

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral en  
un centro de salud pública del distrito de Independencia - 2018

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autora: Bachiller Lena Paima Panduro

Lima-Perú

2019

## **DEDICATORIA**

A mis amados padres por regalarme la vida y formarme con valores.

A mis queridos padrinos, a sus hijos y a la nueva integrante de la familia Maríajosé, por su cariño y apoyo incondicional en todo momento.

A mis hermanos por su cariño y respeto.

## **AGRADECIMIENTO**

Primero agradezco a Dios por permitir terminar con éxito mi carrera.

A mi madrina María Elena Angulo por motivarme a seguir esta carrera y por el apoyo económico.

A mi hermana Carina, por su ayuda y muestra de amor y sacrificio cuando necesité ayuda.

Lic. María Luisa Yalán Marquina

Dra. Margarita Curbelo Botto

Al Mg. Oscar Calle Briolo, por brindarme confianza y seguridad.

A la Lic. Roxana Carmen Vigil Romero, por darme confianza para abordar un paciente en consulta en el Internado.

Lic. Percy Pardo Villa, por su enseñanza y apoyo en el internado.

Karina A. Juneck B., Nicol P.

A mis asesores: Mg. Fernando Ramos Ramos y Manuel Arboccó de los Heros.

## **PRESENTACION**

Señores miembros del Jurado:

Para dar cumplimiento a la directiva\_N°003-FPC Y TS-2017 de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso, para optar el título profesional de Psicólogo, bajo la MODALIDAD TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA. Este trabajo de investigación: "Calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018".

Por lo nombrado previamente, señores miembros del jurado, para la evaluación de esta investigación y así poder obtener la licencia profesional de psicología.

Atentamente,

Bach.Ps. Lena Paima Panduro

## INDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
PRESENTACION.....	iv
INDICE.....	v
INDICE DE TABLAS .....	ix
INDICE DE FIGURAS .....	xi
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCION .....	xiv
CAPITULO I.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	16
1.1.1.    A nivel Internacional.....	16
1.1.2.    A Nivel Nacional.....	18
1.1.3.    A nivel Local.....	21
1.1.4.    Delimitación temporal, espacial y demográfica.....	24
1.2. Formulación del problema .....	24
1.2.1.    Problema principal .....	24
1.2.2.    Problema secundario .....	25
1.3. Objetivos .....	25
1.3.1.    Objetivos Generales.....	25
1.3.2.    Objetivos Específicos.....	26
1.4. Justificación e Importancia de la investigación.....	26
CAPITULO II.....	28
MARCO TEORICO CONCEPTUAL .....	28

2.1. Antecedentes.....	28
2.1.1.    Internacional .....	28
2.1.2.    Nacional.....	31
2.2. Bases Teóricas.....	36
2.2.1.    Calidad de vida .....	36
2.2.2.    Reseña histórica .....	39
2.2.3.    Características .....	42
2.2.4.    Importancia .....	44
2.2.5.    Tipos o Clasificación .....	46
2.2.6.    Componentes.....	49
2.2.7.    Dimensiones o factores.....	53
2.2.8.    Teorías.....	55
2.2.9.    Modelos .....	58
2.2.10.   Enfoques.....	60
2.3. Definiciones conceptuales .....	61
2.3.1.    Calidad de vida .....	61
2.3.2.    Dimensión Bienestar Económico.....	63
2.3.3.    Dimensión Amigos .....	63
2.3.4.    Dimensión vecindario y Comunidad .....	64
2.3.5.    Dimensión Vida Familiar Y Hogar .....	64
2.3.6.    Dimensión educación y Ocio.....	64
2.3.7.    Dimensión medios de Comunicación .....	64
2.3.8.    Dimensión Religión .....	65
2.3.9.    Dimensión salud .....	65
CAPITULO III .....	66
METODOLOGIA .....	66
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	66

3.1.1.	Tipo.....	66
3.1.2.	Diseño.....	66
3.2.	Población y muestra .....	67
3.2.1.	Población .....	67
3.2.2.	Muestra.....	67
3.3.	Identificación de la variable y su Operalización.....	67
3.4.	Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.....	69
3.4.1.	Técnicas .....	69
3.4.2.	Instrumentos de evaluación .....	69
3.4.3.	Adaptación de la prueba .....	71
CAPITULO IV.....		81
PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....		81
4.1.	Procesamiento de los resultados .....	81
4.2.	Presentación de resultados .....	81
4.3.	Análisis y discusión de los resultados .....	100
4.4.	Conclusiones .....	108
4.5.	Recomendaciones .....	109
CAPITULO V.....		111
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN .....		111
5.1.	Denominación del programa.....	111
5.2.	Justificación del programa .....	111
5.3.	Establecimiento de objetivos .....	112
5.3.1.	Objetivo general:.....	112
5.3.2.	Objetivos específicos .....	112
5.4.	Sector al que dirige.....	112
5.5.	Establecimiento de conductas problemas/ metas .....	112
5.6.	Metodología de la investigación.....	113

5.7. Instrumentos/ material a utilizar .....	114
5.8. Actividades por sesión .....	115
REFERENCIAS .....	132
ANEXOS .....	141
ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	142
ANEXO 2. CARTA DE PRESENTACION .....	144
ANEXO 3. ENCUESTA CREADA.....	145
ANEXO 4. TRIPTICO: LA AUTOESTIMA .....	147
ANEXO 5. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN .....	148
ANEXO 6. FICHA MI PROYECTO DE VIDA .....	149
ANEXO 7. UNE LOS PUNTOS .....	150
ANEXO 8. HOJA DE TRABAJO. MI INCLINACIÓN VOCACIONAL .....	151
ANEXO 9. FRASES MOTIVACIONAL.....	152
ANEXO 10. APROBACIÓN DEL ASESOR .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ANEXO 11. RESULTADO DEL ANTIPLAGIO ...	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Operacionalización de la variable</i> .....	68
Tabla 2. <i>Categorización de los Puntajes T para la escala de calidad de vida</i> .....	73
Tabla 3. <i>Normas para los Puntajes Totales de la Escala de calidad de vida</i> .....	74
Tabla 4. <i>Normas para los puntajes T correspondientes al factor 1 (Bienestar Económico)</i> .....	76
Tabla 5. <i>Normas para los puntajes T correspondientes al factor 2 (Amigos, Vecindario y Comunidad)</i> .....	76
Tabla 6. <i>Normas para puntajes T correspondientes al factor 3 (Vida Familiar y Familia Extensa)</i> . .....	77
Tabla 7. <i>Normas para puntajes T correspondientes al factor 4 (Educación y Ocio)</i> .....	78
Tabla 8. <i>Normas para puntajes T correspondientes al factor 5 (Medios de comunicación)</i> .....	78
Tabla 9. <i>Normas para puntajes T correspondientes al factor 6 (Religión)</i> .....	79
Tabla 10. <i>Normas para puntajes T correspondientes al factor 7 (Salud)</i> .....	79
Tabla 11. <i>Estadísticos de la Calidad de vida</i> .....	81
Tabla 12. <i>Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a la calidad de vida, el cual tiene como interpretación los siguientes resultados</i> . .....	82

Tabla 13. <i>Resultados del nivel de calidad de vida</i> .....	85
Tabla 14 . <i>Nivel Hogar y Bienestar Económico</i> .....	87
Tabla 15. <i>Nivel Amigos, Vecindario y Comunidad</i> .....	89
Tabla 16. <i>Nivel Vida Familiar y Familia Extensa</i> .....	91
Tabla 17. <i>Nivel Educación y Ocio</i> .....	93
Tabla 18. <i>Nivel Medios de Comunicación</i> .....	95
Tabla 19. <i>Nivel Religión</i> .....	97
Tabla 20. <i>Nivel Salud</i> .....	99

## INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Resultados del nivel de calidad de vida.....	86
<i>Figura 2.</i> Resultados del nivel “Hogar y Bienestar Económico “como factor de la variable calidad de vida.....	88
<i>Figura 3.</i> Resultados del nivel “Amigo, Vecindario y Comunidad” como factor de la variable calidad de vida. ....	90
<i>Figura 4.</i> Resultados del nivel “Vida Familiar y Familia Extensa” como factor de la variable Calidad de vida. ....	92
<i>Figura 5.</i> Resultados del nivel “Educación y Ocio” como factor de la variable Calidad de vida. ....	94
<i>Figura 6.</i> Resultados del nivel “Medios de Comunicación” como factor de la variable Calidad de vida. ....	96
<i>Figura 7.</i> Resultados del nivel “Religión” como factor de la variable calidad de vida. ....	98
<i>Figura 8.</i> Resultados del nivel “Salud” como factor de la variable Calidad de vida. ....	100

## RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

Metodología de investigación, descriptiva de enfoque cuantitativo no experimental. La población estuvo conformada por la totalidad de adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018. Muestra es de tipo censal conformada por 60 adolescentes.

El instrumento utilizado fue la escala de calidad de vida de Olson y Barnes adaptado por Mirian Grimaldo. Esta prueba mide siete factores, “Hogar y bienestar económico”, “Amigos, vecindario y comunidad”, “Vida familiar y familia extensa”, “educación y ocio”, “Medios de comunicación”, “Religión” y “Salud”.

Los resultados concluyen que un 41.7% tiene “Tendencia a baja calidad de vida y el 13.3% tiene una “calidad de vida óptima”.

Palabras Claves: Calidad de vida, adolescentes, salud, medios económicos, religión.

## ABSTRACT

Objective: To determine the standards of living of the teenagers from the integral health program at a public health center located in Independencia district-2018.

Research methodology: descriptive, quantitative, no-experimental. The population was the entire group of teenagers seen in the health program at a public health center located in Independencia district-2018. The sample was 60 teenagers and it was conducted like censuses.

The instrument used was the Quality of Life Scale of Olson & Barnes, adapted by Miriam Grimaldo. This test evaluates seven dimensions, "Economic welfare", "Friends, neighborhood and community", "Family and home", "Leisure", "Media", "Religion" and "Health".

The results obtained that 41.7% of the sample presents the condition of "low quality of life tendency" and the 13.3% presents the condition of "ideal quality of life".

**Key words:** Standards of living, quality of life, teenagers, health, economic welfare, religión.

## INTRODUCCION

Calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018, es de vital importancia, puesto que el programa brinda atención en nutrición, oftalmología, psicología, odontología laboratorio, detectar conductas y factores de riesgo en estado vulnerable del adolescente. Estos servicios se promueven competencias, habilidades y el desarrollo integral del adolescente para tener calidad de vida en todos los ámbitos de esta.

Actualmente las familias muestran una gran deficiencia con respecto a este parámetro, puesto que no cuentan con los recursos para poder solventar sus gastos, que impiden dar a sus hijos bienestar familiar. La poca importancia de las autoridades e instituciones con respecto a temas de prevención e información y como poseer integridad vivencial es escasa en el plano gubernamental. Ante ello se debe considerar la importancia de brindar información y promover proyectos que prevengan y proporcionen una mejoría referente a los niveles de existencia para los futuros adultos de nuestro país.

El objetivo general de este trabajo es determinar el nivel de calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública de Independencia-2018.

En el capítulo I, se puede observar la realidad problemática de como la calidad de vida afecta a nivel internacional y nacional haciéndose evidente en las personas que se evaluó.

En el capítulo II, se encuentra el marco teórico donde se recopiló información sobre los antecedentes nacionales e internacionales referidos al tema de investigación.

En el capítulo III, se desarrolló la metodología de la investigación, donde se explica el tipo de diseño de investigación, población, muestra, instrumento a utilizar, identificación de la variable y su operacionalización, técnicas e instrumentos de evaluación, y diagnóstico.

En el capítulo IV, se explica la técnica de procesamiento de los resultados y la muestra de tablas de los mismos; a partir de los cuales se llega a las conclusiones y las recomendaciones.

En el capítulo V, se realizará el programa de intervención de base al resultado de la investigación, donde se establecerá objetivo general, específicos, denominación del programa, justificación, sector al que se dirige, establecimientos de conductas problemas/metapas, metodología, instrumentos/material a utilizar y se realizará una actividad por sesión.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

##### **1.1.1. A nivel Internacional**

La adolescencia es una etapa de cambios y de oportunidades mediante la cual desarrollan sus capacidades de aprendizaje, consolidan su identidad propia, experimentan, expresan su pensamiento crítico, se involucran en sociedad y política. Salvaguardar estas capacidades debería ser prioridad en todos los países del mundo con la finalidad de lograr el bienestar para los jóvenes, porque ellos y ellas representan el potencial para la sociedad.

Según Unicef México-Informe Anual (2017), en México, alrededor de 4.1 millones de niños, niñas y adolescentes están fuera de la escuela y más de 600 mil están en riesgo de dejarla. Las causas varían, estas pueden ser económicas, de desempeño escolar o social. La educación es un derecho el cual brinda herramientas para ejercer nuevos derechos y tener una calidad de vida adecuada.

El trabajo que realizan las entidades como el secretariado de educación pública (SEP) es para brindar acceso, permanencia y permitir la culminación de la educación con aprendizajes de calidad y buen nivel educativo en poblaciones indígenas y vulnerables. Para ello, este organismo imparte clases en lenguas originarias y español como segunda lengua dentro del nuevo modelo educativo para fomento de una educación inclusiva y adaptada a la exigencia actuales; esta formación y convivencia escolar debe contener elementos propios para cada uno de los niveles que requieran los educandos

Esta convivencia escolar debe estar libre de violencia y sujeta a los deberes y derechos de niños y adolescentes para obtener una estructura cognitiva y emocional que favorezca la socialización y el rendimiento académico esto es prioridad para una buena calidad de vida. Es por eso

que Unicef contribuye con el fortalecimiento conjuntamente con la secretaria de educación pública de México en prevención de toda forma de disfunción escolar.

En cuanto a participación de seres en estado de pubertad y adolescentes, Unicef en colaboración con la secretaria del sistema nacional (SIPINNA) desarrollaron lineamientos y pautas a nivel federal, estatal y municipal con el fin de crear y fortalecer mecanismos que les permitan participar en ámbitos político, social y escolar. Además herramientas e información adecuada potenciando así sus capacidades como agentes de cambio.

De igual manera, Unicef proporcionó asistencia técnica al gobierno mexicano para desarrollar un plan de acción como parte del compromiso internacional de México para impulsar la alianza global. Este plan fue presentado en agosto del 2017 con el fin de parar cualquier tipo de violencia en contra de los niños, niñas y adolescentes.

Asimismo, en el sistema de justicia de México, Unicef promovió un programa con autoridades judiciales y administrativas con el fin de implementar sanciones no privativas de libertad en caso cometieran un delito un menor de edad, puesto que la convención sobre los derechos del niño (CDN) establece que ningún niño o adolescente puede ser juzgado como adulto.

Según Ministerio de Salud Pública-Uruguay (2017), en el 2007 el ministerio de salud pública de Uruguay crea el programa nacional de adolescentes con el objetivo de contribuir y facilitar calidad de vida de esta población, desde entonces hasta la fecha tuvo logros y desafíos que enfrentar.

Asimismo, en el 2017 se realizó la actualización de “Guía para la atención integral de salud de adolescentes”. El objetivo fue promover y mejorar la calidad de atención en esta población. Esta guía está dirigida a profesionales y técnicos de salud que trabajen con adolescentes en todos los niveles de atención tanto público y privado.

Por otro lado, la actual guía está enmarcada dentro de la reforma del sector salud dando lugar a la recreación del Sistema Nacional Integrado de salud, el cual plantea un cambio del modelo de atención privilegiando la atención integral, y jerarquizando la promoción y prevención.

El modelo está compuesto de tres apartados; el primero, incluye el marco teórico conceptual, normativo y político que la sustenta; el segundo, los criterios para una atención en salud integral de adolescentes; y el tercero, plantea los lineamientos para el abordaje de diferentes componentes de la salud. En la actualidad, la implementación de las buenas prácticas en la atención de salud adolescente ha sido aprobada por las autoridades de la MSP.

Aldeas infantiles SOS (2018), reafirma su compromiso con el cuidado y protección en la adolescencia y juventud mediante un enfoque positivo para reducir la vulnerabilidad de riesgo de la pérdida del cuidado familiar en América Latina y el Caribe. Mediante la mejora de procesos y mecanismos de protección, metodologías potenciándolas, de recuperación; y mediante el desarrollo afectivo emocional como crianza, disciplina positiva, afectividad consciente y promoción de entornos protectores. El cual brinda una calidad de vida a los adolescentes o jóvenes que han perdido a su familias y a los que están a punto de perderlos volviéndose vulnerables no logrando un desarrollo óptimo en sus vidas.

### **1.1.2. A Nivel Nacional**

Unicef-Perú (2018) El gobierno de Canadá y Unicef en conjunto con el gobierno peruano lanzaron un proyecto el cual apoyará al desarrollo de las personas adolescentes en cuatro regiones y promoverá políticas públicas a favor de la adolescencia nacional.

Unicef resaltó la importancia a los entes gubernamentales de Perú, sociedad civil, empresa privada y la cooperación internacional, unan esfuerzos para que lo adolescentes peruanos tengan posibilidad de una formación de calidad y logren culminar la educación secundaria.

Así mismo, el lanzamiento del proyecto “De adolescentes” será ejecutado en los próximos siete años con ayuda técnica del gobierno de Canadá en las regiones de Huancavelica, Loreto, Ucayali y el distrito de Carabayllo, en Lima Norte. Durante la presentación del proyecto la representante de Unicef, María Luisa Fornara, enfatizó que en la medida de atención que se brinda al adolescente depende el futuro de nuestro país.

Asimismo, la embajadora de Canadá, GwynethKutz, destacó que su gobierno está totalmente complacido de poder contribuir con el crecimiento educacional de nuestros adolescentes y futuros adultos. Favorece al desarrollo del Perú con una adecuada calidad educativa, puesto que la iniciativa es prioridad especialmente al Ministerio de Educación.

La Unfpa-Peru (2016) muestra el resultado estratégico relacionado del IX programa de país Unfpa y el estado peruano: donde leyes, políticas y programas abordan el bienestar sanitario de deberes y derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes con el propósito de obtener una buena calidad de vida.

La pobreza monetaria en el Perú recientemente tiene índices relativamente bajos a valores menores al promedio a la población adulta, uno de cada 5 jóvenes está en estado de pobreza de manera particular en las zonas rurales lugares donde en el grupo etario de 15 a 19 años, extracto que tiene un índice de actividad sexual y reproductiva temprana.

A nivel nacional una de cada catorce adolescentes ha iniciado su vida sexual antes de los 15 años, en la selva el 67% no utiliza protección y un 44% no ha escuchado o desconocen los síntomas del ITS.

Asimismo, la maternidad en la adolescencia es un ente limitante de desarrollo y oportunidades para los adolescentes. El cual genera riesgos para sus vidas, viven en condiciones inadecuadas, con bajo nivel de escolaridad, la mayor incidencia de madres menores a los quince años ocurre en la selva lo cual responde a varios factores negativos.

Unfpa, como agencia lideren los temas de adolescencia y juventud, contribuye activamente a mejorar a un aprendizaje de contenido sexual I integral y a una buena información y métodos anticonceptivos para una orientación cabal que busca en los adolescentes una calidad de vida referidas a las exigencias actuales

El instituto nacional de estadística INEI (2017) mediante un encuesta demográfico y de salud familiar (Endes) 2017 detalla que durante este periodo la población con edades entre 15 y 19 años fueron madres jóvenes este porcentaje alcanza un valor promedio de 13.4% cifre relativamente alta

Tuvo incremento al 7% más que el año anterior mostrando un índice de 12.7%, mediante este estudio de este porcentaje el 10.6% se convirtió en madre ese mismo año, mientras que el 2,9% quedo embarazada por primera vez. De igual manera, el informe Endes 2017 indica que el embarazo del área rural fue de 23.2% y en el área urbana de 10.7%.

Sobre esta realidad el analista Walter Mendoza de Zousa del fondo de población de Naciones Unidas Unfpa Perú, considera que no hay cambio significativo en el embarazo de las adolescentes en el Perú, pero menciona que hoy en día las adolescentes no quieren quedar embarazadas.

También, Mendoza declaró a la Agencia Andina que los planes de vida de las adolescentes que quisieran postergar la maternidad y el primer embarazo no se pueden cumplir por falta de educación sexual, orientación, consejería.

Esta situación de suma importancia para una sociedad productiva requiere alternar soluciones sencillas y viables que permitan contribuir a la decisión de los jóvenes a ser padres adultos de mayor responsabilidad, solvencia económica y estabilidad familiar.

Por otro lado, Mendoza menciona que Perú tiene unos de los niveles más bajos en el uso de métodos modernos de planificación familiar a causa de la mala logística y calidad de atención de servicio y horarios en los centros de salud.

### **1.1.3. A nivel Local**

Según Puedo-Lima -Cercado (2016-2018), plan estratégico local de prevención y tratamiento del adolescente con conflictos con la ley penal de Lima Callao. Hablar requiere institucionalmente políticas que muestren mayor sensibilidad apego y proyección sobre la problemática educativa y social presentes en jóvenes en conflicto con la ley. Es necesario generar estrategias a nivel inter-gubernamental con el propósito de generar alternativas de solución a los factores que afectan a la sociedad para prevenirlos y resarcirlos brindándoles elementos educativos y productivos minimizando el impacto negativo en los adolescentes.

En la actualidad se promulgó un decreto supremo n°011-2016 JUS para atención especializada de adolescente en conflicto con la ley penal, en Lima Cercado. Atiende a toda la población de Lima Metropolitana, con la única limitación de no contar con un defensor especializado para una atención adecuada de aquellos adolescentes infractores, otra de las limitaciones es que los centros de reinserción tanto de hombres y mujeres adolescentes están sobrepoblados.

La estrategia de prevención local presenta un desafío que implica abordar el plan articulando la red local interinstitucional y multisectorial de manera organizada y eficiente. En la parte estratégica existe un espacio, el cual permite desarrollar acciones locales, conformando equipo multidisciplinario, a través de convenios con los colegios profesionales.

Finalmente, el plan operativo constituye como principal herramienta de la red local "Puedo" de Lima Cercado fue elaborado conjuntamente a instituciones públicas, sociedad civil, policía nacional, fiscalía a nivel de

Lima Metropolitana. Ellos se comprometieron a realizar algo distinto que tenga un mayor impacto en la problemática, para su cumplimiento se consideraron tres valores pro actividad, liderazgo y sinergia todo por una mejor calidad de vida y atención a los futuros ciudadanos del Perú.

Según el MIMP (2015) El 78 % de albergues en Lima Metropolitana es informal puesto que los patrones de calidad y exigencia para su funcionamiento, en Lima y chalaca es engorroso. Hay veintidós careles que son administrados por entidades como el Inabif, la municipalidad de Lima; otros están administrados por asociaciones religiosas u ONG, para que un CAR funcione debe estar acreditado por el Mimp de 81 albergues que están en Lima Metropolitana y Callao solo 18 tienen visto bueno por el gobierno, además, solo el 22% cumple con los patrones de funcionamiento y el resto es informal.

Por otro lado, Jorge Vega Fernández de la adjuntía para niños y adolescentes de la defensoría del pueblo, señaló que la falta de presupuesto es uno de los obstáculos para acreditar a estos centros, pagar una inspección de defensa civil, saneamiento legal o titulación del inmueble. Además, Vega explica que hay otros impedimentos como declaración ante Snarp, declaratoria de estado financieros, información sobre los niños internados, personal debidamente identificado, plan de metodología, reglamento interno, licencia de funcionamiento, y estándares de infraestructura.

Asimismo, el dialogo con Correo, representantes de los albergues no acreditados, como hogar San Luis, Mahanaim, casa de los pitufos admitieron lo revelado por defensoría ellos mencionan que buscan la exoneración de algunos pagos para poder tener acceso a la acreditación.

Finalmente, el Mimp ha reiterado su solicitud de recursos con el fin de garantizar la acreditación del 100% de los Carel que maneja María del Carmen Santiago, quien representa ese sector, menciona que el hecho de no contar con la acreditación no implica que los albergues sean deficientes

o ponga en riesgo la vida e integridad de los niños y adolescentes que albergan.

Perú 21, (2017) informa que el 86% de los niños de la calle cree que su futuro puede ser bueno, a pesar de que a su corta edad hayan vivido el abandono y la pobreza de su propia familia y se vuelcan a las calles donde encuentran distintos tipos de amenazas. En este estudio a menores se observa la importancia de pertenecer a una familia, el 83% se muestran optimista pese a la dificultades vividas y quieren tener hijos, el otro 86% cree que su futuro será bueno y el otro 70% quiere ir a la universidad y quizá obtendría un calidad de vida adecuada.

Asimismo, María Benavente Flores investigará la cruda realidad de los menores que viven en total abandono y escribirá el libro “Los niños de la Calle”, una publicación de Vox Populi que ofrece importante información acerca de la realidad que tienen los niños de la calle.

Además, María Benavente explicó que mediante las encuestas, focusgroup, entrevistas, tests proyectivos, y observación de 237 niños y adolescentes entre 6 y 7 años de edad de diferentes distritos de Lima ,que estaban en total o parcial abandono concluye que el 50% fueron víctimas de violencia física y otro 70 % de agresiones verbales. Al presentar el libro Benavente también señaló otros aspectos a cerca de la violencia, donde determina que el 47% de niños de la calle proviene de una familia nuclear, evidenciando que en los hogares mono parentales dirigidos por la madre es más violento que en los que serían dirigidos por los padres.

Por otro lado, la ministra de la mujer Ana María Romero Lozada indicó que desde Mimp y poblaciones vulnerables se ha desarrollado un programa denominado Yachay. El objetivo es capacitar a la familia en materia de protección y calidad humana, sensibilizar a las familias con el fin de que el entorno del menor cambié, sea menos hostil, debido a que el mismo estudio (de Benavente) mostraría que el 57% niños y adolescente dicen que la felicidad es con la familia y el 21% lo tiene con los amigos. Es

por ello que resulta de vital importancia que las políticas públicas trabajen en base a estas experiencias menciona Romero Lozada.

#### **1.1.4. Delimitación temporal, espacial y demográfica.**

Actualmente el centro de salud pública del distrito de Independencia cuenta con una planta física de primer piso construida de material noble, en un buen estado de conservación, techos encofrados, pisos de losetas y cemento pulido y cuatro módulos móviles de container; instalaciones de agua, desagüe, teléfono e internet. El centro médico de salud cuenta con una organización funcional en dos grandes áreas: el área asistencial y el área administrativa. Su misión es brindar una atención con calidad humana con todos los individuos que requieren atención y su visión es lograr que el centro de salud se convierta en un hospital.

Así mismo en el centro médico de salud se prioriza todas las atenciones, ninguna es mayor o menor que otra. El programa de atención integral de salud cual está dirigido a los adolescentes de 12 a 17 años de edad llamado unidad de atención, donde se brinda actividades de promoción y prevención a la comunidad. Este es uno de varios programas que el centro de salud ofrece, brindando facilidades para atenderse en las diferentes áreas como en el caso de los adolescentes en el área de psicología, odontología, nutrición, consejería, facilitando los talleres de autoestima, habilidades sociales, charlas educativas de sexualidad, de familia ,maltrato físico y psicológico, lo cual es impartido por psicólogos, enfermeras, nutricionistas, odontólogos dándose así un trabajo en conjunto con el único propósito de mejorar la calidad de vida de los adolescentes y otras áreas de atención en los pacientes .

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema principal**

- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia-2018?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión hogar y bienestar económico en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión con los amigos, vecindario y comunidad en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018?
- ¿Cuál es el nivel de calidad en su dimensión con la vida familiar y familia extensa en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018?
- ¿Cuáles el nivel de calidad de vida en su dimensión con la educación y ocio en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión con los medios de comunicación en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión con la religión en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión con la salud en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivos Generales**

- Determinar el nivel de calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar el nivel de calidad de vida en su dimensión hogar y bienestar Económico en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.
- Identificar el nivel de calidad de vida en su dimensión con los amigos, vecindario y comunidad en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.
- Analizar el nivel de calidad de vida en su dimensión con la vida familiar y familia extensa en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.
- Discriminar el nivel de calidad de vida en su dimensión con la educación y ocio en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.
- Estimar el nivel de calidad de vida en su dimensión con los medios de comunicación en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.
- Evaluar el nivel de calidad de vida en su dimensión con la religión en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.
- Evaluar el nivel de calidad de vida en su dimensión con la salud en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

### **1.4. Justificación e Importancia de la investigación**

Con la presente investigación se pretende conocer cuál es el nivel de calidad de vida el cual influye significativamente en los adolescentes en el factor hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión, salud.

Los resultados encontrados aportarán datos descriptivos la cual servirán como base para nuevas investigaciones de calidad de vida en adolescentes y buscar la forma de crear programas, proyectos en favor de nuestros adolescentes y futuros ciudadanos.

Finalmente, es de suma importancia comprender el nivel de calidad de vida actualmente en adolescentes, el cual les permitirá tener en ellos un desarrollo psicológico y bienestar en todos los ambientes tales como: social, económico, educativo, comportamental entre otros.

Según Unicef – Costa rica (2018) la cooperación total de Unicef en el país para el año 2017 fue de 1 millón 945 mil dólares. La ministra de Mideplan destacó el trabajo de la organización en la atención de las necesidades de la niñez y la adolescencia .Para la ministra de planificación, María del Pilar Garrido Gonzalo :”Unicef ha sido un colaborador importante a lo largo de los años en la atención de las necesidades de la niñez y la adolescencia puesto que el esfuerzo conjunto realizado han contribuido a mejorar la calidad de vida de muchos niños y adolescentes, especialmente de aquellos en situaciones vulnerables. El compromiso costarricense es de dotar sus oportunidades y garantizar el crecimiento y desarrollo de las condiciones apropiadas, entendiendo que trabajar por la niñez y adolescencia es trabajar por el presente y el futuro de Costa rica”

Según UNFPA- Paraguay El Plan Nacional de Salud Adolescente (2016-2021).se encamina con dirección para que los adolescentes participen de los procesos de cambios en sus vidas la cual les permitirá acceder a una salud plena y a una vida satisfactoria.

La población adolescente lo conforma casi un cuarto del total de habitantes de nuestro país .Este sector representa un capital humano importante, por lo que debemos invertir para mejorar sus condiciones de vida, garantizando el ejercicio de sus derechos dándoles facilidades en el acceso a nuevas oportunidades, es una apuesta al desarrollo nacional. El apoyo constante podría hacer que Paraguay se encuentre en la cima sobre todo en lo económico en un futuro.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO CONCEPTUAL

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Internacional

Pérez, Aquiles. (2015) Venezuela, pone por título a su investigación calidad de vida de los estudiantes de secundaria en la ciudad de Caracas – Venezuela. El objetivo principal de esta investigación fue analizar las propiedades psicométricas del WellbeingÍndex, escala que mide la calidad de vida mediante dos índices, (bienestar personal y bienestar nacional), y la Escvp que mide satisfacción con los aspectos del entorno de la persona en el país donde vive. El método de estudio utilizado fue correlacionar con diseño no experimental de corte transversal. La muestra de la investigación se trabajó con 801 estudiantes para el periodo académico 2012-2013, media de edad de 15.90 y DE=0,95. La distribución estuvo conformada por 46.94% de mujeres y 53.06% de varones, de igual forma ,48.69% estudiaba en colegios estatales y los 53,06 varones, de misma manera, el 48,69% estudiaba en colegios estatales y el 53.31% estudiaba en colegios privados. En la cual se utilizó dos instrumentos: El Well-beingindex (Cummings, 2001) y la escala de satisfacción con la vida. Los resultados más destacados en este estudio muestran una mayor satisfacción en los estudiantes de colegios estatales en comparación con los estudiantes de colegios privados en todos los indicadores considerados.

Barrera Bolaños (2015) Ecuador. Realizó una investigación al que denominó calidad de vida familiar en adolescentes de 10 Años y 18 Años con Hipoacusia de Instituto nacional de audición y lenguaje en la ciudad de Quito en el periodo de enero a mayo de 2015. El objetivo de la investigación fue valorar la calidad de vida en familias de adolescentes con discapacidad auditiva en la ciudad de Quito. La metodología que se aplicó es un diseño de investigación cualitativa y descriptiva que consiste en caracterizar la situación y elaborar un plan de acción, así como realizar una retroalimentación de sus resultados. La población a estudiarse son familias

de 125 alumnos, adolescentes entre 10 y 19 años del instituto nacional de audición y lenguaje (INAL) de la ciudad de Quito en el periodo enero a mayo del 2015. Los instrumentos que se utilizó fueron la escala de calidad de vida familiar (ECVF), del centro Beach de discapacidad de la universidad de Kansas (2003), esta herramienta evalúa cinco dimensiones de calidad de vida que son: interacción familiar, rol parental, salud y seguridad, recursos generales y apoyo para personas con discapacidad. El resultado de la investigación en la cual se valoró la calidad de vida en 25 familias de adolescentes de 10 a 18 años con hipoacusia en el instituto nacional de audición y lenguaje (INAL), a partir de la descripción de las principales variables sociodemográficas de las muestras, además, con los indicadores y factores de la ECVF se manifestó la importancia, satisfacción o insatisfacción, posteriormente se elaboró un mapa de calidad de vida familiar.

Muñoz, Jesús y Losada, Luisa (2017). En España realizaron una investigación sobre. Calidad de vida en adolescentes: evaluación de necesidades basada en factores personales. El objetivo principal del trabajo de investigación es explorar la influencia de diversos factores personales (sexo, edad y presencia de NEAE) sobre la calidad de vida del adolescente. La metodología es de corte cuantitativo, de tipo descriptivo exploratorio, en el que se delinear variables personales relacionadas con el nivel de calidad de vida percibido por la adolescencia. La población lo constituyeron 2220 alumnos adolescentes de 12 a 19 años de la Comunidad Autónoma de Galicia. El instrumento que utilizaron para la investigación es el cuestionario de Evolución de calidad de vida de alumnos adolescentes (ccva, Gómez-vela y Verdugo.209) se compone de 66 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de 4 punto. Está diseñado para su aplicación a adolescentes de 12 a 18 años de edad con y sin NEAE. Evalúa siete dimensiones de calidad de vida (bienestar emocional, integración en la comunidad, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación y bienestar material) fundamentadas en el modelo de calidad de vida (GOMEZ-Vela y Verdugo, 2004.2006). Los resultados obtenidos muestran mayor satisfacción con la vida en alumnado de género

masculino en los más jóvenes, y en alumnado de mayor edad presenta una calidad de vida significativamente inferior al resto de grupos. Finalmente se observa una percepción inferior de calidad de vida en alumnado que presenta NEAE, independientemente del sexo y la edad.

Huaiquifil Aedo – Barra Almagiá (2017) Chile. Realizaron una investigación lo cual nombraron funcionamiento familiar y calidad de vida de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. El objetivo del presente estudio fue examinar la relación entre funcionamiento familiar y calidad de vida en mujeres adolescentes afectadas por un trastorno de la conducta alimentaria (TEA). La metodología que se utiliza es correlacionar, mediante recolección de datos. La muestra fue conformada por 20 mujeres adolescentes con trastorno de conducta alimentaria cuyas edades fluctúan entre 15.6 años, con una mínima de 13 años y una máxima de 18 años de edad atendida en centro de salud pública de la región de la Araucanía, Chile. Los instrumentos que utilizaron son: Escala de evolución de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES20-Esp) y el cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida de niños y adolescentes. Los resultados se encontraron tanto en la cohesión como en la adaptabilidad familiar presentaron relaciones muy significativas con la calidad de vida total y con cuatro de sus cinco dimensiones. Los resultados muestran que la percepción de una familia cohesionada puede adaptarse a los requerimientos de un factor muy importante para la calidad de vida y bienestar de las adolescentes con TCA.

Escobar Puig y Rodríguez-Macías (2018). México, realizaron un estudio la cual pusieron por título. Evaluación de calidad de vida escolar en estudiantes de tercero de secundaria del estado de Baja California, México. El objetivo fue evaluar la calidad de vida escolar de los estudiantes del tercer grado de secundaria en Baja California. La metodología utilizada es de diseño muestral para determinar el número de escuelas que participarían. En la muestra se consideró que la selección fuera pirobalística, por conglomerados, estratificada con probabilidades proporcionales al tamaño del centro escolar con un nivel de confianza del

95% y con un margen de error de 2.5. La población que participó en el presente estudio estuvo conformada por los 254 estudiantes de tercer grado de secundaria inscritos en el sistema educativo estatal (SEE) de Baja California, México, en el ciclo escolar 2014-2015. El instrumento contó con 41 reactivos que trata de una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que son: de acuerdo, parcialmente en desacuerdo y en desacuerdo, los cuales exploraron la satisfacción general de los estudiantes con la escuela, percepción sobre los sentimientos positivos y negativos que les provoca la escuela las relaciones entre compañeros, su nivel de diversión en la escuela y la oportunidades que ofrece esta. Los resultados muestran que los estudiantes con mayor calidad de vida escolar tienen 13 años o menos, los que asisten a la escuela privada, se encuentran inscritos en el turno vespertino y piensan abandonar la escuela porque no muestran interés en seguir estudiando.

### **2.1.2. Nacional**

Aybar Vargas (2016) Trujillo, realizó una investigación al cual título como propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida en estudiantes de secundaria la Esperanza. El objetivo de la investigación es determinar las propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida, en una muestra de 518 estudiantes del nivel secundario de las instituciones del distrito de La Esperanza. Metodología que se utilizó es de tipo psicométrico, el cual según Alarcón (2008) tiene como propósito, averiguar si el instrumento es válido y confiable utilizando la medición como método principal para poder predecir ciertas conductas del ser humano. La población de la presente investigación estuvo constituida por un total de 1007 estudiantes de ambos géneros del 3er al 5to año de secundaria que se encontraron entre las edades de 13ª 18 años de las instituciones educativas San Martín de Porres 80036, César Abraham Vallejo 80821 y Divino Maestro 80040 del distrito La Esperanza –Trujillo. El instrumento es la escala de calidad de vida de Olson y Barnes ha sido validada por Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo, la aplicación de la escala se realiza de manera personal o grupal, el tiempo estimado es de 20 minutos y se puede aplicar

a partir de los 13 años de edad. El propósito del instrumento es identificar los niveles de calidad de vida, de la misma forma este concepto se explica como la apreciación que tiene la persona sobre lo que brinda el ambiente para lograr sus necesidades teniendo en cuenta los siguientes factores: factor 1 (Hogar y Bienestar Económico), factor 2 (Amigos ,Vecindario y Comunidad), Factor 3(Vida Familiar y Familia Extensa ), factor 4(Educación y Ocio), factor 5(Medios de comunicación), factor 6(Religión )y factor 7(Salud). El resultado evaluó la confiabilidad en caso de eliminar los ítems que corresponde a cada factor mediante el alfa de Crombach si se elimina el elemento, resultando que la confiabilidad de los factores disminuye al ser eliminado algún ítem que lo conforman. Para finalizar, se elaboraron los baremos con percentiles y niveles con puntos de corte.

Alfaro, Vanesa. (2018) Lima, realizó un estudio de investigación el cual título calidad de vida en los jubilados de la asociación mutualista de técnicos y suboficiales del ejército del Perú – AMUTSEP 2018. El objetivo es determinar el nivel de satisfacción de la calidad de vida. La metodología de estudio, es de tipo descriptivo y diseño no experimental. La población fue tomada a 41 jubilados socios de la “Asociación mutualista de técnicos y suboficiales del Ejército del Perú” – AMUTSEP – 2018. El instrumento es la escala de calidad de vida de Olson & Barnes, esta prueba está clasificada en siete (07) dimensiones como son: hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión y salud. El resultado general indica que el 61% de los jubilados percibe tener mala calidad de vida y el 39% tiene tendencia a baja calidad de vida. Conclusión que se debe realizar un plan de intervención para cambiar la percepción de mala calidad de vida por la de buena calidad de vida. En el nivel de satisfacción en el hogar y bienestar económico, el resultado que se obtuvo sobresale en la percepción de los en los jubilados de la asociación mutualista de técnicos y suboficiales del ejército del Perú-Amutsep, es calidad de vida óptima.

Patricio, Walter. (2017) Lima, realizó una investigación el cual puso por título inteligencia emocional y calidad de vida en un grupo de estudiantes

de dos instituciones educativas policial y nacional de Lima Metropolitana. El objetivo de la investigación es establecer la relación que existe entre la inteligencia emocional (IE). La metodología que utilizó es de diseño no experimental, transaccional. La población del cual se extrajo la muestra incluye 261 participantes, 132 varones (59.6%) y 129 de género femenino (49.4%), estudiantes de 4to y 5to de secundaria de dos instituciones educativas de Lima, cuyas edades fluctúan entre 16 y 18 años. Los instrumentos utilizados son escala de calidad de vida de Olson y Barnes elaboraron la escala de calidad de vida, con objetivo de medir las percepciones individuales de la satisfacción sobre de los dominios de la experiencia vital de los individuos, diferenciando 7 factores que son "bienestar económico", "amigos, vecindario y comunidad", "vida familiar y familia extensa", "educación y Ocio", "medios de comunicación", "religión", y "salud", en Perú, Grimaldo (2003) adaptado en nuestro país la escala de calidad de vida de Olson y Barnes, para ello llevo a cabo un estudio para determinar la validez y confiabilidad de este instrumento en 489 estudiantes de colegios particulares y colegios estatales de la ciudad de Lima, y el inventario de inteligencia emocional de Baron (CIE) incluye 133 ítems cortos y emplea un grupo de respuestas de cinco puntos, se requiere de 30 a 40 minutos para completarlo. El resultado en el cual no se encontraron diferencias significativas entre las correlaciones de IE y CV respecto al género y al centro educativo de procedencia. El análisis de regresión reveló que ninguna de las subescalas de IE, es capaz de predecir por sí sola, pero que el factor compuesto por interpersonal, interpersonal y estado de ánimo predice la calidad de vida de forma directa. Estos hallazgos se corroboran con estudios anteriores de relación entre estas variables.

Herrada Gálvez (2016) Piura, realizó una investigación titulada relación entre clima social familiar y calidad de vida de los estudiantes de cuarto grado de secundaria de la institución educativa San Antonio. Piura, 2014. Tiene como objetivo determinar la relación existente entre clima social familiar y la calidad de vida de los adolescentes de cuarto de secundaria de la institución educativa San Antonio, distrito, provincia y departamento de Piura-2014. La metodología fue un estudio de tipo descriptivo -

correlacional. La población estuvo conformada por los estudiantes de la I.E. San Antonio de Piura, con una muestra de 86 estudiantes de 4to grado de secundaria. Los instrumentos utilizados: Escala de clima social familiar (FES) de R.H. Moos y E.J. Trickett adaptada: TEA ediciones S.A. Madrid, España, 1984 estandarizada para Lima por Cesar Ruiz Alva y Eva Guerra Turín, la administraciones individual y colectiva, la duración es de (20 minutos aproximadamente), evalúa las características socio-ambientales y las relaciones personales en la familia, Baremada para la forma individual o grupal, elaborado con muestras para Lima Metropolitana, midelas dimensiones: Relaciones (Áreas: Cohesión, Expresividad, Conflicto), Desarrollo (Áreas: Autonomía, Actuación, Intelectual, Cultural, Social, Recreativo y Moralidad, Religiosidad), Estabilidad (Áreas: Control y Organización y La Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes: Adaptación por Grimaldo Muchotrigo Mirian Pilar, el ámbito de aplicaciones de 13 años a más, La forma de administración es individual y colectiva. La misma que evalúa mediante los siguientes indicadores : (Hogar y Bienestar Familiar Económico), (Amigos, Vecindario y Comunidad), (Vida Familiar y Familia Extensa), (Educación y Ocio), (Medios de Comunicación), (Religión), Salud). Los resultados se encuentran al realizar el análisis entre la dimensión de las relaciones, estabilidad y calidad de vida, sin embargo, no se encuentra relación significativa con la dimensión de desarrollo y calidad de vida.

Tello Sullca (2018) Lima, realizó una investigación al cual puso por título calidad de vida y bienestar psicológico en estudiantes de psicología de una universidad nacional de Lima metropolitana. El objetivo de determinar la relación que existe entre la calidad de vida y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios de psicología. La metodología que utilizo es de tipo descriptiva no experimental. La población estuvo conformada por 1.163 estudiantes universitarios y la muestra se seleccionó de forma no probabilística y de manera intencionada, dado que la participación es voluntaria. Los instrumentos utilizados para obtener los datos consistió en la aplicación de dos escalas: el primero es la escala de bienestar psicológico de Ryff y el segundo la escala de calidad de vida de

Olson y Barnes; los cuales presentan una confiabilidad adecuada. Los resultados que se encontró evidencian que no existen diferencias entre la calidad de vida según sexo y año académico, así mismo respecto al bienestar psicológico no hay diferencias según sexo, sin embargo se observa diferencias significativas según año de estudio. Resultados con respecto al objetivo general de la investigación, se encontró que la relación entre la calidad de vida y el bienestar psicológico es directamente proporcional y con respecto a identificar los niveles de la calidad de vida, se pudo determinar que el 48.5% posee una baja calidad de vida esto abarca la categoría mala y tendencia baja y el 51.5% posee un puntaje satisfactorio el cual abarca un 55 categoría tendencia buena y óptima calidad de vida, esto puede deberse a que posiblemente la mitad de la muestra no posee las mejores condiciones de vivienda o salud, lo cual puede implicar un factor que decrezca la calidad de vida.

Chira Deza (2018) Piura, realiza una investigación sobre calidad de vida de los estudiantes de primero a quinto grado de secundaria de la I.E la Alborada- Piura, 2016. El objetivo de esta trabajo es de identificar la categoría de calidad de vida en los estudiantes de primero a quinto grado de secundaria de la I.E la Alborada- Piura, 2016. Metodología empleada está enmarcada dentro del tipo cuantitativo, de nivel descriptivo, usando un diseño de estudio no experimental, transaccional. La población lo conformaron estudiantes del nivel secundario de la institución educativa “La Alborada”- Piura, 2016. Muestra constituida por 170 estudiantes de primero a quinto grado de secundaria de I.E. La Alborada-Piura, 2016. Instrumento utilizado es la escala de calidad de vida de Olson & Barnes adaptado por Miriam Grimaldo, esta prueba mide siete aspectos, hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión y salud. El resultado arrojado por la mayoría de los encuestados es la categoría tendencia a baja calidad de vida. Ello probablemente debido a que los participantes en general tienen una percepción negativa de su situación. Es decir, desde su perspectiva se consideran insatisfechos con las vivencias en los diferentes dominios que involucra la calidad de vida. En el cuarto resultado se

identifica la calidad de vida del factor vida familiar y familia extensa, donde se encontró que el resultado arrojado por la mayoría de los encuestados es la categoría calidad de vida óptima en este factor. En los resultados obtenidos se observó que existe un 79.59% de los pacientes evaluados posee una mala calidad de vida, un 6,12% tendencia a calidad de vida buena. En las dimensiones de hogar y bienestar económico 53,06% mala calidad de vida y en salud un 48,98% baja calidad de vida.

Velarde Saro (2018) en Lima, realizó una investigación sobre calidad de vida en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El objetivo es determinar el nivel de calidad de vida en pacientes atendidos en el área de psicología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. La metodología de investigación es descriptivo no experimental de corte transversal. La población de estudio evaluado está conformada por 50 personas de sexos masculino y femenino, en los rangos de edad de 14 a los 50 años, en el área de psicología del hospital general Arzobispo Loayza. a muestra es censal porque se seleccionó el 100% de la población al considerar toda la población. El instrumento utilizado fue la escala de calidad de vida de Olson y Barnes adaptado por Mirian Grimaldo, esta prueba mide siete aspectos: Hogar y bienestar económico, Amigos vecindario y comunidad, Vida familiar y familia extensa, Educación y ocio, Medios de comunicación, Religión y Salud. En los resultados obtenidos se observó que existe un 79.59% de los pacientes evaluados posee una mala calidad de vida y un 6.12%tendencia a calidad de vida buena.

En las dimensiones de hogar y bienestar económico el 53.06% tiene mala calidad de vida y en salud un 48.98% tiene baja calidad de vida.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Calidad de vida**

Según García (2008),Olson y Barnes definen “calidad de vida y la relación entre sí mismo y el ambiente; por lo tanto, la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción”.

No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso en desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta, óptima, baja y/o deficiente calidad de vida.

Bienestar familiar social y económico es un término relativo organizado entre extremos que van de óptimo a bajo esto implica un proceso alternativo y continuo de desarrollo vivencial proyectado para mejorar las condiciones en que se encuentra una persona o un determinado grupo.

Según Ardila (2003), define “calidad de vida como un estado de satisfacción general, derivada de la actuación de las capacidades de la persona”.

Posee aspectos subjetivos y objetivos. Sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, incluyendo aspecto subjetivo, como la íntimo, emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social, comunidad y la salud objetivamente percibida.

Esto implica el fruto de coyunturas organizadas a lo largo de vivencias propias y adquiridas que van desde aspectos subjetivos y objetivos que incluyen condicionamiento físico, psicológico, emocional, confianza para crear un ambiente de productividad y crecimiento personal.

Según Levi y Anderson (1980), definen “desde una perspectiva psicológica, la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental, social tal y como lo percibe cada individuo o grupo, entre ellos están felicidad, satisfacción y recompensa”. Para estos autores, los ejes constituyentes de calidad de vida serían la felicidad, satisfacción con la vida y el bienestar.

Ambientarse constituye una adaptación propia de cada ser humano en búsqueda de hacerse innovador y productivo de relaciones armónicas con su medio ambiente físico, social y económico.

Según la OMS (2005), define “calidad de vida como “La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive en relación con sus objetivos, esperanza, normas y preocupaciones”.

El hombre como agente primario de la sociedad refleja su esperanza vivencial enmarcada dentro de factores óptimos para consolidar su vida y su entorno.

Según la Carta de Ottawa (1986), define calidad de vida a la promoción de salud como proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Establece un conjunto de condiciones y requisitos para la salud, que se asemejan a lo que podríamos concebir como calidad de vida entre ellos: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social, equidad, información, educación, para la salud y mejora de las capacidades aplicadas a la vida cotidiana.

Según Alguacil (2000) define calidad de vida como el grado de satisfacción de las necesidades humanas y las visualiza abarcando tres dimensiones:

- La Escala Territorial: sobre la que se determina la calidad ambiental y la que puede abarcar el espacio a sus diferentes escalas.
- El bienestar: sobre el que se determina el nivel de vida, la cual se refiere a las condiciones objetivas como el empleo, salud y educación.
- La Identidad cultural: se refiere al tiempo libre, la participación y su consecuencia asociación, así como las relaciones sociales que propician la formación de redes sociales.

Según Matza et al., (2004) citado en Ravens-Sieberer et al., (2006) Definen calidad de vida como las múltiples variables dentro del contexto social en el que los niños (as) y adolescentes se desarrollan. Esto engloba

la familia, el círculo de amigos, entorno escolar y comunidad, aspectos que desempeñan un papel central y fundamental en su calidad de vida.

(Olson& Barnes, 1982, citado en Summers, et al. 2005).La calidad de vida es un constructo multidimensional y está relacionado con la salud como componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su ambiente.

Según Quintero 1992) define “calidad de vida como indicador multidimensional de bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado”.

Según Olson y Barnes (citado en García, 2008), proponen una conceptualización subjetiva para definir la calidad de vida y la relacionan con el ajuste entre el sí mismo y el ambiente; por lo tanto la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción.

No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso de desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta u óptima y baja o deficiente calidad de vida.

Según Zimmerman,(1998),considera a las relaciones sociales como indicadores de la calidad de vida, se conoce que una de las necesidades elementales del ser humano es la filiación, como red disponible de interacciones en diferentes campos ,tales como recreativo, laboral, político, religioso, afectivo entre otras. Así cuanto más compleja y variada la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, más calidad de vida para el individuo

### **2.2.2. Reseña histórica**

Según Salas y Garzón (2013), la noción de calidad de vida y su medición. Donde realizan un trabajo de revisión bibliográfica del concepto de calidad de vida teniendo en cuenta su origen, evolución, enfoque y modelos.

Según la versión hipocrática del paradigma antiguo, del cual surge el interés por el estilo de vida, Hipócrates decía que el inicio de la enfermedad se daba debido a causas externas y el estilo de vida; sumando estas dos entidades el cual no estaba en completa armonía surgía la enfermedad. El término calidad de vida se remonta al siglo pasado cuando los desajustes económicos de los años 30, se difunde en la postguerra de (1945-1960) en parte producto de las teorías del desarrollo social (Keynesianas), quienes reclamaban un reordenamiento geopolítico y de restauración del orden internacional, puesto que una vez consumada la segunda guerra mundial surge un movimiento donde el estado debe tomar en sus manos el bienestar de sus comunidades, esto consiste en ofrecer protección de cualquier índole, a las personas que no tengan una vida mínimamente aceptable, según los criterios de la sociedad moderna (Modelo Keynesiano)(,5,4). Aunque en su momento como ideal social económico que calidad en el buen vivir era el de consumir, acumular crecimiento, el cual fue objeto de cuestionamientos por otras escuelas o disciplinas que abordaron el tema (2,3). En un primer momento calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida urbana debido a las consecuencias industriales de la sociedad, surge la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, desde la ciencias sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar de la población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referente de condiciones objetivas, valga decir lo económico y social, para en segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998)el desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre estos y calidad de vida. En la década de los 80 comienza el despegue definitivo de la investigación en torno al término aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: uno que lo concibe como una entidad unitaria, y la otra que lo considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. En 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida. A las tres conceptualizaciones que propuso Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta y según estas fue

definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta dichas condiciones vitales, como la combinación constituyente objetivos y subjetivos, es decir calidad de vida es definida como la calidad de condiciones de vida de una persona junto a satisfacción que esta experimenta, por último condiciones de vida, satisfacción personal ponderada por la escala de valores ,aspiraciones y expectativas. Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), los enfoques de investigación son variados, pero podrían agruparse en dos tipos: Cuantitativos y cualitativos. El concepto ha seguido evolucionando y ahora diferencia los medios de los fines, bienes materiales, necesidades básicas satisfechas, condiciones de vida del nivel de vida y otras clasificaciones planteadas por Eric Allardt: como tener, amar y ser. Para Amartya Sen, la posibilidad de vivir mucho tiempo y disfrutar de una buena vida lo largo de la existencia son cosas que el hombre valora y desea intensamente. En primer lugar la gente necesita cantidades diferentes de bienes básicos, en segundo lugar la posesión de dichos bienes que hacen la mejoría a los individuos y en tercer lugar es equiparable con las actividades valiosas que un sujeto es capaz de realizar en cuanto a integrantes de una vida social. En la salud el término de calidad de vida es mirado desde varias perspectivas que han influenciado las políticas en las últimas décadas. En la salud pública, fue objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades. La evolución del vocablo en épocas recientes, ha pasado de medir el bienestar a interesarse por el nivel de vida, condiciones de vida y más actualmente la calidad de vida, teniendo en cuenta que es un concepto vago, etéreo, polivalente y multifactorial, cuya significación principal se han dado desde saberes médicos, filosóficos, económicos, éticos, políticos y ambientales. Desde el campo económico sea construido un concepto universal sobre calidad de vida, pero si como bienestar, cuyo soporte teórico y filosófico se encuentra en los utilitarios como Bentham (filósofo fundador de utilitarismo) y J.S.Mill (discípulo de Bentham y seguidor de David Ricardo) y establece comparaciones entre diversas naciones. Aportó tres patrones diferentes que son: renta per cápita, nivel de vida y calidad de vida.

Las Naciones Unidas sugieren la incorporación de otros ingredientes que juntos conforman el nivel de vida indicadores cuantitativos en los campos de salud, educación, empleo y de la vivienda que podría incluir todo lo relacionado con la esperanza de vida al nacer, supervivencia infantil, el grado de alfabetización y nutrición.

Como se ha venido evidenciando a través de la literatura, calidad de vida es una definición imprecisa la mayoría de investigaciones que han trabajado en la construcción del concepto están de acuerdo en que no existe una teoría única que defina y explique el fenómeno. Calidad de vida pertenece a un universo ideológico, no tiene sentido sino es en relación con un sistema de valores y los términos que le han precedido en su genealogía ideológica remiten una evaluación de la experiencia de su propia vida tienen los sujetos.

### **2.2.3. Características**

Según Rojas, Andreina.(2011), realizó un trabajo sobre calidad de vida ambiental y sustentabilidad como conceptos urbanos complementarios, en el cual cita y toma el concepto de calidad de vida de Bravo y S. Failache (1993) que dice: el confort de vida de los pueblos y sociedad está determinado por el descubrimiento de sus necesidades básicas como son de los grupos etarios y los distintos sectores para cubrir su presencia pertinencia y permanencia humana y desarrollo en un espacio dado por un seguimiento histórico alcanzado

**Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida, calidad de vida y felicidad.

**Concepto universal:** las categorías de bienestar humano son valores intrínsecos y comunes en cada cultura.

**Concepto holístico:** la calidad de vida contiene todos los aspectos presente en estos repartidos en distintas dimensiones

**Según explica el modelo biopsicosocial:** el ser humano es un todo.

**Concepto dinámico:** En lo interno de cada individuo la calidad de vida cambia en trayectos largos y cortos en algunos lleno de felicidad y en otros menos felicidad y tranquilidad.

**Interdependencia.** Los aspectos psicológicos y sociales cambian según el estado anímico o emocional que presente la persona esté enfermo o se encuentre en buena condición física. .

### **Características del concepto “Calidad de vida”**

**Según Morales, Gonzales y Soto (2011)**, realizan un revisión bibliográfica sobre calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo, donde proceden posteriormente a fundamentar los componentes que generan mayor expectativa entre los expertos en el tema, el cual en seguida nombraremos: La calidad de vida está compuesta por elementos objetivos y subjetivos de las mayores controversias; al respecto el concepto calidad de vida tiene que ver con aspectos subjetivos que abarca y en cómo estos se articulan. Felce y Perry (1995), se basan en las alternativas de Borthwick- Duffy (1992), quienes propusieron un acercamiento teórico donde categorizan las conceptualizaciones existentes para el constructo en cuatro grupos.

**Bienestar humano como la sumatoria de las circunstancias objetivas de una persona** en el desarrollo de sus actividades existenciales dentro de estos se encuentra los indicadores sociales, económicos demográficos usados inicialmente en el bienestar de los individuos, donde por ejemplo se medía mediante el nivel de ingreso de un sujeto en relación con la población en general

**Calidad de vida como satisfacción de un ser humano en sus circunstancias sin considerar las condiciones objetivas.** Así, que lo que cada individuo entienda por satisfacción será fundamental para evaluar el confort humano que experimenta en términos materiales, por ejemplo, obteniendo resultados similares entre dos personas que juzgan la satisfacción desde enfoques muy diferentes.

**Calidad de vida como combinación entre las condiciones de vida y satisfacción personal.** Desde estas definiciones se intenta comprender e incluir elementos subjetivos y objetivos que al seguir la presencia del bienestar material este ámbito se evaluara tomando en cuenta datos concretos nivel de ingresos y la satisfacción experimentada por el individuo ante esta situaciones por el individuo ante esta circunstancia materiales aunque la correlación de estos dos términos o datos se anulen .

**Calidad de vida como la alternancia entre las situaciones de vida objetiva y la satisfacción personal** medidos por valores de aspiraciones y expectativas del individuo; siguiendo el ejemplo planteado anteriormente, el bienestar material no solo implicaría la consideración del nivel de ingreso de una persona y la satisfacción que el individuo experimenta con él, sino también como debería abordar la valoración o la pertinencia que el sujeto otorga a este ámbito en su vida.

#### **2.2.4. Importancia**

Salazar; Pando; Arana; Heredia. (2005) realizaron una investigación en salud y mencionan a Schalock, donde dice: la indagación sobre calidad de vida es apremiante porque el concepto está emerge desde un principio organizador que puede ser aplicado para mejorar la sociedad en medio de los drásticos cambios, y transformaciones sociales, políticas, económicas y tecnológicas

Según estos autores ven la definición de calidad de vida dentro de la planificación centrada de la persona y la adopción de un modelo de apoyo de diversa índole que mejore su estándar de vida y así poder enfrentar la casualidad de salud enfermedades estudiadas de salud en el transcurso de la existencia. El desarrollo del concepto de calidad de vida puede traer beneficios a personas en situaciones específicas, como la población con discapacidad en donde se busca estructurar mejores condiciones para estimular la mejoría existencial a través de información con métodos y técnicas adecuadas y relacionadas a las condiciones que presenta la

sociedad las instituciones la familia y el individuo para que estos contribuya a producir optima salud en el bienestar de quienes conforman ese núcleo. Estimar la calidad de vida, a través de la búsqueda de información con metodologías y técnicas adecuadas, relacionando las condiciones en la sociedad, las instituciones, la familia y el individuo con las consecuencias que puedan producir en la salud bienestar de las personas como un indicador de salud y buena calidad de vida.

Según Vincenzi, Ariana (2009). Realizo un trabajo sobre formación como procedimiento para optimizar la existencia humana de los individuos y la comunidad donde menciona a la UNESCO (2002) educación para todos, ¿Va el mundo por el buen camino? Presenta ala educación como factor que contribuye a eliminar los obstáculos sociales y económicos presentes en la sociedad y su importancia para alcanzar las libertades humanas. Como índice de alcance ubica al proceso de alfabetización para mejorar la calidad de vida de las personas.

En consecuencia, la educación es una condición necesaria para impulsar la salud de los individuos y las comunidades, esta debe beneficiar la participación y uso de la información el mejoramiento de destrezas de vida para fortalecerla, la identificación de posibilidades de elección de vida saludable, empoderamiento de la comunidad y de sus miembros para que actúen en defensa de los bienes colectivos: salud, educación y oportunidades de trabajo. Se conecta con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoran la calidad de vida, los valores sociales (responsabilidad, solidaridad, cooperación, compromiso, entre otros). La participación de los sujetos en actividades comunitarias y su integración en actividades grupales positivas como el deporte, la lectura, el arte, entre otras. La integración de la familia a las actividades escolares y el potencial personal de los sujetos como su motivación relaciones interpersonales y proyecto de vida favorecen la superación de obstáculos para lograr deberes y derechos

Según Moreno y Ximénez (1992) Evaluación de la calidad de vida mencionan sobre la importancia de este factor en las personas enfermas

que proviene esencialmente de la apreciación del paciente no como un organismo enfermo sino como una persona de interacción. El modelo biomédico otorga relativo interés a la condición de vida su preocupación se orienta en el organismo; el lanzamiento del confort de vida desde la óptica médica proviene del modelo biopsicosocial que considera al enfermo como un agente social y por lo tanto se pregunta por el efecto de la mejoría médica y de las alternativas sociales del paciente por ello es importante que pueda sanar y le queden los buenos momentos vividos y por vivir

### **2.2.5. Tipos o Clasificación**

#### **Clasificación de calidad de vida**

Según Nava (2010), realiza un análisis de la calidad de vida: análisis multidimensional calidad de vida y felicidad: Es una conceptualización que sostiene y que se debe medir en términos de la utilidad, felicidad o satisfacción de deseos o preferencias. Según Schopenhauer, Epicúreo gran doctor en felicidad dividió las necesidades humanas en tres clases: Naturales y necesarias: son las que no son satisfechas y producen dolor incluyen el alimentación y vestimenta, y son relativas; Naturales pero no necesarias: tal como satisfacción sexual, más fáciles de satisfacer, y las que no son naturales innecesarias: el cual incluyen lujo, la abundancia, y el esplendor, siendo su alcance muy difícil.

El estudio de la felicidad ha estado presente en los filósofos moralistas en tiempos recientes los estudiosos de la sociedad buscan alternativas sobre el tema : el reparto de la felicidad contempla categorías sociales en lo ideológico se va a la creencia utilitaria con el propósito de promover la mayor felicidad en un número relativamente alto de personas, la condición moralista del siglo XIX es la base ideológica del estado y bienestar del siglo XX impulsor de las investigaciones sobre confort de vida según lo señalan Ovalles y Martínez-. En los estudios sociales toma relevancia en termino de felicidad como disfrute del sujeto de la vida este doctor hace un enfoque dialectico desde la calidad instrumental a la sustantiva y desde esta ala individual frente a la colectiva ;Carl Gustav Jung, psiquiatra suizo

desarrollo una teoría a cerca del concepto del inconsciente colectivo que estaría vinculado con los instintos manifestados en fantasías presentes a través de imágenes simbólicas esto es una condición personal y aislada calidad de vida instrumental: en es toloano refleja lo útil extrínseca y formal que significa tendencia tecnocrática independientes de su contenido político y su relevancia cultural: el cual se identifica con la competición desenfrenada e interesada que tiende a la acumulación de bienes materiales, independientemente de los valores éticos de la humanidad, que significa tener situación riesgosa que pueda llevar al mundo a la degradación ecológica, destrucción de los lazos sociales y del ser humano. Es quizás esta la postura que se vive en las últimas décadas en las distintas sociedades, en solo vivir desenfrenadamente hacia lujos y lucro social prevalece la palabra felicidad como disfrute subjetivo de la vida.

**Calidad de vida Instrumental:** este plano refleja una condición utilitaria, extrínseca y formal; el cual significa perfección tecnocrática y sofisticación de medios independientes de su contenido político y su relevancia cultural. El cual se identifica con la competición desenfrenada e interesada, que tiende a acumular bienes materiales, independiente de los valores éticos de la humanidad, que significa se corre el riesgo de llevar el mundo a la degradación ecológica, destrucción de los lazos sociales y del ser humano quizás sea esta la postura de la últimas décadas de la sociedad, en su desenfreno por vivir de lujos y lucro.

**Calidad de vida sustantiva:** En este plano refleja una condición ética e intrínseca del ente humano como actor individual y social, políticamente acoplado en la sociedad; esto significa calidad de vida política creada históricamente por la población en su propia comunidad, y prioriza a la definición y la satisfacción de las necesidades básicas y a la promoción colectiva de los habitantes en su medio cultural. Este se preocupa por la población, se identifica con la proyección de la participación de los individuos y grupos en las decisiones que afectan al bien común respeta las instituciones, valores endógenos y promueve la autonomía cultural. se identifica con tres connotaciones en el concepto de calidad de vida: calidad

del entorno en cual uno vive, usado por los ecologistas en la lucha contra la degradación climática por los sociólogos cuando reivindican mejoras sociales, está representada por condiciones externas para una vida llevadera; por otro lado calidad de atención, que refleja con la capacidad para enfrentar la vida; sería la capacidad de vivir ampliamente utilizada por los profesionales terapéuticos como las de las ciencias de la salud y la calidad del resultado, que requiere condiciones previas. Los dos anteriores implicarían la capacidad para obtener óptima existencia el cual tiene que ser de nuestro agrado, haciendo evidente el componente subjetivo.

**Calidad de vida y ética de las capacidades:** considera la alternancia de varios que hace res en cada ser genéticamente establecido a esto se le puede llamar funcionamiento que es de cada ser humano tener interés o realizar sus distintas obligaciones que va desde salud, alimentación, trabajo, política, placer todas relacionados de alguna manera e íntimamente ligados para definir la libertad de una persona. que puede ser realizado como por ejemplo (salud, alimentación, educación ,trabajo, diversión ,placer, política, relaciones entre otros)está también íntimamente ligada a las capacidades de una persona como : libertad humana que puede elegir la clase de vida que quiere para sí mismo.

Por otro lado se recurre, por influencia de Nussbaum, a Aristóteles para explicitar los fundamentos filosóficos de la ética y las capacidades: las relaciones conceptuales más importantes parecen ser las vinculadas con la noción aristotélica del bien humano. La explicación está vinculado con la necesidad de establecer primero la función del hombre y luego proceder a explorar la vida en el sentido de actividad. Propone Nussbaum, desde el ámbito filosófico de Aristóteles establece un listado de funciones que articula una vida humana con ciertas características que se experimenten en alternativas distintas culturalmente: la condición humana, la moralidad, mortalidad humana y capacidad referente al placer, al dolor, y lo cognitivo de la razón práctica afiliado a la sociabilidad, sentido del humor y sentido lúdico.

En la versión formalista y universal de la moralidad, la filosofía defiende desde Kant una ética de justicia; que propone el aso al universo reconvenicional (lógica hedonista instrumental); en nivel convencional postula la autonomía como criterio, así como el cambio desde un enfoque instrumental hacia un enfoque de derechos. El nivel pos convencional es el nivel superior, se caracteriza por la presentación universal, por los principios abstractos: la asunción de rol permite que el sujeto se ponga en los zapatos de otro para decir, que asuma como suyas las reglas morales, las legales y los principios éticos universales a través de los cuales se defienden los derechos éticos para toda la humanidad, derechos que todos los acuerdos sociales deberían recoger. En este sentido, constituye el respeto de la persona en sí misma y de los estilos de vida que lleva a cabo.

#### **2.2.6. Componentes**

##### **Calidad ambiental como componente de calidad de vida**

Según López, M.(2007), realizó un trabajo de investigación a calidad de vida subjetiva y su relación con las experiencias recreativas en los espacios naturales donde menciona la calidad ambiental como uno de los componentes de calidad de vida para el ser humano Leff (1986). Los derechos humanos relativos al ambiente emergen como una re invocación fundamental para elevar la calidad de vida, esta es entendida no solo como satisfacción de necesidades básicas y de cierto nivel de bienestar material, sino como el derecho a una vida digna, el pleno desarrollo de las facultades del hombre y a realización de sus aspiraciones es morales, intelectuales, afectivas y estéticas mediante la reconstrucción del ambiente. Estas condiciones del ambiente de las personas, tanto en sus aspectos físicos como simbólicos, inciden en la posibilidad de satisfacción de sus necesidades, deseos y aspiraciones y por lo tanto directamente en su calidad de vida.

Calidad de vida no solo es cubrir las necesidades básicas es más que eso mientras tenga el ser humano un ambiente sano libre de contaminación, radiación, cuidando la sobrepoblación, sobre construcción,

cuidando el agua, aire esto también tener calidad de vida salvaguardando para el futuro.

### **El componente apoyo Social**

Según Rodríguez; García y Teroll (2014) quienes realizan un trabajo el concepto de calidad de vidacitana(Rodríguez-Marin et., 1994; 2003; Schwarzer y Knoll, 2007,1993, Teroll et al., 2000; 1984). Mencionan que el apoyo social puede ser considerando como un elemento objetivo y a la vez subjetivo de la calidad de vida. Por otro lado Diener (1994) considera que dentro del marco de apoyo social debe ser considerada como una condición objetiva la interacción social.

La interacción social hace alusión al sistema que la persona pertenece teniendo en cuenta la cantidad y calidad de contacto social con que cuenta la persona, se sabe que ambas cosas dependen de su conducta y una misma comunidad a la que concurre. (García Duran Y Puig, 1980; Blanco y Chacón, 1985). Otra de las variables objetivas, que ha de considerarse relacionada con apoyo social, es la disponibilidad de servicios que existe en la oferta de la comunidad para la persona. De hecho ,la sociedad post-industrial ha transformado en servicios sociales públicos ,una gran mayoría de acciones de ayuda, que antaño asumía la familia ,convirtiéndose en uno de los principales distintivos del estado social de bienestar en donde son importantes distintivos de estado social de bienestar en donde son importantes factores como accesibilidad, calidad de los servicios sanitarios, comerciales , educación y ocio etc; calidad y seguridad de transporte, accesibilidad, calidad de los servicio se protección y seguridad.

Según estos autores las variables a tener en cuenta con relación al apoyo social, es tener a disposición los servicios de apoyo para la comunidad, puesto que una gran mayoría que viene de la industria el cual se vuelca hacia la comunidad convirtiéndose en uno de los principales distintivos del estado, donde se debe tener en cuenta la accesibilidad,

calidad de servicio, sanitarios, comerciales, educación, ocio, seguridad, protección con el único fin de ayuda al individuo.

### **Componente de la salud.**

Según Rodríguez, García y Teroll (2014) realizaron un trabajo el concepto de calidad de vida, mencionan que la calidad de vida también lo constituye el estado de salud, aquí nos encontramos ante un indicador mixto, puesto que si bien, existen indicadores objetivos de orden biológico, tan importantes como ellos son los indicadores subjetivos, que se manifiestan mediante informe de las propias personas. Por otro lado, no podemos dejar de considerarla la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida .si el estado de salud de la persona, quizás eso hace parte del significado de la definición de la OMS(1958), de hecho esa definición nos presenta un concepto de salud muy similar al de calidad de vida: estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente de enfermedad. Hay un sin número de estudios que han demostrado una relación importante entre auto informes de salud y el bienestar subjetivo. Otros estudios han encontrado que la salud es considerada por las personas como el factor más importante de la felicidad.

Para estos autores la salud representa calidad de vida, en donde mencionan dos indicadores mixtos: el subjetivo y objetivo. Cuando hablan de calidad de vida objetivase refieren a las condiciones de vida del individuo y el subjetivo estaría representado por la satisfacción el cual experimenta el individuo, calidad de vida no solo sería la buena salud sino también está ligada a la felicidad, los logros y crecimiento personal.

### **Componente económico.**

Según Garduño, Salina y Rojas (2005), realizaron un trabajo sobre calidad de vida y bienestar subjetivo en México. El principal objetivo es incrementar los niveles macroeconómicos como punto central de estrategia, el cual serviría para mejorar los niveles y condiciones adecuadas de vida para la población. De igual modo, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Dentro de este paradigma económico se manejan

variables como el Producto Nacional Bruto (PNB) ,la tasa de desempleo, ingreso y el ahorro pre capital, comercio exterior (importaciones y exportaciones), el porcentaje de la población económicamente activa ,la tasa de dependencia no activa, entre otros. Al parecer las medidas tomadas tienden a ser deficientes para medir la calidad de vida.

Leff (1995), afirma lo siguiente: la calidad de vida no es cantidad de vida en términos económicos. Por lo que las categorías de análisis y los instrumentos de planificación del desarrollo se hacen más complejos y su integración se hace más problemática dentro de la economía convencional.”

De tal manera que el concepto de calidad de vida desplazaría a las necesidades básicas de vivienda, vestimenta, salud, empleo con las necesidades independientes y los sentidos de existencia, en donde fusionar el carácter objetivo y subjetivo que de fin en estas necesidades.

### **Componentes filosóficos.**

Garduño, Salina y Rojas (2005), quienes desde el modelo filosófico conciben a las necesidades como todo fenómeno el cual están determinados por las leyes de la naturaleza y su evolución. Estas necesidades están acopladas abiertamente al hombre desde la óptica de la esencia del ser humano donde puede desarrollarse necesidades que expresan una relación del hombre con la naturaleza y del hombre con los propios hombres. Así mismo cuando se habla de necesidades socialmente establecidas, portadores de un carácter histórico; cuyo desarrollo, estructura y forma de satisfacción vendrá dado por el nivel de desarrollo de las necesidades.(Citado en Cohen .G.A, (1993).

Garduño; Salinas; Rojas. (2005), desde el punto psicológico, la necesidades la vivencia de carencia de algo que le impulsa al individuo a buscaren el medio exterior o interior, que satisfaga esa necesidad. Por consiguiente se puede asegurar que la actividad del ser humano está orientada a satisfacer sus necesidades. (Citado en Maslow, (1982).

Si analizamos entre lo filosófico y lo psicológico el hombre y sus necesidades están ligadas a la historia, y de cierta manera están establecidas a una relación con la naturaleza y consigo mismo que al sufrir carencias hace que el hombre busque medios para satisfacerlas.

### **2.2.7. Dimensiones o factores**

Según Cornejo (2016), en un trabajo menciona que calidad de vida tiene su máxima expresión y se observan en tres dimensiones:

- Dimensión física, es la percepción del estado físico o de la salud ausente de enfermedad. En esta dimensión demuestra que el estar con buena salud es de vital importancia para tener una buena calidad de vida.
- Dimensión psicológica, es la percepción del estado cognitivo, afectivo, creencias personales y aptitudes.
- Dimensión social, es la percepción de las relaciones sociales en la vida.

**Según Nava (2012)**, realiza una revisión conceptual por diferentes autores .La calidad de vida: Análisis multidimensional. Para Nava muchos autores creen o coinciden para que el individuo tenga una buena y mejor calidad de vida debe existir relación entre recursos, condiciones y medios adecuadas para lograr una buena calidad de vida.

**Factores materiales:** son los recursos que uno tiene, tales como: ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud y nivel de educación, entre otros.

**Factores ambientales:** son las características de los habitantes, comunidad que pueden influir en la vida como la presencia de contaminación, acceso a servicios a los parques, grado de seguridad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más fácil. También, las características del hogar son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida.

**Factores de relacionamiento:** aquí se incluye la relación familiar, amigos y redes sociales, integración a organizaciones sociales, religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica, son factores que pueden afectar la calidad de vida en edades avanzadas, siendo la familia de vital importancia en la vida de los adultos mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo son importantes.

**Factores sociales y calidad de vida:** las que la influyen con el empleo, vivienda, el acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación ambiental y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

**Según Grimaldo Muchotrigo (2011),** realiza una investigación el cual denomina calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima, donde menciona las dimensiones de calidad de vida propuestas por estos dos autores Olson y Barnes (1992), en su escala de calidad de vida que enseguida se nombrará.

**Factor Bienestar Económico,** se evalúa satisfacción en relación a los medios materiales que tiene la vivencia para vivir cómodamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, vestimenta, recreativas y de salud de la familia, entre otros ítems.

**Factor Amigos,** se ubican por ejemplo los siguientes ítems: El nivel de satisfacción en relación a los amigos que frecuentan en la zona donde vive, las actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tiempo que comparte con los amigos en la zona donde reside, los amigos del trabajo, etc.

**Factor vecindario y Comunidad,** se ubican los siguientes ítems: Las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde viven para desplazarse sin riesgo alguno, los espacios de recreación como (parques, campos de juego, etc.) en la comunidad, las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.) en otros ítems.

**Factor Vida Familiar Y Hogar**, se encuentra los siguientes: La relación afectiva con su(s) hijo(s),(as), el número de hijos (as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar, el tiempo que pasa con la familia, etc.

**Factor Pareja**, es evaluado por los siguientes ítems: la relación afectiva con la esposa(o), el tiempo que pasa con la pareja, las actividades que comparte con la pareja, el apoyo emocional que recibe de esta entre otros ítems.

**Factor Educación y Ocio**; es medido a partir de los siguiente ítems: en la educación, la situación actual escolar, acceso a una educación gratuita, o de calidad, con bibliotecas disponibles ensu comunidad, centros educativos con adecuados ambiente de aprendizaje, en el ocio, la cantidad de tiempo libre que tiene disponible, las actividades deportivas, recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine conciertos, etc.) además de otros ítems.

**Factor medio de Comunicación**, es evaluado a partir del grado de satisfacción respecto al contenido de los programa de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, internet revisando páginas educativas y no educativas, etc.

**Factor Religión**, se ubican entre otros los siguientes ítems: la vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, la relación que tiene con Dios, etc.

**Factor salud**, se ubican entre los siguientes ítems: la salud física y psicológica, y el de otros miembros de la familia nuclear, entre otros ítems.

### **2.2.8. Teorías**

Según Cardona; Agudelo; Byron (2005),en un trabajo sobre construcción cultural del concepto calidad de vida mencionan la existencia de tres amplias teorías a saber y estas son:

La teoría Hedonista :considera que el bien intimo para las personas consiste en sostener ciertas clases de experiencias consciente, como placer ,felicidad, disfrute, que permiten una buena vida en la medida en que producen una valiosa experiencia.

La teoría de la satisfacción: consiste en la satisfacer los deseos o preferencias entendidos como objetos; por ejemplo, si el deseo de una persona estar en un lugar determinado, se satisface cuando este se encuentra en el lugar, a diferencia de la satisfacción como experiencia consciente de estar en ese lugar.

La teoría sobre los ideales: de una vida optima o del bien sustantivo, consiste en la realización de idéales específicos explícitamente normativos; por ejemplo se afirma que un componente de una buena vida es tener autonomía, aunque como resultado de ella no tenga esta condición; Esta teoría contempla una pluralidad y o la satisfacción de preferencias que sirven al bien de una persona.

Teoría de los dominios: propuesta por Olson y Barnes (1982), dicen que una característica común en los estudios de calidad de vida, constituye la evaluación de la satisfacción en los dominios de las experiencias vitales de los individuos.

Así mismo desde la conceptualizad bienestar existencial es la dinami9ca la complejidad y lo multidimensional que está enmarcado en percepción subjetiva del nivel de satisfacción que alguien alcanza en interdependencia con las dimensiones de su ambiente; lo operacional se constituye como el grado de bienestar mental físico y social quedan al individuo l9ogros en sus necesidades individuales y sociales en los distintos dominios de la vida : lo económico , la ami8stad, lo empático, lo cotidiano, vida familiar hogar y pareja así como religión y salud son medios, valoraciones y criterios esto lleva a calidad de vida optima que sería el estado pleno de bienestar pleno indistintamente de las condiciones y limitaciones que pueda tener un ser humano.

### **Teoría de la observación de la propia vida y de la propia realidad**

Es la comparación subjetiva y objetiva desde distintos grupos sociales que realizan otras personas para considerar el propósito de calidad de vida esta teoría es totalmente subjetivo dado que dentro de sus planteamientos considera la actividad en el sentido de que no especifica en términos claros y precisos lo evaluado lo a cada quien en sus a este eses una condición de carácter reduccionista dado que puede sobre so subestimar a la persona a quien se evalúa ,

**La teoría de la actividad:** Es amplia en su concepción, en el sentido que no es específica por parte de la persona; al momento de realizar la actividad, lo que otorga es bienestar subjetivo. Con base en esto, se visualiza. Que es reduccionista por qué no toma en cuenta elementos relevantes al referirse de las personas que están insertas en la sociedad esto implica dejar a un lado elementos propios del ser humano entre ellos mencionamos factores personales concepción de vida, de la actividad que se realiza es historia de cada quien es decir componentes que afirman subjetividad en el desarrollo de esta teoría.

La evaluación de calidad de vida: la satisfacción, como elemento cognitivo de confort y felicidad es un componente afectivo de suma importancia al destacar que este condición satisfactoria extra ligada a los ingresos y de manera particular a los medios adecuados y adquirido a través del trabajo.

### **Teoría de calidad de vida según Maslow.**

Según Salas y Garzón (2013) realizan una revisión sobre la noción de calidad de vida y su medición de literatura donde mencionan a Maslow y su jerarquía de necesidades. Calidad de vida están relación a dos íntimamente con las diferentes necesidades del hombre, en las cuales una vez cubiertas se deja a un segundo plano, y el ser humano sigue buscando cubrir otras necesidades como por ejemplo relacionarse con los demás y tener identificación propia. En 1954, Maslow realizó una jerarquía de necesidades, al cual denominó el escalón básico de las necesidades fisiológicas, hambre, sed. Cuando el ser humano tiene cubiertas estas

necesidades empieza a preocuparse por la seguridad e que las va seguir teniendo cubiertas en el futuro y por seguridad frente a cualquier daño. Cuando el individuo se siente seguro, empieza a buscar aceptación social, quiere identificarse y compartir las aficiones de un grupo social cuando el individuo está integrado empieza a sentir necesidad de obtener prestigio, éxito, alabanza de los demás, finalmente los individuos tiene cubiertos estos escalones, llegan a sentir que están dando de si todo lo que pueden o desean.

### **2.2.9. Modelos**

Según Urzúa,A;Caqueo,A.(2012),en su trabajo de calidad de vida: una revisión teórica del concepto cita a Spilker(1990), quien plantea un modelo Jerarquizado de calidad de vida, compuestos por tres niveles que van desde calidad de vida general (nivel uno), pasado por las dimensiones dominios que componen la calidad (nivel dos),hasta los aspectos específicos cada dominio bajo este supuesto, la definición de calidad de vida propuesta por la OMS pertenecería al nivel uno y de los dominios que comprenden al nivel dos este modelo asume que las variables de más bajo nivel determinan los niveles superiores ,es decir bajas puntuaciones en el nivel tres o dos ,determinarían una mala evolución de calidad de vida general (nivel 1),lo cual no ha sido comprobado.

Felce y Perry (1995), citado por Somarriba (2008), en un trabajo sobre aproximación a la medición de la calidad de vida social e individual en Europa, quienes proponen cuatro modelos conceptuales diferentes para abordar en el estudio de calidad de vida, los tres primero pertenecen al trabajo elaborado por Borthwick-Duffy (1992) el cual nos ofrece posibles conceptos de calidad de vida que darían origen a una serie de planteamientos teóricos sobre el concepto de calidad de vida.

**Modelo de calidad de vida tipo objetivo:** entendida como las condiciones de vida del individuo. Ladesman (1996) sugiere que existen dos conceptos diferenciados, confort de vida y gratificación con la vida estos elementos están sujetos a la comparación a las distintas

concepciones de vida este prototipo se orienta en una óptica objetiva en cambio el modelo subjetivo está caracterizado y entendí como la satisfacción experimentada por la persona en dicha condiciones. en este caso calidad de vida es sinónimo de adaptación

**Modelo de calidad de vida tipo subjetivo:** vendría caracterizado por la calidad de vida entendida como satisfacción experimental por la persona con dichas condiciones de vida. En este caso se define calidad de vida como sinónimo de satisfacción personal, adoptándose la satisfacción como medida de comparación Edgerton (1990), puesto que en este modelo se trabajaría con información intrincadamente subjetiva. Esta idealización está sujeto a sufrir críticas y tener poca confiabilidad por su carácter subjetivo idealización sufre una serie de críticas. Asimismo Holland (1990), establece que una definición de calidad de vida que ignora las condiciones objetivas no provee de una adecuada garantía para los intereses de la personas mayores desventajas o más vulnerables, por ello que Brown Et Al. (1989) quienes proponen unas alternativas atreves y mediante la componenda entre factores objetivos subjetivos para generar la complementariedad entre modelos modelo alternativo en el que la calidad de vida debería analizarse como combinación de componentes objetivos y subjetivos:

**Modelo de calidad de vida de tipo objetivo y subjetivo:** entendida como la alternancia de elementos objetivos y subjetivos, en este modelo la calidad de vida viene definida por el estado existencial que se encuentra una persona junto a la buena vida que pueda llevar. En este planteamiento se ubica las condiciones de vida desde un carácter subjetivo material social como las apreciaciones subjetivas del individuo; Por ejemplo Bigelow et al (1991), ellos visualiza nla calidad de vida como una ecuación en donde están en equilibrio la satisfacción de las necesidades y que entiende la valoración de bienestar junto a los componentes objetivos, como una función de carácter social.

Sin embargo, otros autores sugieren que calidad de vida debe comprender las condiciones objetivas y asociarlas a través de un medio

donde los individuos consideren la importancia de tener una vida satisfactoria. Cummings (1992) este planteamiento da origen al último modelo.

**Modelo de calidad de vida de tipo objetivo, satisfacción personal y valores personales:** se entiende como la liga de estados existenciales satisfacción personal medidos por un cotejo de valores aspiraciones y expectativas personales mediante este modelo se crea una interacción entre condiciones de vida objetiva, la satisfacción y valores personales interactúan a la hora de determinar confort de vida; por ejemplo el componente renta y deuda no contribuye de igual manera en satisfacciones de una persona cuyos valores materiales constituye pesos individuales entre los componentes objetivos y subjetivos a través de los dominios de la vida.

#### **2.2.10. Enfoques**

Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), citado por Salas y Garzón (2013), quienes realizan una revisión bibliográfica la noción de calidad de vida y su medición donde mencionan que los enfoques de investigación son variados, el cual se podrían agruparse en dos: Enfoques cuantitativos y enfoques cualitativos.

**Enfoques cuantitativos,** cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida. Para ello estudiaron diferentes indicadores:

- Sociales;(se refieren a condiciones extremas relacionadas con el entorno como la salud, bienestar social, amistad, el estándar de vida, educación, seguridad pública el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.).
- Psicológico;(en el cual mide las relaciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de ciertas experiencias vitales).
- Ecológicos;(este mide la adaptación del sujeto y las exigencias del medio ambiente).

**Enfoques cualitativos.** Este enfoque adopta una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos, problemas y como los servicios sociales pueden apoyarlos eficazmente. El concepto ha seguido evolucionando puesto que ahora diferencia los medios de los fines, los bienes materiales de los no materiales, las necesidades básicas satisfechas y las no materiales, las condiciones de vida del nivel de vida y otras clasificaciones como planteadas por Eric. Allardt: tener, amar y ser.

- El tener permite mejorar el estado en que se encuentra el ser para sobrevivir minimizar su podredumbre y mejorar mediante recurso económico, habitación trabajo, salud y educación estable hace referencia a condiciones materiales necesarias para sobrevivir y evitar la miseria como son los recursos económicos, vivienda, empleo, condiciones de trabajo, salud y educación.
- El amar, es referente a la presencia de intercambiar ideas, conceptos y planes entre personas a fin de estructurar identidades sociales como son el contacto con la comunidad familia , amistad, compañeros de trabajo y organizaciones
- El ser, se refiere a la necesidad del ser humano de integrarse a la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza como en las actividades políticas, participación en decisiones, actividades recreativa en el trabajo y oportunidad de disfrutar de la naturaleza.

## **2.3. Definiciones conceptuales**

### **2.3.1. Calidad de vida**

Según Olson y Barnes (citado en García, 2008), desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida se define como un proceso dinámico, complejo y multidimensional; basado en la percepción subjetiva del grado de satisfacción que una persona ha alcanzado en relación a las dimensiones de su ambiente. A nivel operacional se define como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social, que le permiten al individuo la

satisfacción de sus necesidades individuales y sociales, en los siguientes dominios de la vida de una persona, medida a partir de las valoraciones y criterios; medida a partir de los siguientes criterios: Tendencia a baja calidad de vida; (estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones).

Según (Olson y Barnes, 1982, citado en Sumemers, et al.2005),la calidad de vida es un constructo multidimensional y está relacionado con la salud como componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su ambiente.

Según Olson y Barnes(citado por García (2008), calidad de vida óptima (estado de pleno bienestar físico, mental y social),la manera como cada persona logra satisfacer estos dominios, constituye un juicio individual subjetivo de la forma como satisface sus necesidades y logra su interés en su ambiente. Es la percepción que esta persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr dicha satisfacción.

A nivel operacional calidad de vida como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social, que le permiten al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales, en los siguientes dominios de la vida de una persona; medida a partir de las valoraciones y criterios; en donde tendencia a baja calidad de vida es un (estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones).

Según Levi y Anderson (1980). Definen calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social tal y como lo percibe cada individuo de cada grupo.

Según Lawton (1984). Define calidad de vida en forma global, como un conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual.

Andrew (1991). Encierra el reconocimiento de que los logros materiales alcanzados por la especie humana en la actualidad, se han

obtenido a expensas de elementos como el descanso físico y mental reparador y creativo; de la recreación, actividad lúdica y comunicativa de la vida familiar integradora y educativa; y otros componentes que confortan el espíritu y le dan sentido a vida.

Según Fossati (1991). Nos dice que calidad de vida, es un concepto abstracto y multinacional, difícil de medir por la complejidad que encierra y si queremos entenderla y predecirla, debemos pensar cómo será definida (operacionalmente) y estudiar los efectos que muchas otras variables ejercen sobre ella.

Según Peccei (1976). Define calidad de vida como objetivo primordial de la humanidad perfeccionar la calidad de la persona humana, nunca acaba de definir muy bien que entiende por calidad.

Según Beltramin, (2003). Define calidad de vida como el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades de los miembros que la componen, las cuales son múltiples y complejas.

Olson y Barnes (1982), plantean que una característica común en los estudios de la calidad de vida, constituye la consideración de los dominios de las experiencias vitales de los individuos, en donde cada uno se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, entre otros.

### **2.3.2. Dimensión Bienestar Económico**

Se evalúa satisfacción en relación a los medios materiales que tiene la vivencia para vivir cómodamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada vestimenta, recreativas de salud de la familia, entre otros ítems.

### **2.3.3. Dimensión Amigos**

Se ubican por ejemplo los siguientes ítems: El nivel de satisfacción en relación los amigos que frecuentan en la zona donde vive, las

actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tiempo que comparte con los amigos en la zona donde reside, los amigos del trabajo, etc.

#### **2.3.4. Dimensión vecindario y Comunidad**

Se ubican los siguientes ítems: Las facilidades que brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde viven para desplazarse sin riesgo alguno, los espacios de recreación como (parques, campos de juego, etc.) en la comunidad, las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.) en otros ítems.

#### **2.3.5. Dimensión Vida Familiar Y Hogar**

Se encuentra los siguientes: La relación afectiva con sus hijo(s),(as), el número de hijos (as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva ,la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros del hogar.

#### **2.3.6. Dimensión educación y Ocio**

Es comparado a partir de los siguientes ítems: en la educación, tu situación actual escolar, acceso a una educación adecuada o de calidad, con bibliotecas disponibles en su comunidad, a un educación gratuita, centros educativos con adecuados ambientes de aprendizaje, en el Ocio, la cantidad de horas libres disponibles con aquellas en las cuales se realizarían actividades lúdicas musicales y deportivas vistas como un factor necesario para mejorar el confort de vida.

#### **2.3.7. Dimensión medios de Comunicación**

Es evaluado a partir del grado de satisfacción respeto al contenido de los programa de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, internet revisando páginas educativas y no educativas, etc.

### **2.3.8. Dimensión Religión**

Se ubican entre otros los siguientes ítems: la vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, la relación que tiene con Dios, etc.

### **2.3.9. Dimensión salud**

Se ubican entre los siguientes ítems: la salud física y psicológica, la salud física de otros miembros de la familia nuclear, entre otros ítems.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

##### **3.1.1. Tipo**

El tipo de investigación es descriptivo de enfoque cuantitativo, según Hernández, Fernández y Baptista (2003) “La investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”.

Según Danhke (1989) define al tipo de investigación descriptivo como los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de personas, grupos comunidades o cualquier fenómeno que se somete a un análisis.

##### **3.1.2. Diseño**

El tipo de diseño de investigación para el presente trabajo es no experimental de corte transversal. Según Hernández, Fernández y Bautista (2003), define la investigación no experimental como los estudios que se realizan sin manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Según Kerliger (1979, p.116).define que la investigación no experimental o ex-post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variable o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones. Realmente, no hay disposición o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad.

## **3.2. Población y muestra**

### **3.2.1. Población**

En la población de estudio el cual se evaluó está conformado por 60 sujetos entre varones y mujeres, de 13 a 17 años de edad, el cual son atendidos en el servicio de atención diferenciada para adolescentes “SADA” en un centro de salud pública del distrito de Independencia.

El servicio de atención diferenciada SADA es un programa de ayuda en condición de vulnerabilidad del adolescente, en donde promueve el desarrollo integral de los adolescentes, logrando generar competencias y habilidades para un óptimo desarrollo.

SADA brinda atención en las siguientes especialidades: Nutrición, Oftalmología, Psicología, Auditiva, Odontológica, Laboratorio, (suplemento de hierro) y (detectar conductas y factores de riesgo).

### **3.2.2. Muestra**

El tipo de muestra es censal porque se seleccionó el 100% de la población, número considerado manejable de sujetos, grupo de personas, contextos, sucesos, eventos, comunidades etc., sobre la cual se habrán de recolectar datos. En este sentido Ramírez (1997), establece que la muestra censal es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra (p.90).

## **3.3. Identificación de la variable y su Operalización**

La variable a estudiar es calidad de vida de Olson y Barnes, el cual tiene como objetivo general determinar el nivel de calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública.

Tabla 1. Operacionalización de la variable

Variable	Dimensiones	Peso	N° de ítems	Indicadores	Niveles
La calidad de vida es un constructo multidimensional y está relacionado con la salud como componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su ambiente (Olson & Barnes, 1982).	<b>Hogar y bienestar económico.</b> Se valora la satisfacción en relación a los medios materiales que tiene la vivienda para vivir cómodamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer las necesidades de vestido, educativas y salud de la familia, entre otros ítems (Grimaldo M.2011p176).	20.83%	5	(1,2,3,4 5)	- Calidad de vida óptima (4)  - Tendencia a calidad de vida buena (3)
	<b>Amigos, vecindario y comunidad.</b> Siguiendo ítems: El nivel de satisfacción en relación a los amigos que frecuenta en la zona donde vive, las actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tiempo que comparte con los amigos en la zona donde reside, los amigos del trabajo, etc. (Grimaldo M.2011P176).	16.67%	4	(6,7,8,9 )	- Tendencia a baja calidad de vida (2)  - Mala calidad de vida (1)
	<b>Vida familiar y familia extensa</b> En el dominio vida familiar y hogar, se encuentran los siguientes: La relación afectiva con su (s) hijo, (os), (as), el número de hijos(as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar, el tiempo que pasa con la familia, etc. (Grimaldo M.2011p177).	16.67%	4	(10,11, 12,13)	
	<b>Educación y ocio.</b> Es medido a partir de los siguientes ítems: la cantidad de tiempo libre que tiene disponible, las actividades deportivas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.), además de otros ítems. (Grimaldo M.2011p177).	12.50 %	3	(14,15, 16)	
	<b>Medios de comunicación.</b> Es evaluado a partir del grado de satisfacción respecto al contacto de los programas de televisión nacional de señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, en internet revisando paginas educativas y no educativas, etc. (Grimaldo M.2011P177).	16.67 %	4	(17,18, 19,20)	
	<b>Religión.</b> Se ubican entre otros los siguientes ítems: La vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, la relación que tiene con Dios, el tiempo que le brinda a Dios, etc. (Grimaldo M.2011P177).	8.33 %	2	(21,22)	
	<b>Salud.</b> Se ubican entre otros los siguientes ítems: La salud física y psicológica, la salud física de otros miembros de la familia nuclear, entre otros ítems. (Grimaldo M.2011P177).	8.33 %	2	(23,24)	

Creación propia

### **3.4. Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.**

#### **3.4.1. Técnicas**

Trespalacios, Vásquez y Bello, 2005 y Bernal, (2010) nos indican que las técnicas a emplearse en la investigación son:

- a) Técnicas de recolección de información indirecta: Se recopiló información de fuentes bibliográficas, estadísticas y fuentes de origen, pudiendo ser libros, revistas, trabajos de investigación, etc.
- b) Técnicas de recolección de información directa. Se obtuvo información mediante la aplicación de encuestas en muestras representativas de la población.
- c) Técnica de observación. Nos permite conocer directamente el objeto de estudio para luego describir y analizar situaciones sobre la realidad estudiada.

#### **3.4.2. Instrumentos de evaluación**

Esta escala fue construida por David Olson y Howard Barnes en 1982. Los objetivos de esta escala son medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos como por ejemplo, vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión etc. (Díaz et. Al, 2000).

Se desarrollaron dos versiones, uno dirigido a los padres con 43 ítems y 12 áreas (vida marital y familiar, amigos familia extensa, salud, hogar educación, tiempo, religión, empleo, medio de comunicación, bienestar económico y vecindario, y comunidad); versión para adolescentes con 25 ítems con iguales áreas que la escala de adultos con excepción de matrimonio y empleo.

Los ítems son de tipo Likert con las siguientes opciones Insatisfechos, un poco satisfechos, más o menos satisfechos y completamente satisfechos.

## **Ficha técnica**

Nombre	:	Escala de calidad de vida de Olson & Barnes
Autores	:	David Olson & Howard Barnes
Adaptado por	:	Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo
Administración	:	Individual o Colectiva
Duración	:	Aproximadamente 20 minutos
Nivel de aplicación	:	A partir de 13 años
Finalidad	:	Identificación de los niveles de calidad de vida

La calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en relación a los siguientes factores: Factor 1 (Bienestar económico), Factor 2 (Amigos, vecindario y comunidad), Factor 3 (Vida familiar y familia extensa), Factor 4 (Educación y ocio), Factor 5 (Medios de comunicación), Factor 6 (Religión) y Factor 7 (Salud).

### **Materiales.**

El instrumento presenta un cuadernillo, en el que se consideran las instrucciones, los mismos que se presentan anexos al material y un lápiz.

### **Administración.**

Se orienta a la persona o grupo a evaluar que se les va entregar un cuestionario en donde tendrán que anotar sus datos personales y explicarán como ellos se sienten con respecto a ciertos aspectos de su vida. Para ello, elegirán entre las alternativas: Insatisfecho, Un poco satisfecho, Más o menos satisfecho, Bastante satisfecho o completamente satisfecho.

El investigador leerá en voz alta las instrucciones que aparecen en el cuadernillo y responderá a todas las interrogantes de los examinados, con relación a las instrucciones.

Se les indicará que deben contestar a cada una de las preguntas sin dejar de responder ninguna pregunta y que cada pregunta debe tener solo una respuesta.

### **Corrección y Calificación.**

Se realiza de la siguiente manera: primero se suman las puntuaciones a cada uno de los ítems contestados, contemplando que cada respuesta tiene un puntaje correspondiente a: 5, 4, 3, 2,1, teniendo en cuenta la manera realizada por el examinado.

Las puntuaciones directas obtenidas se ubicaran en la parte final de la prueba.

Las puntuaciones directas que se consiguió se convertirán en centiles por medio de las tablas baremos correspondientes.

### **3.4.3. Adaptación de la prueba**

**Validez:** La validez de la escala fue establecida mediante la validez, de construcción a partir del análisis factorial, el cual sustentó la estructura conceptual inicial de la escala, con pocas excepciones. Algunas escalas conceptuales se unieron para definir un solo factor, la escala hogar se dividió en ítems relativos al espacio y en ítems relativos a las responsabilidades domésticas, agrupando las especificaciones específicas del adolescente en un solo factor.

En la validez de constructo fue estudiada para la cual se utilizó el análisis factorial tal como lo sugiere Muñiz 1996, utilizando el método de extracción de ejes principales , el cual se fundamenta en hallar los constructos subyacentes ,que aplican la relaciones entre ítems y la agrupación entre ellas ;además considera el error de medición en la estimación de las cargas factoriales entre los ítems y los factores, de tal

modo que se ajustan mejor al contexto de la aplicación de los datos y el marco de la teoría de la medición sobre la cual se basa la construcción de la escala de calidad de vida.

En el índice de homogeneidad se aplicó el coeficiente alfa correlacionando el puntaje de cada ítems con el puntaje total de la prueba .el nivel mínimo de correlación ítem-retest se fijó en 0.30. En la tabla se observa que todos los ítems obtienen puntajes superiores al margen aceptable, pudiéndose señalar que todos discriminan en la misma dirección que el instrumento.

Validez divergente se aplicó el coeficiente de Pearson, para establecer el análisis correlacional entre escala de calidad de vida de Olson y Barnes, la prueba de autoeficacia general y el inventario de afectos positivos y negativos (SPANAS).Se contempla una baja correlación entre la Prueba de autoestima y la escala de calidad de vida, lo cual señala que estos constructos mantienen su independencia. Por consiguiente comparten un 311 al cuadrado, de la relación entre ellas. De manera similar, con el Inventario de afectos positivos y negativos (ESPANAS), en el que se observa una baja correlación. De esta forma se prueba la validez divergente de la escala de calidad de vida con otros instrumentos aplicados.

**La confiabilidad:** se trabajó mediante el test retes, usando la forma de adolescentes con 124 sujetos de doce clases universitarias y secundarias. El tiempo que transcurrió entre la primera y la segunda aplicación, fue de cuatro a cinco semanas. La corrección de Pearson para la escala total es de 64 y las correlaciones para los doce factores van desde 40 hasta 72. La confiabilidad de la consistencia interna se determinó con el coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach, alcanzando para la escala de padres 92 y para la escala de adolescentes 86.

**Baremación:** se ofrecen los baremos en percentiles, obtenidos en una muestra de 589 estudiantes cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 18

años de edad, de 4to y 5to de secundaria de cuatro centros educativos estatales y particulares de Lima.

Tabla 2. *Categorización de los Puntajes T para la escala de calidad de vida*

<b>Puntajes</b>	<b>Categorías</b>
Más de 61	Calidad de vida optima
51 a 60	Tendencia a calidad de vida buena
40 a 50	Tendencia a baja calidad de vida
39 a menos	Mala calidad de vida

Tabla 3. Normas para los Puntajes Totales de la Escala de calidad de vida

Puntaje Directo	Puntajes de estandarizado Muestra Total	Puntajes T de varones	Puntajes T de mujeres	Puntajes Nivel socio económico Medio	Puntaje T Nivel socio económico Bajo
42	21	23	23	23	23
43	21	23	23	23	23
44	21	23	23	23	23
45	23	23	23	23	25
46	23	23	23	23	25
47	23	23	23	23	25
48	23	23	23	23	25
49	23	23	23	23	25
50	24	26	23	23	25
51	24	26	23	23	25
52	26	27	25	23	28
53	26	27	25	23	28
54	26	27	25	23	28
55	27	28	27	23	30
56	29	28	30	23	32
57	30	28	30	23	32
58	30	28	30	23	32
59	30	29	31	23	33
60	32	31	32	23	35
61	32	31	32	23	35
62	32	31	32	23	35
63	33	32	33	23	36
64	33	33	34	25	36
65	34	33	34	25	37
66	34	33	35	25	37
67	35	34	36	25	39
68	35	35	36	25	39
69	36	36	36	27	39
70	37	37	37	30	40
71	37	37	37	31	41
72	38	38	38	31	42
73	39	38	39	32	42
74	39	39	39	33	43
75	39	39	39	33	43
76	40	40	40	34	43
77	41	41	41	35	45
78	42	42	41	36	45
79	42	42	43	36	46
80	43	43	43	37	46
81	44	43	44	38	47
82	45	44	45	39	48
83	45	45	45	41	48
84	46	45	46	41	49

85	46	46	47	42	50
86	47	46	48	43	50
87	48	47	49	44	51
88	49	48	50	45	52
89	50	49	51	46	53
90	50	49	51	47	54
91	51	50	52	47	54
92	52	51	53	48	55
93	53	52	53	49	56
94	54	53	54	51	56
95	55	54	55	52	57
96	56	55	56	53	58
97	57	56	57	54	59
98	58	57	59	55	60
99	59	57	50	56	61
100	59	58	61	57	62
101	60	59	62	58	62
102	61	60	62	59	63
103	62	61	63	60	64
104	63	61	64	61	64
105	63	62	65	62	64
106	64	63	66	63	65
107	66	63	69	64	66
108	67	64	70	65	68
109	67	64	72	66	68
110	69	66	73	67	69
111	70	67	73	68	70
112	70	68	73	69	71
113	72	70	73	70	72
114	72	71	73	71	73
115	73	73	73	72	73
116	75	77	73	73	75
117	76	87	73	73	87
118	76	87	73	73	87
119	77	87	75	75	87
120	77	87	75	75	87
121	87	87	87	87	87

## Normas para los puntajes factor por factor

Tabla 4. *Normas para los puntajes T correspondientes al factor 1(Bienestar Económico)*

Puntajes Directo	Puntajes Estandarizados Normalizados
4	21
5	25
6	28
7	32
8	34
9	37
10	39
11	41
12	44
13	47
14	50
15	53
16	56
17	60
18	63
19	67
20	87

En la tabla 4 se aprecia los puntajes directos así como los puntajes T obtenidos para el caso del factor 1, correspondientes a la agrupación de los siguientes ítems: condiciones de vivienda (ítem 8), satisfacción de las necesidades básicas (ítem 19), capacidad de la familia para darle lujos (ítem 20) y la cantidad de dinero que tienen para gastar (ítem 21).

Tabla 5. *Normas para los puntajes T correspondientes al factor 2(Amigos, Vecindario y Comunidad)*

Puntajes Directo	Puntajes Estandarizados Normalizados
4	21
5	23
6	25
7	28
8	31
9	35

10	38
11	40
12	44
13	47
14	50
15	54
16	57
17	61
18	65
19	70
20	87

En la tabla 5 se visualizan los puntajes directos así como los puntajes T (estandarizados normalizados) para el factor 2 en donde se ubican los siguientes ítems: satisfacción respecto a sus amigos (ítem4), facilidades para comprar en su comunidad (ítem 22), seguridad vecinal (ítem 23) y el barrio donde vive (ítem 24).

Tabla 6. *Normas para puntajes T correspondientes al factor 3(Vida Familiar y Familia Extensa).*

Puntajes Directo	Puntajes Estandarizados Normalizados
3	21
4	23
5	28
6	32
7	35
8	37
9	40
10	44
11	47
12	51
13	55
14	61

15	87
----	----

En la tabla 6 se presenta los puntajes directos, así mismo los puntajes T (estandarizados normalizados) para el factor 3 en donde se ubican los siguientes ítems: satisfacción respecto a su familia (ítem 1), satisfacción con relación a sus hermanos (ítem 2), Número de hijos en la familia (ítem 3).

Tabla 7. *Normas para puntajes T correspondientes al factor 4 (Educación y Ocio)*

Puntajes Directo	Puntajes Estandarizados Normalizados
3	23
4	27
5	31
6	35
7	37
8	42
9	46
10	50
11	54
12	58
13	63
14	68
15	87

En la tabla 7 se presentan los puntajes directos así como los puntajes T (estandarizado normalizados) para el factor 4 en donde se ubican los siguientes ítems: satisfacción en la relación a su situación escolar (ítem 8), el tiempo libre que tiene (ítem 11) y la forma como usa su tiempo libre.

Tabla 8. *Normas para puntajes T correspondientes al factor 5 (Medios de comunicación)*

Puntajes Directo	Puntajes Estandarizados Normalizados
3	29
4	30
5	32
6	37
7	42

8	45
9	49
10	53
11	57
12	60
13	64
14	67
15	67

En la tabla 8 se presentan los puntajes, así como los puntajes T (estandarizados normalizados) para el factor 5 en donde se ubican los siguientes ítems: calidad de los programas de televisión (ítem 16), calidad del cine (ítem 17) y con la calidad del cine (ítem 17) y con la calidad periódicos y revistas (ítem 18).

Tabla 9. *Normas para puntajes T correspondientes al factor 6 (Religión)*

Puntajes Directo	Puntajes Estandarizados Normalizados
2	29
3	32
4	36
5	42
6	48
7	53
8	60
9	66
10	87

En la tabla 9 se presentan los puntajes directos, así como los puntajes T (estandarizados normalizados) para el factor 6 en donde se ubican los siguientes ítems: vida religiosa en la familia (ítem 13) y la vida religiosa en la comunidad (ítem 14).

Tabla 10. *Normas para puntajes T correspondientes al factor 7 (Salud)*

Puntajes Directo	Puntajes Estandarizados Normalizados
2	24
3	27
4	33
5	38
6	44

7	50
8	56
9	64
10	87

En la tabla 10 se presentan los puntajes directos así como los puntajes T8 estandarizados normalizados, para el factor 7 en donde se ubican los siguientes ítems: calidad de vida en relación a la propia salud (ítem 6), salud de los familiares (ítem 7).

## CAPITULO IV

### PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. Procesamiento de los resultados

- Después de reunir la información se procedió a:
- Tabular la información, codificarla y transmitirla a una base de datos computarizada (MS Excel 2013 y IBM SPSS Statistics versión 22)
- Se determinó la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa (porcentajes) de los datos del instrumento de investigación.
- Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

Valor máximo y valor mínimo

Media aritmética

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

#### 4.2. Presentación de resultados

**Puntaje Total:** Medidas estadísticas descriptivas de la variable de investigación de calidad de vida.

Tabla 11. *Estadísticos de la Calidad de vida*

N	Válido	60
	Perdidos	0
Media		82,95
Mínimo		46
Máximo		107

El estudio realizado de 60 sujetos, sobre calidad de vida tiene como interpretación

los siguientes datos:

- Una media de 82,95 se categoriza como “Tendencia a baja calidad de vida”
- Un valor mínimo de 46 que se categoriza como “Mala calidad de vida “
- Un valor máximo de 107 que se categoriza como “Calidad de vida óptima”.

Tabla 12. *Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a la calidad de vida, el cual tiene como interpretación los siguientes resultados.*

	Hogar y Bienestar Económico	Amigos, Vecindario y Comunidad	Vida Familiar y Familia Extensa	Educación y Ocio	Medios de Comunicación	Religión	Salud
N Válidos	60	60	60	60	60	60	60
N Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media	17,02	13,20	14,90	10,82	13,32	6,50	7,47
Mínimo	8	6	6	6	7	2	4
Máximo	23	22	20	15	20	10	10

En los factores que abarcan la variable calidad de vida podemos observar los siguientes resultados:

- En el factor Hogar y Bienestar Económico se puede observar:

Una media de 17,02 que vendría a categorizar como “Tendencia a calidad de vida buena”.

Un mínimo de 8 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un máximo de 23 vendría a categorizar como “Calidad de vida óptima”

- En el factor de “Amigos, Vecindario y Comunidad” se puede observar:

Una media de 13,20 que vendría a categorizar como “Tendencia a baja calidad de vida”

- Un mínimo de 6 que se categoriza como “Mala calidad de vida “
- Un máximo de 22 vendría a categorizar como “Calidad de vida óptima“
- En el factor de “Vida Familiar y Familia Extensa” se puede observar:  
  
Una media de 14,90 que vendría a categorizar como “Calidad de vida óptima “  
  
Un mínimo de 6 que se categoriza como “Mala calidad de vida“  
  
Un máximo de 20 vendría a categorizar como “Calidad de vida óptima“
  - En el factor de “Educación y Ocio” se puede observar:  
  
Una media de 10,82 que vendría a categorizar como “Tendencia a baja calidad de vida“  
  
Un mínimo de 6 que se categoriza como “Mala calidad de vida“  
  
Un máximo de 15 vendría a categorizar como “Calidad de vida óptima“
  - En el factor de “Medios de Comunicación” se puede observar:  
  
Una media de 13,32 que vendría a categorizar como “Tendencia a baja calidad de vida“  
  
Un mínimo de 7 que se categoriza como “Mala calidad de vida“  
  
Un máximo de 20 vendría a categorizar como “Calidad de vida óptima“
  - En el factor de “Religión” se puede observar:  
  
Una media de 6,50 que vendría a categorizar como “Tendencia a baja calidad de vida“  
  
Un mínimo de 2 que se categoriza como “Mala calidad de vida“  
  
Un máximo de 10 vendría a categorizar como “Calidad de vida óptima“
  - En el factor de “Salud” se puede observar:

Una media de 7,47 que vendría a categorizar como “Tendencia a baja calidad de vida“

Un mínimo de 4 que se categoriza como “Mala calidad de vida“

Un máximo de 10 vendría a categorizar como “Calidad de vida óptima“.

En relación al resultado que se mencionaron, a continuación, pasaremos a dar una vista a las tablas estadísticas para poder observar el alto índice, que refiere a las categorías de calidad de vida y sus respectivos factores.

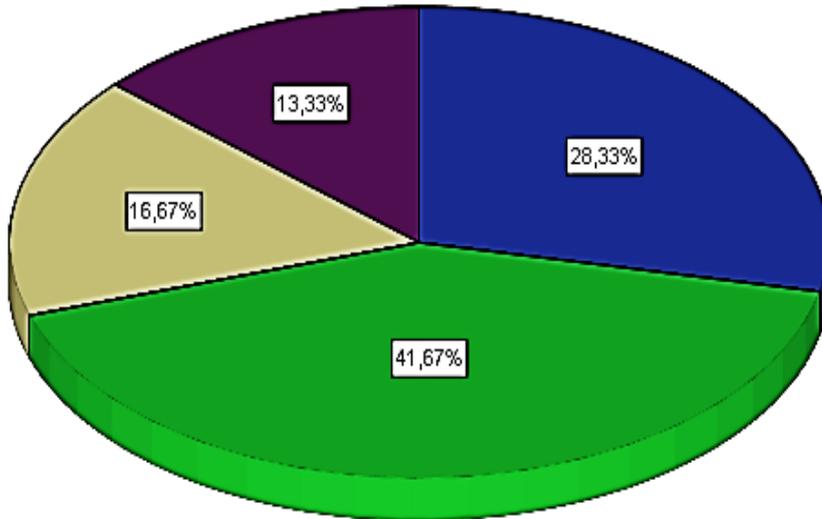
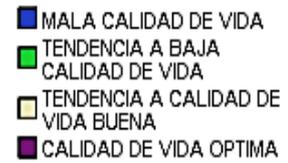
## Objetivos generales

Tabla 13. *Resultados del nivel de calidad de vida.*

Factores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad de vida.	17	28,3	28,3	28,3
Tendencia a baja calidad de vida.	25	41,7	41,7	70,0
Tendencia a calidad de vida buena.	10	16,7	16,7	86,7
Calidad de vida óptima.	8	13,3	13,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**Comentario:** El nivel de calidad de vida predominante en el área de “adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia” se considera “Tendencia a baja calidad de vida” teniendo en cuenta como resultado:

- 41,67 % Tendencia a baja calidad de vida
- 28,3 % Mala calidad de vida
- 16,7% Tendencia a calidad de vida buena
- 13,3 % Calidad de vida optima



*Figura 1.* Resultados del nivel de calidad de vida.

**Comentario:** El nivel de calidad de vida predominante en el área de “Adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia” se considera “Tendencia a baja calidad de vida” teniendo en cuenta como resultado:

- 41,67 % Tendencia a baja calidad de vida
- 13,3 % Calidad de vida optima

## Objetivos Específicos

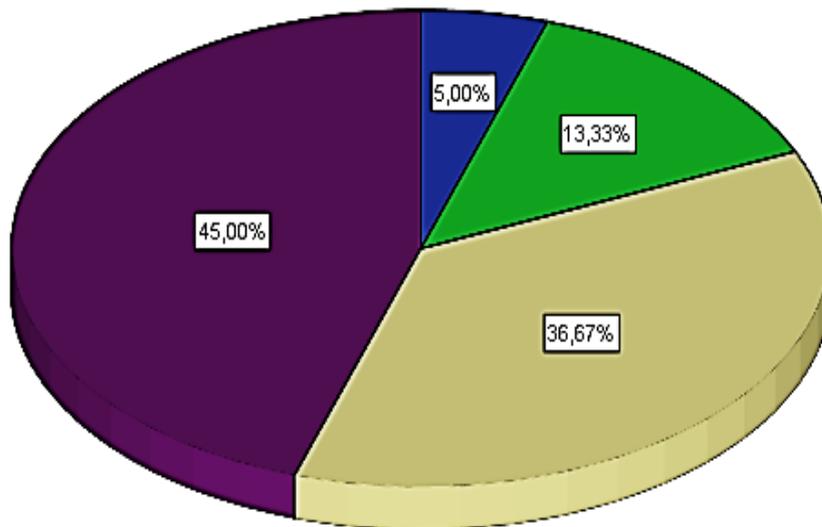
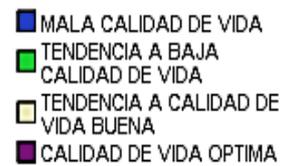
**Objetivo 1.** Resultados del “nivel Hogar y Bienestar Económico” como factor de la variable calidad de vida, en el área de “adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

Tabla 14 . *Nivel Hogar y Bienestar Económico*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala calidad de vida.	3	5,0	5,0	5,0
	Tendencia a baja calidad de vida.	8	13,3	13,3	18,3
	Tendencia a calidad de vida buena.	22	36,7	36,7	55,0
	Calidad de vida óptima.	27	45,0	45,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**Comentario:** El nivel hogar y bienestar económico se considera “Calidad de vida óptima” teniendo en cuenta como resultado.

- 45,0 % Calidad de vida optima
- 36,7 % Tendencia a calidad de vida buena
- 13,3% Tendencia a baja calidad de vida
- 5,0 % Mala calidad de vida



*Figura 2.* Resultados del nivel “Hogar y Bienestar Económico “como factor de la variable calidad de vida.

Comentario: El nivel hogar y bienestar económico se considera “Calidad de vida óptima” teniendo como resultado.

- 45,0 % Calidad de Vida Optima
- 5,0 %Mala Calidad de Vida

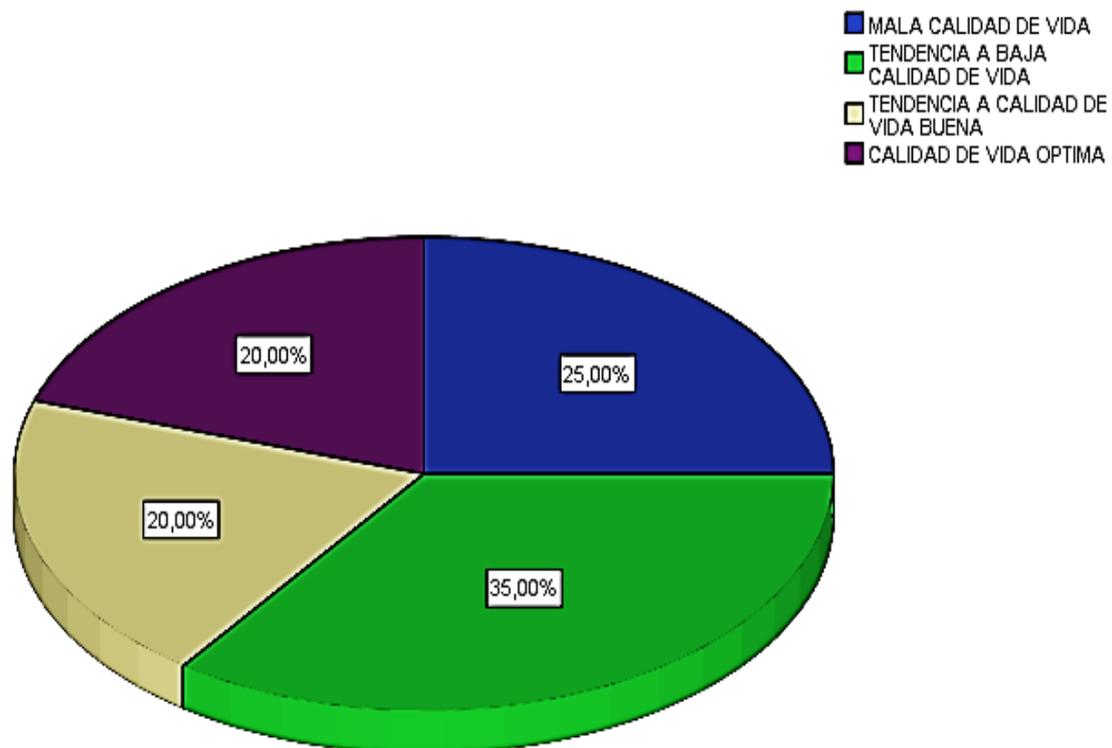
**Objetivo 2.** Resultados del “nivel amigo, vecindario y comunidad” como factor de la variable calidad de vida, en el área de “adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

Tabla 15. *Nivel Amigos, Vecindario y Comunidad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala calidad de vida.	15	25,0	25,0	25,0
	Tendencia a baja calidad de vida.	21	35,0	35,0	60,0
	Tendencia a calidad de vida buena.	12	20,0	20,0	80,0
	Calidad de vida óptima.	12	20,0	20,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**Comentario:** El nivel de “amigo, vecindario y comunidad” se considera “Tendencia a baja calidad de vida” teniendo en cuenta como resultado:

- 35,0 % Tendencia a Baja Calidad de Vida
- 25,0 % Mala Calidad de Vida
- 20,0% Tendencia a Calidad de Vida Buena
- 20,0 % Calidad de Vida Optima



*Figura 3.* Resultados del nivel “Amigo, Vecindario y Comunidad” como factor de la variable calidad de vida.

**Comentario:** El nivel de amigo, vecindario y comunidad se considera “tendencia a baja calidad de vida” teniendo como resultado.

- 35,0 % Tendencia a baja calidad de vida
- 20,0 % calidad de vida optima habiendo y (20,0% Tendencia a calidad de vida buena).

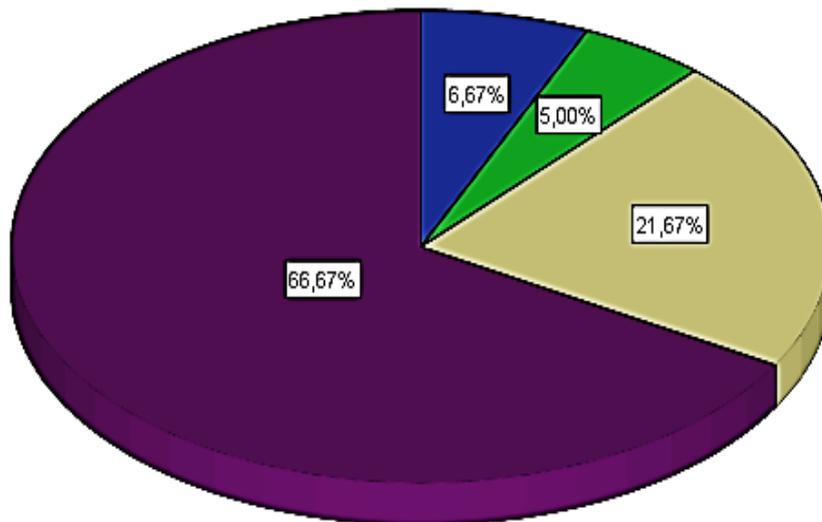
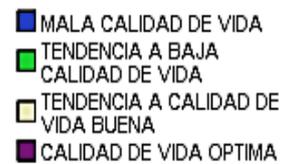
**Objetivo 3.** Resultados del “Nivel Vida Familiar y Familia Extensa” como factor de la variable calidad de vida, en el área de “adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

Tabla 16. Nivel Vida Familiar y Familia Extensa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mala calidad de vida.	4	6,7	6,7	6,7
Tendencia a baja calidad de vida.	3	5,0	5,0	11,7
Tendencia a calidad de vida buena.	13	21,7	21,7	33,3
Calidad de vida óptima.	40	66,7	66,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**Comentario:** El nivel de “Vida Familiar y Familia Extensa” se considera “calidad de vida óptima” teniendo en cuenta como resultado:

- 66,7 % Calidad de vida optima
- 21,7 % Tendencia a calidad de vida buena
- 6,7% Mala calidad de vida
- 5,0 % Tendencia a baja calidad de vida



*Figura 4.* Resultados del nivel “Vida Familiar y Familia Extensa” como factor de la variable Calidad de vida.

**Comentario:** El nivel de “Vida Familiar y Familia Extensa “se considera “Calidad de vida óptima” teniendo como resultado.

- 66,67 % Calidad de vida optima
- 5,0 % Tendencia a baja calidad de vida.

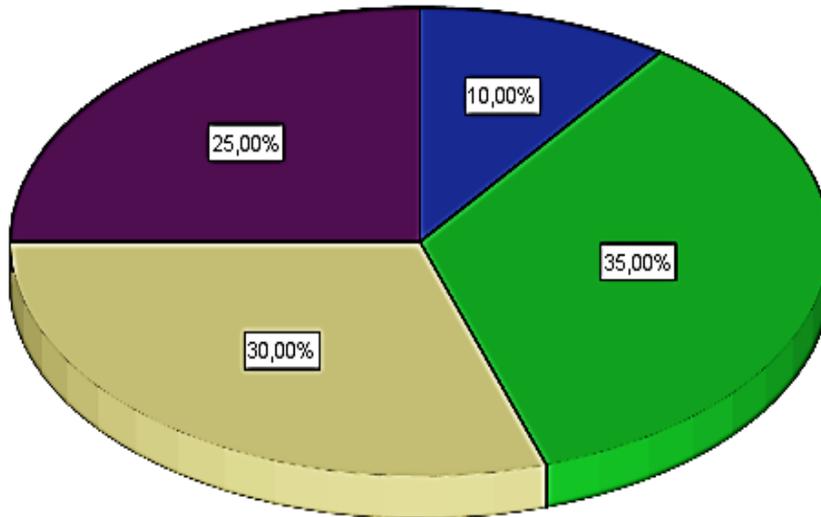
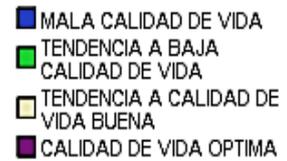
**Objetivo 4.** .Resultados del “Nivel Educación y Ocio” como factor de la variable Calidad de Vida, en el área de “adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

Tabla 17. *Nivel Educación y Ocio*

Factores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mala calidad de vida.	6	10,0	10,0	10,0
Tendencia a baja calidad de vida.	21	35,0	35,0	45,0
Tendencia a calidad de vida buena.	18	30,0	30,0	75,0
Calidad de vida óptima.	15	25,0	25,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**Comentario:** El Nivel de “Educación y Ocio” se considera “Tendencia a baja calidad de vida” teniendo en cuenta como resultado:

- 35,0% Tendencia a baja calidad de vida
- 30,0 % Tendencia a calidad de vida buena
- 25,0% Calidad de vida optima
- 10,0 % Mala calidad de vida



*Figura 5.* Resultados del nivel “Educación y Ocio” como factor de la variable Calidad de vida.

**Comentario:** El nivel de “Educación y Ocio” se considera “Tendencia a baja calidad de vida” teniendo como resultado.

- 35,0% Tendencia a baja calidad de vida
- 10,0 % Mala calidad de vida

**Objetivo 5.** Resultados del “Nivel Medios de Comunicación” como factor de la variable calidad de vida, en el área de “adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

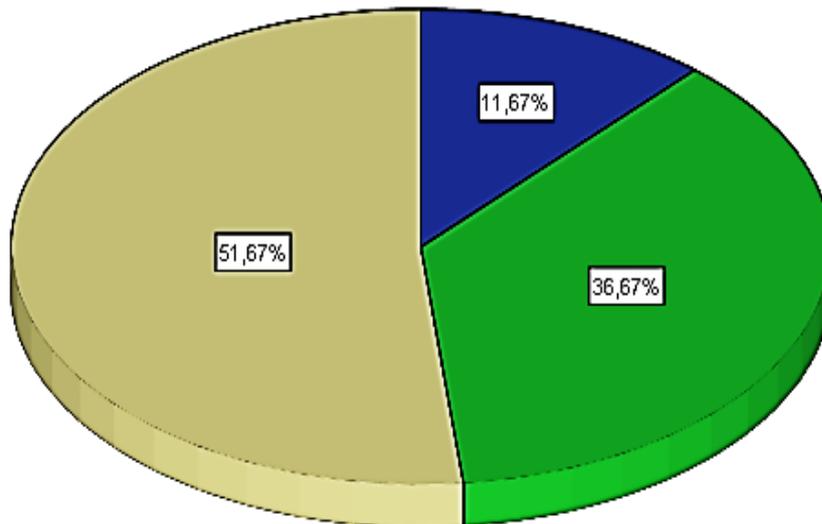
Tabla 18. *Nivel Medios de Comunicación*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tendencia a baja calidad de vida.	7	11,7	11,7	11,7
	Tendencia a calidad de vida buena.	22	36,7	36,7	48,3
	Calidad de vida óptima.	31	51,7	51,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**Comentario:** El Nivel de “Medios de Comunicación” se considera “Calidad de Vida Optima” teniendo en cuenta como resultado:

- 51,7 % Calidad de vida optima
- 36,7% Tendencia a calidad de vida buena
- 11,7 % Tendencia a baja calidad de vida

TENDENCIA A BAJA CALIDAD DE VIDA  
TENDENCIA A CALIDAD DE VIDA BUENA  
CALIDAD DE VIDA OPTIMA



*Figura 6.* Resultados del nivel “Medios de Comunicación” como factor de la variable Calidad de vida.

**Comentario:** El nivel de “Medios de Comunicación” se considera “Calidad de vida óptima” teniendo como resultado.

- 51,7 % Calidad de vida optima
- 11,7 % Tendencia a baja calidad de vida.

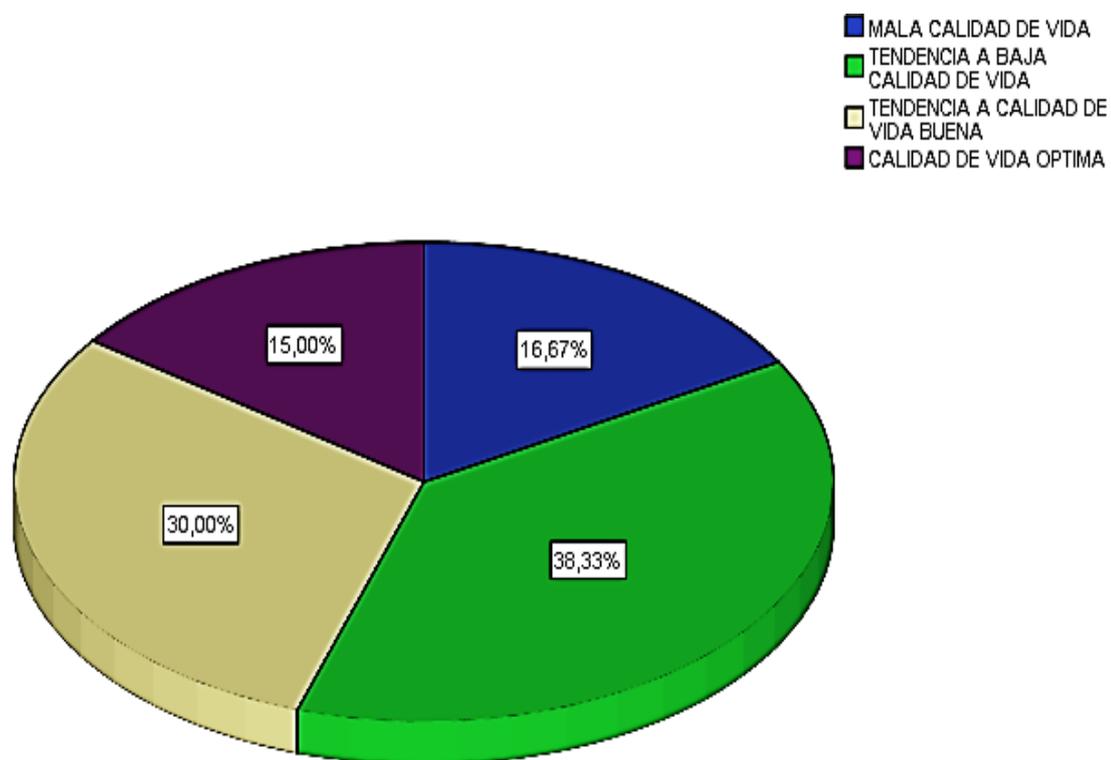
**Objetivo 6.** Resultados del “Nivel Religión” como factor de la variable calidad de vida, en el área de “adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

Tabla 19. Nivel Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mala calidad de vida.	10	16,7	16,7	16,7
Tendencia a baja calidad de vida.	23	38,3	38,3	55,0
Tendencia a calidad de vida buena.	18	30,0	30,0	85,0
Calidad de vida óptima.	9	15,0	15,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**Comentario:** El nivel de “Religión” se considera “Tendencia a baja calidad de vida” teniendo en cuenta como resultado:

- 38,3% Tendencia a baja calidad de vida
- 30,0% Tendencia a calidad de vida buena
- 16,7 % Mala calidad de vida
- 15,0% Calidad de vida optima



*Figura 7.* Resultados del nivel “Religión” como factor de la variable calidad de vida.

**Comentario:** El nivel de “Religión” se considera “Tendencia a baja calidad de vida” teniendo como resultado.

- 38,3% Tendencia a baja calidad de vida
- 15,0% Calidad de vida óptima.

**Objetivo 7.** Resultados del “Nivel Salud” como factor de la variable “Calidad de Vida”, en el área de adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

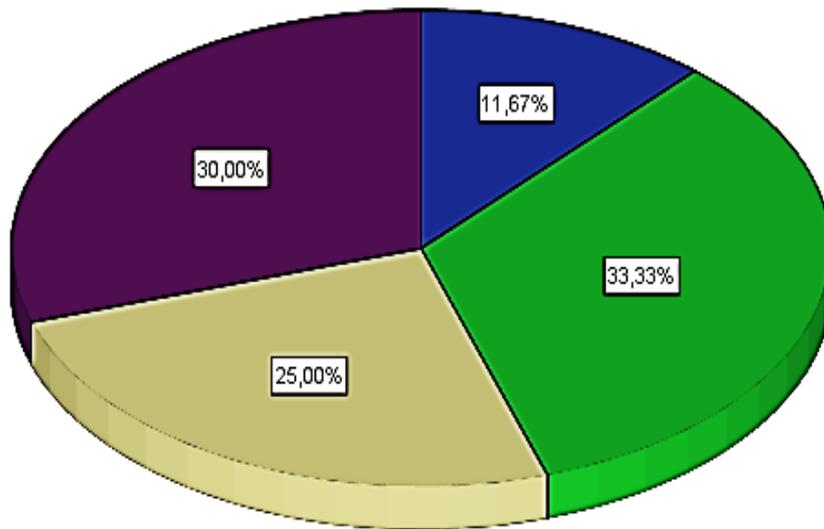
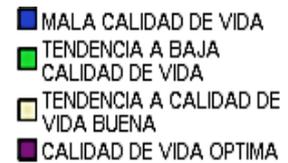
Tabla 20. *Nivel Salud*

Factores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mala calidad de vida.	7	11,7	11,7	11,7
Tendencia a baja calidad de vida.	20	33,3	33,3	45,0
Tendencia a calidad de vida buena.	15	25,0	25,0	70,0
Calidad de vida óptima.	18	30,0	30,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**Comentario:**

El nivel de "Salud" se considera "Tendencia a baja calidad de vida" teniendo en cuenta como resultado:

- 33,3% Tendencia a baja calidad de vida
- 30,0% Calidad de vida optima
- 25,0% Tendencia a calidad de vida buena
- 11,7% Mala calidad de vida



*Figura 8.* Resultados del nivel “Salud” como factor de la variable Calidad de vida.

**Comentario:**

El nivel de “Salud “se considera “Tendencia a baja calidad de vida” teniendo como resultado.

- 33,3% Tendencia a baja calidad de vida
- 11,7% Mala calidad de vida

**4.3. Análisis y discusión de los resultados**

En esta investigación se dio a conocer determinar el nivel de calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018, por lo cual se procedió a recolectar la información necesaria mediante la encuesta basada en la teoría de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982), teniendo como resultado que, el 41.67% de evaluados considera que tiene tendencia a baja calidad de vida, resultado que evidencia una percepción desfavorable en la mayoría de los

adolescentes con relación a calidad de vida, puesto que es baja, mostrando muchas limitaciones e insatisfacciones en algunos niveles.

En seguida se realiza el contraste de los resultados, que sustenta y orienta esta investigación, con la única intención de justificar el trabajo, el cual servirá de aporte como base de estudio de calidad de vida en adolescentes.

Se obtiene que el nivel de satisfacción de calidad de vida sobresalga en la percepción de los adolescentes en donde se logra un resultado de 41.67% de evaluados considera que tiene tendencia a baja calidad de vida. Similar investigación realizó Chira Deza (2018), en la ciudad de Piura al cual título calidad de vida de los estudiantes de primero a quinto de secundaria de la I.E La Alborada-Piura 2016, donde se encontró que el resultado arrojado por la mayoría de los encuestados es la categoría tendencia a baja calidad de vida. Ello probablemente debido a que los participantes en general tienen una percepción negativa de su situación.

Olson y Barnes (2008), “proponen una conceptualización subjetiva para definir la calidad de vida y la relacionan con el ajuste entre el sí mismo y el ambiente; por lo tanto la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción. No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso de desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta u óptima y baja o deficiente calidad de vida”(citado en García, 2008).

Así mismo, Olson y Barnes también proponen a nivel operacional; calidad de vida como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social, que le permiten al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales, en los siguientes dominios de la vida de una persona; medida a partir de las valoraciones y criterios; en donde la tendencia a baja calidad de vida es un estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones.

El resultado en el objetivo general nos muestra que la mayoría de adolescentes consideran tener una baja calidad de vida, eso indica que no todos gozan de una calidad de vida satisfactoria debido a múltiples factores, el cual les

impide limitándoles a desarrollarse y formarse como individuos en todos los ámbitos adecuadamente.

En el objetivo específico 1 es determinar el nivel de calidad de vida en el hogar y bienestar económico en los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

El resultado que se obtuvo en el nivel de calidad de vida en el hogar y bienestar económico, el cual sobresale en la percepción de los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018, es calidad de vida óptima. Al respecto Alfaro Huamaní (2018), en la ciudad de Lima, realizó la investigación descriptiva titulada “Calidad de vida en los jubilados de la asociación mutualista de técnicos y suboficiales del ejército del Perú-Amutsep”; como resultado se obtuvo que en el nivel de satisfacción en el hogar y bienestar económico, que sobresale en la percepción de los jubilados de la asociación mutualista de técnicos y suboficiales del ejército del Perú-Amutsep, es “calidad de vida óptima”.

Según García (2008), Olson y Barnes definen calidad de vida y la relación entre sí mismo y el ambiente; por lo tanto, la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción. No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso en desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua de valores extremos de alta, óptima, baja y/o deficiente calidad de vida.

A nivel operacional Olson y Barnes, medida a partir de las valoraciones y criterios: Calidad de vida óptima; estado de pleno bienestar físico y social.

En conclusión esta área observamos que los adolescentes se sienten satisfechos en sus actuales condiciones económicas pero no solo en este aspecto puesto que calidad de vida óptima es tener un estado de bienestar físico, mental y social. Por otro lado sus padres les pueden brindar una casa con todas sus comodidades, ciertos lujos que quieren, es así como la familia tiene la capacidad para solventar y satisfacer sus necesidades básicas, educativa, médica, diversión y tener una calidad de vida óptima.

En el objetivo específico 2 es determinar el nivel de calidad de vida en amigos, vecindario y comunidad en los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

El resultado que se obtuvo en el nivel de calidad de vida amigos, vecindario y comunidad en el cual sobresale en la percepción de los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018, es tendencia a baja calidad de vida.

Olson y Barnes (1982), plantean que una característica común en los estudios de la calidad de vida, constituye la consideración de los dominios de las experiencias vitales de los individuos, en donde cada uno se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, entre otros.

Matza et al., (2004) Definen calidad de vida como las múltiples variables dentro del contexto social en el que los niños y adolescentes se desarrollan. Esto engloba a la familia, el círculo de amigos, entorno escolar y comunidad, aspectos que desempeñan un papel central y fundamental en su calidad de vida.(Citado en Ravens-Sieberer et al.,2006).

Comentario: en esta área observamos que los adolescentes se encuentran poco satisfechos puesto que las relaciones sociales no son muy buenas en algunos casos por timidez, en otros porque están ensimismados en los juegos de videos, celulares y cuentan con pocas habilidades para hacer amigos, el vecindario y la comunidad se muestra insegura esto hace que pocas veces salgan a los parques a jugar libremente.

En el objetivo específico 3 es determinar el nivel de calidad de vida familiar y familia extensa en los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

El resultado que se obtuvo en el nivel de calidad de vida Familiar y Familia Extensa en el cual sobresale en la percepción de los adolescentes atendidos en el

programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018, es calidad de vida óptima.

Según Olson y Barnes(citado por García (2008), calidad de vida óptima, estado de pleno bienestar físico, mental y social, la manera como cada persona logra satisfacer estos dominios, constituye un juicio individual subjetivo de la forma como satisface sus necesidades y logra sus interés en su ambiente. Es la percepción que esta persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr dicha satisfacción.

Comentario: en esta área encontramos a los adolescentes con una óptima calidad de vida, se puede ver que existe una satisfacción con respecto a la familia que los rodea, pues es el primer lugar donde comienzas a socializar ,puesto si hay una buena comunicación que le permita ser comprendido y escuchado, hará que el adolescente se sienta querido por sus padres, hermanos y demás familiares, el cual servirá como soporte psicológico, emocional que le permitirá desarrollarse adecuadamente en todos los ámbitos de su vida .

En el objetivo específico 4 es determinar el nivel de calidad de vida en educación y ocio en los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

El nivel de satisfacción con la educación y ocio, que sobresale en la percepción de los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia es “tendencia a baja calidad de vida”.

Olson y Barnes, desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida se define como un proceso dinámico, complejo y multidimensional; basado en la percepción subjetiva del grado de satisfacción que una persona ha alcanzado en relación a las dimensiones de su ambiente.

A nivel operacional se define como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social, que le permiten al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales, en los siguientes dominios de la vida de una persona,

Tendencia a baja calidad de vida estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones.

A si mismo Zimmerman, (1998), considera a las relaciones sociales como indicadores de la calidad de vida, se conoce que una de las necesidades elementales del ser humano es la filiación ,como red disponible de interacciones en diferentes campos ,tales como recreativo, laboral, político, religioso, afectivo, educativo, entre otras. Así cuanto más compleja y variada la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, más calidad de vida para el individuo.

Comentario: en el área se observa que los adolescentes no logran un nivel de satisfacción puesto que depende de muchos factores, la educación es una buena opción, pero si no hay un buen respaldo económico no hay buena alimentación, útiles escolares, una casa adecuada para vivir cómodamente y que decir de gozar de una buena distracción o el tiempo que dedique a alguna afición que le guste, si no tiene los medios para cubrir estas necesidades el adolescente hace que se sienta limitado en todos los ámbitos de su vida.

En el objetivo específico 5 es determinar el nivel de calidad de vida en los medios de comunicación en los adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

El nivel de satisfacción con los medios de comunicación, que sobresale en la percepción de los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018. Es calidad de vida óptima. Similar investigación realizo Velarde Saro (2018), en Lima hizo una investigación al cual título calidad de vida en pacientes atendidos en el área de psicología del hospital general Arzobispo Loayza de Lima metropolitana los resultados que sobresalen se encuentran en la categoría de calidad de vida óptima. Es que encontramos altos grados de satisfacción en relación al contenido de los programas de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, en Internet y revisando páginas educativas y no educativas.

Olson y Barnes: calidad de vida óptima (estado de pleno bienestar físico, mental y social).

Alguacil (2000) define calidad de vida como el grado de satisfacción de las necesidades humanas y las visualiza abarcando tres dimensiones:

- La Escala Territorial: sobre la que se determina la calidad ambiental y la que puede abarcar el espacio a sus diferentes escalas.
- El bienestar: sobre el que se determina el nivel de vida, la cual se refiere a las condiciones objetivas como el empleo, salud y educación.
- La Identidad cultural: se refiere al tiempo libre, la participación y su consecuencia asociación, así como las relaciones sociales que propician la formación de redes sociales.

Comentario: en esta área del estudio encontramos a los adolescentes satisfechos con los medios de comunicación, si se trata de redes sociales se les facilita toda información inmediatamente, si cuentan con un teléfono móvil, hoy en día la mayoría de hogares cuenta con una computadora; eso facilita que un estudiante navega buscando información para realizar trabajos académicos o simplemente entretenerse, la satisfacción se da cuando los programas de entretenimiento televisivo ,cine sean educativos o muestren un entretenimiento sano acorde a las edades permitidas ,los medios de comunicación también son radiales ,revistas, periódicos entre otros medios .

En el objetivo específico 6 es determinar el nivel de calidad de vida en la religión en los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

El nivel de satisfacción con la religión, que sobresale en la percepción de los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018. Es tendencia a baja calidad de vida. Similar investigación realizo Velarde Saro (2018), en Lima hizo una investigación al cual título calidad de vida en pacientes atendidos en el área de psicología del

hospital general Arzobispo Loayza de Lima metropolitana los resultados que sobresalen se encuentran en la categoría de tendencia a baja calidad de vida.

Olson y Barnes también proponen a nivel operacional calidad de vida como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social, que le permiten al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales, en los siguientes dominios de la vida de una persona; medida a partir de las valoraciones y criterios; en donde tendencia a baja calidad de vida es un (estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones).

Según Quintero 1992) define calidad de vida como “indicador multidimensional de bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado”.

Comentario: En esta área vemos que los adolescentes consideran tener tendencia a baja calidad de vida, puesto que no pertenecen a un grupo religioso, en la familia los padres tampoco pertenecen a un grupo o una religión o simplemente no pertenecen y no asisten a misa por diferentes motivos, algunos dicen no tener tiempo, o no creen en un Dios supremo que les pueda guiar en todo lo que hagan.

En el objetivo específico 7 es determinar el nivel de calidad de vida de la salud en los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018.

El nivel de satisfacción con la salud, que sobresale en la percepción de los adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia-2018. Es tendencia a baja calidad de vida. Similar investigación realizó Tello Sullca (2018), quien realizó una investigación en Lima titulado calidad de vida y bienestar psicológico en estudiantes de psicología de una universidad nacional de Lima metropolitana obteniendo como resultado tendencia a baja calidad de vida.

Olson y Barnes: Tendencia a baja calidad de vida, estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones

(Olson& Barnes,(1982), citado en Summers, et al. (2005).La calidad de vida es un constructo multidimensional y está relacionado con la salud como componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su ambiente.

Comentario: en el área de salud hemos visto que los adolescentes se consideran insatisfechos con su salud, puesto que para gozar de una buena salud depende tener una buena alimentación para desarrollarse física, mental y psicológicamente ,en nuestro país tenemos índices altos de desnutrición por una mala alimentación ,la higiene es otro punto importante para tener una calidad de vida buena ,vivir en armonía en casa traerá al adolescente salud emocional, seguridad ,autoestima alta hará que su sistema inmunológico suba y tendrá una salud óptima para poder desarrollarse adecuadamente en todos los ámbitos de su vida.

#### **4.4. Conclusiones**

El nivel predominante de calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de Independencia, se considera en la categoría de tendencia a baja calidad de vida.

En el nivel hogar y bienestar económico como factor de la variable calidad de vida, en el área de adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia, se considera calidad de vida óptima.

En el nivel amigo, vecindario y comunidad como factor de la variable calidad de vida, en el área de adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia, se considera tendencia a baja calidad de vida.

En el nivel con la vida familiar y familia extensa como factor de la variable calidad de vida, en el área de adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia, se considera calidad de vida óptima.

En el nivel con la educación y ocio como factor de la variable calidad de vida, en el área de adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia, se considera tendencia a baja calidad de vida.

En el nivel de medios de comunicación como factor de la variable calidad de vida, en el área de adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia, se considera calidad de vida óptima.

En el nivel con la religión como factor de la variable calidad de vida, en el área de adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia, se considera tendencia a baja calidad de vida.

En el nivel con la salud como factor de la variable calidad de vida, en el área de adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia, se considera tendencia a baja calidad de vida.

#### **4.5. Recomendaciones**

De acuerdo con los resultados y conclusiones obtenidos se procederá a establecer las recomendaciones con el fin de lograr una calidad de vida adecuada en los niveles con resultados desfavorables.

- Se identificará los niveles que obtuvieron como resultado tendencia a baja calidad de vida, puesto que son desfavorables entre ellos están: El nivel amigo, vecindario y comunidad, el nivel de educación y ocio, a nivel religión y a nivel salud.
- Diseñar un programa de intervención el cual será dirigido a modificar la calidad de vida en los niveles con deficiencia.
- Promover información para los adolescentes sobre cómo obtener o mejorar la calidad de vida mediante talleres educativos con el fin de orientar cuando no sepan que hacer al culminar sus estudios secundarios.

- En el área de psicología se debe priorizar la atención a los adolescentes, dentro de ella implementar la evaluación de calidad de vida, con el fin de identificar si tiene una calidad de vida adecuada.

## CAPITULO V

### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

#### 5.1. Denominación del programa

Programa para aprender a mejorar la calidad de vida, aplicado a adolescentes.

#### 5.2. Justificación del programa

Tener una calidad de vida adecuada o buena, es vivir con tranquilidad poder sentirse bien con un mismo con los demás y con todo lo que nos rodea, el poder sentir satisfacción y tranquilidad al momento de dormir, disfrutar una buena comida, poder realizar actividades sin impedimentos, gozar de buena salud tanto físico como mental, emocional, espiritual, mediante el crecimiento y logros personales; esto se obtiene mediante un ambiente con un buen soporte familiar, amical y manteniendo una socialización activa dentro de la comunidad.

Para definir adecuadamente sobre calidad de vida es preciso tener en cuenta que Olson y Barnes, desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida se define como un proceso dinámico, complejo y multidimensional; basado en la percepción subjetiva del grado de satisfacción que una persona ha alcanzado en relación a las dimensiones de su ambiente.

A nivel operacional definen como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social, que le permiten al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales, en los siguientes dominios de la vida de una persona.

A si mismo Zimmerman,(1998),considera a las relaciones sociales como indicadores de la calidad de vida, se conoce que una de las necesidades elementales del ser humano es la filiación ,como red disponible de interacciones en diferentes campos ,tales como recreativo, laboral, político, religioso, afectivo, educativo, entre otras. Así cuanto más compleja y variada la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, más calidad de vida para el individuo.

De esta manera como se puede ver tener una buena calidad de vida es importante y el programa que se realizará será en base al resultado de la investigación el cual nos arrojó tendencia a baja calidad de vida, por ende es desfavorable, está dirigido a los adolescentes, puesto que ellos son los futuros adultos que dirigirán nuestro país y si nosotros no promovemos el mejoramiento y entrenamiento de nuestros jóvenes ellos no sabrán que es tener una calidad de vida buena y seguirán en un círculo vicioso sin salida.

### **5.3. Establecimiento de objetivos**

#### **5.3.1. Objetivo general:**

Aprender a mejorar la calidad de vida, con el fin de aplicarlo en la vida diaria.

#### **5.3.2. Objetivos específicos**

- Fortalecer los lazos familiares mediante la comunicación, y la expresión de sentimientos por ambas partes.
- Enseñarles habilidades que les ayudarán a desenvolverse en el ámbito social, buscar alcanzar objetivos personales y profesionales.

### **5.4. Sector al que dirige**

El programa de intervención está dirigido a los sesenta (60) adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia.

### **5.5. Establecimiento de conductas problemas/ metas**

#### **Conductas problemas**

Las conductas problemas que se observaron en los adolescentes que no tienen una buena calidad de vida son:

Adolescentes que carecen de habilidades sociales, muestran timidez cuando se les pide que mencionen su nombre ante otros adolescentes, se muestran con carencias afectivos, ansiosos, desconfiados porque vienen de

familias disfuncionales, tienen problemas en la parte académica, muchos adolescentes no saben qué hacer cuando culminen sus estudios secundarios, porque no tienen metas o simplemente trabajarán por que no cuentan con el apoyo de sus padres o medios económicos, cuando les llegan oportunidades para estudiar en otro país no lo toman por miedo e inseguridad se observa carentes de autoestima, algunos ya han probado diferentes tipos de drogas aunado a esto algunos sufren de enfermedades como asma, migraña, problemas con la visión, insomnio. etc.

### **Conductas metas**

Después de culminar este programa buscaría conseguir que los participantes:

Puedan lograr sus objetivos, y disfrutar de una calidad de vida buena, el cual hará que se sientan capaces de realizar cualquier cosa que se propongan hacer en su vida.

Desarrollar sus habilidades sociales, con el fin que puedan tener una comunicación adecuada y asertiva en el ámbito amical, vecindario y comunidad.

Incrementar su autoestima y que se sientan bien consigo mismo y con los demás, mejorando su inseguridad, disminuir la ansiedad y desconfianza.

Mejorar su salud, tanto física como mental y visiten al médico periódicamente puesto que tener buena salud es calidad de vida.

### **5.6. Metodología de la investigación**

La metodología que se utilizará será activa y participativa, mediante el cual se les explicará el tema tratar, pero a la vez cada uno de ellos podrá exponer su problema y dará su punto de vista.

En cada sesión se les hará participar sin excepción, tanto en grupo, en pareja o individualmente, con el fin de ver logros de mejoría en las deficiencias observadas.

El programa tendrá una duración de 8 sesiones a razón de una sesión por semana, que son dos meses, aplicadas los días sábados, estas sesiones cuentan con una duración establecida de 60 minutos cada una nos dará un aprendizaje diferente mediante el cual se podrá ir aprendiendo a mejorar la calidad de vida, se contará con una facilitadora, un asistente. Este es un programa autofinanciado y se realizará en el auditorio del centro médico. En la última sesión se entregará un cuestionario encuesta de satisfacción (ver anexo 5) donde los participantes marcarán con sí y no con el propósito de saber su opinión sobre los talleres que se les brindó.

### **5.7. Instrumentos/ material a utilizar**

- Cuestionario-encuesta de satisfacción
- Sillas, mesa, pizarra.
- Taller 1: Ovillo de lana, televisor, internet, globos, plumones, papelotes, limpia tipo, pizarra, frase.
- Taller 2: Rotafolio, papelotes, frases, solapines, plumones, limpia tipos, pizarra, frase, vendas para los ojos, radió y cede.
- Taller 3: Rotafolio, papeles de colores, lapiceros, frase, dado, caramelos, galletas y bebidas gaseosas.
- Taller 4: Rotafolio, solapines, link de Youtube sobre hábitos de estudio, lema, caramelos, galletas y bebidas gaseosas.
- Taller 5: Cartilla de proyecto de vida, rotafolio, lema, solapines, lapicero. Bebidas gaseosas.
- Taller 6: Auditorio, hojas de papel en blanco con nueve puntitos, lápiz, una copia del formato “mi inclinación vocacional”.
- Taller 7: Rotafolio, papelote, frase, solapines, limpia tipos, pizarra, lápices, papel bond, lema, caramelos, galletas y bebidas gaseosas.

- Taller 8: Papelote, masking tape, frase, solapines, pizarra, rotafolio, cuestionario-encuesta de satisfacción, lámina con frases motivacional y algunos materiales comestibles para el compartir.

## **5.8. Actividades por sesión**

### **SESIÓN 1:**

#### **Taller: “yo valgo la pena: la autoestima”**

El objetivo en este taller es fomentar la práctica cotidiana de la autoevaluación, aprenderemos la importancia de la autoestima la cual nos sirve para el buen desenvolvimiento personal y social, identificaremos nuestras características positivas y sacar provecho de ellos, valorar nuestras acciones y las de los demás de forma adecuada, tomando conciencia lo que pensamos de nosotros mismos.

Para dar inicio se realizará la presentación y bienvenida a los participantes (duración 2 minutos).

En seguida se desarrollará la dinámica de integración “La telaraña”, el objetivo de esta dinámica es aprender los nombres de cada participantes, conocer los gustos, talentos y que somos diferentes, similares o parecidos logrando integrarse al grupo perdiendo la timidez. Luego la facilitadora pedirá a los participantes formen un círculo, se iniciará la dinámica tomando el ovillo de lana diciendo su nombre, pasatiempo y su comida favorita, luego lanza el ovillo a otro participante, quedándose con el extremo de la lana; el siguiente participante se presenta de la misma manera y lanza la madeja a otro compañero sin soltar la lana así sucesivamente, hasta que todos se hayan presentado y se haya formado una telaraña, posteriormente se lanza el ovillo de regreso y en este caso el participante menciona el nombre de la persona que lanzo el ovillo (duración 13 minutos).

Posteriormente mediante “lluvia de ideas” la facilitadora realizará preguntas con el fin de identificar el grado de conocimiento sobre el tema (duración 5 minutos).Luego con la ayuda de los participantes y la ayuda teórica mediante papelotes, iremos describiendo el significado de la autoestima,

importancia de la autovaloración de sí mismo y tipos de autoestima (duración 15 minutos).

En seguida se pondrá un video del internet YouTube sobre la autoestima llamado ¿Mira en el espejo, que es lo que ves? Tiene una duración de 4 minutos 32 segundos <https://www.youtube.com/watch?v=0veDyRVv9KE> no encontré quien lo realizó ni público, el video trata sobre como una mujer que enseña a su amigo a aceptarse, a valorarse, mirándose al espejo a permitirse amarse así mismo, donde veremos cuán difícil es mirarse a uno mismo y decirse que nos amamos para después poder brindar amor a los demás, luego se comentará sobre el video con los participantes (Duración 10 minutos).

Finalmente se terminará con un juego “Cuidando mi autoestima” donde reconocer el valor y el respeto de sus actividades diarias es importante, en seguida se les entregará un globo rotulado con su nombre a cada participante, el cual representa a su autoestima, se les dirá que se muevan por todos lados y que tiren al aire su globo diciendo “yo cuido mi autoestima, me amo, me respeto, me valoro, soy único, etc.”, luego de un rato se les pedirá intercambiar de globo con el compañero diciendo “te confié mi autoestima y cuido tu autoestima” (duración 10 minutos).

Se concluye el taller recalcándoles que deben seguir asistiendo para seguir aprendiendo como mejorar su calidad de vida, y se brindará un tríptico sobre cómo mejorar su autoestima para leerlo en casa (ver anexo 4), luego se muestra un cartel con un lema y se les pide decir a una sola voz tomados de la mano “Nadie puede hacerte sentir inferior sin tu consentimiento” (duración 5 minutos).

## **Sesión 2:**

### **Taller: “Practicando la habilidades sociales”**

El objetivo en el presente taller será reconocer circunstancias esenciales donde se deben de utilizar las habilidades sociales, con el fin de generar en los adolescentes mayor confianza y la capacidad de llevarlas a la práctica cotidiana.

Se dará inicio del taller dando la bienvenida a los participantes, y presentándonos con nuestros nombres completos (duración 5 minutos).

En seguida mediante la dinámica “El ciego y el lazarillo” el objetivo de esta dinámica es enseñar a desarrollar confianza mutua entre los miembros del grupo. En seguida la facilitadora pedirá que formen parejas y se vendará los ojos a uno de los integrantes (el ciego) mientras que el otro no puede hablar en ningún momento (el lazarillo).

Las parejas se distribuirán por toda la sala y empezarán a caminar al compás de la música, de modo que los “lazarillos” guíen a los “ciegos”, evitando que se choquen con las demás parejas. Luego, se cambiarán los papeles. Así mismo se reflexionará sobre cómo se sintieron al permitir ser guiados por otra persona en cada caso. (Duración 15 minutos).

Para el desarrollo del tema “practicando las habilidades sociales”, el cual servirá para que los adolescentes identifiquen en qué circunstancias de deben utilizar la habilidades sociales. Se les entregará los temas a exponer serán: “Saber escuchar”, “Hacer un elogio”, “Pedir un favor”, “disculparse”, “Ponerse de acuerdo “y el “Control emocional”. El trabajo lo realizarán los adolescentes (duración 15 minutos).

Luego se realizará el estudio del caso donde los participantes podrán brindar alternativas de respuestas a utilizar ante circunstancias o situaciones que podrían presentarse en su vida diaria, para ello se formara grupos cada uno con un moderador que dirigirá la actividad y brindará los temas a exponer: “Saber escuchar”, “Hacer un elogio”, “Pedir un favor”, “disculparse”, “Ponerse de acuerdo “y el “Control emocional”, (Duración 15 minutos).

Finalmente se concluirá haciendo una reflexión sobre la importancia de la sesión, en donde cada participante aporta su compromiso en palabra de seguir asistiendo a los talleres para in poniendo en práctica, y aplicando en su vida diaria, puesto que se dan cuenta que hace que la vida se mas fácil y mejore su calidad de vida, logrando la felicidad en este ámbito, así mismo procedemos a brindarnos un abrazo con cada uno de los participantes agradeciendo por su asistencia (Duración 10 minutos).

### **Sesión 3:**

#### **Taller: “mis amigos”**

El objetivo en el taller “mis amigos” será concientizar a los participantes sobre la amistad y las cualidades que necesitan para fomentarla puesto que es importante en la vida de una persona por el aporte a nivel emocional, otorgándonos confianza, seguridad de contar con el respaldo de alguien en los momentos difíciles, con quien podemos compartir momentos, pensamientos, experiencias y nos ayuden a crecer a identificar a los verdaderos amigos como también a alejarse de los malos amigos.

Se dará inicio del taller dando la bienvenida a los participantes, e identificándonos con nuestros nombres completos; luego se realizará la presentación del taller señalando el objetivo e importancia (duración 5 minutos).

En seguida se presentará una dinámica titulada “Me pica” el objetivo de esta dinámica es desarrollar el sentimiento de pertenencia en donde el chico o adolescente se sienta integrado perteneciendo al grupo, luego se invitará a los participantes a colocarse un solapín en el pecho con su nombre rotulado con el fin de conocer algunas características de los/las asistentes, se les pedirá que formen un círculo permaneciendo todos de pie, se les explicará que cada uno deberá decir su nombre y luego decir “me pica” y nombrará una parte de su cuerpo. Por ejemplo: soy Lena y me pica la nariz, los demás participantes lo harán de manera sucesiva hasta que todos se hayan presentado (duración 10 minutos).

Luego mediante “lluvia de ideas” y un dado la facilitadora preguntará a los participantes algunas ideas que tienen sobre ¿Qué diferencia hay entre ser un buen amigo y un compañero y que cualidades tendría un buen amigo? (duración 5 minutos).

Se desarrollará el tema con el fin de concientizar a los participantes sobre la amistad y las cualidades que necesitan para fomentarla. Se explicará el tema “mis amigos” mediante un rotafolio con imágenes y con la ayuda de los participantes los siguientes subtemas:

- Amistad-Amigo

- Valores que fortalecen la amistad
- importancia de la amistad.
- Cualidades de un buen amigo.

Luego se procederá a realizar las siguientes preguntas para reforzar el tema:

¿Cómo demuestras ser un buen amigo?

¿Qué buscas en un amigo?

¿Crees tener las cualidades para ser un buen amigo? ¿Cuáles quisieras tener? (duración 25 minutos).

Previamente para el cierre se realizará una dinámica de reflexión titulada “el árbol de la amistad” donde distinguiremos las cualidades de la verdadera amistad se pegará el papelote que contiene un dibujo del árbol de la amistad. Luego se entregará a los participantes dos pequeñas hojas (uno de color y otra negra), en la hoja de color escribirán palabras positivas relacionadas con la amistad (amor, compañerismo, respeto, aprecio, etc.), las cuales serán pegadas en las ramas del árbol y en la hoja negra escribirán aspectos o cualidades que no deberían existir en una amistad en un amigo, estos serán pegados como si estuvieran enterrados en pie del árbol. (Duración 10 minutos).

Finalmente se concluirá solicitando a los participantes sigan asistiendo puesto que será diferente, en seguida se pedirá hacer un círculo donde todos nos abrazados y repetimos la siguiente frase de manera entusiasta: “Los amigos son compañeros de viaje que nos ayudan a avanzar por el camino de una vida más feliz” (Duración 5 minutos).

Luego se realizará un compartir de caramelos, galletas y bebidas gaseosas.

## **Sesión 4:**

### **Taller: “mejorando mi rendimiento académico”.**

El objetivo en el taller mejorando mi rendimiento académico se enseñará a los participantes sobre algunos hábitos de estudios que necesitan para tener mejor rendimiento académico con éxito y evitar fugas e inasistencias al colegio o centro de estudio.

Para el inicio de bienvenida los participantes reciben el saludo de la facilitadora, y se agradece al todo poderoso por la vida y por permitirnos encontrarnos en el centro médico para llenarnos de conocimiento (duración 5 minutos).

Seguidamente la facilitadora solicita a los asistentes conocernos para ello participaremos en una dinámica “El oso y el árbol”. Los participantes escuchan la descripción de la dinámica. Esto nos permitirá entrar en confianza, despertar la atención y la alegría en el taller. El procedimiento sigue así, se forma dos columnas de frente, una son osos y el otro árbol y se rascan con cualquier parte de su cuerpo según indique la facilitadora. Por ejemplo: rascarse la cabeza en el árbol, rascarse la rodilla en el árbol, rascarse la espalda en el árbol. Al culminar la dinámica la facilitadora preguntará a los participantes ¿Cómo se sintieron ante dicha dinámica? (duración 15 minutos).

Luego mediante “Torbellino de ideas” la facilitadora preguntará sobre hábitos de estudio y si lo tienen y si no tiene aquí lo aprenderemos con el fin de mejorar el rendimiento académico y favorezcan su autoconocimiento, que optimice un adecuado crecimiento de su vida personal y profesional (duración 5 minutos).

Se desarrollará mediante la exposición del tema, para ello se usará un rotafolio donde se muestra que hábitos o cambios personales son saludables para tener un buen hábito de estudio, los temas a tratar son:

- ¿Qué es un hábito?
- ¿Cómo se forman los hábitos

- Hábitos adecuados de estudio
- Hábitos inadecuados de estudio
- El hábito de estudiar. (Duración 25 minutos).

En seguida se procederá a preguntar qué les pareció el tema y si estarían dispuestos a practicarlo y aplicarlo en su día a día académico se les brindará dos links de youtube sobre hábitos de estudio donde aprenderán paso a paso como iniciar o aprender a tener hábitos de estudio para mejorar y tener un mejor rendimiento académico (Duración 5 minutos).

El video animado sobre “Hábitos de estudio”, el tiempo de duración es aproximado de 3 minutos con 19 segundos, <https://www.youtube.com/watch?v=xXIXMkgRSrw>, dirección de docencia UTA video de la universidad de Tarapacá 2018, el video animado sobre Claudia ella es alumna del primer año en la universidad de Tarapacá como tu está decidida a pasar este semestre para lograrlo en el video se encontrara algunos consejos sobre hábitos de estudio, donde la organización es fundamental para cualquier cosa que deseamos realizar, planificar, ponerse objetivos tanto en materia de estudios como de tiempo, tú y Claudia deben tener en cuenta dormir aproximadamente 8 horas, alimentarse con frutas ,pescado verduras, ejercitarse, agenda todo lo que tengas pendiente, ponerse metas a corto, mediano y largo plazo, el lugar de estudio adecuado y ser constante en el estudio.

El siguiente video es sobre “12 técnicas de estudio avanzados para aprender mejor”, el tiempo de duración es de 6 minutos con 37 segundos, [https://www.youtube.com/watch?v=oXVeCS1H\\_Q](https://www.youtube.com/watch?v=oXVeCS1H_Q) ,Publicado el 24 de octubre del 2017 en este video veremos algunos de los métodos que nos servirán para un estudio con éxito.

1. Organización del estudio: organizar la materia, tiempo y contenido.
2. Concentración previa: prepararte a ti mismo en tu concentración crea tu espacio sin distracción.

3. Prelectura de ampliación: consiste en leer de forma general y subrayar los aspectos más importantes.
4. Estudia con energía y sin hambre: tener hambre hace más difícil la concentración desayunar o comer antes de estudiar hará que te concentres comer almendras o frutas son muy buenos.
5. Lectura comprensiva: esta lectura debe ser más lenta que la anterior puesto que debes comprender no memorizar.
6. Análisis de la información: esto consiste en mirar esa información las cosas más importantes.
7. Realiza tus propios apuntes: resumen con tus propias palabras.
8. Síntesis: hacer un resumen del resumen.
9. Alternar los lugares de estudio.
10. Mapas mentales: un mapa mental te permite comprender todo lo sintetizado apuntando las palabras claves.
11. Escribir para memorizar: escribir a mano una y otra vez.
12. Hablar para memorizar: repetir en voz alta aquello que quieres retener conceptos que te cuesta memorizar.

Para finalizar la facilitadora pide que todos formen un círculo tomados de la mano, los participantes seguirán a la facilitadora las indicaciones para todos en una sola voz decir con firmeza y seguridad el lema “La batalla de la vida no siempre la gana el hombre más fuerte o el más ligero, porque tarde o temprano el hombre que gana es aquel que cree poder hacerlo ¡Gracias! (duración 5 minutos).

## **Sesión 5:**

### **Taller: “Mi proyecto de vida”**

El objetivo en el taller “mi proyecto de vida” promoverá a que los participantes elaboren sus proyectos de vida y aprendan a diagnosticar las fortalezas, características positivas que les ayudarán a lograr sus metas, pero también se describirá las debilidades y características negativas y/o amenazas o situaciones el cual impiden el logro de sus metas.

Daremos inicio el taller presentándonos adecuadamente y saludando a los y las participantes mostrando satisfacción por compartir la presente sesión (Duración 5 minutos).

En seguida la facilitadora pedirá a 4 participantes que escenifiquen la siguiente situación. “Mario no tenía claro lo que haría al terminar de estudiar la secundaria, se encontraba desorientado, su mamá le decía que estudie computación; su padre le decía que trabaje, además ,sus amigos le aconsejaban estudiar electrónica, Mario estaba realmente tan confundido que no sabía qué hacer. Luego la facilitadora preguntará ¿Qué observamos en la situación anterior? ¿Por qué estaba confundido Mario? Y se propicia un debate, mostrando situaciones reales con sus propios casos el facilitador añadirá ¿si las personas se encuentran confundidos por no saber qué hacer en un futuro próximo, cómo se sentirán? Y ¿si ustedes en algún momento se sienten así que harían? Se motiva a intervenir a los participantes con el fin de saber lo que piensan y sienten (Duración 30 minutos).

Luego con la ayuda de un rotafolio la facilitadora explicará los temas:

- ¿Qué es un proyecto de vida?
- El diagnóstico personal.
- Visión personal.
- Misión personal.

Después de la explicación la facilitadora proseguirá a repartir a los participantes la cartilla de “Mi proyecto de vida” (ver anexo 6) donde se motivará para que cada uno según los pasos elaboré su proyecto de vida. Después la facilitadora pedirá a 2 ó 3 participantes que expongan ante todos sus proyectos , a los cuales reforzará cognitivamente y socialmente, se les dará una tarea el cual será conversar con sus padres sobre sus proyectos de vida( Duración 20 minutos).

Finalizamos agradeciendo a los participantes por su motivación a aprender y por seguir asistiendo a los talleres, y se les pide que formen un círculo juntamos nuestra manos y con voz unísono diremos el lema “si se puede” (Duración 5 minutos).

## **Sesión 6:**

### **Taller: “Mi inclinación vocacional”**

El objetivo en el taller “mi inclinación vocacional” ayudará a que los participantes encuentren o tengan una idea sobre su interés por alguna carrera que le guste, y postule a la universidad, con seguridad del paso que está dando para su futuro, puesto que de esto vivirá y dará a su familia una mejor calidad de vida.

Para dar inicio del taller se dará el saludo de bienvenida a los participantes (duración 2 minutos).

Luego se realizará una dinámica “une los puntos” mediante el cual servirá para estimular la flexibilidad del pensamiento a través del uso de diferentes estrategias de solución de problemas, se les entregará a cada uno una hoja en blanco con 9 puntitos (ver anexo 8) en donde se les pedirá que traten de unir estos 9 puntos con 4 rayas rectas, sin levantar el lápiz y uniendo todos los puntos sin pasar dos veces por el mismo punto. Se les dará un tiempo prudente para que lo hagan, sino se les dará la respuesta (Duración 25 minutos).

En seguida se entregará a cada uno de los participantes una copia del formato “mi inclinación vocacional” (ver anexo 9), luego procederán a contestar el formato, después se reúne a los participantes en círculo y se les invitará a comentar que carreras les gustan y cuáles no, y los motivos de esta selección. Luego se divide a los participantes en grupos de 3 o 5 participantes y se solicita que identifiquen el perfil que debe tener la persona para tener éxito en cada carrera que les gustó. Después se reúne de nuevo al grupo en donde se nombra un representante para que presente las conclusiones al que llegaron, se comentará y analizará lo que aprendieron del taller vivencial y como podrían aplicar lo aprendido a su vida (Duración 30 minutos).

Finalizaremos con un agradecimiento a todos los participantes por su entrega y las ganas de querer aprender, se les pedirá a todos no falten al siguiente taller y asistan por favor con sus dos padres o uno de ellos, abuelos, tíos o tutores encargados de ellos, luego se les solicitará formar un círculo abrazados

todos juntos diremos “Yo me pongo metas y las cumplo” gracias (Duración 3 minutos).

## **Sesión 7:**

### **Taller: “Comunicación familiar”**

En este taller se fomentará la práctica cotidiana de la comunicación en el seno familiar, es importante crear mecanismos necesarios que faciliten una buena comunicación entre los miembros de la familia, el saber escuchar, mantener una conducta asertiva, empática con el fin de mantener un clima de dialogo en casa con los tuyos para mejorarlo.

Se dará inicio dando la bienvenida a todos los participantes, luego se proseguirá con la presentación del tema donde se dará a conocer el objetivo y beneficios que genera una buena comunicación asertiva (duración 3 minutos).

Luego se procede a realizar la dinámica “El teléfono malogrado” el objetivo de esta dinámica, tiene el fin de romper las barreras e interferencias de la comunicación entre los participantes, promoviendo la integración del grupo y llevando a la reflexión sobre lo importante que es el poder comunicarnos. La facilitadora debe indicar a los participantes que se agrupen en cuatro círculos y se brindará un mensaje a uno de cada grupo que deberá transmitirlo en el oído del siguiente compañero a la derecha, al final se pedirá que el ultimo que escucho el mensaje lo diga en voz alta (Duración 5 minutos).

En seguida la facilitadora mediante “torbellino de ideas “realizará preguntas sobre la comunicación y su importancia dentro del seno familiar, donde los adolescentes, padres, tutores participarán con preguntas y respuestas, con esto se podrá ver cuánto saben respecto al tema (duración 5 minutos).

El tema se desarrollará mediante la exposición en el cual se usará un rotafolio y papelote, donde se muestra imágenes de buena, mala comunicación y como la buena comunicación hace que todo funcione mejorando el trato y convivencia dentro la familia, los temas a tratar son:

- ¿Qué es la comunicación?.
- ¿Qué es la comunicación familiar?.

- Los beneficios de la comunicación familiar.
- La comunicación asertiva.
- Escucha activa. (Duración 15 minutos)

Con la dinámica resaltando la comunicación, la facilitadora les pedirá a los adolescentes, padres y tutores juntarse con su familiar y tomar turno para decirle lo que les gusta, molesta o que les gustaría que cambien de sus padres o hijos y como le gustaría ser tratados; después se les entregará una hoja en blanco y un lápiz, posteriormente se les indicará que escriban ya sea, un mensaje o una frase, palabras lo que sintieron al compartir ese lapso de tiempo con su familiar, luego intercambiarán lo que cada uno escribió.

En cuanto se termina la facilitadora realizará preguntas sobre si les gustó el tema, y si están dispuestos a aplicarlo desde ya en su día a día en casa, para que mejoren la comunicación con sus padres, hermanos, tíos primos, tutores, hasta con los abuelitos, (Duración 30 minutos).

Para finalizar la facilitadora solicita a todos que no falten al último taller puesto que habrá clausura y un compartir con todos los asistentes, luego se les pide que todos formen un círculo tomados de la mano los participantes seguirán a la facilitadora con voz unísono el lema “Expresar y compartir sentimientos, es comunicación” ¡Gracias! (Duración 2 minutos).

## **Sesión 8:**

### **Taller: “Cuido mi salud”**

¿Qué buscamos con este taller? Que los adolescentes comprendan y aprendan la importancia de cuidar su salud, y como es que cuando la persona es saludable puede lograr sus objetivos sin dificultad y poder disfrutar de lo que le gusta y poder tener una calidad de vida buena.

Se iniciará dando la bienvenida y las gracias a los participantes por su asistencia, en seguida se les pedirá hacer un círculo para presentarnos con nuestros respectivos nombres con la dinámica “Me pica” donde la facilitadora explicará y dará inicio diciendo me llamo Lena y me pica la cabeza y así sucesivamente se pasarán la pelota hasta que todos se hayan presentado, con el fin de integrarse al grupo (Duración 5 minutos).

Luego se brindará un alcance sobre el tema a tratar y se les hará saber del beneficio que genera el tener una buena salud mediante papelotes, la facilitadora presentará imágenes de diversas situaciones cotidianas relacionadas al cuidado y la buena salud y los malos hábitos que conllevan a que tengan una mala calidad de vida mediante rotafolio (Duración 15 minutos).

En seguida se pasa a desarrollar los temas a tratar los cuales son:

- Beneficios que nos brinda el descanso.
- Beneficios que nos brinda una alimentación balanceada.
- Beneficio que nos trae la parte recreativo como (el deporte, la cultura y otras actividades relacionadas).
- Beneficio que nos brinda el dormir bien y a sus horas.
- Beneficio que nos brinda el tener un buen aseo personal. Etc. (Duración 25 minutos).

Después se solicitará a los asistentes que describan las imágenes mostradas en el rotafolio y mediante una lluvia de ideas se discutirá y analizará

sobre cómo aplicar lo aprendido en sus vidas diarias para mejorar algunos hábitos y tengan una buena calidad de vida, luego se les entregará un cuestionario- encuesta de satisfacción (ver anexo 5) donde los participantes marcarán con SI y NO, también se realizará algunas preguntas ¿Qué aprendieron con los talleres que se les brindó?,¿Recomendarían a sus amistades o familiares asistir a estos talleres?,¿Qué tipo de talleres más necesitarían para seguir mejorando sus vidas? El cual contestaran en seguida con sus propias palabras luego se recogerá la encuesta y proseguiremos al cierre. (Duración 5 minutos).

Para el cierre o clausura del programa la facilitadora brindará unas palabras de agradecimiento por su asistencia, ganas de aprender y seguir creciendo como personas de bien y por ayudarnos a cumplir nuestras metas, a cada uno de los participantes se les dará una lámina con frases motivacionales (ver anexo 9) y un fuerte abrazo, luego se les pedirá que formen un círculo y todos diremos el lema “Con esfuerzo y constancia cada día puedo ser mejor”. (Duración 10 minutos) Luego se procederá a un compartir ¡Gracias!.

## REFERENCIAS

- Danhke (1989). Metodología de la investigación. (s.f.).  
*[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lad/calva\\_p\\_db/capitulo3.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/calva_p_db/capitulo3.pdf)*. Obtenido de  
*[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lad/calva\\_p\\_db/capitulo3.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/calva_p_db/capitulo3.pdf)*.
- Dankhe (1986). Metodología de la investigación. (s.f.).  
*[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lcp/texson\\_a\\_gg/capitulo4.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcp/texson_a_gg/capitulo4.pdf)*. Obtenido de  
*[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lcp/texson\\_a\\_gg/capitulo4.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcp/texson_a_gg/capitulo4.pdf)*.
- Lifeder, (2017). (24 de octubre de 2017). *12 Técnicas de estudio avanzadas para aprender mejor*. Obtenido de  
[https://www.youtube.com/watch?v=oXVeCSI1H\\_Q](https://www.youtube.com/watch?v=oXVeCSI1H_Q).
- Olson y Barnes, (1982). (24 de Mayo de 2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit*, 173-185.
- Universidad de Tarapacá.(2018). (2018). *Habitos de estudio*. (C. d. docencia, Editor) Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=xXIXMkgRSrw>.
- (1998), Z. (2003). *Manual de calidad de vida en Olson & Barnes*. Manual tecnico, Universidad San Martin de porres, Escuela profesional de psicología, Lima-Perú.
- Actualización Uruguay (2017). (2017). Programa nacional de salud de adolescentes y jóvenes del ministerio de salud pública. *Guia para la atención integral dela salud de adolescentes*, 184 .
- Alfaro, V. (2018). *Calidad de vida en los jubilados de la asociación mutualista de técnicos y calidad de vida en los jubilados de la asociación mutualista de técnicos y suboficiales del ejército del Perú” –Amutsep*. Tesis, Universidad Inca Garcilaso de la Vega., Psicología , Lima – Perú.

- Alguacil, Gómez. (2000);Espinosa,Fabricio.(2014). (2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. *Revista de antropología experimental*, 23(nº 14), 331-347.
- Andrew (1991);Otero, Haydée(1998). (1998). Calidad de vida y enfermedad. *Revista de psicología, Vol. II* .
- Anonimo, (. (2011). *Autoestima: Mira en el espejo, que es lo que ves?* Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=0veDyRVv9KE>.
- Ardila.(203). (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología, vol. 35,, 5*.
- Aybar, S. (2016). *Propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida en estudiantes*. Tesis, Universidad César Vallejo, Psicología, Trujillo.
- Barrera, L. (2015). *Calidad de vida familiar en adolescentes de 10 Años y 18 Años con hipoacusia de instituto nacional de audición y lenguaje en lacCiudad de Quito en el periodo de Enero a Mayo de 2015*. Tesis, Facultad de medicina, Quito.
- Cardona A., Doris; Agudelo G., Héctor B.(2005). (enero-junio de 2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista de la facultad nacional de salud pública,, Vol. 23(Núm. 1)*.
- Carta de Ottawa. (1986);Salas,C y Garzón,MO.(2013). (18 de Enero - Junio de 2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES salud pública, Volumen 4 (No.1), 11*.
- Caruajulca, A. (13 de Diciembre de 2015). Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (Mimp). (Correo, Ed.) *El 78% de albergues en Lima es informal*.
- Cercado de Lima;Puedo.(2016). (octubre de 2016). "Plan estratégico local de prevención y tratamiento del adolescente en conflicto con la ley penal de Lima Cercado, Puedo". *Puedo justicia especial para adolescentes Lima Cercado., 120*.

- Chira, A. (2018). *Calidad de vida de los estudiantes de primero a quinto grado de secundaria de la I.E “La Alborada”- Piura, 2016*. Tesis, Universidad Católica Los Angeles de Chimbote, Psicología, Piura – Perú.
- Cornejo, W. (. (2016). Calidad de vida. *Rev. enferm. vanguard.*, 4(2), 56-75 .
- Dennis; Williams,;Giangreco y Cloninger (1993);Salas,C ; Garzón,M.(2013). (18 de Febrero de 2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES salud pública*, 36-46.
- Escobar, Marysol Y Rodríguez. Juan.(2018). (abril de 2018). Evaluación de la calidad de vida escolar en estudiantes de tercero de secundaria del estado de Baja. *Revista de estudios y experiencias en educación*, Vol. 17 (Nº 33), 13.
- Espinoza, Eva,(2018);Ramírez (1997). (2018). *Metas académicas y nivel del logro de aprendizajes en las estudiantes de la opción ocupacional de confección textil, del CETPRO “Carlos Cueto Fernandini” de Barranco, UGEL N° 07, 2016*. Tesis, Universidad nacional de educación Enrique Guzmán y Valle, Escuela Profesional de Tecnología del Vestido, Textiles y Artes Industriales, Lma – Perú.
- Felce; Perry.(1995); Somarriba,N.(2008). (2008). *Aproximación a la medición de la calidad de vida social e individual en la europa comunitaria*. Tesis doctoral, España.
- Fossati (1991); Otero Haydée.(1998). ( Enero de 1998). Calidad de vida y enfermedad. *Revista de Psicología*, Vol. II(Nº 1).
- García (2008), O. y. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima1. *Pensamiento Psicológico*, Volumen 8( No. 15), 17-38.
- Garduño,L;Salinas,B;Rojas,M. (2005). (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (Vol. 5). México, México: plazayvaldes.

- Garduño, L.; Salinas, B.; Rojas, M. (2005); Cohen, G. A. (1993). (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (Vol. 5). México, México.
- Grimaldo M, M. (. (2011). *Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima*. Tesis, Universidad de San Martín de Porres, psicología, Lima - Perú.
- Grimaldo, M. (24 de mayo de 2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit. Revista de psicología*, vol. 17(núm. 2), pp. 173-185.
- Hernández, Fernández y Baptista (2003). (s.f.). *Metodología de la investigación*.  
Obtenido de  
[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lad/pinera\\_e\\_rd/capitulo3.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/pinera_e_rd/capitulo3.pdf).
- Hernández, Fernández y Baptista (2003). (s.f.). *Metodología de la investigación*.  
Obtenido de  
[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lcp/texson\\_a\\_gg/capitulo4.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcp/texson_a_gg/capitulo4.pdf).
- Herrada, A. (2016). *Relación entre clima social familiar y calidad de vida de los estudiantes de cuarto grado de secundaria de la institución educativa San Antonio. Piura, 2014*. Tesis, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Psicología, Piura –Perú.
- Huaiquifil, E., & Barra, E. (17 de mayo de 2017). Funcionamiento familiar y calidad de vida de mujeres adolescentes. *Revista de Psicología*, 13(Nº 25), 10.
- INEI, El instituto nacional de estadística.(2017). (24 de junio de 2017).  
[andina.pe/agencia/noticia-inei-134-adolescentes-peru-quedo-embarazada-durante-2017-714189.aspx](http://andina.pe/agencia/noticia-inei-134-adolescentes-peru-quedo-embarazada-durante-2017-714189.aspx). (ANDINA/Difusión., Editor, Andina, Productor, & ANDINA/Difusión.)
- Kerlinger (1979). *Metodología de la investigación*, (no experimental). (s.f.).  
<http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/12/disenos-no-experimentales-segun.html>. (E. M. Hill, Ed.) Obtenido de

<http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/12/disenos-no-experimentales-segun.html>.

- LAAM, Asociaciones miembro y secretaría general de América Latina y el Caribe.(2018). (2018). Cuidado y protección en la adolescencia y la juventud. *Aldeas infantiles SOS LAAM.*, V, 31.
- Lawton, (1984);Moreno,B;Ximenez,C(1996). (1996). Evaluacion de calidad de vida. *Manual de evacion en psicologia*, 1045-1070.
- Leff.(1995);Garduño,L;Salinas,B;Rojas,M.(2005). (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México, Puebla, México.
- Leva, Germán.(2005); Beltramin, (2003). (2005). Indicadores de calidad de vida urbana. teoría y metodología. *Metropolis*, Diciembre.
- Levi y Anderson (1980);Moreno,B;Ximenez,(1996). (1996). Evaluacion de calidad de vida. *Manual de evaluacion en psicologia*.
- Levi y Andersson. (1980);J. Bobes, P. González, M. Bousoño y E. Suárez Retuerta.(1993). (1993). Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Siquiatria, Vol. V.(Núm. 6.)*, 3.
- López, M. (2007). *La calidad de vida subjetiva y su relacion con las experiencias recreativas en los espacios naturales*. Trabajo de investigacion , Facultad nacional de Mar del Plata, II Simposio Internacional de investigacion accion en turismo , Argentina.
- Maslow (1982);Garduño; Salinas; Rojas. (2005). (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México, Puebla, México.
- Matza et al;(2004); Ravens;Sieberer et al;(2006);Jiménez,J et al.(2011). (17 de enero de 2011). Conceptualización y medición de la calidad de vida en la infancia. *Grupo de investigación psicología, salud y calidad de vida, Vol. 7(Núm. 1)*, USTA. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de salud, (2005). (2005). *Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares*. Manual, Dirección General de Promoción de la

Salud, Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado/Hideyo Noguchi", Lima.

Ministerio de salud, (2017). (2017). La autostima. *Estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz*. Lima- Perú.

Morales,c;Gonzales,F;Soto,F.(2011). (Octubre de 2011). Calidad de vida: conceptos, características y aplicación del constructo. *Revista sujeto, subjetividad y cultura*( Número 2), Pág. 68-86.

Moreno,B ; Ximénez,C. (1992). (1996). Evaluación de calidad de vida. *Manual de evaluación en Psicología*.

Muños,J y Losada,L.(2017). (2017). Calidad de vida en adolescentes: Evaluación de necesidades basada en factores personales. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 11, 5.

Nava, G. (2012). La calidad de vida. *Enf Neurol (Mex)*, Vol. 11, 129-137.

Nava, G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *medigraphic*, Vol. 11(No. 3), 129-137.

Olson & Barnes(1991). (2003). *Manual de escala de calidad de vida en Olson & Barnes*. Manual tecnico de investigacion, universidad de San Martin de Porres, Escuela profesional de psicología, Lima-Perú.

Olson & Barnes,(1982); Summers, et al. 2005); Grimaldo, Mirian.(2012). ( 20 de Enero - Julio de 2012). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. *Informes psicológicos*, 14.

Olson y Barnes ; García,( 2008). (2011). *Calidad de Vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima*. Universidad de San Martin de Porres, Psicología . Lima -Perú: Liberabit.

Olson y Barnes, (1982). (2 de 17 de 2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit*, 173-185.

- Olson y Barnes,(1982);Sumemers, et al.2005); Grimaldo,M.(2012). (Enero - Julio de 2012). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. *Informes psicológicos*, 14.
- Olson y Barnes; García,(2008). (2011). *Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima*. Universidad de San Martín de Porres. Lima-Perú: Liberabit: Lima (Perú).
- OMS.(2005) ;Cardona A., Doris; Agudelo G., Héctor Byron.(2005). ( enero-junio de 2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista facultad nacional des salud pública*, vol. 23( núm.1), , pp. 79-90.
- Patricio, W. (2017). *Inteligencia emocional y calidad de vida en un grupo de estudiantes de dos instituciones educativas Policial y Nacional De Lima Metropolitana*. Tesis, USMP, Facultad de ciencias de la comunicación, turismo y psicología, Lima –Perú.
- Peccei.(1976);Casas,Ferrán.(1999). (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo.*, 1999( Vol. (74)).
- Pérez, A. (. (2015). *Calidad de vida de los estudiantes de secundaria en la ciudad de Caracas-Venezuela*. Tesis, Facultad de ciencias sociales, Caracas-Venezuela.
- Perú-21.(2017). (17 de Agosto de 2017). El 86% de los niños de la calle cree que su futuro puede ser bueno. (P. 21, Ed.) *El 86% de los niños de la calle cree que su futuro puede ser bueno*.
- Quintero,(1992); Ardila, Rubén.(2003). (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, vol. 35(núm. 2), pp. 161-164.
- Rodríguez,J; García, J; Terol,M.(2014). (2014). *El concepto de calidad de vida*. Universidad Miguel Hernández de Elche, Departamento de psicología de la salud. España: Biblomedía editores.

- Rodríguez,J;García,J;Terol,M.(2014). (2014). *El concepto de calidad de vida*. Universidad Miguel Hernández de Elche, Departamento de Psicología de la Salud. España: Biblomeia editores.
- Rojas, A. (Mayo-Agosto de 2011). Calidad de vida, calidad ambiental y sustentabilidad como conceptos urbanos. *Fermentum*, vol. 21(núm. 61), pp. 176-207.
- Rosas(1998). (2003). *Manual de escala de calidad de vida en Olson & Barnes*. Manual técnico, Universidad de San Martín DE Porres, Escuela profesional de psicología., Lima-Perú.
- Salas C, Garzón MO.(2013). (18 de Febrero de 2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Rev CES salud pública*, 4, 36-46.
- Salas,c ; Garzón,M.(2013). (18 de Febrero de 2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES salud pública*, 36-46.
- Salazar,J;Pando,M;Arna,C; Heredia.(2005). (11 de Diciembre de 2005). Calidad de vida: hacia la formación del concepto. *medigraphic*, Vol. VII( Número ), 5.
- Sanhueza,Tiare ;Rojas,Sofia;Nuñez.Maricarmen, (2017). (30 de Marzo de 2017). *Metodologías activo -participativa/ABP*. Obtenido de [metodologiasap.blogspot.com/2017/03/que-es-una-metodologia-activo.html](http://metodologiasap.blogspot.com/2017/03/que-es-una-metodologia-activo.html).
- Santellana, G. (s.f.). *Proyecto Plan de Vida.pdf*. Obtenido de [www.iyfnet.org/sites/default/files/Proyecto%20Plan%20de%20Vida.pdf](http://www.iyfnet.org/sites/default/files/Proyecto%20Plan%20de%20Vida.pdf).
- Shin y Johnson (1978); Moreno,B;Ximenez;c.(1996). (1996). Evaluacion de calidad de vida. *Manual de evaluacion psicologica*.
- Spilker,(1990); Urzúa,A;Caqueo,A. (2012). (Abril de 2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, Vol. 30(Nº 1), 61-71.
- Tello, J. (2018). *calidad de vida y bienestar psicológico en estudiantes de psicología de una universidad nacional de Lima metropolitana*. Tesis,

Psicología, UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL, Lima - Peru.

UNFPA;Paraguay.(2016). ( 28 de Diciembre de 2016). Ministerio de salud pública y bienestar social. 44.

UNFPA;Perú.(2016). (2016). Adolescentes y jóvenes que realizan todo su potencial. *Jóvenes*. Perú, Perú.

Unicef ;Costa Rica.(2018). (7 de Julio de 2018). UNICEF Costa Rica presentó logros y retos en niñez y adolescencia. *UNICEF Costa Rica presentó logros y retos en niñez y adolescencia*. San José, Costa Rica.

Unicef; Perú.(2018). (2018). Unicef Perú.

UNICEF;México.(2017). (2017). Informe Anual 2017. *Unicef para cada niño*, 61.

Urzúa,Alfonso;Caqueo; Alejandra.(2012). ( 10 de Enero de 2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Sociedad Chilena de psicología clínica*, Vol. 30( Nº 1), 61-71.

Velarde, S. (2018). *Calidad de vida en pacientes atendidos en el área de psicología del hospital*. Tesis, Lima - Perú.

Vincezi,Ariana ;Tudesco, Fedra.(2009). (25 de junio de 2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista iberoamericana de educación, para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI)*.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Calidad de vida en adolescente atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de Independencia”.

Definición del problema.	Objetivos	Metodología
<p><b>Problema principal.</b> ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral en un centro de salud pública del distrito de independencia?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar el nivel de calidad de vida en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia.</p>	<p><b>Población:</b> 60 pacientes de 13 a 17 años ambos sexos.</p>
<p><b>Problemas secundarios.</b> Cuál es el nivel en el Hogar y Bienestar Económico en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia? ¿Cuál es el nivel con sus Amigos, Vecindario y Comunidad en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia? ¿Cuál es el nivel con sus Amigos, Vecindario y Comunidad en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia? ¿Cuál es el nivel con su Vida Familiar y Familia Extensa en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia? ¿Cuál es el nivel con la Educación y Ocio en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia? ¿Cuál es el nivel con la Religión en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia? ¿Cuál es el nivel con la Salud en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud</p>	<p><b>Objetivos específicos.</b> Determinar el nivel en el Hogar y Bienestar Económico en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia. Determinar el nivel con sus Amigos, Vecindario y Comunidad en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia. Determinar el nivel con su Vida Familiar y Familia Extensa en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia. Determinar el nivel con la Educación y Ocio en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia. Determinar el nivel con la Religión en adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia. Determinar el nivel con la Saluden adolescentes atendidos en el programa de salud integral, en un centro de salud pública del distrito de independencia.</p>	<p><b>Muestra:</b> El tipo de muestreo censal.</p> <p><b>Delimitación temporal:</b> Del 18 de noviembre al 18 de diciembre.</p> <p><b>Tipo de investigación:</b> Descriptiva.</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental.</p> <p><b>Variable:</b> Calidad de vida.</p> <p><b>Instrumento :</b> Escala de calidad de vida de Olson Y Barnes (adaptación Peruana por Mirian Pilar Muchotrigio).</p>

pública del distrito de independencia?		
--	--	--

## ANEXO 2. CARTA DE PRESENTACION



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**

**Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas**

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 09 de Enero del 2019

Carta N° 46-2019-DFPTS

Magíster

**AUGUSTO MAGNO TARAZONA FERNANDEZ**

**DIRECTOR GENERAL**

**DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE**

Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **Lena PAIMA PANDURO**, Bachiller de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 05-0091078, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,



Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS  
Decano (e)  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/erh  
Id. 1011331



Av. Petit Thouars 248, Lima  
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304  
E-mail: psic-soc@uigv.edu.pe

### ANEXO 3. ENCUESTA CREADA

#### ESCALA

..... Estado civil.....

Edad:..... Año de estudios.....

Centro de trabajo: .....

Fecha:.....

A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Que tan Satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1 Insatisfecho	2 Un poco Satisfecho	3 Mas o menos Satisfecho	4 Bastante Satisfecho	5 Completamente Satisfecho
<b>HOGAR Y BIENESTAR ECONÓMICO</b>					
1. Tus actuales condiciones de vivienda					
2. Tus responsabilidades en la casa					
3. La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas					
4. La capacidad de tu familia para darte lujos					
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar					
<b>AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>					
6. Tus amigos					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad					
8. La seguridad en tu comunidad					
9. Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos, etc.)					
<b>VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA</b>					
10. Tu familia					
11. Tus hermanos					

12. El número de hijos en tu familia					
13. Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					
<b>EDUCACIÓN Y OCIO</b>					
14. Tu actual situación escolar					
15. El tiempo libre que tienes					
16. La forma como usas tu tiempo libre					
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>					
17. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión					
18. Calidad de los programas de televisión					
19. Calidad del cine					
20. La calidad de periódicos y revistas					
<b>RELIGIÓN</b>					
21. La vida religiosa de tu familia					
22. La vida religiosa de tu comunidad					
<b>SALUD</b>					
23. Tu propia salud					
24. La salud de otros miembros de la familia					

PUNTAJE DIRECTO: .....

PERCENTIL: .....

PUNTAJES T. : .....

## ANEXO 4. TRIPTICO: LA AUTOESTIMA

### LA AUTOESTIMA

Se entiende por autoestima el grado de satisfacción que tenemos sobre lo que creemos de nosotros mismos, es el sentimiento de aceptación y/o rechazo hacia nuestra persona.

Algunos consejos para mantener una adecuada autoestima son los siguientes:

- 1. No generalizar.**

No generalizar a partir de las experiencias negativas que podamos tener en ciertos ámbitos de nuestra vida. Debemos aceptar que podemos haber tenido fallas en ciertos aspectos; pero esto no quiere decir que en general y en todos los aspectos de nuestra vida seamos "desastrosos".


- 2. Centrarnos en lo positivo.**

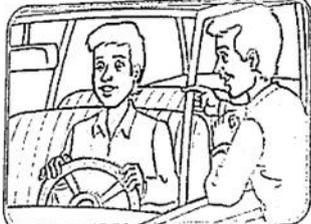
En conexión con lo anterior, debemos acostumbrarnos a observar las características buenas que tenemos. Todos tenemos algo bueno de lo cual podemos sentirnos orgullosos, debemos apreciarlo y tenerlo en cuenta cuando nos evaluamos a nosotros mismos.
- 3. Hacernos conscientes de nuestros logros y éxitos.**

Una forma de mejorar nuestra imagen relacionada con ese "observar lo bueno" consiste en hacernos conscientes de nuestros logros y éxitos que tuvimos en el pasado e intentar tener nuevos éxitos en el futuro. Piensa el mayor éxito que tuviste durante el pasado año. Todos debemos reconocer en nosotros la capacidad de hacer las cosas bien en determinados ámbitos de nuestra vida y que debemos esforzarnos por lograr los éxitos que deseamos para el futuro.


- 4. No compararse.**

Todas las personas somos diferentes; todos tenemos cualidades y defectos. Aunque veamos "peores" que otros en algunas cuestiones seguramente seremos "mejores" en otras; por lo tanto, no tiene sentido que nos comparemos ni que, nos sintamos "inferiores" a otras personas.
- 5. Confiar en nosotros mismos.**

Confiar en nosotros mismos, en nuestras capacidades y en nuestras opciones. Actuar siempre de acuerdo a lo que pensamos y sentimos, sin preocuparse excesivamente por la aprobación de los demás.


- 6. Aceptarnos a nosotros mismos.**

Es fundamental que siempre nos aceptemos. Debemos aceptar que, con nuestras cualidades y defectos, somos ante todo personas importantes y valiosas.



Adaptado de

Ministerio de salud. Dirección de salud II Lima sur. Red de salud Túpac Amaru. Estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz.

## ANEXO 5. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Nombre del taller:			
Ficha del taller:			
Grupo N°:			
Su opinión es importante, por eso agradeceremos el llenado de la encuesta. En donde puntuará con SI y NO			
N°	PREGUNTAS	SI	NO
1.-	¿Los temas del taller fueron de ayuda?		
2.-	¿Aplicarías lo aprendido a tu vida diaria?		
3.-	¿Consideras que el tiempo destinado fue adecuado?		
4.-	¿Volverías a tomar el taller?		
5.-	¿Crees que el taller fue entretenido?		
6.-	¿Te agrado el trato que recibiste?		
7.-	¿Incentivarías a otros adolescentes a tomar el taller?		

## ANEXO 6. FICHA MI PROYECTO DE VIDA

1° Diagnóstico personal: mis fortalezas (características positivas) y las oportunidades (apoyo de tu familia y/o familiares), que me ayudarán a lograr mis metas. También describir mis debilidades (características negativas) y/o amenazas o situaciones de mi entorno que podrían impedir el logro de mis metas.

2° Visión personal, es pensar qué me gustaría ser en mi futuro cercano (en 5 años). (Acuérdate que es algo que sí se pueda cumplir).

3° Misión Personal, es ¿cómo hacer? realidad mi pensamiento (visión), ¿qué debo hacer para lograr mi meta?

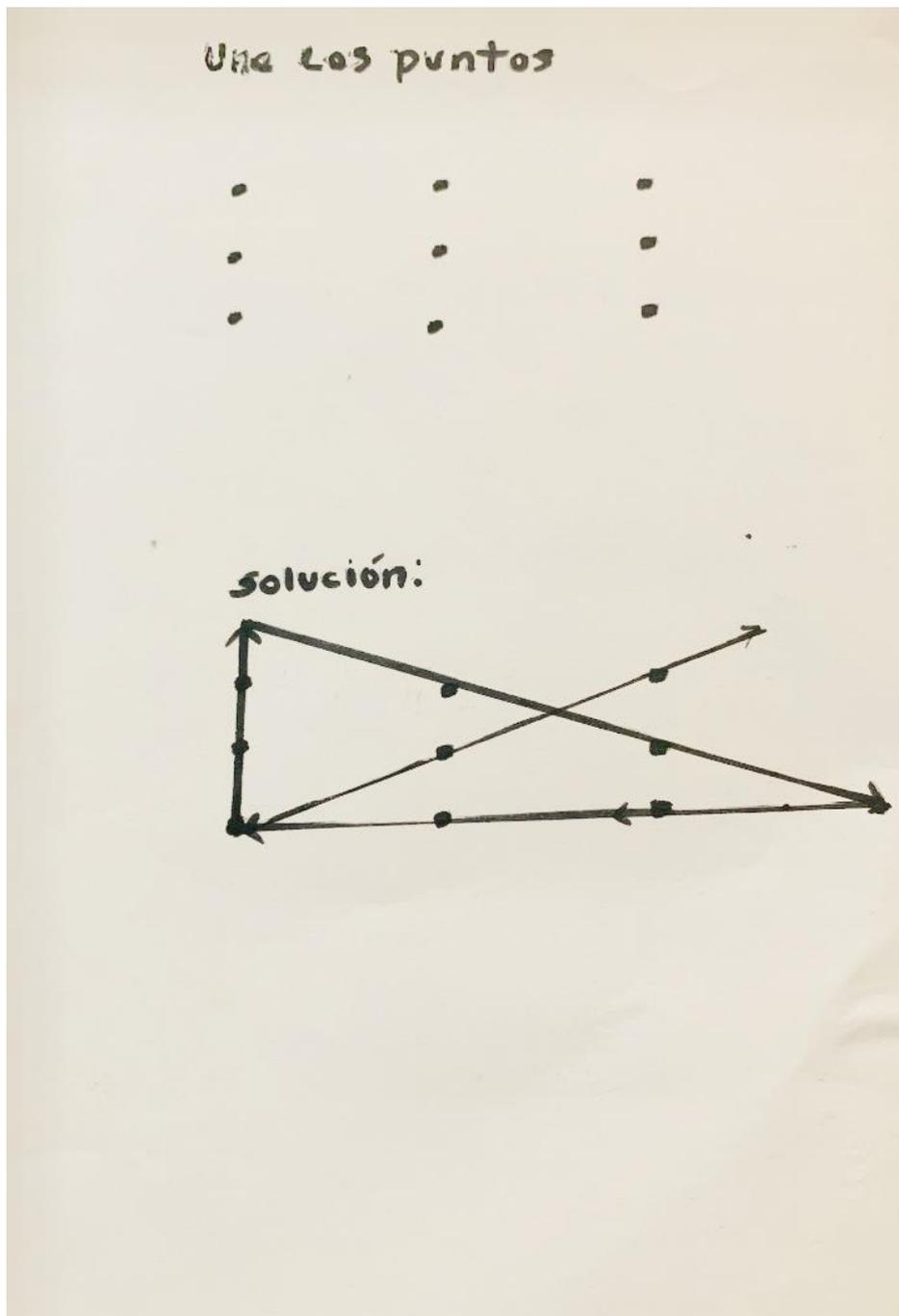
(Empezar con el paso 1, luego el 2 y finalmente el 3)

1. Diagnóstico Personal	2. Visión	3. Misión
Fortalezas (Ej. Soy hábil en matemáticas).	(¿Qué quiero ser?	¿Cómo lograré esa meta?
Oportunidades (Ej. Hay un concurso de becas.	¿Cómo me veo en 5 años?	¿Qué debo hacer?
Debilidades (Ej. No siempre soy puntual).	¿Cuál es mi meta?).	
Amenazas (Ej. Despidieron a mi papá del trabajo).		

*Adaptado de*

*Proyecto de Vida en Adolescentes. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Educación. Secretaría Nacional de la Familia. 2002. San Salvador.*

## ANEXO 7. UNE LOS PUNTOS



*Adaptado de*

*Dinámicas grupales para todas las edades 2001 ediciones libro amigo Lima.*

## ANEXO 8. HOJA DE TRABAJO. MI INCLINACIÓN VOCACIONAL

En la columna de la izquierda escriba 5 Carreras u Ocupaciones en las que quisiera dedicarse o le hubiera gustado estudiar y en la columna de la derecha las que no estudiaría o no le hubiera gustado estudiar; ni tampoco trabajar en ellas.	
LA QUE MÁS ME GUSTA	LA QUE MENOS ME GUSTA
1.-	1.-
2.-	2.-
3.-	3.-
4.-	4.-
5.-	5.-
Comentario:	
Conclusión grupal:	
Conclusión personal.	

*Creación propia*

## **ANEXO 9. FRASES MOTIVACIONAL**

- Merezco disfrutar de la vida.
- Soy exitoso (a).
- Una persona como yo merece cosas grandes y maravillosas.
- Puedo expresar lo que siento.
- Me respeto.
- Me amo.
- Amo a mi familia.
- Amo a mis amigos.
- Amo a mis padres.
- Amo a mis hermanos.
- Tengo inteligencia ilimitada.
- Soy una roca.
- El sol brilla para mí.
- El universo confabula para mí.
- Mi sonrisa es contagiosa.
- Puedo generar paz, sentirla y otorgarla.
- Brillo con luz propia.
- Soy ordenado.
- Soy capaz.

- Soy libre.
- Soy feliz.
- Tengo facilidad de palabra.
- Soy inteligente.
- Lo que me propongo lo logro.
- Me trazo metas y las cumplo.
- Siento amor por lo que hago.
- Siento realizado.
- Acepto cada detalle de mí mismo.
- Estoy contento con lo que soy.
- transmito y recibo alegría.
- Me siento espontaneo.
- Siento agrado por la vida.
- Soy paciente.
- Tengo valor y fortaleza.
- Siento confianza en mí mismo.
- Todos me tienen aprecio.
- Soy un ser humano con inteligencia ilimitado.

*Creación propia*