es una forma de violencia entre compañeros de la escuela. Conducta continúa de ofensa verbal, repudio social, intimidación psicológica y violencia física realizadas por los niños a sus compañeros. La persona agredida se la llama víctima cuando está expuesto varias veces y por un periodo prolongado a conductas negativas por parte de un compañero o un grupo de ellos (47).

2.2.2 Calidad de vida relacionada con la salud

A. Definición

El término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) nació como un término referente a las valoraciones de la percepción de la salud que

realiza la persona, en la cual se agrupa lo objetivo con lo subjetivo. No existe aún un acuerdo en su definición, pero se han desarrollado diferentes instrumentos para medir este término (28). De acuerdo con Patrick y Erickson en el año 1987 interpretaron la calidad de vida en relación a la salud como algo que continua dentro de una escalera de bienestar que engloba la satisfacción, percepción de la salud de forma general, bienestar psicológico y físico, limitación en cuanto al rol, enfermedad y muerte (48).

Según Shumaker y Naughton, es la evaluación subjetiva por parte de la persona sobre cómo influye el estado de salud, cuidados sanitarios y la promoción de salud en su habilidad para lograr mantener un grado de funcionamiento que le ayude a realizar actividades importantes que influyen en su bienestar (49).

Para el presente trabajo investigación se utilizó la definición dada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1944, en la cual es la percepción que posee un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistemas de valores en la cual se desenvuelve y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones(22).

B. Características de la calidad de vida

- **Subjetivo:** el individuo presenta su propia definición sobre la felicidad.
- **Universal:** la calidad de vida presenta dimensiones que están relacionadas con la salud. son valores usuales en diferentes culturas.
- **Holístico:** incluye diferentes situaciones de la vida, dada en 5 dimensiones de la calidad de vida de acuerdo al modelo biopsicosocial. El ser humano viene a ser un todo.

- **Interdependencia:** las dimensiones se encuentran relacionados, de forma que cuando un individuo presente un problema físico o tenga una enfermedad va a trascender de forma afectiva, psicológica y social (50).

C. Áreas de las condiciones de la calidad de vida

Una calidad de vida adecuada permite vivir satisfaciendo necesidades y presentar la oportunidad de buscar un enriquecimiento en las principales áreas de la vida. Esto no asegura un destino brillante, pero permite que el adulto del mañana sea una mejor persona.

Las áreas de la calidad de vida son las siguientes:

- Físico: comprende la salud y seguridad física.
- Material: vivienda propia en óptimas condiciones, con acceso a los diferentes servicios básicos, alimentos al alcance y medios de transporte.
- Educativos: tener una educación que brinde aumentar los conocimientos ya sea individual o colectiva.
- Emocional: área indispensable para todo individuo ya que permite una interrelación eficaz.
- Social: área donde el individuo presenta relaciones con la familia y círculos de amigos que facilitan el desarrollo individual (51).

D. Medición de la calidad de vida relacionada con la salud

En el transcurso del tiempo se han elaborado instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud, entre las cuales podemos citar los siguientes:

- El instrumento CHQ (Child Health Questionnaire) fue construido inicialmente por Landgraft, Abetz y Ware en 1996, presenta versiones tanto para niños, adolescentes y padres. Existe una adaptación española elaborada por De Inocencio et ál en el 2001. Se aplica desde los 5 años hasta los 18 años, consta de 11 dimensiones con versiones de 50 ítems, 28 ítems y 87 ítems.
- El instrumento PedsQL 4.0 Generic Core Scales fue construido inicialmente por Varni, Seid y Rode en 1999. Existe una validación Argentina elaborada por Roizen et ál en el 2008. Se aplica desde los 2 años hasta los 18 años y consta de 4 dimensiones con 23 ítems.
- El instrumento KINDL fue elaborado inicialmente por Ravens-Sieber y Bullinger en 1998. Existe una versión española llamada KINDL-R que fue elaborada por Rajmil et ál en el 2004. Presenta versiones para ser aplicados en la niñez y adolescencia, a una población con una enfermedad crónica. Existen otras versiones para los que sufren de obesidad, dermatitis atópica, asma y diabetes. Se aplica a partir de los 4 años a 16 años, consta de 6 dimensiones con 24 ítems.
- El instrumento AUQUEI (Autoquestionnaire Qualité de Vie-Enfant – Image) fue elaborado inicialmente por Manificat, Dazord, Cochat y Nicola en 1997. Existe una versión española elaborada en 1988. Se aplica a partir de los 4 años a 12 años de edad, consta de 4 dimensiones con 27 ítems.

- El instrumento CHIP (Child Health and Illness Profile), elaborada por Starfield et ál EN 1993. Existe una versión española elaborada por Serra-Sutton en el 2006. Se aplica desde los 11 años hasta los 17 años, consta de 6 dimensiones con 188 ítems (52).

Para esta investigación se utilizó un instrumento genérico que tuvo base teórica, es confiable y adaptado al entorno internacional, por lo que presenta todas las características necesarias para poder obtener datos sobre la calidad de vida relacionada con la salud, siendo en la práctica fácil de aplicar y no requiere mucho tiempo.

Por tal motivo, se hizo uso del KIDSCREEN que es considerado el primer instrumento para la calidad de vida relacionada con la salud para ser aplicada a niños y adolescentes, fue desarrollada conjuntamente en diversos países como Alemania, Austria, España, Francia, Grecia, Países Bajos, Hungría, Irlanda, República Checa, Polonia, Reino Unido, Suecia y Suiza. La versión que se utilizó fue el KIDSCREEN – 27 que fue elaborada inicialmente por Ravens- Sieber et ál. Presenta una validación Chilena elaborada por Urzúa et ál. en el 2009 y una validación en Colombia en el 2011. Se aplica a partir de los 8 a 18 años. Consta de 5 dimensiones con 27 ítems.

E. Dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud

De acuerdo a KIDSCREEN 27 se encuentran las siguientes dimensiones:

- **Bienestar Físico**

Inspecciona al niño y adolescente en cuanto a su grado de actividad física, su nivel de energía y forma física, como también la medida en que se encuentran mal y se queja de su mala salud. Un adecuado bienestar físico señala que el individuo se encuentra físicamente en

forma, activo, saludable y con energía, mientras que un inadecuado bienestar físico señala que el individuo se muestra físicamente agotado, físicamente enfermo, sentirse sin energía y sentirse no apto (53).

- **Bienestar Psicológico**

Explora como se siente psicológicamente el niño y adolescente englobando las emociones que son positivas y la satisfacción que se tiene con vida como también el vacío de sentimientos por ejemplo el sentirse solo y triste. Comprende el vivir en óptimas condiciones de forma plena y el desarrollo de los potenciales humanos. Un adecuado bienestar psicológico señala que el individuo se muestra feliz, ve la vida positivamente, satisfecho con la vida y emocionalmente equilibrado, mientras que un inadecuado bienestar psicológico señala que el individuo se muestra sin placer en la vida, se siente deprimido y tiene una baja autoestima (53).

- **Autonomía y Padres.**

Inspecciona la calidad de la interacción que se da entre niños, adolescentes, padres y cuidadores, así como también el sentimiento de ser amado y respaldado por parte de la familia que tienen el niño o adolescente. Además examina el grado de autonomía y la calidad de los recursos financieros que percibe los niños y adolescentes. Una buena autonomía y padres señala que el individuo presenta relación positiva con los padres, tiene libertad para poder elegir y se siente satisfecho con los recursos financieros, mientras que un inadecuada autonomía y padres señala que el individuo se siente restringido, ignorado, no apreciado y siente que las finanzas son restringidas (53).

- **Amigos y Apoyo social**

Explora las relaciones en el aspecto social que se da entre amigos y compañeros. Esta dimensión inspecciona la calidad de la relación entre

niños y adolescentes con los compañeros y también su percepción de soporte que ellos le dan. Un buen apoyo social y relación con los amigos señala que el individuo se siente aceptado e incluido por el grupo, mientras que un inadecuado apoyo social y relación con los amigos señala que el individuo se siente excluido y no aceptado por el grupo (53).

- **Entorno Escolar**

Inspecciona la percepción de la capacidad en el aspecto cognitivo, así como también el aprender, la concentración y el sentimiento que presenta el niño y adolescente hacia el colegio. Además explora la visión que tiene con respecto a las relaciones con sus profesores. Un adecuado entorno escolar se da cuando el individuo le es de agrado el colegio, presenta sentimiento positivos hacia el colegio, se siente feliz y le va bien, mientras que un entorno escolar inadecuado, el individuo sentirá que el colegio no es de su agrado, va a presentar sentimientos negativos sobre el colegio y no le va a ir bien (53).

Según Edwards et al., en su estudio que realizo en el 2002 evidencio que lo más importante en la vida de los adolescentes aparte del físico era las relaciones sociales y el estado de ánimo general como el sentido de sí mismo y la necesidad de la independencia (52).

2.2.3 Resiliencia

A. Definición

Resiliencia proviene del termino resilo que es de origen latín y significa saltar, rebotar y resistir ante un agresor. Todas las personas al nacer poseen una resiliencia congénita acompañado de la capacidad para poder desarrollar facciones y aptitudes que les permite mostrarse

resilientes. Pese a esto cada persona muestra respuestas diferentes ante situaciones adversas; algunas logran vencerlas mientras que otras que se encuentran en la misma condición se rinden. Dado esto se muestra que existen aspectos propios de cada ser humano que le otorgan una actitud diferente frente a la adversidad.

Según Michael Rutter en 1992, el término de resiliencia se refiere a la agrupación de los procesos tanto sociales como intrapsíquicos que permiten obtener una vida adecuada en un entorno que no es sano.

De acuerdo con Vanistendall en 1994, la resiliencia es la capacidad para enfrentarse a las dificultades de una forma socialmente aceptable. Para ello existen dos componentes fundamentales de la resiliencia. Estos son la resistencia que se presenta ante la destrucción que viene a ser la habilidad que tiene la persona para defender su integridad propia bajo presión; seguido de la aptitud para desarrollar un comportamiento positivo pese a la situación adversa (54).

Según Wenner, la resiliencia puede convertirse en un indicador de salud mental de las personas y de ajustes psicosociales, es decir es un factor protector lo que significa que cuando el adolescente es resiliente va a presentar mayor posibilidad de poder enfrentarse a las adversidades y desarrollar habilidades como fortalezas que le van a permitir la prevención del desarrollo de los desórdenes mentales que pueden afectar su vida y de su entorno. Además la resiliencia está relacionado a la confianza que tienen los adolescentes de sí mismos y de su entorno que les va a permitir poder identificar sus habilidades, confiar en el apoyo de los demás y saber lidiar con los altibajos que se dan en la vida preservando así la calidad de vida (55).

Para este trabajo de investigación se empleó el concepto elaborado por Connor y Davidson, según el cual define la resiliencia como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias traumáticas (56).

B. Resiliencia y adolescencia

El adolescente en la sociedad está expuesto a riesgos. El incentivarles a realizar actividades constructivas durante el tiempo libre, la educación sexual a tiempo, el apoyo en la construcción de proyectos en la vida y su autonomía para tomar decisiones les va a permitir estar preparados para poder enfrentar y contrarrestar situaciones adversas.

Cabe destacar que el adolescente necesita experimentar todo tipo de situaciones para poder desarrollar mecanismos de defensa. La resiliencia permite que los adolescentes sean personas competentes que se identifiquen y sepan su utilidad, que sean capaces de poder realizar decisiones, establecerse objetivos y poder creer en un mundo mejor (9).

C. Factores de la resiliencia

Todas las personas poseen características propias ,códigos genéticos, historias propias de vida y una familia de las cuales provienen , los factores protectores o factores de riesgos, lo cual al interactuar van a conformar los comportamientos resilientes (57).

- **Factores protectores**

Son elementos y condiciones en la cual disminuyen las consecuencias negativas de exponerse al estrés y riesgos, por lo que hace que aquellos individuos que a pesar de haber estado en un entorno

desfavorecido y de haber sufrido situaciones adversas, lleven una vida normal (58).

Estos factores puede ser externo que se relaciona con las condiciones que reducen la posibilidad de daños, estos factores lo conforman la familia, el soporte de un adulto, el conjunto social y laboral; y el interno que gira en torno a los atributos que presenta una persona como la estimación , la seguridad , confianza personal , la comunicación y la empatía.

Según UNICEF, un elemento principal para la resiliencia es el mantener relaciones que proporcionen cuidados y soportes dentro y fuera de una familia, ya que van a crear confianza y van a ayudar a afianzar la resiliencia en las personas (59).

- **Factores de riesgo**

Comprende las características de un individuo o comunidad que pueden dañar la salud. El daño puede ser origen de los mismos sujetos que son considerados como individuos de alto riesgo; o de las personas que buscan el riesgo debido a su comportamiento. Cabe destacar que tanto la familia, comunidad y la escuela pueden desempeñarse como factores protectores o factores de riesgo.

Vásquez en su estudio refiere que la resiliencia se relaciona a la percepción de los riesgos que se presentan, es decir cuando las personas están expuestas a riesgos, van a desarrollar redes de cooperación y solidaridad (60)

- **Individuos resilientes**

Se denominan así a las personas que a pesar de estar en una adversidad poseen la habilidad de emplear factores protectores con la finalidad de salir , crecer y desarrollarse de forma adecuada; consiguiendo convertirse en adultos competentes (61).

F. Pilares de la resiliencia

La resiliencia presenta 8 pilares, etas son:

- **Independencia:** es la habilidad para poner límites entre uno mismo y los entornos adversos.
- **Introspección o capacidad insight:** es la habilidad de identificar las emociones propias.
- **Habilidad para relacionarse o interactuar:** es la capacidad de formar vínculos con las personas de forma íntima y satisfactoria.
- **Iniciativa:** exigirse en las tareas.
- **Humor:** habilidad para transformar lo trágico en cómico.
- **Creatividad:** habilidad para construir algo a partir de la nada.
- **Moralidad:** habilidad para seguir valores y discernir con respecto a lo que es bueno y malo.
- **Autoestima consistente:** raíz de los otros pilares y resultado de la atención afectiva que se recibe en la niñez y adultez por un adulto significativo (62).

G. Medición de la resiliencia

Existen instrumentos que se han elaborado para medir la resiliencia, entre las cuales podemos citar los siguientes:

- Instrumento de Walgnid G y Young H, fue diseñado en el año 1993 para reconocer el nivel de resiliencia de cada individuo. Presenta una escala tipo Likert de dos factores, el primero que es la competencia personal y el segundo que es la aceptación de sí mismo y de su vida.
- Resiliency Scale for Adolescents, que fue elaborada por Jew, Green en 1999, presenta 35 preguntas que están basadas en 12 habilidades y capacidades que ayudan a reducir el estrés en niños.
- La Escala de Resiliencia SV-RES, fue diseñado en el 2008 por Eugenio Saavedra y Marco Villalta. Se aplica a jóvenes y adultos, permite establecer un nivel de resiliencia de forma general (63).

En esta investigación se utilizó un instrumento genérico que tuvo base teórica, fue confiable y adaptado al entorno internacional, presentando todas las características necesarias para obtener datos sobre la resiliencia, siendo en la práctica de fácil aplicación que no requiere mucho tiempo.

Por tal razón, se utilizó la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) el cual fue elaborado en el año 2003 por las mismas personas. Este instrumento consta de 5 dimensiones y 25 ítems.

F. Dimensiones de la resiliencia

De acuerdo a la Escala de Connor y Davidson, encontramos las siguientes dimensiones:

- **Persistencia- tenacidad- autoeficacia**

La persistencia es la capacidad para poder lograr los objetivos trazados a pesar de las diversas adversidades. habilidad para reajustarlas (64).

La autoeficacia se refiere creer en las capacidades propias para poder establecer y ejecutar los cursos de acción que producirán ciertos logros o resultado.

- **Control bajo presión**

Es actuar con eficacia en situaciones donde hay presión de la adversidad. Capacidad para poder responder en situaciones de mucha exigencia (66).

- **Adaptación y capacidad de recuperarse**

Es aceptar las diversas dificultades como parte de la vida normal y la habilidad para poder habituarse a las pérdidas a través de una perspectiva positiva hacia las cosas.

- **Control y propósito**

Se relaciona con las metas y aspiraciones en la vida y el método para lógralos. Relacionado con la autonomía, la confianza que uno posee al tener un grado de control sobre el ambiente, poseer un enfoque hacia las metas, orientaciones hacia el desarrollo de estos (65).

- **Espiritualidad**

Es la tendencia a relacionar las preocupaciones y adversidades que se confrontan con las creencias de la religión (66).

2.2.4 Teorías de Enfermería

A. Modelo de sistema conductual

Este modelo es propuesto por Dorothy Johnson en 1980 influenciada por el libro de Florencia Nightingale “Notas de Enfermería”, se enfoca en como el paciente se va a adaptar a la enfermedad y también en como la capacidad de adaptación va a ser afectada por el estrés presente o potencial.

Según esta teórica, el objetivo de enfermería es la reducción del estrés con el fin de que el paciente pueda avanzar rápidamente hacia su recuperación. Se concentra en las necesidades básicas que se vinculan a los siguientes subsistemas de conductas:

- Afiliación: permite sobrevivir y sentirse segura.
- Dependencia: incentiva un comportamiento de cooperación con una respuesta recíproca.
- Ingestión: relacionado a la alimentación.
- Eliminación: relacionado a la eliminación con aspectos biológicos, sociales y fisiológicos.
- Sexual: procreación y gratificación.
- Realización: manipulación del entorno con el objetivo de obtener un grado de superación.
- Agresión/Protección: protección.

Este modelo tiene como objetivo proteger y recuperar el equilibrio en el individuo, cooperando para obtener un grado óptimo de funcionamiento.

El ser humano vive bajo constantes factores estresantes que alteran el equilibrio. Dado esto el personal de enfermería interviene mediante cuidados que dirigen al individuo a enfrentar de forma adecuada y positiva las intimidaciones internas y externas que se dan a diario por lo que se convertirán en personas resilientes.

Los principios de este modelo permiten al personal de enfermería poder valorar la importancia de dar constantemente protección, nutrición y estímulo para así estimular la resiliencia en la persona (62).

2.3 Terminología básica

- A. Calidad de vida relacionada a la salud:** la calidad de vida es la percepción que posee un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistemas de valores en la cual se desenvuelve y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (22).

- B. Resiliencia:** es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias traumáticas (23).

- C. Adolescencia:** es una etapa entre la época de la niñez y la adultez establecida entre los diez y diecinueve años de edad. Siendo esta un periodo de cambios y crecimientos acelerados, donde la persona va a experimentar situaciones que les servirá de transición hacia el desarrollo de la identidad y aptitudes esenciales para establecer las relaciones y funciones en la etapa adulta (1)

2.4 Hipótesis

Al ser un estudio de alcance correlacional, según Hernández Sampieri, tiene como finalidad la medición del grado de relación que se da entre dos o más variables, medirán de forma individual cada variable y posteriormente analizaran su vinculación; por tal motivo se planteó las siguientes hipótesis:

- A. Hipótesis alterna: Si existe relación entre calidad de vida relacionada con la salud y resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

- B. Hipótesis nula: No existe relación entre calidad de vida relacionada con la salud y resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

2.5 Variables

El presente estudio presenta dos variables principales, calidad de vida relacionada a la salud y resiliencia, por lo que los señalamos a continuación con sus respectivas dimensiones:

- Variable 1: Calidad de vida relacionada a la salud
Dimensiones de la variable 1:
 - Bienestar Físico
 - Bienestar Psicológico
 - Autonomía y Padres.
 - Amigos y Apoyo social
 - Entorno Escolar

- Variable 2: Resiliencia
Dimensiones de la variable 2:
 - Persistencia- tenacidad- autoeficacia

- Control bajo presión
- Adaptación y capacidad de recuperarse
- Control y propósito
- Espiritualidad

2.5.1 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD								
TÍTULO: Determinar la calidad de vida relacionado con la salud en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima -2018.								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Calidad de vida relacionado a salud	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa	Es la percepción que posee un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistemas de valores en la cual se desenvuelve y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es la percepción que posee los adolescentes de secundaria de la Institución Fe y Alegría 32 sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistemas de valores en la cual se desenvuelve y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. y que se expresa por el bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y padres, amigos y apoyo social y entorno escolar, el cual será medido con el cuestionario KIDCREEN - 27.	Es la percepción que posee los adolescentes de secundaria de la Institución Fe y Alegría 32 sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistemas de valores en la cual se desenvuelve y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. y que se expresa por el bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y padres, amigos y apoyo social y entorno escolar, el cual será medido con el cuestionario KIDCREEN - 27.	Bienestar Físico	-Niveles de actividad física, energía y buena condición física de los sujetos	5 (1,2,3,4,5)	-Calidad de vida Alta. -Calidad de vida Media -Calidad de vida Baja.	Puntaje de 111-135 será considerado como una calidad de vida Alta. Puntaje de 86-110 será considerado como una calidad de vida Media. Puntaje de 27-85 será considerado como una calidad de vida Baja.
				Bienestar Psicológico	-Estado de ánimo, emociones positivas, satisfacción con la vida, acumulo de experiencias negativas y sensación de estrés.	7 (6,7,8,9,10,11,12))		
	Autonomía y padres			-Examina las oportunidades de disponer de su tiempo de ocio, la relación con los padres, la atmosfera familiar y la percepción sobre la capacidad financiera familiar.	7 (13,14,15,16,17,18,19)			
	Amigos y Apoyo Social			-Explora la naturaleza de las relaciones sociales.	4 (20,21,22,23)			
	Entorno Escolar			-Analiza la percepción del sujeto sobre su aptitud para el aprendizaje, concentración y sensaciones sobre la escuela.	4 (24,25,26,27)			

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

TÍTULO: Determinar el Nivel De Resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima -2018.

VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Nivel de resiliencia	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	La resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias traumáticas ().	La resiliencia es la capacidad de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias traumáticas, el cual se caracteriza por presentar rasgos de persistencia - tenacidad - autoeficacia, control bajo presión, adaptación y redes de apoyo, control y propósito y espiritualidad, el cual será medido con la escala de resiliencia de Connor - Davidson.	Persistencia-tenacidad-autoeficacia.	Logro de objetivos y cumplimiento de metas.	7 (10, 11, 12, 17, 23, 24, 25)	A mayor puntuación en cada dimensión, más indicadores de resiliencia muestra el individuo.	Escala de 0 a 100 Resiliencia alta. Media y baja.
				Control bajo presión.	Toma de decisiones.	8 (6, 7, 14, 15, 18, 19, 7, 20)		
				Adaptación y capacidad de recuperarse.	Solución de problemas.	5 (1, 2, 4, 5 y 8)		
				Control y propósito.	Nivel de autoestima.	3 (13, 21 y 22)		
				Espiritualidad.	Actitud conformista.	2 (3 y 9)		

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

De acuerdo a Hernández Sampieri, el presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo. En cuanto al diseño es un estudio no experimental, correlacional y de corte transversal (67). Es de enfoque cuantitativo por que se utilizó datos con medición numérica. Se recolecto datos para probar la hipótesis, con base al análisis estadístico. Es no experimental porque es un estudio sin intervención por lo que solo se limitó a describir las variables sin manipularlas. Según el análisis y alcance de sus resultados es correlacional porque respondió a la pregunta de estudio con el propósito de saber la relación que existe entre dos o más variable en este caso sobre las variables calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia en adolescentes de secundaria. Según el periodo y secuencia del fenómeno es de corte transversal por que se recolecto datos en un determinado momento, en un tiempo único, donde se describió las variables y la incidencia e interrelación en un tiempo dado.

3.2 Población

La población es la agrupación de elementos que presentan características comunes observables en un lugar y en un momento determinado (67).

En el presente trabajo de investigación se trabajó con toda la población de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, que se encuentra en el distrito de San Juan de Lurigancho y se ubica en la avenida el mercado S/N en el Asentamiento Humano Juan Pablo II. Cada grado de secundaria cuenta con 4 secciones denominados por letras: "A", "B", "C", Y "D"; siendo 20 secciones en total.

No se realizó muestreo, trabajándose con una población total de 623 adolescentes.

Tabla 1.Total de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa 32 Fe y Alegría, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.

GRADO ACADÉMICO	SECCIONES	N DE ESTUDIANTES	N DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS
1°	A	34	34
	B	32	30
	C	32	32
	D	31	30
2°	A	33	30
	B	35	34
	C	34	32
	D	35	35
3°	A	31	31
	B	34	32
	C	35	34
	D	33	30
4°	A	32	30
	B	31	30
	C	33	31
	D	32	32
5°	A	29	28
	B	29	27
	C	32	31
	D	32	30
TOTAL	20	650	623

Fuente: Elaboración propia

Al finalizar con la recolección de datos se contó con 623 adolescentes encuestados del total de estudiantes, debido a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

A. Criterios Inclusión

- Alumnos matriculados en la Institución Educativa Fe y Alegría N 32.
- Alumnos que pertenecen al nivel de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría N 32.
- Alumnos de ambos sexos que acepten colaborar de manera voluntaria en el estudio de la Institución Educativa Fe y Alegría N 32.

B. Criterios de Exclusión

- Alumnos retirados de la Institución Educativa Fe y Alegría N 32.
- Alumnos que no aceptaron participar en el estudio.
- Alumnos que sus padres no firmaron el consentimiento informado, autorizando su participación en el estudio.
- Alumnos que no asistieron al salón de clases durante las fechas de aplicación.
- Alumnos del nivel de inicial de la Institución Educativa Fe y Alegría N 32.
- Alumnos del nivel de primaria de la Institución Educativa Fe y Alegría N 32.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A. Técnica

La técnica que se utilizó en el presente estudio fue la encuesta y como instrumentos cuestionarios, lo cual facilitaron la recolección de información brindada por los individuos de estudio para poder dar respuesta al problema de investigación (67).

B. Instrumento

Para aplicar los instrumentos se tuvo primero que presentar un documento al director de la Institución Educativa Fe y Alegría N 32 describiendo en qué consistía el estudio de investigación; además se conversó personalmente, por lo cual nos programó los días de encuestas y los salones respectivos para ser encuestados con una duración de 30 minutos por aula.

Como hay dos variables principales se trabajó con dos instrumentos que fueron dos cuestionarios.

- **Instrumento 1**

Para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud se utilizó el cuestionario KIDSCREEN

- **Autor:** El grupo KIDSCREEN (2006)

- **Origen:** comprenden una familia de instrumentos, que fueron financiados por la Comisión Europea dentro de la “Calidad de vida y gestión de los recursos vivos” Quinto Programa Marco en lo cual tomo 3 años desde el 2001 al 2004 para poder ser finalizado. Desarrollados por la colaboración de investigadores pediátricos europeos para ser aplicados en estudios epidemiológicos de salud pública, estudios clínicos sin intervención y proyectos de investigación.

Para su construcción utilizó revisiones de la literatura, grupo de personas expertas y grupo de discusión de niños (as) y adolescentes provenientes de los países que participaron; consiguiendo así una metodología consistente en varias fases obteniendo un desarrollo progresivo.

Esta conceptualmente basados en el concepto de calidad de vida como un constructo multidimensional que cubre componentes físicos, emocionales, mentales, sociales, conductuales, del bienestar y de las funciones percataadas por los pacientes y otras personas., según los estudios de Bullinger y Ravens-Sieberer en 19995; Eiser et al. en 1999 y Eiser y Morse en el 2001.

- **Propósito:** Miden y monitorizan la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), están diseñados con el objetivo de evaluar la salud y el bienestar subjetivo. Es decir determinan la calidad de vida desde la perspectiva del niño de acuerdo a su integridad física, mental y social. Mediante esto se va a poder reconocer a los niños y adolescentes susceptibles.
- **Población:** Fueron desarrollados para aplicarlo a partir de los 8 hasta los 18 años de edad tanto en niños como en adolescentes sanos y con enfermedades crónicas como medidas de salud auto percibido.
- **Validez y Confiabilidad:** Esta versión es psicométricamente confiable, la validez del constructo es satisfactoria, el cálculo del análisis factorial demuestra el 56% de la variancia y para la fiabilidad de cada una de las cinco dimensiones; el alfa de Cronbach es $>0,70$. La fiabilidad de la consistencia interna fue de buena a excelente para todo los dominios que va desde 0.80 hasta 0.84.

Al realizar la recolección de los datos en la Institución Fe y Alegría 32 con los 623 adolescentes de secundaria, se determinó la validez del instrumento empleando la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la esfericidad de Bartlett. La validez se considera “suficiente” cuando el resultado de la medida KMO toma valores entre 0.70 a 0.79, y “satisfactoria” cuando tome valores mayores a 0.80 (68); a

su vez, los valores de esfericidad menores a 0,05 indican la validez de la escala. El valor de adecuación muestral del instrumento es de 0,902 (KMO > 0,8) y el valor de esfericidad es de 0,00 ($p < 0,05$). Los resultados de ambas pruebas declaran la validez del instrumento.

Para evaluar la confiabilidad, se empleó el coeficiente alfa de Cronbach, la cual puede tomar valores entre 0 y 1, donde: 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total (67). El valor de consistencia obtenido por los ítems de la escala es de 0,902 ($\alpha > 0,7$), lo que indica una alta confiabilidad del instrumento.

- Puntajes:** Las respuestas de cada dimensión de este instrumento se dan en escala Likert de 5 opciones, que evalúan en la primera dimensión la intensidad que tiene como alternativa de respuesta desde “excelente” a “mala” que se califica de 1 a 5 puntos; y desde la segunda hasta la quinta evalúan la frecuencia que tiene como alternativa desde “nunca” a siempre” y desde “nada” a “muchísimo” que se califica también desde 1 a 5 puntos. Todas las preguntas giran en torno a los acontecimientos de hace una semana. La puntuación va desde 0 a 100.

Tabla 2. Medición de la variable calidad de vida relacionada con la salud y sus respectivas dimensiones

CATEGORIZACIÓN	MEDICIÓN DE LA VARIABLE		
	ALTO	MEDIO	BAJO
Calidad de vida relacionada con la salud	111-135	86-110	27-85
Bienestar Físico	17-25	13-16	5-12
Bienestar Psicológico	26-35	17-25	7-16
Autonomía y Padres	26-35	17-25	7-16
Amigos y Apoyo social	16-20	10-15	4-9
Entorno escolar	16-20	10-15	4-9

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°2 muestra las puntuaciones y mediciones de la calidad de vida relacionada a la salud de forma global y por dimensiones.

- **Ventajas:** En cuanto a las ventajas de este instrumento: primero es que estos instrumentos son netamente transculturales ya que al desarrollarse en 13 países de Europa simultáneamente: Austria, República Checa, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Polonia, España, Suecia, Suiza, Los países Bajos y el Reino Unido; con una muestra de 22,827 niños y adolescentes; lo que le otorga características propias de cada país y un perfil multicultural, que garantiza la calidad de la forma de desarrollo y de los resultados que se obtuvieron. Por lo que han sido traducidas en 38 idiomas. Segundo, fue desarrollado en estrecha colaboración con DISABKIDS que cubre enfermedades específicas, la calidad de vida en niños y adolescentes con enfermedades crónicas, garantizando y complementando así la medición específica de la enfermedad. Por último, existen tres versiones cuando la mayoría se muestra en una sola versión; existen versiones tanto para ser aplicado en la niñez, adolescencia e inclusive en los padres, madres o personas cuidadoras. La disponibilidad de tres versiones diferentes lo convierte en una herramienta que se puede utilizar en muchos entornos diferentes, como entornos clínicos, escuelas y hogares. Debido a esto puede ser administrado por profesionales en los campos de salud pública, epidemiología y medicina.

Existen además tres versiones que es el KISCREEN-52 que es la versión larga que otorga información con detalles del perfil de salud mediante 10 dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud. Contiene 52 ítems y el tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos para poder ser completado, el KIDSCREEN-27 y el KIDSCREEN-10 Índice que presenta 10 ítems provenientes de la versión 27 lo que va a permitir una puntuación global de la calidad de vida relacionada con la salud

para usos de cribado e investigación y solo necesita 5 minutos para ser completado.

Para este estudio se utilizó el KIDSCREEN 27 que es la versión corta desarrollado por el Proyecto KIDSCREEN, cuyo propósito principal fue construir un instrumento estándar para la comunidad de los países europeos. Contiene 27 ítems derivados de la versión de 52 ítems.

Posee varias de las ventajas del instrumento original y a esto se le suma que es más fácil de administrar ya que solo se necesita de 10 a 15 minutos para ser completado por lo que se convierte en ser más económico para poder ser usado en diversos estudios. En cuanto a la administración, pueden ser auto completado en casa, dentro de un aula y en otros espacios. También puede ser administrado por teléfono, entrevistas y por cuestionarios postales (53).

- **Dimensiones:** El cuestionario KIDSCREEN -27 consta de 27 preguntas, divididos en 5 dimensiones en escala Rash:
 - Bienestar físico: evalúa los niveles de actividad física, energía y buena condición física de los sujetos. Esta dimensión consta de 5 preguntas.
 - Bienestar psicológico: evalúa el estado de ánimo, emociones positivas, satisfacción con la vida, acumulo de experiencias negativas y sensación de estrés. Esta dimensión consta de 7 preguntas.
 - Autonomía y padres: Examina las oportunidades de disponer de su tiempo de ocio, la relación con los padres, la atmosfera familiar y la percepción sobre la capacidad financiera familiar. Esta dimensión consta de 7 preguntas.
 - Amigos y apoyo social: Explora la naturaleza de las relaciones sociales. Esta dimensión consta de 4 preguntas.
 - Entorno escolar: Analiza la percepción del sujeto sobre su aptitud para el aprendizaje, concentración y sensaciones sobre la escuela. Esta dimensión consta de 4 dimensiones.

Instrumento 2

Para evaluar la resiliencia se empleó la Escala de resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC).

- **Autor:** Dicho instrumento fue elaborado por Connor-Davidson en el 2003.
- **Descripción:** Es considerada una de las escalas que más aprobación ha alcanzado en el ámbito científico. Presenta propiedades psicométricas realizadas en jóvenes, personas con problemas de salud y poblaciones de ámbitos socioculturales; por lo que se ha evidenciado ser de gran utilidad en entornos clínicos y de investigación.
- **Propósito y Población:** Tiene como finalidad determinar el nivel de resiliencia de la población entre 11 años hasta los 80 años de edad.
- **Validez y confiabilidad:** Se aplicó a pacientes de atención primaria, psiquiátricos y a población en general, en lo cual se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,89 (población general) y una fiabilidad test-retest de 0,87.

Al realizar la recolección de los datos en la Institución Fe y Alegría 32 con los 623 adolescentes de secundaria, se determinó la validez del instrumento empleando la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la esfericidad de Bartlett. La validez se considera “suficiente” cuando el resultado de la medida KMO toma valores entre 0.70 a 0.79, y “satisfactoria” cuando tome valores mayores a 0.80 (68); a su vez, los valores de esfericidad menores a 0,05 indican la validez de la escala. El valor de adecuación muestral del instrumento es de 0,906 (KMO > 0,8) y el valor de esfericidad es de 0,00 ($p < 0,05$). Los resultados de ambas pruebas declaran la validez del instrumento.

Para evaluar la confiabilidad, se empleó el coeficiente alfa de Cronbach, la cual puede tomar valores entre 0 y 1, donde: 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total (67). El valor de consistencia obtenido por los ítems de la escala es de 0,841 ($\alpha > 0,7$), lo que indica una alta confiabilidad del instrumento.

- **Puntajes:** Consta de 25 ítems con una escala sumativa tipo Likert que oscila de 0 a 4 que va desde “en absoluto” a “casi siempre”. En cuanto a los puntajes va de 0 a 100, no posee un punto de corte y a mayor puntuación es mayor la resiliencia (56).

- **Dimensiones:** El cuestionario CD-RISC consta de 26 preguntas, divididos en 5 dimensiones:
 - Persistencia-tenacidad-autoeficacia: evalúa el logro de objetivos y cumplimientos de metas. Esta dimensión consta de 7 preguntas.
 - Control bajo presión: evalúa la toma de decisiones. Esta dimensión consta de 7 preguntas.
 - Adaptación y capacidad para recuperarse: evalúa la capacidad para resolver los problemas. Esta dimensión consta de 5 preguntas.
 - Control y propósito: evalúa el nivel de autoestima. Esta dimensión consta de 3 preguntas.
 - Espiritualidad: Evalúa la actitud conformista. Esta dimensión consta de 2 preguntas.

3.4 Proceso de recolección de datos

3.4.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos

En primer lugar una vez terminado el proyecto, se obtuvo una carta de presentación aprobado por la asesora para presentar al Director de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 ubicado en el distrito de San Juan

de Lurigancho, con la finalidad de obtener el permiso necesario para poder realizar la recolección de datos.

3.4.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos

El director acepto generosamente colaborar con nuestro estudio, por lo que nos programó los días de encuesta y los respectivos salones con el objetivo de no interrumpir el horario de clase y a la vez tener la facilidad de poder encuestar a los alumnos sin ningún inconveniente.(Ver anexo E)

Antes de comenzar, se coordinó con los docentes de cada aula por sección para poder hacer entrega del consentimiento informado para que los padres puedan firmarlo y de esta forma autoricen la participación de sus hijos en el llenado del cuestionado de calidad de vida relacionado con la salud (KIDSCREEN 27) y resiliencia (CD RISC).

3.4.3 Fase 3: Aplicación del instrumento

Se contó con el apoyo de colaboradores para poder cumplir con las encuestas programadas por día, cabe destacar que se brindó capacitación previa. Cada grado y sección se le otorgó un código organizado por grado sección y número que inicio de 1 A 1 y finalizo en 5 D 650. Se otorgó a cada salón 30 minutos para que puedan completar los cuestionarios sin prisa. Una vez terminado las encuestas se procedió a guardar los cuestionarios de cada grado y sección en un folder individual para mayor organización.

3.5 Procesamiento y análisis estadístico

Al finalizar el proceso de recolección de datos, se procedió a verificar el correcto llenado de los instrumentos. Posteriormente se pasó los datos a

una matriz elaborada en el programa estadístico Software Statistic Pacage for Social Science (SPSS) versión 23.

Mediante este programa estadístico, se aplicó técnicas descriptivas que permitió la elaboración de tablas y gráficos para su presentación. Primero, se elaboraron tablas de las características sociodemográficas. Segundo, se evaluaron las variables de forma individual obteniendo los puntajes y su respectiva clasificación por niveles.

Para determinar el tipo de pruebas paramétricas o no paramétricas que se empleara en el presente estudio, se realizó una prueba de normalidad para ambas variables: “calidad de vida relacionada con la salud” y “resiliencia”. La prueba estadística seleccionada fue la prueba de Kolmogorov-Smirnov, conocida como prueba K-S, es una prueba de significación estadística para verificar si los datos de la muestra proceden de una distribución normal. Se emplea para variables cuantitativas continuas y cuando el tamaño muestral es mayor de 50 (69). Los niveles de significancia de la prueba revelan que las variables Resiliencia y Calidad de vida relacionada a la salud, presentan una distribución no normal ($p > 0,05$), por lo que, para el subsiguiente análisis de las variables, se emplean pruebas no paramétricas (ANEXO G). La relación entre ambas variables se determinó utilizando la prueba no paramétrica de correlación bivariada de Spearman (Rho) (ANEXO H), evidenciándose que ambas variables poseen una relación directamente proporcional fuerte estadísticamente significativa por lo que rechaza la hipótesis nula (H_0), y se acepta la hipótesis de alterna (H_1). (ANEXO G),

3.6 Aspectos éticos

El trabajo de investigación con los seres humanos es un tema que comprende un dilema entre el progreso de la ciencia y la protección a los seres humanos que deciden participar de forma voluntaria.

En Estados Unidos, en el año 1974 el presidente a cargo debido a la sensible segregación racial y a los derechos de cada persona, encargó al Congreso de la Nación la creación de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica. Esto dio base a la creación del Informe Belmont en el año 1979 con el fin de ayudar a los científicos, sujetos de investigación y ciudadanos con interés en comprender los principios éticos. Son 4 principios éticos que se describen a continuación (70).

- **Principio de autonomía**

Para la realización del estudio se contó con la autorización de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 localizado en San Juan de Lurigancho. Se explicó a los participantes acerca de los objetivos y beneficios de la investigación de manera clara y concisa, así los adolescentes mediante un consentimiento informado, aceptaron brindar la información solicitada durante la encuesta de manera voluntaria.

- **Principio de beneficencia**

Se sistematizó los beneficios para los adolescentes de secundaria y se los evaluó utilizando las técnicas adecuadas. Se les brindó información teórica para evitar algún tipo de perjuicio o daño alguno. Este trabajo favoreció a la institución, al personal de enfermería y a los padres de familia para la toma de las decisiones en cuanto a los resultados obtenidos.

- **Principio de no maleficencia**

Se minimizó los posibles riesgos al momento de realizar el estudio y se respetó la integridad física y psicológica de los adolescentes. Los resultados fueron empleados solo con fines de investigación, manteniendo la confidencialidad de estos ya que el participante permaneció en anonimato.

- **Principio de justicia**

Se tuvo en cuenta la igualdad y equidad en el momento de recojo de datos obtenidos de los adolescentes. Además no se les discriminó ya que se respetó la raza, sexo y estatus social.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Con respecto a los datos sociodemográficos de los participantes del estudio, en total fueron 623 adolescentes de secundaria. Con respecto a los resultados en base a la edad, se puede observar que la edad oscila entre los 12 a 17 años con una edad media de 14 años. Referente al sexo de los adolescentes, se observa que predomina el sexo femenino con 351 participantes que representan el 56,3% del total y 272 participantes que representan el 43,7% del total son de sexo masculino; con relación al grado y sección se evidencia que el primer año de secundaria presenta 126 adolescentes en total de los cuales la sección "A" presenta mayor cantidad a diferencia de las demás secciones, siendo 34 adolescentes que representa el 27%, y la sección "B" y "C" son las secciones con menor cantidad de adolescentes, ambas cuentan con 30 que representan el 23,8%. Con respecto al segundo año de secundaria, se evidencia un total de 131 adolescentes de los cuales la sección "D" tiene mayor cantidad con 35 adolescentes que representan el 26,7% y la sección "A" tiene menor cantidad de adolescentes con 30 que representa el 22,9%. En el tercer año se observa una población total de 127, predominando la sección "C" con 34 adolescentes que

representan el 26,8% y la sección "D" con menor cantidad con 30 adolescentes que representan el 23,6%. Con respecto al cuarto año, se observa que cuenta con 123 adolescentes, de la cual la sección "D" predomina con 32 adolescentes que representa el 26% y la sección "A" y "B" presentan ambas la menor cantidad con 30 adolescentes cada una que representan el 24,4%. Asimismo, el quinto año se evidencia 116 adolescentes en total, predominando la sección "C" con 31 adolescentes que representan el 26,7% y la sección "B" con menor cantidad con 27 adolescentes que representan el 23,3%. (Ver anexo E)

Tabla 5. Relación entre Resiliencia y Calidad de vida relacionada a la salud, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.

		Nivel de resiliencia							
		Baja		Media		Alta		Total	
		n	%	n	%	N	%	N	%
Calidad de vida relacionada con la salud	Baja	0	0,0%	2	0,3%	30	4,8%	32	5,1%
	Media	2	0,3%	292	46,9%	53	8,5%	347	55,7%
	Alta	1	0,2%	103	16,5%	140	22,5%	244	39,2%
Total		3	0,5%	397	63,7%	223	35,8%	623	100%

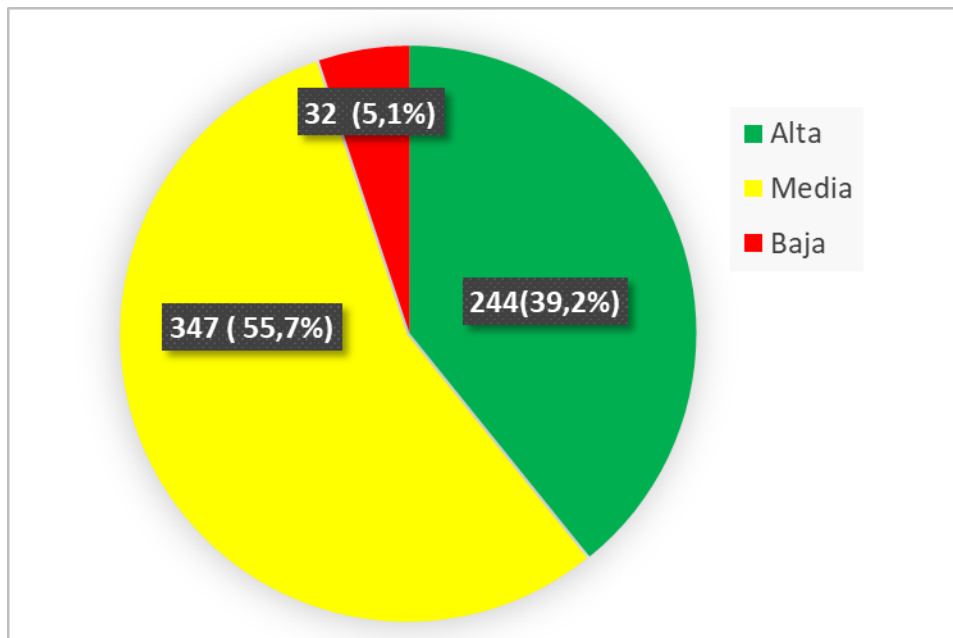
Fuente: elaboración propia

En la tabla 5, se observa que de los 623 adolescentes encuestados, el 0,3% que poseen una resiliencia baja presentan una calidad de vida media, mientras que el 46,9% que poseen una resiliencia media tienen una calidad de vida media y finalmente el 22,5% que presentan una resiliencia alta poseen una calidad de vida alta.

Para establecer la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia en adolescentes de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018, se realizó la prueba no

paramétrica de correlación bivariada de Spearman (Rho) arrojando un índice de correlación de + 0,607 ($p > 0,05$). Este resultado indico que entre la variable “calidad de vida relacionado con la salud” y “resiliencia” existe una relación directamente proporcional fuerte estadísticamente significativa entre ambas variables. Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Lo que indica que si existe relación estadísticamente significativa entre calidad de vida relacionado con la salud y resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.

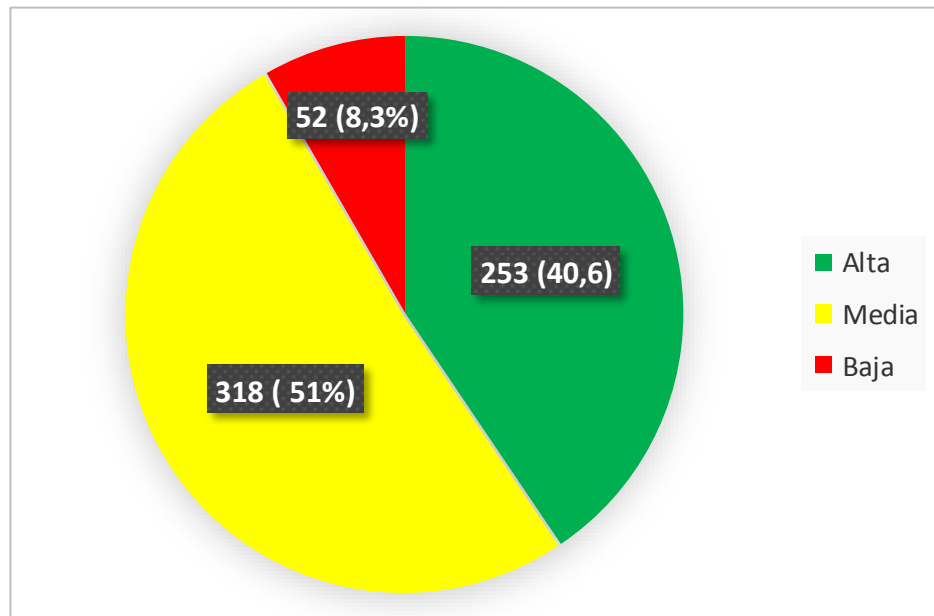
Gráfico 1: Calidad de vida relacionada a la salud en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.
(N=623)



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 1, podemos observar, con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud general, que 347 adolescentes que representan el 55,7% obtuvieron un nivel de calidad de vida media; 244 adolescentes que representan el 39,2% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida alta y 32 adolescentes que representan el 5,1% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida baja.

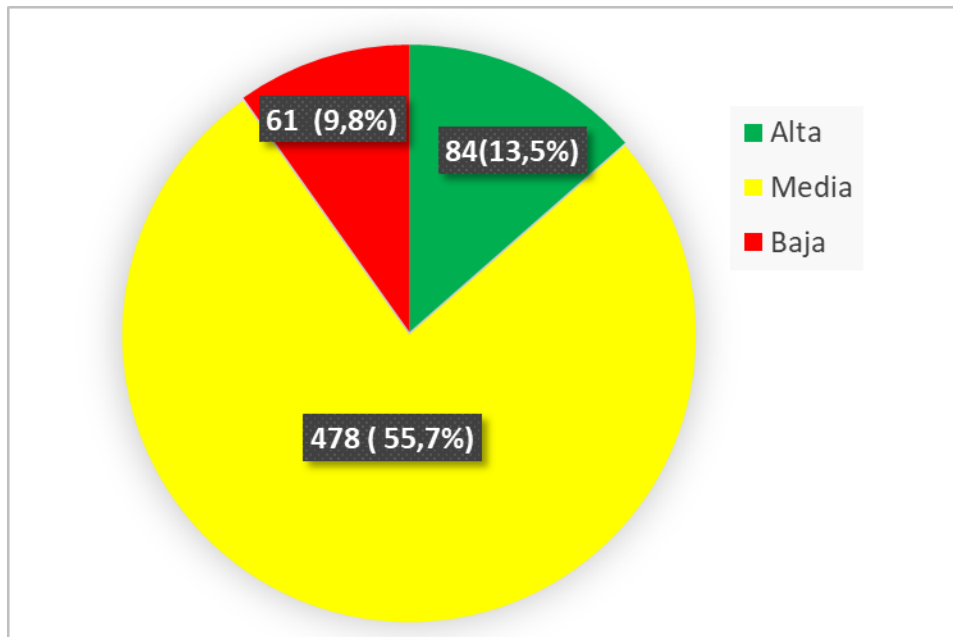
Gráfico 2: Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión bienestar físico, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018. (N=623)



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 2, podemos observar con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud en su dimensión bienestar físico en adolescentes de secundaria, que 318 adolescentes que representan el 51% del total obtuvieron calidad de vida media; 253 adolescentes que representan el 40,6% del total, obtuvieron calidad de vida alta y 52 adolescentes que representan el 8,3 % del total, obtuvieron calidad de vida baja.

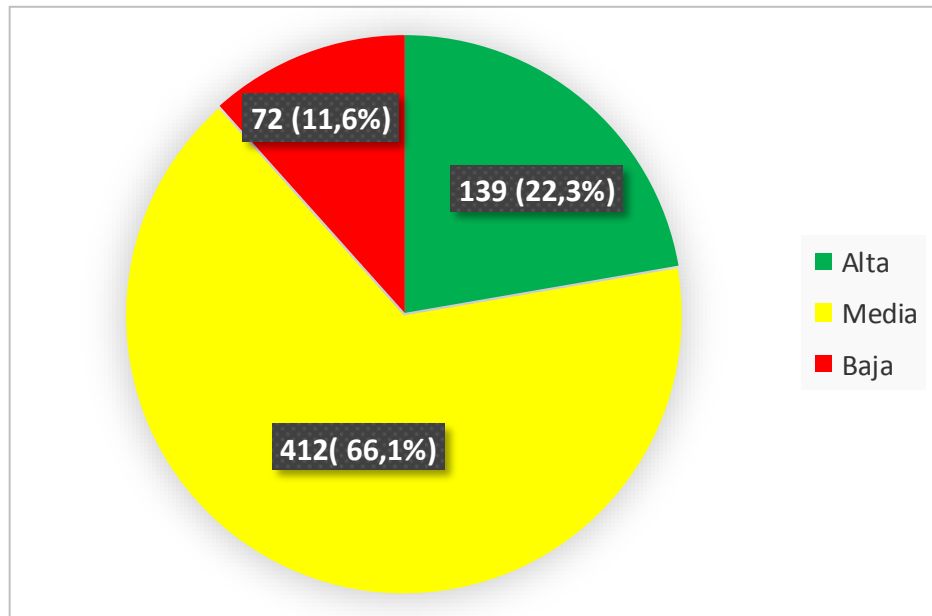
Gráfico 3: Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión bienestar psicológico, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018. (N=623)



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 3, podemos observar con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud en su dimensión bienestar psicológico en adolescentes de secundaria, que 478 adolescentes que representan el 55,7% del total obtuvieron calidad de vida media; 84 adolescentes que representan el 13,5% del total, obtuvieron calidad de vida alta y 61 adolescentes que representan el 9,8 % del total, obtuvieron calidad de vida baja.

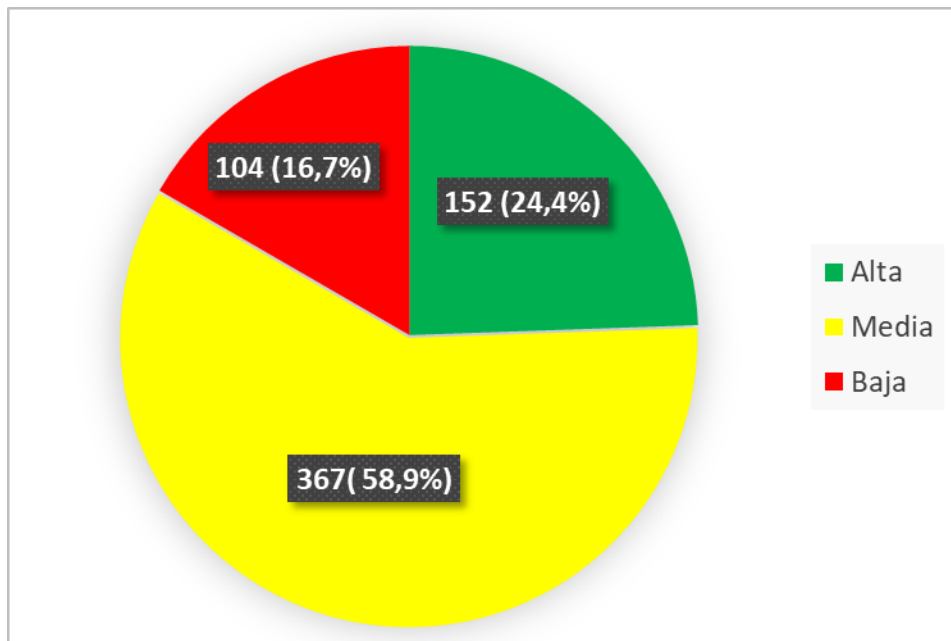
Gráfico 4: Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión autonomía y padres, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018. (N=623)



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 4, podemos observar con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud en su dimensión autonomía y padres en adolescentes de secundaria, que 412 adolescentes que representan el 66,1% del total obtuvieron calidad de vida media; 139 adolescentes que representan el 22,3% del total, obtuvieron calidad de vida alta y 72 adolescentes que representan el 11,6 % del total, obtuvieron calidad de vida baja.

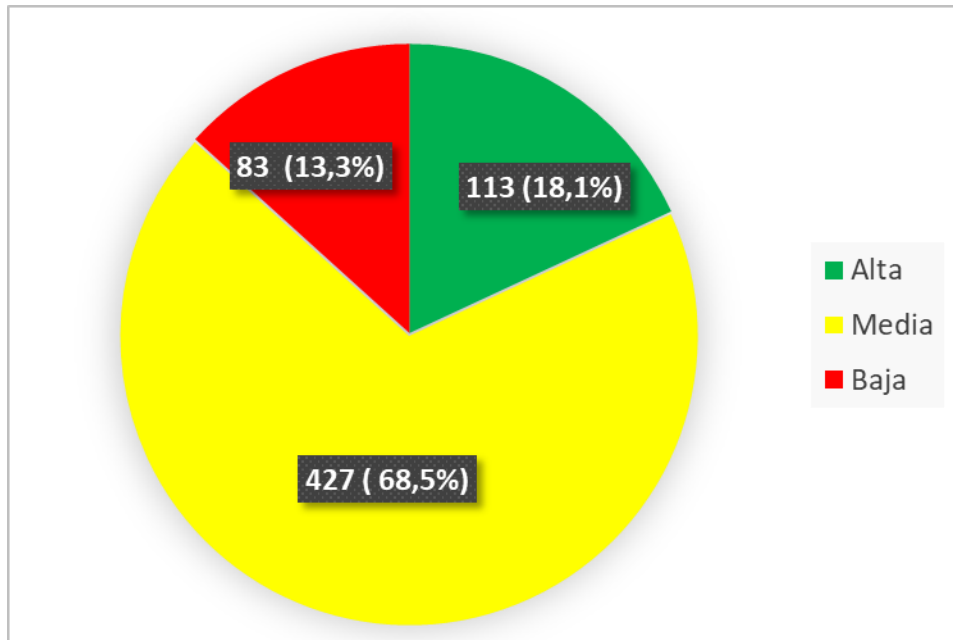
**Gráfico 5: Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión amigos y apoyo social, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.
(N=623)**



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 5, podemos observar con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud en su dimensión amigo y apoyo social en adolescentes de secundaria, que 367 adolescentes que representan el 58,9% del total obtuvieron calidad de vida media; 152 adolescentes que representan el 24,4% del total, obtuvieron calidad de vida alta y 104 adolescentes que representan el 16,7 % del total, obtuvieron calidad de vida baja.

Gráfico 6: Calidad de vida relacionada a la salud en su dimensión entorno escolar, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018. (N=623)

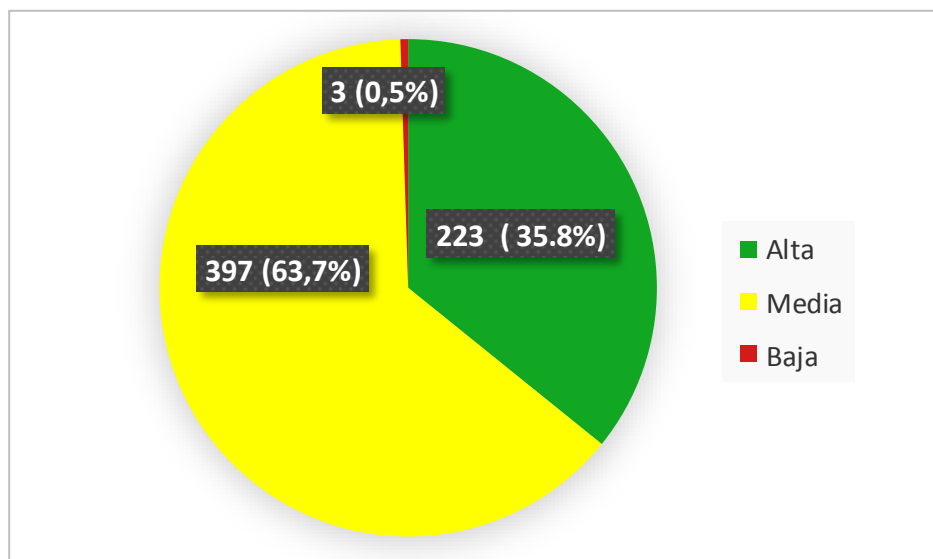


Fuente: elaboración propia

En el gráfico 6, podemos observar con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud en su dimensión entorno escolar en adolescentes de secundaria, que 427 adolescentes que representan el 68,5% del total obtuvieron calidad de vida media; 113 adolescentes que representan el 18,1% del total, obtuvieron calidad de vida alta y 83 adolescentes que representan el 13,3% del total, obtuvieron calidad de vida baja.

Gráfico 7: Resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.

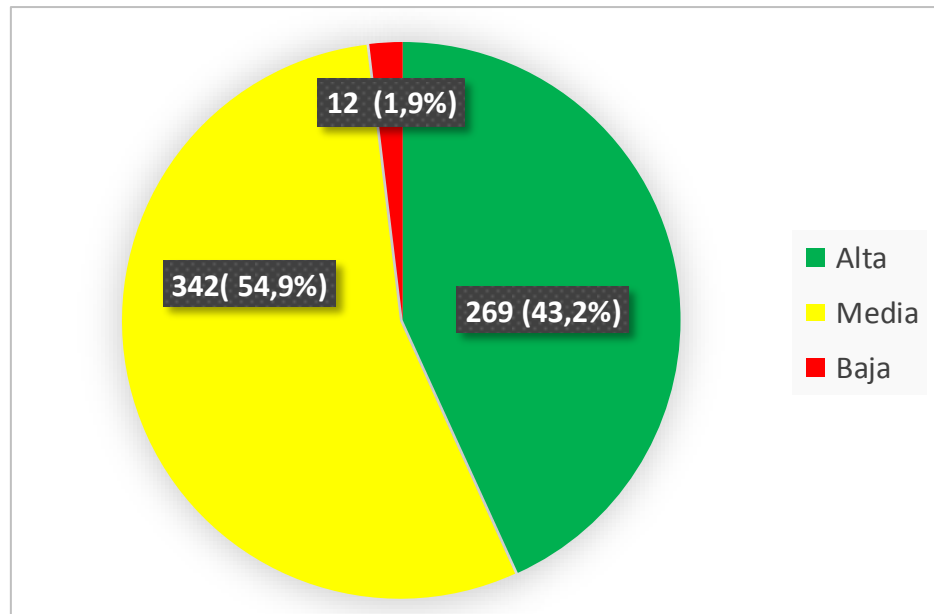
(N=623)



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 7, podemos observar, con respecto a la resiliencia general, que 397 adolescentes que representan el 63,7% obtuvieron resiliencia media; 223 adolescentes que representan el 35,8% del total, obtuvieron resiliencia alta y 3 adolescentes que representan el 0,5 % del total, obtuvieron resiliencia baja.

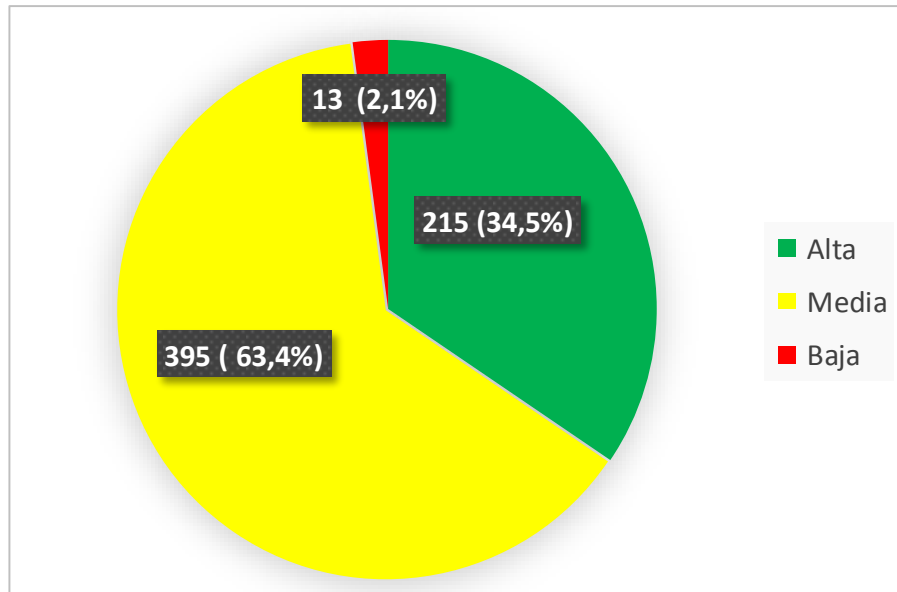
Gráfico 8: Resiliencia en su dimensión persistencia-tenacidad-autoeficacia, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018. (N=623)



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 8, podemos observar con respecto a la resiliencia en su dimensión persistencia-tenacidad-autoeficacia en adolescentes de secundaria, que 342 adolescentes que representan el 54,9% del total obtuvieron resiliencia media; 269 adolescentes que representan el 43,2% del total, obtuvieron resiliencia alta y 12 adolescentes que representan el 1,9 % del total, obtuvieron resiliencia baja.

**Gráfico 9: Resiliencia en su dimensión control bajo presión, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.
(N=623)**

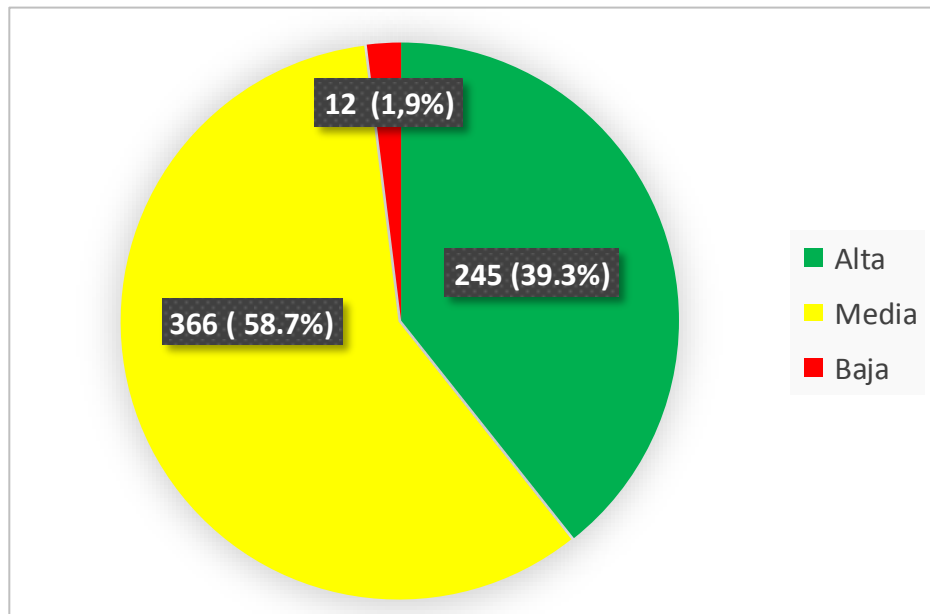


Fuente: elaboración propia

En el gráfico 9, podemos observar con respecto a la resiliencia en su dimensión control bajo presión en adolescentes de secundaria, que 395 adolescentes que representan el 63,4% del total obtuvieron resiliencia media; 215 adolescentes que representan el 34,5% del total, obtuvieron resiliencia alta y 13 adolescentes que representan el 2,1 % del total, obtuvieron resiliencia baja.

Gráfico 10: Resiliencia en su dimensión adaptación y capacidad para recuperarse, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.

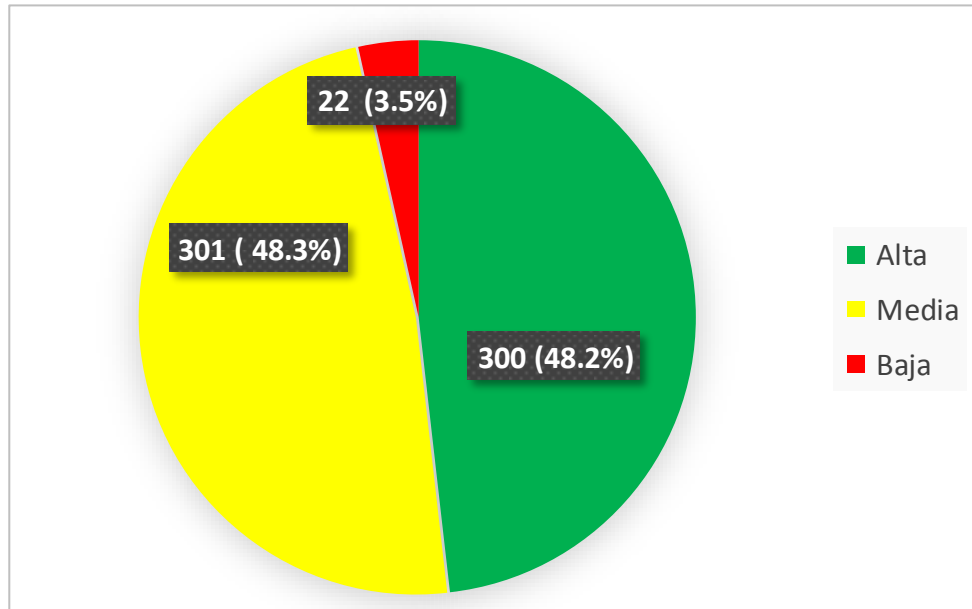
(N=623)



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 10, podemos observar con respecto a la resiliencia en su dimensión adaptación y capacidad para recuperarse en adolescentes de secundaria, que 366 adolescentes que representan el 58,7% del total obtuvieron resiliencia media; 245 adolescentes que representan el 39,3% del total, obtuvieron resiliencia alta y 12 adolescentes que representan el 1,9% del total, obtuvieron resiliencia baja.

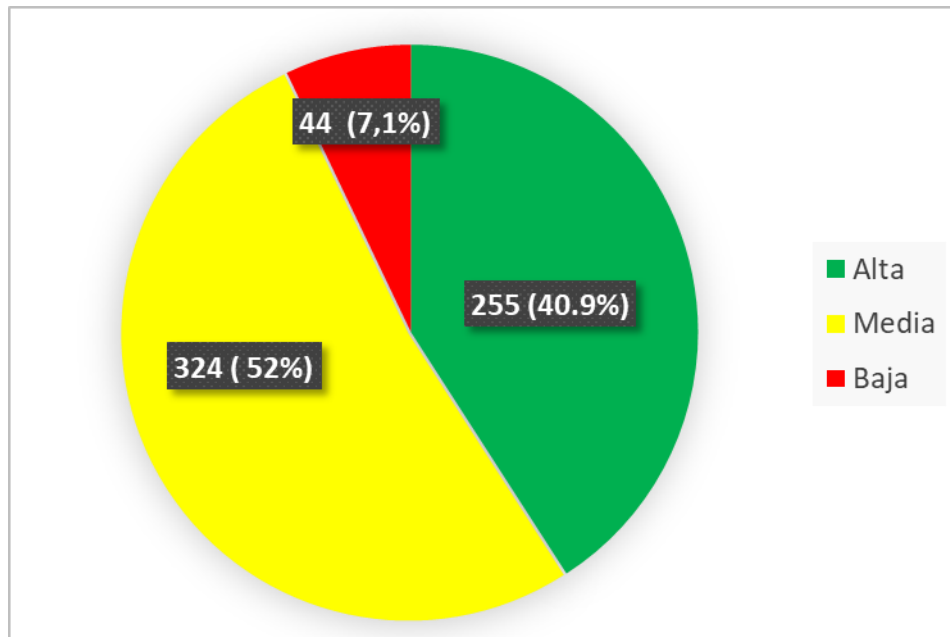
Gráfico 11: Resiliencia en su dimensión control y propósito, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018.
(N=623)



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 11, podemos observar con respecto a la resiliencia en su dimensión control y propósito en adolescentes de secundaria, que 301 adolescentes que representan el 48,3% del total obtuvieron resiliencia media; 300 adolescentes que representan el 48,2% del total, obtuvieron resiliencia alta y 22 adolescentes que representan el 3,5 % del total, obtuvieron resiliencia baja.

Gráfico 12: Resiliencia en su dimensión espiritualidad, en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018. (N=623)



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 12, podemos observar con respecto a la resiliencia en su dimensión espiritualidad en adolescentes de secundaria, que 324 adolescentes que representan el 52 % del total obtuvieron resiliencia media; 255 adolescentes que representan el 40,9% del total, obtuvieron resiliencia alta y 44 adolescentes que representan el 7,1 % del total, obtuvieron resiliencia baja.

4.2 Discusión

Este trabajo de investigación fue realizado en los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, localizado en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en San Juan de Lurigancho, de los cuales el 56,3% fueron de sexo femenino y el 43,7% de sexo masculino, siendo la edad mínima 12 años y la edad máxima 17 años. Con respecto al grado y sección, se evidenció que el segundo año es el grado con mayor alumnado, con 131 alumnos y el quinto año el grado con menor alumnado, con 116 alumnos.

Se empleó para medir la calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia dos cuestionarios estandarizados y validados internacionalmente, por lo que se convierte en la fortaleza principal de la presente investigación. Esta investigación estuvo orientada al logro del objetivo general que fue determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, por lo cual se realizó la prueba no paramétrica de correlación bivariada de Spearman (Rho) arrojando un índice de correlación de + 0,607 ($p < 0,05$). Este resultado indico que entre la variable “calidad de vida relacionado con la salud” y “resiliencia” existe una relación directamente proporcional fuerte estadísticamente significativa entre ambas variables.

Este hallazgo indica que hay una asociación entre la capacidad que tiene estos adolescentes de secundaria para sobreponerse a las diversas dificultades que se les presenta en la vida y poder superarlas y también a los factores que complementan su desarrollo social que viene ser la familia, los grupos de apoyo como los amigos, vecinos, etc.; las actividades en relación a su desarrollo académico, entretenimiento, así como también lo referente a su salud y lo espiritual.

Este hallazgo se relaciona con el estudio internacional realizado por Quinceno Japcy y colaborador, quienes en el 2013, realizaron un estudio titulado “Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual”, evidenciándose que la resiliencia se relaciona positivamente con la calidad de vida. Cabe resaltar que en dicho estudio se utilizó un instrumento diferente para evaluar la resiliencia, se aplicó la escala de resiliencia adolescente (ARS) pero si se empleó el mismo instrumento para la calidad de vida (29). A nivel nacional, se coincide con el estudio realizado por García Ramírez Edwin, quien en el 2016, realizó un estudio titulado “Resiliencia y calidad de vida en adolescentes internados en un centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación de Pimentel”, donde se evidencio también que existe relación entre la variables resiliencia y la calidad de vida. Cabe destacar que utilizaron diferentes instrumentos con respecto al nuestro, la Escala de Resiliencia de Waldnig y Young y la Escala de Calidad de vida de Olson y Barnes (33).

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es una etapa entre la época de la niñez y la adultez establecida entre los diez y diecinueve años de edad. Siendo esta un periodo de cambios y crecimientos acelerados, donde la persona va a experimentar situaciones que les servirá de transición hacia el desarrollo de la identidad y aptitudes esenciales para establecer las relaciones y funciones en la etapa adulta (1). Los grandes cambios que van a presentar son con respecto a lo biológico, emocional y lo social; lo cual les hace ser individuos propensos a caer en conductas o vivir experiencias que puedan deteriorar su calidad de vida como el embarazo adolescente, consumo de alcohol, tabaco, malos hábitos alimenticios, sedentarismo, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que posee un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistemas de valores en la cual se desenvuelve y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (22).

Respecto al análisis descriptivo de las variables de este estudio, en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud general, se evidencio que predominó la calidad de vida media 55,7%, seguida de la calidad de vida alta 39,2% y baja 5,1%. Con estos hallazgos, nos lleva a inferir que la mayoría de estos adolescentes perciben una vida en donde satisfacen sus necesidades y presentan la oportunidad de buscar un enriquecimiento en las principales áreas de su vida como en los físico, material, educativo, emocional y social, a pesar de vivir en el Asentamiento Humano Juan Pablo II de san Juan de Lurigancho, una zona en donde les rodea carencias. Esto puede deberse a que los padres de familia de esta institución educativa se les observa preocupación e interés en todo lo relacionado a sus hijos, a pesar de que no cuentan con los recursos necesarios, tratan de dar lo mejor a sus hijos en base a sus posibilidades. A esto se le suma de que estudian en un colegio que a pesar de ser estatal, presenta un valor agregado que es el ser parroquial, por lo que velan por el bienestar de cada alumnado. Cabe destacar que una calidad de vida media o alta no les asegura un destino brillante, pero si les permite que su adulto del mañana sea una mejor persona.

El 5,1% que presentaron calidad de vida baja, vienen a ser un grupo de adolescentes que se encuentran en riesgo de presentar problemas de salud. Lo que merece atención de las autoridades, padres de familia y personal de salud. Con énfasis en este grupo, enfermería debe involucrarse y comprometerse con estos adolescentes, debe poseer las

competencias para tener una comunicación efectiva con ellos y así poder identificar tempranamente posibles problemas de salud y por ende brindarles el tratamiento oportuno (21). Para velar por la salud integral del adolescente con un enfoque holístico, enfermería hace uso de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la etapa de vida Adolescente. Cabe destacar que también se debe trabajar con los adolescentes que obtuvieron calidad de vida media para que lleguen a tener una calidad de vida alta.

Evaluando los antecedentes de la investigación, nuestros hallazgos concuerdan con estudios dos estudios a nivel internacional, se concuerda con Lima Serrano Marta y colaboradores, quienes en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia”, donde se evidencio en la mayoría de sus adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) una calidad de vida media (27). Dicho estudio no realizó pruebas de correlación, solo se basó en el estudio observacional transversal, lo que difiere de la población estudiada. Se coincide también con Quiceno Japcy y colaborador, quienes en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Calidad de Vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas”, donde se evidencio niveles moderados en la calidad de vida (28). Esto puede deberse a que estos adolescentes presentaron fortalezas personales como la auto trascendencia, felicidad y optimismo.

Asimismo, nuestros hallazgos difieren con otros estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional. Con relación a estudios internacionales, se difiere con Quinceno Japcy y colaboradores, quienes en el 2013 realizaron un estudio titulado “Calidad de vida, Resiliencia e Ideación Suicida en Adolescentes víctimas de Abuso Sexual”, donde se evidencio baja calidad de vida en su población (29). Estos hallazgos

pueden deberse a que estos adolescentes han pasado por una experiencia traumática que es el haber sufrido de abuso sexual. Eso se asoció negativamente con una disminución en la calidad de vida. Por lo cual es una realidad muy diferente a nuestra población de estudio. Con relación a los estudios nacionales, se difiere con los resultados obtenidos por Sahuanay Siu Silvia., quien en el año 2017, realizó un estudio titulado “Calidad de Vida y Autorregulación Afectiva Emocional de los adolescentes de la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui”, donde se evidenció que más de la mitad de adolescentes 52,27% presentaron una calidad de vida alta (31).

Con respecto a la calidad de vida y sus dimensiones, según Edwards y colaboradores, en su estudio que realizó en el 2002 evidencio que lo más importante en la vida de los adolescentes aparte del físico era las relaciones sociales y el estado de ánimo general como el sentido de sí mismo y la necesidad de la independencia (52).

De acuerdo a la calidad de vida relacionado con la salud en su dimensión bienestar físico, predominó la calidad de vida media 51%, seguida de calidad de vida alta 40,6% y baja 8,3%. Dicha dimensión inspecciona al adolescente en cuanto a su grado de actividad física, su nivel de energía y forma física, como también la medida en que se encuentran mal y se queja de su mala salud. Por lo que se puede deducir de nuestros hallazgos, que la mayoría de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 tienden a encontrarse físicamente en forma, activos, saludables y con energía (53). En esta dimensión, se concuerda con el estudio internacional realizado por Lima Serrano Marta y colaboradores, quienes en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia”, en la cual se evidenció una calidad de vida media en esta dimensión (27).

Con respecto a la calidad de vida relacionado con la salud en su dimensión bienestar psicológico, predominó la calidad de vida media 55,7%, seguida de calidad de vida alta 13,5% y baja 9,8%. Dicha dimensión explora como se siente psicológicamente el adolescente englobando las emociones que son positivas y la satisfacción que se tiene con la vida como también el vacío de sentimientos por ejemplo el sentirse solo y triste. También comprende el vivir en óptimas condiciones de forma plena y el desarrollo de los potenciales humanos. Por lo que se puede deducir de nuestros hallazgos, que más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 tienden a mostrarse felices, ven la vida positivamente, están satisfechos con la vida y se encuentran emocionalmente equilibrados. En esta dimensión se concuerda con el estudio internacional realizado por Lima Serrano Marta y colaboradores, quienes en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia”, en el cual se evidenció una calidad de vida media en esta dimensión (27). Asimismo, se difiere con el estudio internacional de Quiceno Japcy y colaborador, quienes en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Calidad de Vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas”, en donde se obtuvo bajos puntajes en el estado de ánimo de estos adolescentes (28). Esto puede deberse a que estos adolescentes presentaron emociones negativas como pesimismo, depresión y tuvieron estresores cotidianos.

De acuerdo a la calidad de vida relacionado con la salud en su dimensión autonomía y padres, predominó la calidad de vida media 66,1%, seguida de calidad de vida alta 22,3% y baja 11,6%. Dicha dimensión inspecciona la calidad de la interacción que se da entre adolescentes, padres y cuidadores, así como también el sentimiento de

ser amado y respaldado por parte de la familia que tiene el adolescente. Además examina el grado de autonomía y la calidad de los recursos financieros que percibe los adolescentes. Por lo que se puede inferir de nuestros hallazgos, que más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 tienden a poseer una relación positiva con los padres, tienen libertad para poder elegir y se sienten satisfechos con los recursos financieros que presentan. En esta dimensión, se concuerda con el estudio internacional realizado por Lima Serrano Marta y colaboradores, quienes en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia”, en la cual se evidenció una calidad de vida media en esta dimensión. (27)

En cuanto a la calidad de vida relacionado con la salud en su dimensión amigos y apoyo social, predominó la calidad de vida media 58,9%, seguida de calidad de vida alta 24,4 % y baja 16,7%. Dicha dimensión explora las relaciones en el aspecto social que se da entre amigos y compañeros. Además inspecciona la calidad de la relación de los adolescentes con sus compañeros y también su percepción de soporte que ellos le dan. Por lo que se puede inferir de nuestros hallazgos, que más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 tienden a ser aceptados e incluidos por los grupos de su entorno. En esta dimensión se concuerda con el estudio internacional realizado por Lima Serrano Marta y colaboradores, quienes en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia”, en la cual una calidad de vida media en esta dimensión (27). Asimismo diferimos con el estudio internacional por Quiceno Japcy y colaborador, quienes en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Calidad de Vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas”, en donde se obtuvo bajos puntajes en la aceptación social (28). Esto puede

deberse posiblemente a las emociones negativas que presentaron como el pesimismo, la depresión y los estresores cotidianos.

Con respecto a la calidad de vida relacionado con la salud en su dimensión entorno escolar, predominó la calidad de vida media 68,5%, seguida de calidad de vida alta 18,1 % y baja 13,3%. Dicha dimensión inspecciona la percepción de la capacidad en el aspecto cognitivo, así como también el aprender, la concentración y el sentimiento que presenta el adolescente hacia el colegio. Además explora la visión que tiene con respecto a las relaciones con sus profesores. Por lo que se puede inferir de nuestros hallazgos, que más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 les es de agrado su colegio por lo que presentan sentimientos positivos hacia este, se sienten feliz y les va bien. En esta dimensión se concuerda con el estudio internacional realizado por Lima Serrano Marta y colaboradores, quienes en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia”, en la cual se evidenció una calidad de vida media en esta dimensión (27). También, se coincide con el estudio internacional de Quiceno Japcy y colaborador, quienes en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Calidad de Vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas”, en donde se obtuvo una calidad de vida moderada en la dimensión ambiente escolar (28).

Asimismo, se difiere completamente con el estudio internacional de Quiceno Japcy y colaboradores, quienes en el 2013 realizaron un estudio titulado “Calidad de vida, Resiliencia e Ideación Suicida en Adolescentes víctimas de Abuso Sexual”, donde se obtuvo una calidad de vida baja en la dimensión de bienestar físico, bienestar psicológico, relación con los padres y vida familiar, amigos y apoyo social, autonomía, recursos económicos, aceptación social y estado de ánimo.

Siendo esta última la que presento las puntuaciones más bajas entre todas las demás que obtuvieron baja puntuación (29) . Esto puede deberse debido a la característica específica que presenta estos adolescentes, que es el de haber vivido una experiencia traumática al ser víctimas de abuso sexual, por lo que sienten soledad, tristeza, depresión, estrés y sentimientos de incompetencia y resignación.

En cuanto a la variable resiliencia general, se evidencio que predomino la resiliencia media 63,7%, seguida de la resiliencia alta 35,8% y baja 0,5%,lo que nos lleva a inferir que la gran mayoría de adolescentes están en vías de ser individuos completamente resilientes, es decir, ser adolescentes que a pesar de estar en una adversidad, poseen la habilidad de emplear factores protectores con la finalidad de salir, crecer y desarrollarse de forma adecuada; consiguiendo convertirse en adultos competentes (61). Esto les va a permitir que sean personas competentes, que se identifiquen y sepan su utilidad, que sean capaces de poder realizar decisiones, establecerse objetivos y poder creer en un mundo mejor (9). Después de la resiliencia media, ocupó como segundo lugar la resiliencia alta, lo que indican que se les puede considerar ya a este grupo como individuos completamente resilientes.

Estos hallazgos, nos permite confirmar que estos adolescentes, a pesar de que viven en el Asentamiento Humano Juan Pablo II de san Juan de Lurigancho, una zona que en el transcurso de los años se ha convertido en una área peligrosa y de riesgo, donde ellos se encuentran en constante exposición a circunstancias adversas, suelen ser individuos más resilientes, van a poseer la capacidad para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias traumáticas (56). Lo que indica la relación de a mayor exposición de riesgo, mayor es la resiliencia. Vásquez en su estudio refiere que la resiliencia se relaciona a la percepción de los riesgos que se presentan,

es decir, cuando las personas están expuestas a riesgos, van a desarrollar redes de cooperación y solidaridad (60).

Posiblemente la mayoría obtuvo resiliencia media seguido de alta debido a que cuentan con factores que intervienen a favor en el desarrollo de su resiliencia, estos son los factores protectores, que son elementos y condiciones en la cual disminuyen las consecuencias negativas de exponerse al estrés y riesgos, por lo que hace que los adolescentes a pesar de haber estado en un entorno desfavorecido y de haber sufrido situaciones adversas, llevan una vida normal (58). Estos factores pueden ser externo como la familia que presentan, el soporte de un adulto, el conjunto social y laboral; y el interno que gira en torno a los atributos que presenta una persona como la estimación, la seguridad, confianza personal, la comunicación y la empatía. Los tropiezos pueden convertirse en un crecimiento personal si es que existe apoyo interno y externo (25).

En el caso de estos adolescentes de secundaria, poseen un factor protector externo que es el colegio en donde estudian, es un colegio que a pesar de ser estatal tiene un valor agregado que es el ser un colegio parroquial en donde las autoridades y la plana docente les inculca buenas costumbres y comportamientos, cuentan con escuelas de padres y están pendientes de cada cambio de conducta que presenta el alumnado por lo que son derivados al servicio de psicología cuando se evidencia esto.

Se pudo observar que una minoría obtuvo resiliencia baja, solo fueron el 0,5%. Estos adolescentes al poseer resiliencia baja, no van a tener la capacidad de poder lidiar con sus estados de ánimos negativos, adversidades que se les presente en su entorno y van a tener limitaciones para poder relacionarse de forma positiva con ellos mismos

y con la sociedad, lo que trae como consecuencia de que adquieran conductas inadecuadas que perjudiquen su vida y la de los demás. Esto puede deberse posiblemente a que no cuenten con factores protectores que les sirvan de soporte ante situaciones difíciles y que sean más vulnerables a los factores de riesgo.

Enfermería trabaja la resiliencia a través del modelo conductual de Dorothy, que tiene como objetivo proteger y recuperar el equilibrio en el individuo, cooperando para obtener un grado óptimo de funcionamiento. El ser humano vive bajo constantes factores estresantes que alteran el equilibrio. Dado esto el personal de enfermería interviene mediante cuidados que dirigen al individuo a enfrentar de forma adecuada y positiva las intimidaciones internas y externas que se dan a diario por lo que se convertirán en personas resilientes (62).

Evaluando los antecedentes de la investigación, nuestros hallazgos concuerdan con otros estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional donde se evidencio que los adolescentes a pesar de las adversidades que se enfrentan, son resilientes.

Con relación a estudios internacionales, estos hallazgos concuerdan con Quinceno Japcy y colaboradores, quienes en el 2013 realizaron un estudio titulado “Calidad de vida, Resiliencia e Ideación Suicida en Adolescentes víctimas de Abuso Sexual”, donde se encontró niveles moderados de resiliencia. Además se evidencio que la resiliencia es un factor que protege a las personas de las ideas suicidas y promueve la calidad de vida. Cabe señalar que se utilizó un instrumento diferente al nuestro, se empleó la de resiliencia adolescente (ARS) (29). Esto puede deberse una vez más a lo señalado anteriormente por Vásquez que refiere que la resiliencia se relaciona a la percepción de los riesgos que

se presentan, es decir cuando las personas están expuestas a riesgos, van a desarrollar redes de cooperación y solidaridad (60).

En cuanto a los antecedentes nacionales, nuestros hallazgos concuerdan con Arequipaño Vásquez Flor y colaborador, quienes en el 2016, realizaron un estudio titulado “Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ro. a 5to. Grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte”, donde se evidenció que existió un 50,8% de adolescentes con nivel promedio de resiliencia, siendo este el grupo de mayor predominancia. Cabe destacar que utilizaron la escala de resiliencia de Wagnild y Young (34) . Esto puede deberse a que estos adolescentes obtuvieron en su mayoría una felicidad promedio lo que se convierte en un factor protector en el desarrollo de la resiliencia. Asimismo, se asemeja con Gutiérrez Oblitas Fiorella y colaborador, quienes en el 2016, realizaron un estudio titulado “Estilo parentales y resiliencia global ante las adversidades en adolescentes C.S Independencia. Alto Selva Alegre”, donde se obtuvo como resultado un predominio de un nivel medio de resiliencia con el 57.2%. Cabe destacar que se utilizó un Instrumento diferente al nuestro, siendo esta la escala de resiliencia de Prado y del Águila (36).

Estos hallazgos difieren también con otros estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional. Con relación a estudios internacionales, estos hallazgos difieren con Del Toro Valencia Marcela y colaborador, quienes en el 2017, realizaron un estudio titulado “Adolescentes: estudio de la resiliencia en un contexto escolarizado”, donde los resultados arrojaron la prevalencia de niveles bajos de resiliencia. Cabe señalar que en esta investigación se utilizó un instrumento diferente a nuestro trabajo de investigación, que fue la Escala de Medición de la Resiliencia Mexicana (RESI-M) (26). Esto se

debe a que estos adolescentes presentaron recursos personales, familiares y sociales bajos, por lo que son importantes en la construcción de la resiliencia.

Con respecto a los estudios nacionales, nuestros hallazgos difieren con Choque Medrano Edith, quien en el 2017, realizó un estudio titulado “Nivel de Resiliencia en adolescentes del Albergue Comunidad de niños y adolescentes Sagrada Familia de Ventanilla, Callao-2017”, donde se evidenció que existió un bajo nivel de resiliencia con un 34% (32). Esto puede deberse a que ellos se encuentran en un albergue sin madre y padre y ningún tipo de familiar. Por lo que no poseen este factor protector muy importante en la vida de todo adolescente, los padres son la principal fuente de respaldo en esta etapa. Según UNICEF, un elemento principal para la resiliencia es el mantener relaciones que proporcionen cuidados y soportes dentro y fuera de una familia, ya que van a crear confianza y van a ayudar a afianzar la resiliencia en las personas (59). Asimismo se difiere con el estudio realizado por Guevara Perez Mardeleyni y colaborador, quienes en el 2016, realizaron un estudio titulado “Resiliencia y riesgo suicida en adolescentes de un Centro Juvenil Diagnóstico y Rehabilitación Pimentel”, donde se obtuvo que la mayoría con un 64,69% se ubicaron en un nivel bajo de resiliencia. Cabe destacar que en esta investigación se utilizó instrumentos diferentes al nuestro, empleándose la escala de resiliencia de Prado y Del Águila (35). Esto puede deberse a que estos adolescentes no se encuentran en libertad, lo que causa estados de ánimo negativos al no poder llevar una vida como los demás adolescentes.

También se discrepa con los hallazgos obtenidos por Fuentes L., quien en el 2013, realizó un estudio titulado “Resiliencia en los adolescentes entre 15 y 17 años de edad que asisten al Juzgado de Primera Instancia

de la niñez y adolescencia del Área Metropolitana”, donde se evidencio que predomino la resiliencia alta en el 84% de los adolescentes. Cabe destacar que también se utilizó un instrumento diferente al nuestro ya que se empleó la escala construida por Walgnid y Young en 1988 (30). Estos resultados, indican que estos adolescentes, a pesar de encontrarse institucionalizados, de vivir maltratos, poseen confianza de sí mismos.

En cuanto a la resiliencia en su dimensión persistencia-tenacidad-autoeficacia, predomino la resiliencia media 54,9%, seguida de resiliencia alta 43,2% y baja 1,9%. Dicha dimensión inspecciona el logro de objetivos y cumplimiento de metas. Por lo que se puede deducir de nuestros hallazgos, que la mayoría de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 tienden a ser capaces de lograr los objetivos que se proponen a pesar de las diversas dificultades y poseen a su vez habilidades para reajustarlas. Creen en sus propias capacidades para organizar y ejecutar acciones que les permita la realización de sus metas (63).

En cuanto a la resiliencia en su dimensión control bajo presión, predomino la resiliencia media 63,4%, seguida de resiliencia alta 34,5% y baja 2,1%. Dicha dimensión inspecciona la toma de decisiones. Por lo que se puede deducir de nuestros hallazgos, que la mayoría de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 tienden a actuar con eficacia en situaciones donde hay presión de la adversidad. Es decir son adolescentes capaces de poder responder en situaciones donde se vive mucha exigencia.

En cuanto a la resiliencia en su dimensión adaptación y capacidad para recuperarse, predomino la resiliencia media 58,7%, seguida de resiliencia alta 39,3% y baja 1,9%. Dicha dimensión inspecciona la

capacidad para solucionar los problemas. Por lo que se puede deducir de nuestros hallazgos, que la mayoría de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 tienden a aceptar los diversos problemas como parte de la vida normal y poseen la habilidad para adaptarse a las pérdidas a través de un enfoque positivo hacia las cosas.

En cuanto a la resiliencia en su dimensión espiritualidad, predominó la resiliencia media 52%, seguida de resiliencia alta 40,9% y baja 7,1%. Dicha dimensión inspecciona la actitud conformista. Por lo que se puede deducir de nuestros hallazgos, que la mayoría de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, tienden a relacionar sus problemas y adversidades que enfrentan a diario con sus creencias religiosas (65).

Los resultados de estas cuatro dimensiones difieren con el estudio de Choque Medrano Edith, donde se halló un nivel bajo de resiliencia en esta dimensión (32). Estos resultados pueden deberse a que son adolescentes que se encuentran en un albergue por lo que no conviven con los padres y familiares que son factores protectores. Presentan una realidad muy diferente a la de nuestra población.

En cuanto a la resiliencia en su dimensión control y propósito, predominó la resiliencia media 48,2%, seguida de resiliencia alta 48,2% y baja 3,5%. Dicha dimensión inspecciona las metas, aspiraciones en la vida y el método para lograrlos. Por lo que se puede deducir de nuestros hallazgos, que la mayoría de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 tienden a poseer autonomía, confianza y se enfocan hacia sus metas y se orientan al desarrollo de estas. Por lo cual tiene similitud con el estudio realizado por Choque Medrano Edith, donde se halló que la mayoría en esta dimensión

presentó un nivel medio (32). Lo que indica que pesar de que estos adolescentes pertenezcan a un albergue, no les impide poseer metas en la vida y poder cumplirlas.

En esta investigación, se evidencio notoriamente que predomino tanto en la calidad de vida como en la resiliencia un nivel medio. Con lo que se puede afirmar que los adolescentes con una calidad de vida relacionada con la salud medio presentan una resiliencia medio. Según Wenner, la resiliencia puede convertirse en un indicador de salud mental de las personas y de ajustes psicosociales, es decir es un factor protector lo que significa que cuando el adolescente es resiliente va a presentar mayor posibilidad de poder enfrentarse a las adversidades y desarrollar habilidades como fortalezas que le van a permitir la prevención del desarrollo de los desórdenes mentales que pueden afectar su vida y de su entorno. Además la resiliencia está relacionado a la confianza que tienen los adolescentes de sí mismos y de su entorno que les va a permitir poder identificar sus habilidades, confiar en el apoyo de los demás y saber lidiar con los altibajos que se dan en la vida preservando así la calidad de vida (55).

Cabe destacar que este estudio tuvo buena acogida por la Institución Educativa Fe y Alegría para poder aplicar los instrumentos a los adolescentes de secundaria.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se concluye que:

- Existe una relación directamente proporcional, fuerte y estadísticamente significativa entre la calidad de vida relacionada a la salud y resiliencia en los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32.
- Más de la mitad de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 poseen una calidad de vida relacionada a la salud media.
- En la dimensión bienestar físico de la calidad de vida relacionada a la salud, la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presentan calidad de vida media.
- En la dimensión bienestar psicológico de la calidad de vida relacionada a la salud, más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presenta calidad de vida media.

- En la dimensión autonomía y padres de la calidad de vida relacionada a la salud, más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presenta calidad de vida media.
- En la dimensión amigos y apoyo social de la calidad de vida relacionada a la salud, más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presenta calidad de vida media.
- En la dimensión entorno escolar de la calidad de vida relacionada a la salud, más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presenta calidad de vida media.
- Más de la mitad de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 posee una resiliencia media.
- En la dimensión persistencia-tenacidad-autoeficacia de la resiliencia, más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presenta resiliencia media.
- En la dimensión control bajo presión de la resiliencia, más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presenta resiliencia media.
- En la dimensión adaptación y capacidad para recuperarse de la resiliencia, más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presenta resiliencia media.
- En la dimensión control y propósito la resiliencia, menos de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presenta resiliencia media.

- En la dimensión espiritualidad de la resiliencia, más de la mitad de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32 presenta resiliencia media.

5.2 Recomendaciones

Basándose en la discusión y conclusiones obtenidas en la presente investigación, se recomienda:

- Realizar la promoción de programas educativos sobre cómo mejorar la resiliencia y la calidad de vida en los adolescentes, como por ejemplo: sesiones educativas en colaboración con el alumnado, sesiones para los padres de familia y el alumnado sobre la importancia de ser individuos resilientes y cómo esto influye en la calidad de vida.
- Realizar alianzas estratégicas con las instituciones de salud más cercanas a la institución educativa para que puedan brindar una intervención oportuna con énfasis en la población que obtuvo un bajo nivel de calidad de vida y resiliencia.
- Realizar estudios de investigación tipo cualitativos en poblaciones diferentes como colegios privados o colegios estatales del turno mañana para evaluar si ese factor guarda relación con las variables principales de este estudio.
- Continuar con las investigaciones de estas variables utilizando instrumentos diferentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de la Adolescencia [sede Web]. Gienbra-Suiza:Oganización Mundial de la Salud ; 2015 [acceso 26 de setiembre del 2018].Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Organización Mundial de la Salud. La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes [sede Web]. Gienbra-Suiza:Oganización Mundial de la Salud ; 2014 [acceso 28 de agosto del 2018].Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [sede Web]. Gienbra-Suiza:Oganización Mundial de la Salud ; 2017 [acceso 27 de agosto de 2018].Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
4. United Nation Children's Fund. Estado mundial de la Infancia 2011 La adolescencia Una época de oportunidades [sede Web].Nueva York-Estados Unidos: UNICEF;2011 [acceso 29 de agosto de 2018]. Disponible en: www.unicef.org/sowc2011
5. Caffè S, Camacho A. Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas?. Reproductive Health [revista en Internet] 2017 [acceso 26 de setiembre de 2018]; 14(1): 83-84. Disponible en: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0345-y>

6. Ministerio de Salud. Documento Técnico Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú Lima, 2017 [sede Web]. Perú: Ministerio de Salud; 2017 [acceso 23 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Niñez y Adolescencia-Trimestre:Abril-Mayo-Junio 2018 [sede Web]. Lima-Perú:Insittuto Nacional de Estadsitica e Informática ; 2018[acceso 1 de agosto de 2018].Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_ninez-y-adolescencia-abr-may-jun2018.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes [sede Web]. Gienbra-Suiza:Oganización Mundial de la Salud ; 2014 [acceso 1 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
9. Guillen R. Resiliencia en la adolscencia.Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría [revista en Internet] 2005 [acceso 26 de setiembre de 2018]; 44(1): 41-43. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752005000100011
10. Urzúa A, Mercado G. La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo - Kindl.Terapia psicológica [revista en Internet] 2008 [acceso 26 de setiembre de 2018]; 26(1):133-141. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en

11. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [sede Web]. Gienbra-Suiza:Oganización Mundial de la Salud ; 2015 [acceso 12 de agosto del 2018].Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
12. Becoña E. Resiliencia y consumo de drogas: una revisión.Revista adicciones [revista en Internet] 2007 [acceso 26 de setiembre de 2018]; 19(1):89-101. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122034010.pdf>
13. Goncalves S, Bedin M. Bienestar, salud e imagen corporal de adolescentes brasileros: la importancia de los contextos familiares, de amistad y escolar.Revista Psicologica [revista en Internet] 2015 [acceso 30 de agosto de 2018]; 30(3): 201-205. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n4/v14n4a19.pdf
14. Ornelas A, Ruíz A. Salud mental y calidad de vida:Su relación en los grupos etarios.Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica [revista en Internet] 2017 [acceso 26 de setiembre de 2018]; 9(2): 1-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333152922001>
15. Ministerio de Salud. Ministro Salinas Rivas: Fortaleceremos el Plan Nacional de Salud Mental con un enfoque más integral y comunitario [sede Web]. Lima-Perú: Ministerio de la Salud;2018 [acceso 26 de agosto de 2018].Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=26920>
16. Ministerio de Salud. Anales de Salud Mental [sede Web]. Lima-Perú:Ministerio de Salud; 2011 [acceso 26 de setiembre de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3196.pdf>

17. Muñoz V, De Pedro F. Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. Revista Complutense de Educación[revista en Internet] 2005 [acceso 9 de agosto de 2018]; 16(1): 107-124. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0505120107A/16059>
18. United Nations Children's Fund. Una situación habitual .Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes [sede Web]. Nueva York-Estados Unidos:UNICEF ; 2017 [acceso 15 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/90/PDF/G1600090>.
19. Municipalidad Distrital de San Juan de Lurigancho. Plan Local de Seguridad Ciudadana 2016 [sede Web]. Perú:Municipalidad de San Juan de Lurigancho; 2016 [acceso 11 de agosto de 2018].Disponible en: https://www.seguridadidl.org.pe/sites/default/files/archivos/planes_locales/plsc-2016-San Juan de Lurigancho.pdf
20. United Nations Children's Fund. Competencia Básicas en Materia de Salud y Desarrollo de los Adolescentes para los Proveedores de Atención Primaria [sede Web]. Nueva York-Estados Unidos: UNICEF; 2015 [acceso 15 de agosto de 2018].Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178251/9789243508313_spa.pdf;jsessionid=FB236E4B6E108FBA08CD3D4B4ACEE1AE?sequence=1
21. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes y salud mental [sede Web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015 [acceso 3 de agosto de 2018].Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental.

22. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc y enfermería [revista en Internet] 2003 [acceso 10 de agosto de 2018]; 9(2): 9-21. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
23. Serrano M, Garrido M, Notario B, Bartolome R et al. Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. Int J Psychol Res. 2012;5(2):49–57.
24. Muñoz J, Losada L. Calidad de vida en adolescentes: Evaluación de necesidades basada en factores personales. Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación [revista en Internet] 2017 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 1(11): 201-203. Disponible en: <http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.11.2113>
25. Silva I. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Instituto de la Juventud [revista en Internet] 2015 [acceso 10 de agosto de 2018]; 2(2): 202-205. Disponible en: www.injuve.mtas.es
26. Del toro M, Chávez J. Adolescentes: El Estudio de la Resiliencia en un Contexto Escolarizado [tesis doctoral]. San Luis Potosí: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2017. Disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/2592.pdf>
27. Lima M, Matinez J, Guerra M, Vargas A, Lima J. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. Gaceta Sanitaria [revista en Internet] 2018 [acceso 14 de setiembre de 2018]; 32(1): 68-71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301583>
28. Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. Terapia

- Psicologica2014 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 32(3): 185-200. [revista en Internet]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n3/art02.pdf>
29. Quinceno J, Mateus J, Cardenas M, Villareal D, Vinaccia Y. Calidad de Vida, Resiliencia e Ideación Suicida en Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de agosto de 2018]; 18(2): 201-205. Disponible en: <http://www.aepcp.net/rppc.php?id=747>
30. Fuentes L. Resiliencia en los Adolescentes entre 15 Y 17 años de edad que asisten al Juzgado de primera instancia de la niñez y adolescencia del Área Metropolitana [tesis de grado]. Guatemala de la Asunción: Universidad Rafael Landívar; 2013. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Fuentes-Paola.pdf>
31. Sahuanay S. Calidad de vida y Autorregulación afectiva emocional de los adolescentes de la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jauregui [tesis de post grado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6166/ENMsasiss.pdf?sequence=1>
32. Choque E. Nivel de Resiliencia en adolescentes del albergue “Comunidad de niños y adolescentes Sagrada Familia” de Ventanilla, Callao-2017 [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Ciencias y Humanidades; 2017.
33. García E. Resiliencia y Calidad de Vida en adolescentes internados en un Centro Juvenil de Diagnóstico y rehabilitación de Pimentel. Revista Científica PAIAN [revista en Internet] 2016 [acceso 11 de agosto de 2018]; 7(2): 26-30. Disponible en:

<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/410>

34. Arequipeño F, Gaspar M. Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3 ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte,2016 [tesis Licenciatura].Perú: Universidad Peruana Union; 2016.Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/397/Flor_Tesis_bac_hiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Guevara M, Severino A. Resiliencia y riesgo suicida en adolescentes de un centro juvenil, Diagnóstico y Rehabilitación.Pimentel [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Privada Juan Mejía Baca; 2016 . Disponible en: [http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/68/1/Tesis_Guevara %26 Severino.pdf](http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/68/1/Tesis_Guevara_%26_Severino.pdf)
36. Gutierrez F, Huillca M. Estilos parentales y resiliencia global ante las adversiidades en adolescentes C.S. Independencia Alto Selva Alegre. Arequipa - 2016 [tesis de licenciatura].Arequipa-Perú:Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2016.
37. United Nations Children's Fund. Perú - Situación del país - Adolescencia [sede Web]. New York-Estados Unidos: UNICEF; 2015 [acceso 27 de agosto de 2018].Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm
38. United Nations Children's Fund. Desarrollo adolescente y derechos humanos [sede Web]. New York-Estados Unidos: UNICEF; 2011 [acceso 30 de agosto de 2018].Disponible en: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Desarrollo_Adolescente_y_DD_HH_F.pdf

39. Maldonado M. Etapas de la Adolescencia. Medicina y Salud [revista en Internet] 2015 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 20(3): 120-125. Disponible en: <https://medicinaysaludpublica.com/etapas-de-la-adolescencia/>
40. Rodríguez F, Sanchiz M, Bisquerra R. Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médica y orientaciones educativas. Salud Mental [revista en Internet] 2014 [acceso 15 de setiembre de 2018]; 37(3): 255-260. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300010
41. Saravia J, Gutiérrez C. Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. Revista Peruana de Epidemiología [revista en Internet] 2014 [acceso 20 de setiembre de 2018]; 18(1):1-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355003>
42. Vargas A. El embarazo en la Adolescencia Consideraciones para la prevención del embarazo adolescente. Revistas Bolivianas [revista en Internet] 2013 [acceso 30 de agosto de 2018]; 1(): 1-10. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652013000100016&script=sci_arttext
43. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [sede Web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018 [acceso 24 de setiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
44. Mendoza W, Subiria G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Revista Peruana de

Medicina Experimental y Salud Publica [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 30(3): 471-479. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300017

45. Mora A, Hernández M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana* [revista en Internet] 2015 [acceso 12 de setiembre de 2018]; 29(2): 76-82. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0187533715000175>
46. Villegas F. Las pandillas juveniles de Lima. *Espacio Abierto* [revista en Internet] 2005 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 14(1): 73-95. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/122/12214104.pdf>
47. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionaa con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teorica. *Hacia la Promoción de la Salud* [revista en Internet] 2007 [acceso 20 de Setiembre de 2018]; 12(2):11-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
48. Bousoño M, González P, Pedregal J, Bobes J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Psiquiatria* [revista en Internet] 2012 [acceso 15 de setiembre de 2018]; 5(6): 12-17. Disponible en: https://www.unioviado.es/psiquiatria/wpcontent/uploads/2017/03/1993_Bousoño_Calidad.pdf
49. Rajmil L, Estrada M, Herdman M, Serra V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia:revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria* [revista en Internet] 2001 [acceso 26 de setiembre de 2018]; 15(1): 34-43. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/calidad-vida->

relacionada-con-salud/articulo/13032879/

50. Andrade P. Calidad de vida.Medicina [revista en Internet] 2012 [acceso 23 de setiembre de 2018]; 20(2): 194-200.
51. Galván M. ¿Qué es la Calidad de Vida? [sede Web]. México: Univesidad Autónoma del Estado de Hidalgo ; 2011 [acceso 30 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
52. Quinceno J, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil:una aproximación desde la enfermedad crónica. Psychologia.Avances de la disciplina [revista en Internet] 2013 [acceso 2 de setiembre de 2018]; 7(2): 69-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297229855006>
53. Ravens U, Gosch A, Rajmil L., Erhart M, Bruil J, Dür W, et al. KIDSCREEN-52 medida de la calidad de vida de los niños y adolescentes. Revisión de Expertos de Farmacoeconomía y Resultados de Investigación.. Kidscreen [revista en Internet]2005 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 5(3): 353-364.Disponible en: <https://www.kidscreen.org/español/cuestionario-kidscreen/>
54. García M, Domínguez E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas:Una revisión analítica. Ansiedad y estrés [revista en Internet] 2012 [acceso 31 de agosto de 2018]; 16(1): 47-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77325885001>
55. Werner E. High-risk children in young adulthood:a longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopychiatry [revista en Internet] 1989 [acceso 10 de agosto de 2018]; 59(1): 72-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2467566>

56. Serranno M, Garrido M, Notario B, Bartolome R, et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años. Medifam [revista en Internet] 2015 [acceso 2 de setiembre de 2018]; 12(10): 145-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
57. Rodríguez A. Resiliencia. Revista Psicopedagógica [revista en Internet] 2009 [acceso 26 de setiembre de 2018]; 26(80): 291-302. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200014
58. Aguja E. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes Mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. Acta Colombiana de Psicología [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 15(2): 53-64. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v15n2/v15n2a06.pdf>
59. United Nation Children'. Acciones para la resiliencia de la niñez y de la juventud. Guía para gobiernos [sede Web]. Nueva York-Estados Unidos: UNICEF; 2013 [acceso 29 de agosto de 2018]. [Internet]. Disponible en: www.unicef.org/.../Guia_gobiernos_acciones_resiliencia_niñez_juventud_SP
60. Vasquez S, Carreón F, Cruz L, Soto L, Marcos J. Modelo de los determinantes de la percepción de resiliencia a partir del riesgo y estrés percibidos en relación con la gobernanza de la protección civil. Unvurnus [revista en Internet] 2016 [acceso 26 de setiembre de 2018]; 12(1): 30-35. Disponible en: [http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65990/Modelo de los](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65990/Modelo_de_los)

determinantes.pdf?sequence=1

61. Munist M, Santos H, Grotberg H, Kotliarenco M, Infante E, Suárez E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington: OPS; 1998. Vol. 1. 1-90 .
62. Cortéz J. La Resiliencia: Una mirada desde la Enfermería. Ciencia y enfermería [revista en Internet] 2010 [acceso 11 de setiembre de 2018]; 16(3): 27-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532010000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
63. Ospina D. La medición de la resiliencia. Investigación y Educación en Enfermería [revista en Internet] 2007 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 25(1): 58-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072007000100006
64. Piña J. Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. Anales de Psicología [revista en Internet] 2015 [acceso 13 de setiembre de 2018]; 31(3): 751. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/185631>
65. Arango O. La resiliencia, una alternativa actual para el trabajo psico-social. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [revista en Internet] 2005 [acceso 22 de setiembre de 2018]; 15(2): 134-140. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194220464008.pdf>
66. Amar J, Martínez M, Utria L. New approach to health considering the resilience. Revista Salud Uninorte [revista en Internet] 2013 [acceso 20 de mayo de 2018];29(1): 124-133.

67. Hernández R. Metodología de la Investigación. sexta edición. México: McGraw-Hill; 2014.
68. LLoret S, Ferreres A, Hernández A. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica. Murcia: anales de psicología [revista en Internet] 2014 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 30(3): 1151-1169. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
69. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. Revista Enfermería del Trabajo [revista en Internet] 2016 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 6(3): 105-114. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633043%0A>
70. Gaudlitz M. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. Revista chilena de enfermedades respiratorias [revista en Internet]. 2008 [citado 28 de setiembre de 2018]; 24(2):138-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en

ANEXOS

Anexo A: Instrumento de recolección de datos 1

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, somos Elizabeth Thalía Mendoza Juárez y Indira Grace Pérez Garay, egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener, estamos realizando un estudio de investigación titulado “Calidad de vida relacionada con la salud y resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018”, por ello solicitamos su colaboración en responder con veracidad los presentes cuestionarios; Cuestionario Kidscreen 27 y escala de resiliencia de Connor - Davidson , con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia en adolescentes, dichos cuestionarios son de carácter **ANÓNIMO**. Agradecemos anticipadamente su colaboración y le pedimos encarecidamente revisar si se ha respondido a todas las preguntas antes de entregar.

II. DATOS GENERALES

Edad:

Grado:

Sección:

III. CUESTIONARIOS

CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD (CVRS)- CUESTIONARIO KIDSCREEN 27

¡Hola!

Por favor, lee cada pregunta cuidadosamente. Cuando pienses en tu respuesta, trata de recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Qué respuesta es la que primero viene a tu mente? Escoge la alternativa que más se acerque a tu respuesta y márcala con una cruz.

Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Es importante que contestes todas las preguntas y que podamos ver con claridad tus respuestas.

No tienes que mostrar tus respuestas a nadie. Además, nadie que te conoce verá el cuestionario una vez que lo hayas terminado.

Por favor, anota la fecha de hoy:

----/-----/-----

Día Mes Año

¿Eres mujer u hombre?

() Mujer

() Hombre

¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

Día

Mes

Año

¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?

() No

() Si ¿Cuál?-----

I. Actividad física y salud.

1. En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

() Excelente

() Muy buena

() Buena

() Regular

() Mala

Piensa en la última semana.....

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	1	2	3	4	5

3. ¿Has estado físicamente activo/a (por ejemplo, corriendo, escalando, andando en bicicleta)	Nada 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Mucho 4	Muchísimo 5
4. ¿Has sido capaz de correr sin dificultad?	Nada 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Mucho 4	Muchísimo 5

Piensa en la última semana.....

5. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
--	-------------------	------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------

II. Estado de ánimo y sentimientos

Piensa en la última semana.....

1. ¿Has disfrutado de la vida?	Nada 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Mucho 4	Muchísimo 5
--------------------------------	------------------	---------------------	---------------------------	-------------------	-----------------------

Piensa en la última semana.....

2. ¿Has estado de buen humor?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
3. ¿Lo has pasado bien?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
4. ¿Te has sentido triste?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
5. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
6. ¿Te has sentido solo/a?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5

7. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5

III. Tu vida familiar y tu tiempo libre

Piensa en la última semana.....

1. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5

2. ¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
3. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
4. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
5. ¿Has podido hablar con tus padres cuando lo has querido?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
6. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos/as?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
7. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5

IV. Tus amigos/as

Piensa en la última semana.....

1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
2. ¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
3. ¿Tú y tus amigos/as se han ayudado entre ustedes?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
4. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5

V. El colegio

Piensa en la última semana.....

1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	Nada 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Mucho 4	Muchísimo 5
2. ¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Mucho 4	Muchísimo 5

Piensa en la última semana.....

3. ¿Has sido capaz de poner atención?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
4. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5

¡Muchas gracias por tu participación!

Anexo B: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Calidad de vida relacionada con la salud y resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

Apellidos y nombres de los investigadores principales

-Mendoza Juárez Elizabeth Thalia

-Pérez Garay Indira Grace

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a García Gómez Aldo, coordinador de equipo (teléfono móvil N° 999965655) o al correo electrónico: garciaaldo@gmail.com

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. _____, Presidente del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, ubicada en Jr. Larrabure y Unanue 110. Urb. Santa Beatriz, Lima. Teléfono 7065555, correo electrónico: comitéetica@uwiener.edu.pe

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

24, de setiembre de 2018

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N° de DNI:	
N° de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
N° de DNI	
N° teléfono móvil	

Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

*Certifico haber recibido una copia del consentimiento informado.

.....
Firma del participante

Anexo C: Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO

Buen día somos egresadas de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener. Estamos realizando un estudio para conocer la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia en adolescentes de esta institución educativa, para ello pedimos tu apoyo.

Antes de decidir si participas o no, debe conocer la siguiente información:

Nombre de los investigadores:

Mendoza Juárez Elizabeth Thalia

Pérez Garay Indira Grace

Título del proyecto: Calidad de vida relacionada con la salud y resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

Propósito: Determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia en adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima – 2018.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se pedirá responder el cuestionario sin ocasionarle ningún gasto económico.

Confidencialidad: Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (o tus resultados del análisis), solo lo sabrán las personas que están realizando el estudio.

Participación voluntaria: Quiere decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tu no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en algún momento ya no quieres continuar en el estudio, puedes retirarte en cualquier momento, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Consultas posteriores: Si tuvieras alguna pregunta adicional durante el desarrollo de este estudio, acerca de la investigación o tus derechos como participante en la investigación, puedes consultar directamente con los responsables del estudio. Si quieres saber acerca de los resultados del estudio puedes contactarnos: elizabethmendo278@gmail.com grace172805@gmail.com.

He leído y comprendido.

Yo, voluntariamente firmo esta carta de asentimiento informado y acepto participar en el estudio.

Fecha: 24 de Setiembre del 2018

Firma

Apellidos y nombres del participante

ANEXO D: Proceso de recolección de datos

Tabla 3. Organización de encuesta de salones por día, grado y sección de la Institución Educativa 32 Fe y Alegría, San Juan de Lurigancho.

DÍA	GRADO Y SECCIÓN	HORA
Jueves 27 de Setiembre	1 "A" 2 "C" 3 "B" 4 "A"	6:05 P.M
Viernes 28 de Setiembre	1 "C" 2 "A" 2 "B" 5 "B" 5 "C"	6:05 P.M
Martes 2 de Octubre	2 "D" 3 "C" 3 "D" 4 "D" 5 "A" 5 "D"	6:05 P.M
Miércoles 3 de Octubre	1 "B" 1 "D" 3 "A" 4 "B" 4 "C"	6:05 P.M

ANEXO E: Resultados

Tabla 4. Características sociodemográficas de los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32, San Juan de Lurigancho, Lima-2018

Edad	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
	12	17	14,48	1,400
Sexo			Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Masculino		272	43,7
	Femenino		351	56,3
Grado y sección			Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Primer año	A	34	27,0
		B	30	23,8
		C	32	25,4
		D	30	23,8
		Total	126	100,0
	Segundo año	A	30	22,9
		B	34	26,0
		C	32	24,4
		D	35	26,7
		Total	131	100,0
	Tercer año	A	31	24,4
		B	32	25,2
		C	34	26,8
		D	30	23,6
		Total	127	100,0
	Cuarto año	A	30	24,4
		B	30	24,4
		C	31	25,2
		D	32	26,0
		Total	123	100,0
Quinto año	A	28	24,1	
	B	27	23,3	
	C	31	26,7	
	D	30	25,9	
	Total	116	100,0	

ANEXO F: Prueba de normalidad

Para determinar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas, se realizó la prueba de normalidad a la distribución de los puntajes de las variables. La prueba de Kolmogorov-Smirnov, conocida como prueba K-S, es una prueba de significación estadística para verificar si los datos de la muestra proceden de una distribución normal. Se emplea para variables cuantitativas continuas y cuando el tamaño muestral es mayor de 50. Los resultados de la prueba se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 6. Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Estad.	gl	Sig.
Nivel de resiliencia	,060	623	,000
Calidad de vida relacionada a la salud	,072	623	,000

(a) Corrección de la significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia.

Los niveles de significancia de la prueba revelan que las variables Resiliencia y Calidad de vida relacionada a la salud, presentan una distribución no normal ($p > 0,05$), por lo que, para el subsiguiente análisis de las variables, se emplearán pruebas no paramétricas.

ANEXO G: Contraste de hipótesis

Para determinar la correlación entre las variables, se utilizó la prueba no paramétrica de correlación bivariada de Spearman (Rho). El grado de correlación obtenido se expresa dentro del rango [0; 1] para relaciones directamente proporcionales y en el rango [-1; 0] para relaciones inversamente proporcionales, se interpreta bajo el siguiente criterio:

/Rho/ =	[0 ; 0,1>	Correlación irrelevante
/Rho/ =	[0,1; 0,3>	Correlación leve
/Rho/ =	[0,3; 0,5>	Correlación moderada
/Rho/ =	[0,5; 1>	Correlación fuerte

El coeficiente de correlación de rangos de Spearman puede puntuar desde -1.0 hasta +1.0, y se interpreta así: los valores cercanos a +1.0, indican que existe una fuerte asociación entre las clasificaciones, o sea que a medida que aumenta un rango el otro también aumenta; los valores cercanos a -1.0 señalan que hay una fuerte asociación negativa entre las clasificaciones, es decir que, al aumentar un rango, el otro decrece. Cuando el valor es 0.0, no hay correlación.

ANEXO H: Hipótesis general

Para la hipótesis general (H) “Existe correlación entre la calidad de vida relacionada a la salud y resiliencia en los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría 32”, se formuló una hipótesis nula (H_0) y una hipótesis alterna (H_i):

(H_0): No existe correlación entre calidad de vida relacionado a la salud y resiliencia en adolescentes.

(H_i): Existe correlación entre calidad de vida relacionado a la salud y resiliencia en adolescentes.

Tabla 7. Correlación entre las variables calidad de vida relacionado a la salud y resiliencia

		Calidad de vida relacionada a la salud
Nivel de resiliencia	Correlación de Spearman	0,607**
	Sig. (Unilateral)	0,000
	N	623

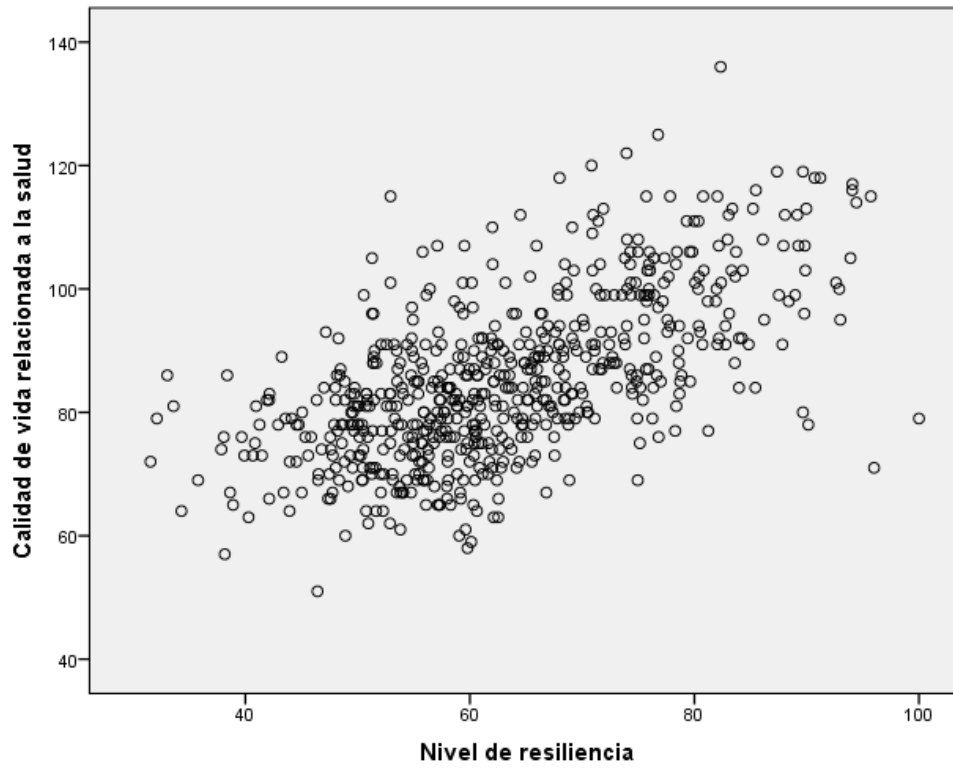
** La correlación es significativa al 0,01 (Unilateral)

Fuente: Elaboración propia.

La prueba estadística de correlación bivariada de Spearman arrojó un índice de correlación de 0,607 ($p > 0,05$), lo que, según el criterio especificado anteriormente, las variables poseen una relación directamente proporcional fuerte, con un margen de error de 0,05 (5 %). Por lo que se descarta la hipótesis nula (H_0), y se acepta la hipótesis de alterna (H_i). Este fenómeno da cuenta de que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables.

La correlación entre ambas variables se expresa a través del siguiente diagrama de dispersión:

Gráfico 13. Diagrama de dispersión de las variables “calidad de vida relacionado a la salud” y “resiliencia”



Fuente: elaboración propia