"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

Bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PUBLICA

PRESENTADO POR:

Tiña Cruz, Glenny Milagros
López Malhaber, Silvia Karina

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN: SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

HUANCAVELICA – PERÚ
2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 8:35 horas del día 07 de julio del año dos mil veintitrés, nos reunimos los miembros del Jurado Evaluador, designado con Resolución N°0372-2023-D-FCS-R-UNH, de fecha 23 de junio del 2023, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
https://orcid.org/0000-0002-4583-6384
DNI N°: 28271119

Secretario : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
https://orcid.org/0000-0002-1903-1355
DNI N°: 20108555

Vocal : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
https://orcid.org/0000-0003-1544-8863
DNI N°: 42145123

Con la finalidad de llevar a cabo el acto académico de sustentación de la tesis de segunda especialidad en Salud familiar y comunitaria, titulada: **BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO ILO, MOQUEGUA 2022,** aprobada mediante Resolución N°387-2023-D-FCS-R-UNH, donde se fija fecha y hora para el mencionado acto.

Sustentante(s):
TIÑA CRUZ, GLENNY MILAGROS
DNI N°: 04653589
LOPEZ MALHABER, SILVIA KARINA
DNI N°: 16727742
Asesor:
Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
https://orcid.org/0000-0003-2236-5062
DNI N°: 09410828

Concluida la sustentación de forma presencial, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que se procede a deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **UNANIMIDAD**.

Para constancia se expide la presente Acta, en la ciudad de Huancavelica a los siete días del mes de julio del 2023.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DOCENTE
.....
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
.....
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
DOCENTE

TÍTULO DE LA TESIS

Bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

Autores:

Tiña Cruz, Glenny Milagros

DNI N°: 04653589

López Malhaber, Silvia Karina

DNI N°: 16727742

Asesor:

Dr. Leonardo Leyva Yataco

https://orcid.org/0000-0003-2236-5062

DNI N°: 09410828

Dedicatoria

A mis queridos padres Leonardo (†) y Luisa, que gracias a su apoyo incondicional en los momentos más difíciles lograron motivarme a seguir adelante con mi formación profesional.

A mi Esposo Alcibíades y mi hija Rafaela que es mi gran inspiración de ser un buen ejemplo en su vida, gracias por su tiempo y paciencia pude concretar este anhelado sueño de concluir esta etapa en mi vida profesional.

Tiña Cruz, Glenny Milagros

A la memoria de mi querida tía María Concepción Malhaber Vizconde, que mi inculco el amor y trabajo en las metas y objetivos que me trace en la vida para mi realización personal y profesional.

López Malhaber, Silvia Karina

Agradecimiento

A mis profesores de la segunda especialidad por compartir sus conocimientos y experiencias.
A mis amigas Vivian y Karina, gracias por sus energías positivas y ganas de seguir siempre adelante.

Tiña Cruz, Glenny Milagros

A mis padres Alberto y Silvia, por su amor y apoyo incondicional.

López Malhaber, Silvia Karina

Índice

Dedicatoria vi
Agradecimiento vii
Índice viii
Índice de tablas x
Resumen xi
Abstract xii
Introducción xiii
CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
1.1. Descripción del problema 15
1.2. Formulación del problema 17
1.3. Objetivos de la investigación 18
1.4. Justificación 18
1.5. Limitaciones 19
CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO
2.1. Antecedentes de la investigación 20
2.2. Bases teóricas 22
2.3. Definición de términos 45
2.4. Identificación de variables 45
2.5. Operacionalización de variables 46
CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
3.1. Ámbito temporal y espacial 47
3.2. Tipo de investigación 47
3.3. Nivel de investigación 47
3.4. Métodos de investigación 48
3.5. Diseño de investigación 48
3.6. Población, muestra y muestreo 48
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 49
3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos 50
CAPÍTULO IV
PRESENTACION DE RESULTADOS
4.1. Análisis de información 51
4.2. Discusión de resultados 54
Conclusiones 57
Recomendaciones 58
Referencias bibliográficas 59

Anexos: 66
Anexo 1: Matriz de consistencia 67
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos 69
Anexo 3: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar 72

Índice de tablas

Tabla 1.	Características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.	51
Tabla 2.	Tipo de familia de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.	52
Tabla 3.	Bienestar psicológico según sexo en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.	53

Resumen

Objetivo. Determinar el bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022. **Método.** Investigación transversal, descriptiva, prospectiva. Método inductivo. Diseño descriptivo simple. La población de estudio fueron todos los adolescentes atendidos en el atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, del distrito y provincia de Ilo de la región Moquegua de julio a diciembre del año 2022; que, según los registros de atención, fueron un total de 86 adolescentes, muestra censal. La técnica fue la encuesta. **Resultados.** Del 100% (86) de adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022. El 30.2% (26) tuvieron una edad de 12 a 14 años y el 69.8% (60) una edad de 15 a 17 años. El 29.1% (25) fueron de sexo masculino y el 70.9% (61) de sexo femenino. El 97.7% (84) fueron solteros y el 2.3% (2) convivientes. El 74.4% (64) tuvieron instrucción secundaria incompleta. El 46.5% (40) tuvieron una familia nuclear, el 24.4% (21) una familia monoparental, el 14% (12) una familia extendida, el 9.3% (8) una familia ampliada y el 5.8% (5) una familia reconstituida. En los adolescentes de sexo masculino (25), el 32% (8) tuvieron un bienestar psicológico bajo, el 36% (9) tuvieron un bienestar psicológico medio y el 32% (8) un bienestar psicológico alto. En las adolescentes de sexo femenino (61), el 36.1% (22) tuvieron un bienestar psicológico bajo, el 42.6% (26) tuvieron un bienestar psicológico medio y el 21.3% (13) un bienestar psicológico alto. En los adolescentes estudiados el 34.9% (30) tuvieron un bienestar psicológico bajo, el 40.7% (35) un bienestar psicológico medio y el 24.4% (21) un bienestar psicológico alto. **Conclusión**. Los adolescentes de sexo masculino y femenino se caracterizaron por tener un bienestar psicológico medio. Las adolescentes mujeres presentaron una mayor proporción de bienestar psicológico bajo y menor proporción de bienestar psicológico alto.

Palabras clave: Adolescente, bienestar psicológico, bienestar en adolescentes, tipo de familia.

Abstract

Objective. Determine the psychological well-being of adolescents treated at the Alto Ilo Health Center, Moquegua 2022. **Method.** Cross-sectional, descriptive, prospective research. inductive method. Simple descriptive design. The study population consisted of all adolescents treated at the Alto Ilo Health Center, in the district and province of Ilo in the Moquegua region from July to December of the year 2022; which, according to the care records, were a total of 86 adolescents, census sample. The technique was the survey. **Results**. Of 100% (86) of adolescents treated at the Alto Ilo Health Center, Moquegua 2022. 30.2% (26) were between 12 and 14 years of age and 69.8% (60) between 15 and 17 years of age. 29.1% (25) were male and 70.9% (61) female. 97.7% (84) were single and 2.3% (2) cohabiting. 74.4% (64) had incomplete secondary education. 46.5% (40) had a nuclear family, 24.4% (21) a single parent family, 14% (12) an extended family, 9.3% (8) an extended family and 5.8% (5) a reconstituted family. In male adolescents (25), 32% (8) had low psychological well-being, 36% (9) had medium psychological well-being, and 32% (8) had high psychological well-being. In female adolescents (61), 36.1% (22) had low psychological well-being, 42.6% (26) had medium psychological well-being and 21.3% (13) had high psychological well-being. In the adolescents studied, 34.9% (30) had a low psychological well-being, 40.7% (35) a medium psychological well-being and 24.4% (21) a high psychological well-being. **Conclusions.** Male and female adolescents were characterized by having a medium psychological well-being. Female adolescents presented a higher proportion of low psychological well-being and a lower proportion of high psychological well-being.

Keywords: Adolescent, psychological well-being, well-being in adolescents, type of family.

Introducción

El bienestar psicológico es una condición para que el ser humano se perfeccione y cumpla con su potencial, lo cual tiene que ver con tener un propósito de vida; asumir retos y realizar esfuerzos para superarlos y así alcanzar las metas propuestas (1). Está relacionado con procesos de autorrealización, desarrollo del potencial humano y funcionamiento psicológico pleno (2). Es clave para un desarrollo óptimo, sin embargo, parece no seguir una trayectoria estable en el adolescente (3).

El Ministerio de Salud del Perú, estableció como el curso de vida adolescente de los 12 a los 17 años, 11meses y 29 días para las intervenciones sanitarias (5); Independiente de este grupo etáreo, la adolescencia es considerara como una edad de riesgos y oportunidades; en este curso de vida se producen cambios fisiológicos y físicos; que predispone al adolescente a cambios cognitivos y psicosociales que genera cierta sensibilidad a factores de riesgo del entorno (abuso, acoso, violación, ambientes delictivos, violencia o maltrato, pobreza, problemas familiares, problemas de salud mental, entre otros) que repercuten a nivel personal, familiar y comunitario; ocasionando problemas en el bienestar psicológico (6, 7). Los adolescentes con frecuencia padecen trastornos emocionales que pueden afectar su bienestar psicológico; se calcula que el 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad (8); por lo cual es necesario protegerlos de la adversidad, promover en ellos el aprendizaje socioemocional y el bienestar psicológico (8).

Estudios de la Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación (UNESCO), sobre el bienestar psicológico encontró que la dimensión más afectada en los adolescentes mujeres fue aceptación de sí misma y en varones la dimensión de proyectos. Una de cada dos adolescentes mujeres y uno de cada tres adolescentes varones se encuentran en un nivel bajo de bienestar psicológico (10). El bienestar psicológico suele asociarse con niveles de funcionamiento óptimo que incluyen, no solo la relación entre el sujeto y los demás, sino también actitudes internas como el dominio y el crecimiento personal (11). La vulnerabilidad afecta la capacidad

de los adolescentes para efectuar una transición exitosa a la edad adulta; las decisiones y conductas en el aspecto sexual tienen consecuencias perdurables para las oportunidades de vida y su bienestar psicológico (13).

Los adolescentes constituyen la tercera parte de la población peruana, su importancia radica en la potencialidad que ellas y ellos representan para el desarrollo de sus regiones y del Perú (5, 14). Ellos se ven más afectados por la pobreza, las carencias educacionales, la falta de trabajo, la violencia, la delincuencia, la explotación, la discriminación; que comprometen su desarrollo personal, el de sus familias y sus comunidades (14).

En el distrito de Ilo, específicamente en la jurisdicción del Centro de Salud Alto Ilo de Moquegua; esta situación es muy poco conocida por lo cual motivo a realizar una investigación que permita conocer el bienestar psicológico de los adolescentes, con información sobre la situación real de los adolescentes en su contexto; estos resultados permitirán implementar estrategias de intervención en el primer nivel de atención con un manejo oportuno e integral; a fin de contribuir en mejorar el bienestar psicológico de los adolescentes para que logren un desarrollo personal adecuado.

El informe del estudio está estructurado en capítulos; el Capítulo I se refiere al planteamiento del problema, el Capítulo II se refiere al marco teórico, el Capítulo III a la metodología; y el IV Capitulo se refiere a la presentación de resultados.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

El bienestar psicológico se define, como un esfuerzo para que el ser humano se perfeccione y cumpla con su potencial, lo cual tiene que ver con tener un propósito de vida; esto implica asumir retos y realizar esfuerzos para superarlos y así alcanzar las metas propuestas (1). El bienestar psicológico corresponde a una perspectiva relacionada con procesos de autorrealización, desarrollo del potencial humano y funcionamiento psicológico pleno (2). El bienestar psicológico en el adolescente es clave para un desarrollo óptimo, sin embargo, parece no seguir una trayectoria estable en el adolescente (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el curso de vida de los 10 y 19 años (4). El Ministerio de Salud del Perú, estableció como el curso de vida adolescente de los 12 a los 17 años, 11meses y 29 días para las intervenciones sanitarias (5). Independiente de estos grupos etáreos, la adolescencia es considerara como una edad de riesgos y oportunidades; en este curso de vida se producen cambios fisiológicos y físicos; que predispone al adolescente a cambios cognitivos y psicosociales que genera cierta sensibilidad a factores de riesgo del entorno como sociales, económicos, culturales entre otros que repercuten a nivel personal, familiar, comunitario y social; ocasionando problemas en el bienestar psicológico (6).

La salud de los adolescentes se relaciona con su conducta y la interacción con su medio ambiente, en ellos se pueden presentar problemas relacionados al abuso, el acoso, violencia, problemas familiares, problemas de salud mental, entre otros (7).

La adolescencia es una etapa de cambios físicos, emocionales y sociales; a esto se le suma el entorno con la exposición a la pobreza, los malos tratos o la violencia, lo que puede ocasionar que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental, por lo cual es necesario protegerlos de la

adversidad, promover en ellos el aprendizaje socioemocional y el bienestar psicológico (8).

Los adolescentes padecen trastornos emocionales con frecuencia y en algunas ocasiones esto puede afectar su bienestar psicológico. Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en este grupo de edad; se calcula que el 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad. También se calcula que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión (8).

En países con pobreza las características de los adolescentes se presentan en contextos sociales vulnerables, barrios pobres, asentamientos humanos, con riesgo o ambientes delictivos, limitado acceso al sistema de salud, educación, y al sistema laboral (9). Los adolescentes se encuentran en ambientes, inseguros, violentos; en algunos casos maltrato en el vínculo familiar (9).

Estudios de la Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación (UNESCO), sobre el bienestar psicológico encontró que la dimensión más afectada en las adolescentes mujeres fue aceptación de sí misma y en adolescentes hombres la dimensión de proyectos. Una de cada dos adolescentes mujeres y uno de cada tres adolescentes hombres se encuentran en un nivel bajo de bienestar psicológico (10).

El bienestar psicológico suele asociarse con niveles de funcionamiento óptimo que incluyen, no solo la relación entre el sujeto y los demás, sino también actitudes internas como el dominio y el crecimiento personal (11).

La comunicación familiar representa un ente fundamental en el desarrollo emocional, conductual y psicológico en la etapa de la adolescencia, por consiguiente, se muestra como factor influyente para el desarrollo óptimo del bienestar psicológico (12).

La vulnerabilidad afecta la capacidad de las jóvenes para efectuar una transición exitosa a la edad adulta (13). Las decisiones y conductas en el

aspecto sexual tienen consecuencias perdurables para las oportunidades de vida y su bienestar psicológico (13).

Los adolescentes constituyen la tercera parte de la población peruana, sin embargo, su importancia no radica en el peso numérico, sino en la potencialidad que tienen para el desarrollo de sus regiones y por ende del Perú (5, 14). Los adolescentes se ven más afectados por la pobreza, las carencias educacionales, la falta de oportunidades laborales, la violencia, la explotación y la discriminación que comprometen su desarrollo personal, el de sus familias y sus comunidades, creándose un círculo vicioso de reproducción de la pobreza (14).

Estudiar el bienestar en edades tempranas se ha convertido en un trabajo relevante de distintos organismos a nivel internacional, reflejando la preocupación por su promoción desde la infancia y la adolescencia; sin embargo la investigación en este contexto todavía es escasa (15).

En el distrito de Ilo, específicamente en la jurisdicción del Centro de Salud Alto Ilo de Moquegua; esta situación es muy poco conocida por lo cual motivo a realizar una investigación que permita conocer el bienestar psicológico de los adolescentes. El estudio brindo información actualizada sobre la situación real de los adolescentes en su contexto; estos resultados permitirán implementar estrategias de intervención en el primer nivel de atención con un manejo oportuno e integral; a fin de contribuir en mejorar el bienestar psicológico de los adolescentes para que logren un desarrollo personal adecuado.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022?
- ¿Cuál es el tipo de familia de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022?
- ¿Cuál es el bienestar psicológico según sexo en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.
- Identificar el tipo de familia de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.
- Identificar el bienestar psicológico según sexo en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

1.4. Justificación

El bienestar psicológico en el adolescente es clave para un desarrollo óptimo, sin embargo, parece no seguir una trayectoria estable en el adolescente (3).

Los adolescentes padecen trastornos emocionales con frecuencia y en algunas ocasiones esto puede afectar su bienestar psicológico (8). El bienestar psicológico suele asociarse con niveles de funcionamiento óptimo que incluyen, no solo la relación entre el sujeto y los demás, sino también actitudes internas como el dominio y el crecimiento personal (11). La comunicación familiar representa un ente fundamental en el desarrollo emocional, conductual

y psicológico en la etapa de la adolescencia, por consiguiente, se muestra como factor influyente para el desarrollo óptimo del bienestar psicológico (12).

La adolescencia es considerara una etapa de riesgos, en ella se experimentan cambios que pueden implicar la aparición de problemas de salud, en ella influyen factores sociales, económicos y culturales que repercuten a nivel personal, familiar, comunitario y social (6). Las condiciones de vulnerabilidad afecta la capacidad de las jóvenes para efectuar una transición exitosa a la edad adulta en lo que se refiere a los roles que desempeñarán como miembros de la sociedad y como ciudadanos (13). Los problemas de pobreza, las barreras culturales, económicas, sociales y geográficas inciden en la salud de la adolescente (16).

En el distrito de Ilo, específicamente en la jurisdicción del Centro de Salud Alto Ilo de Moquegua; Existe escasa información sobre el bienestar psicológico de los adolescentes de l2 a 17 años, esta situación es muy poco conocida por lo cual motivo a realizar esta investigación. El estudio brindo información actualizada sobre la situación real de los adolescentes en su contexto; específicamente sobre las características socio demográficas del adolescente, el tipo de familia y su bienestar psicológico; aspectos que permitirán organizar la oferta sanitaria para una adecuada intervención en el primer nivel de atención, identificando de manera oportuna aquellas condiciones que pueden convertirse en riesgo para su salud, para un manejo oportuno de manera integral; a fin de contribuir al bienestar psicológico de los adolescentes para que logren un desarrollo personal adecuado.

1.5. Limitaciones

En el proceso de recolección de datos, específicamente en la aplicación del cuestionario a las adolescentes, se tuvo demoras, debido a que en algunos casos las adolescentes no se encontraban en sus domicilios; por lo cual se tuvo reprogramar las visitas domiciliarias.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

García et al (11), estudiaron el bienestar psicológico de adolescentes montevideanos (Escala BIEPS-J – Casullo), el estudio fue correlacional y no experimental, la muestra fue de 473 jóvenes de planteles educativos públicos y privados de Montevideo; los estadísticos usados fueron la t-Student, chi-cuadrado de independencia y test exacto de Fisher. Se hallaron diferencias significativas en la aceptación según sexo ($p < 0,0001$) y según la edad agrupada en los vínculos ($p = 0,003$), en la aceptación ($p = 0,036$) y en el bienestar psicológico ($p = 0,028$); también se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la aceptación ($p < 0,0001$) y entre el sexo y el bienestar psicológico ($p = 0,007$); los resultados son discutidos desde los postulados de bienestar multidimensional y desde los indicadores evolutivos adolescentes del ciclo vital. En este sentido, la muestra adolescente presenta altos valores de bienestar psicológico, expresado en un adecuado funcionamiento en control, aceptación, vínculos y proyectos. Se sugiere una posible trayectoria diferencial del bienestar psicológico en sus dimensiones de acuerdo al sexo.

Rodríguez y Barajas (17), identificaron el nivel de bienestar psicológico en adolescentes que viven en condición de vulnerabilidad y su relación con las principales redes de apoyo social como familia, iguales, escuela y comunidad; diseño no experimental, correlacional. Muestra 201 estudiantes de secundaria los instrumentos se aplicaron previo consentimiento informado de los padres. Los hallazgos muestran que más de la tercera parte de los adolescentes conciben poseer un nivel alto de bienestar, destacan correlaciones con comunicación familiar, apoyo social de iguales, escuela y en menor grado con apoyo comunitario; se concluye que a pesar de las condiciones adversas que enfrentan los adolescentes un porcentaje se sienten satisfecho, las redes de

apoyo social en su conjunto, ejercen un efecto protector en el desarrollo del adolescente que vive en condiciones de vulnerabilidad.

Fernández et al (18), estudiaron el perfil de bienestar psicológico subjetivo (BPS) en adolescentes uruguayos; el estudio evaluó el BPS de 5189 adolescentes escolarizados uruguayos (capital e interior) de 12 a 21 años. Se realizaron análisis comparativos por sexo, lugar de residencia y por grupos de edad. Los resultados indicaron que los adolescentes uruguayos tienen un nivel adecuado de BPS con relación a los promedios internacionales; en el análisis específico por dominios se observa que los adolescentes están más satisfechos con su pertenencia a los grupos que integra (conexión a la comunidad) y menos satisfechos con cuán seguros se sienten y su seguridad futura. En cuanto a diferencias por sexo, las chicas reportan un nivel significativamente menor de BPS en todos los dominios; en cuanto a la comparación según tramos de edad, se observó una tendencia decreciente en el nivel de BPS desde los 15 años, que vuelve a subir en el tramo de adolescencia tardía (18 a 21). Estos resultados buscan aportar a estudios en proceso y brindan información para el diseño de políticas públicas e intervenciones educativas.

Faberio (19), determino las propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico BIEPS-J en estudiantes del nivel secundario de colegios estatales del distrito de comas, 2019, a través de un estudio descriptivo; la muestra estuvo conformada por 1000 adolescentes donde sus edades oscilan en 14 y 16 años, se encontró que más del 60% de los estudiantes tuvieron un bienestar psicológico medio y alto, teniendo mejores valoraciones en la dimensión de proyecto de vida y menor valoración en relaciones psicosociales. El estudio arrojo recomendaciones para mantener una mejor estabilidad emocional y bienestar psicológico en la población determinada.

Gómez y Mejía (20), estudiaron las características demográficas, sociales, familiares y económicos en adolescentes de 10 a 19 años del municipio de Carepa, Colombia; el estudio fue descriptivo, se utilizó una encuesta dirigida a buscar información sobre la prevalencia del embarazo y las características

demográficas, sociales, familiares y económicas; se aplicaron medidas descriptivas para presentar las frecuencias absolutas y relativas de las variables; se aplicaron un total de 566 encuestas, la prevalencia de embarazo adolescente fue del 17,8%, el 69,5% cursaban estudios secundarios incompletos, el 51,9% eran de estrato socioeconómico uno, el 37,9% tenían ingresos mensuales en sus hogares inferiores a 500 mil o menos, el 50% de ellas tenía una edad de 15 años, el 8,4% fueron maltratadas física o verbalmente y el 1,3% fueron violadas por su padre o familiar en conclusión el estudiose encontró una la prevalencia de embarazo adolescente que requiere ser evaluada.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Adolescencia

El Ministerio de Salud, bajo la Resolución Ministerial Nº 538-2009/MINSA, determina el nuevo rango de edades para definir la etapa de vida adolescente de los 12 a los 17 años, 11meses y 29 días (5).
Los adolescentes constituyen la tercera parte de la población peruana y tienen potencialidades que van a contribuir al desarrollo de sus regiones y del Perú (5, 14).

Es necesario recordar que los patrones de comportamiento que se adquieren durante la adolescencia, los hábitos alimentarios, el uso de medidas de seguridad y la forma de hacer frente a los conflictos y riesgos, se instalan para toda la vida, afectando su salud y bienestar en el futuro (14).

La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) divide a la adolescencia en tres etapas:
Adolescencia temprana: "abarca aproximadamente desde los 10 u 11 años hasta los 14. Se caracteriza fundamentalmente por el inicio de la pubertad, donde se producen los grandes cambios físicos, que afectan al crecimiento y maduración sexual" (21).
En este curso de vida hay mayor relación con amigos del mismo sexo, cuyas opiniones adquieren mayor importancia; por eso es importante

procurar que sean relaciones que aporten valores positivos (deporte, música, circulo de estudios, entre otros); existe una gran presión del grupo en la toma de decisiones (21). En esta etapa ocurre la falta de control de impulsos, desafiando a la autoridad y dando lugar a conductas arriesgadas o peligrosas (21).

Adolescencia media: entre los 15 y los 17 años. Caracterizada, sobre todo, por los conflictos familiares, debido a la importancia que adquiere el grupo (21).

"En esta etapa hay un mayor conflicto con los padres, ya que tienen afán de contradicción; se vuelven más independientes, con personalidad e intereses propios, aunque los padres todavía son muy importantes" (21).

"Esta es la etapa de máxima interacción con los amigos y sus valores, las diferentes formas de vestir entre otros y se separan más de la familia; empiezan, también, las relaciones heterosexuales, también aparecen los comportamientos de riesgo: accidentes, drogadicción, embarazos entre otros" (21).

Adolescencia tardía: desde los 18 a los 21 años. Caracterizada por la reaceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades propias de la edad adulta (21).

2.2.1.1. Patrones normales del crecimiento y desarrollo físico en los adolescentes.

El inicio de los cambios puberales viene determinado tanto por variables genéticas como ambientales (alimentación, condiciones de salud personal y ambiental, higiene, actividad deportiva, lugar geográfico, estímulos psíquicos, sociales, etc) (22).

Cambios hormonales

Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal

En la infancia y la época prepuberal, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y las gonadotropinas hipofisarias (hormona foliculoestimulante [FSH] y hormona luteinizante [LH]) están inhibidas por acción de mecanismos inhibidores del sistema nervioso central y por una alta sensibilidad a la retroalimentación negativa de los esteroides gonadales, de modo que aún con niveles muy bajos, son capaces de frenar la producción de GnRH; "la pubertad comienza con una disminución de la sensibilidad de las neuronas hipotalámicas productoras de hormona liberadoras de gonadotropinas (GnRH) a la inhibición ejercida por los esteroides gonadales" (22).

"De esta forma, se van incrementando la secreción y los pulsos de GnRH; la GnRH actúa sobre la hipófisis estimulando la secreción de gonadotropinas (FSH y LH), las cuales a su vez estimulan la gónada, con el consiguiente incremento en la producción de andrógenos y estrógenos" (22). El ratio LH/FSH (basal o tras GnRH) es útil para identificar el comienzo de la pubertad, ya que es diferente en el periodo prepuberal (predomina FSH y es < 1), que en el período puberal (predomina LH y es > 1) (22).

Suprarrenales

"Entre los 6-8 años de edad ósea se produce la adrenarquia o maduración de las suprarrenales; se inicia unos 2 años antes que el aumento de los esteroides gonadales, y es independiente del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal" (22).

Eje hipotálamo-hipófiso-somatomedínico

En la pubertad se produce la activación de este eje, ocasionando que el hipotálamo aumente la producción de la hormona liberadora de la hormona del crecimiento (GH),

que, a su vez, aumenta los niveles de factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGFI) y proteína transportadora de IGF tipo 3; este incremento se produce antes en las mujeres que en los hombres (22).

Crecimiento y maduración física

El inicio y la progresión de la pubertad varían de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad; la edad media de inicio del desarrollo mamario fue de 10,6 (±1) años, la edad media de inicio del desarrollo testicular de 12,3 (±1,1) años, y la edad media en la cual se presenta la menarquia es de 12,7 (±0,9) años; los cambios físicos en la pubertad son: aceleración y desaceleración del crecimiento óseo y de órganos internos, cambios de la composición corporal y maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios) (22).

Crecimiento y desarrollo en la pubertad

"Existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las chicas y entre los 14 y 15 años en los chicos; el crecimiento puberal supone del 20 al 25% de la talla adulta definitiva" (22). En ambos sexos, durante el segundo año del crecimiento es cuando el incremento es mayor, de 5,8 a 13,1 centímetros en los hombres y de 5,4 a 11,2 centímetros en las mujeres; cada adolescente tiene su propio patrón de desarrollo, cuanto más precoz es la edad de inicio de la pubertad, la ganancia de talla durante la pubertad es mayor (22).

Este crecimiento puberal no es armónico, sino que se crece por «segmentos», con crecimiento inicial del segmento

inferior (extremidades inferiores) y con un orden de crecimiento de distal a proximal, crecen primero los pies; la talla definitiva se alcanza entre los 16-17 años en las chicas, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos (22).

Cambios de la composición corporal y el desarrollo de sistemas y órganos

El aumento de peso durante el crecimiento puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto; las chicas acumulan más grasa que los chicos, y en estos predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más magro en los varones (22).

Maduración sexual

"El primer signo de la pubertad en las chicas es el botón mamario, suele coincidir con una edad ósea de 11 años; el tiempo en el que completan la pubertad las niñas es de unos 4 años, pero puede variar de 1,5 a 8 años; la primera manifestación de desarrollo puberal en los chicos es el aumento del tamaño testicular (4 ml del orquidómetro de Prader) y de la bolsa escrotal, que se enrojece y adquiere mayor rugosidad, esto acontece a una edad ósea de 13 años"; entre las fases 2 y 3 de Tanner, que es el periodo de crecimiento testicular más rápido, suelen transcurrir de 12 a 14 meses (22). Los caracteres sexuales secundarios, tanto en el sexo masculino como en el femenino, dependen de la estimulación androgénica, salvo el desarrollo mamario, que depende del estímulo estrogénico; su aparición, adelantada o retrasada, frente al grupo de iguales es muy importante para el adolescente, pudiendo ocasionarle problemas de autoestima y psicológicos (22).

Menarquia

Se la define como el "inicio del primer período menstrual de una mujer; ocurre después del comienzo de las modificaciones físicas que definen la pubertad" (23-27); desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de fertilidad (23-27). Las edades extremas de aparición de la menarquía son de 10.5 y 15 años aproximadamente, que corresponden a ±2DS del promedio, siendo alrededor de los 12.8 años en nuestro medio (23-27).

2.2.1.2. Aspectos psicosociales en los adolescentes

Durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez; sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15-16 el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal (22). Giedd demostró que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos), la maduración definitiva (22). Esto explica la conducta de riesgo del adolescente, un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o comprometerse en conductas arriesgadas (22).

Independencia familiar.

Durante la adolescencia temprana existe menor interés en actividades paternas y recelo para aceptar sus consejos; se produce un vacío emocional que puede crear problemas de

comportamiento y disminución del rendimiento escolar; el comportamiento y el humor son inestables (22). En la adolescencia media aumentan los conflictos con los padres y se dedican a los amigos; al final de la adolescencia se integra con la familia y es capaz de apreciar sus consejos y valores; algunos dudan en aceptar responsabilidades, tienen dificultad para conseguir independencia económica y continúan (22).

Tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo.

En la fase temprana, por los cambios puberales, hay una gran inseguridad sobre sí mismo, preocupación por su apariencia y su continua pregunta: ¿soy normal? Se comparan con otros y existe creciente interés sobre la anatomía y la fisiología sexual; durante la fase media, va aceptando el cuerpo, intentando hacerlo más atractivo; pueden aparecer trastornos alimentarios; en la adolescencia tardía, se han completado el crecimiento y desarrollo puberal, se aceptan los cambios; la imagen solo preocupa si hay anomalías (22).

Relación con amigos, se establecen las parejas.

En la fase temprana existe gran interés por amigos del propio sexo, adquiriendo gran influencia sus opiniones y relegando a los padres; puede suponer un estímulo positivo (deporte, lectura) o negativo (alcohol, drogas) (22). Sensaciones de ternura hacia sus iguales, y puede conducirles a miedos y relaciones homosexuales; en la adolescencia media es poderoso el papel de los amigos, la intensa integración en la subcultura de estos, la conformidad con valores, reglas y forma de vestir,

separándose más de la familia; integración creciente en relaciones heterosexuales y en clubes; en la fase tardía, se establecen relaciones íntimas (parejas) (22).

Identidad.

En la fase precoz, empieza a mejorar la capacidad cognitiva: evolución del pensamiento concreto al pensamiento abstracto flexible, con creciente autointerés y fantasías; se establecen objetivos vocacionales irreales (estrella del rock, piloto, etc), mayor necesidad de intimidad (diario), emergen sentimientos sexuales, existe falta de control de impulsos que puede derivar en desafío a la autoridad y comportamiento arriesgado; en la fase media, hay mayor capacidad intelectual, creatividad, sentimientos y empatía; aparecen los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad que pueden llevarle a conductas arriesgadas (accidentes, drogadicción, embarazos, infecciones) (22). En la adolescencia tardía, el pensamiento ya es abstracto con proyección de futuro, se establecen los objetivos vocacionales prácticos y realistas; se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, estableciendo la capacidad para comprometerse y establecer límites (22).

2.2.1.3. Importancia del contexto o entorno en los comportamientos adolescentes

Son muchos los estudios y autores que acentúan la importancia del entorno o los "contextos" como determinantes de las formas de ejercer la condición adolescente, las que dependerían, según esta interpretación, de cómo se conforman unos contextos vitales, cuyas variables son relativamente posibles de aislar (9). El comportamiento de las adolescentes están en función de las

posibilidades que tienen de serlo, de las dinámicas, interacciones y prácticas adolescentes que se produzcan en estos años de su vida y, finalmente, en función de las respuestas que reciban de las instituciones adultas que les rodean (9). Los adultos somos responsables en gran medida de esta creación social, pero no individual, sino colectivamente; al igual que los demás fenómenos sociales modas, costumbres, movimientos; producen un sentimiento de impotencia en las personas que intentan cambiarlos o evitarlos (9).

2.2.1.4. Situación de Vulnerabilidad del Adolescente

Es aquella que se presenta por múltiples causas, de modo que los riesgos afecten el desarrollo integral o la seguridad personal de las niñas, niños y adolescentes, lo que conlleva a una carencia de protección de sus derechos, requiriendo las medidas de protección oportunas y eficaces para mitigar o superar dicha situación, adolescentes privadas de libertad, adolescentes involucradas en pandillas, adolescentes víctimas de explotación sexual, adolescentes víctimas de explotación laboral, adolescentes en situación de calle, adolescentes pobres, pobres extremos, adolescentes de familias disfuncionales y adolescentes víctimas de abandono familiar, entre otros (5).

La vulnerabilidad es definida como una situación latente caracterizada por la convergencia de circunstancias que aumentan la probabilidad de las personas y hogares de sufrir contingencias que disminuyan dramáticamente su bienestar (28). Es un concepto multidimensional que busca identificar factores que refuerzan la reproducción de procesos que deterioran el nivel de vida de hogares e individuos (28).

La vulnerabilidad tiene su origen en la interacción de factores internos y externos a los hogares, que configuran su situación en un momento y espacio determinado; los factores internos son los recursos de los que disponen los individuos y hogares, y las diversas estrategias de acción que estos les permiten desplegar para hacer frente a factores externos (shocks de origen natural o social) (28). A mayor cantidad, diversidad y calidad de los recursos que pueden movilizar los individuos y hogares para responder a modificaciones del entorno, menor el nivel de vulnerabilidad; en este sentido, el grado de vulnerabilidad de un individuo u hogar depende de los shocks que estos enfrentan y de su resiliencia a los mismos para evitar que estos profundicen o activen procesos de empobrecimiento (28).

El análisis de vulnerabilidad complementa a los indicadores estáticos adoptando una perspectiva ex ante acerca del bienestar, y amplía el análisis a individuos y hogares no considerados por los indicadores estáticos, dado que su alcance es mucho más amplio; la vulnerabilidad es entendida como combinación de la exposición de los agentes a shocks por un lado y su menor resiliencia a los mismos por otro, los que pueden derivar a perpetuar o profundizar los estados de pobreza (28).

2.2.2. Bienestar psicológico (BP)

El bienestar psicológico se define, como un esfuerzo para que el ser humano se perfeccione y cumpla con su potencial, lo cual tiene que ver con tener un propósito de vida; esto implica asumir retos y realizar esfuerzos para superarlos y así alcanzar las metas propuestas (1). Casullo (29), lo define como "la percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida, del grado de satisfacción personal con

lo que hizo, hace o puede hacer, desde una mirada estrictamente personal". El bienestar psicológico corresponde a una perspectiva relacionada con procesos de autorrealización, desarrollo del potencial humano y funcionamiento psicológico pleno; representa un constructo multidimensional que apunta a un conjunto de ámbitos y funciones que constituyen indicadores del desarrollo humano, lo que implica vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos (2).

"El bienestar es un constructo complejo, sugestivo y de larga tradición filosófica, con matices en lo individual y en lo social, que ha ido ganando cabida en el interés de profesionales dedicados al desarrollo humano y de la salud mental tales como médicos, psicólogos, orientadores, educadores y otros enmarcados en la praxis de las ciencias sociales y de la salud" (30).

¿Qué entendemos por bienestar psicológico (BP)? ¿Una persona tiene alto bienestar si experimenta satisfacción en su vida, si frecuentemente su estado de ánimo es bueno y sólo ocasionalmente experimenta emociones poco placenteras como tristeza o rabia? La Literatura referida a investigaciones sobre el tema señala que la satisfacción es un constructo triárquico (29). Por un lado, se consideran los estados emocionales (afecto positivo y afecto negativo), por el otro, el componente cognitivo y las relaciones vinculares. Los estados emocionales son más lábiles y momentáneos, y al mismo tiempo son independientes. Tener una alta dosis de afectividad positiva no implica tener una baja dosis de afectividad negativa. El componente cognitivo de la satisfacción se denomina bienestar y es el resultado del procesamiento de informaciones que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en el transcurso de su vida (29).

La percepción del BP no es temporalmente estable. Los individuos evalúan continuamente su situación personal, tanto a nivel individual como social (29). No es consistente en distintas situaciones. las

personas no son igual de felices en mejores o en peores condiciones. El BP promedio es superior en los países que tienen mejores condiciones de vida (29). El bienestar no es una vivencia netamente interna e individual. Si bien es cierto que existen ciertas disposiciones subjetivas, existen variables ambientales que interactúan con las variables personales (29).

Una persona que se distingue por tener BP, no evita ni deja de lado el dolor, ni olvida que la vida puede tornarse difícil, pues, tiene consciencia al distinguir que la vida es dinámica y cambiante, por lo que sabe que igual hoy su mundo está bien, pero que mañana puede ser diferente; y que, a pesar de todo ello, se puede levantar y dar lo mejor de sí misma, además de mirar todo lo bueno que hay en los demás (31). Por tanto, se aprende de la experiencia de vida, se mantiene disponible, fluye y deja que la vida siga su curso, con una actitud positiva.

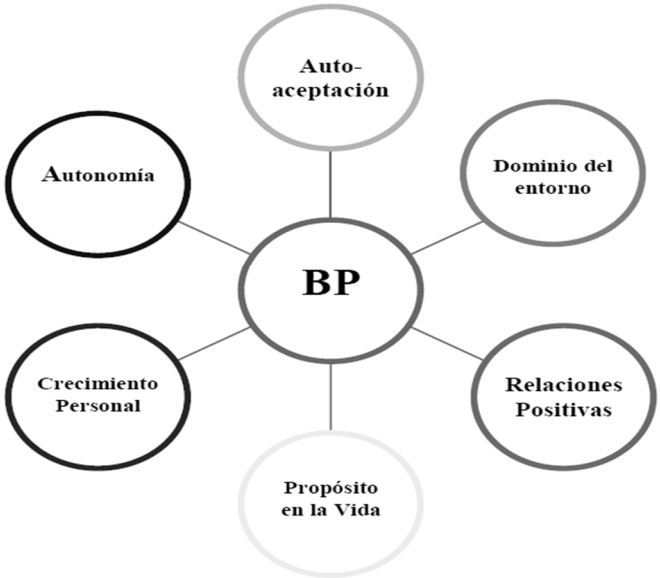
La perspectiva hacia las situaciones saludables del ser humano, a partir del surgimiento de la Psicología Positiva, dio pauta a estudios cuya finalidad se centraba en identificar aspectos positivos de las personas; entre los cuales se destacan: la felicidad, las fortalezas y motivaciones, así como, las prácticas y estilos de vida que permiten una existencia satisfactoria, todos ellos implican y posibilitan el bienestar (32).

Seligman (33), señala que el tema de estudio de la psicología positiva es el bienestar, ya que se puede observar o medir en el florecimiento humano y que la meta de la psicología positiva es aumentar este desarrollo. Por lo que, el bienestar como constructo, no es una cosa tangible, sino un concepto que tiene varios elementos medibles, donde se integra a la felicidad. Por su parte Diener y Diener (34), postulan tres formas, para hacer referencia al bienestar de manera general: la primera conlleva la valoración del individuo sobre su vida en términos optimistas, relacionándose con la satisfacción con la vida. La segunda, predominancia de afectos positivos a negativos. Y la tercera, vinculada a la felicidad como una virtud y con un único valor final.

2.2.2.1. Dimensiones del bienestar psicológico

Ryff (1989), al unir todas sus investigaciones sobre el bienestar y el potencial humano, crea un modelo integrado de desarrollo personal, que incluye actitudes, valores, sensaciones y actividades para el crecimiento, dicho modelo se integra por seis dimensiones (Figura. 1), que forman parte del BP (32, 33).

Figura 1. Dimensiones del BP



Cabe mencionar que la evaluación del BP varía de acuerdo a la etapa de la vida de la persona, al género y los aspectos culturales (1, 32). Así ocurre que hay muchos procesos psicológicos que se originan cuando una persona se dispone a evaluar sus experiencias vitales y psicológicas como las comparaciones sociales, opiniones de personas importantes, la existencia del porqué de ciertos eventos, y el valor que se le atribuye a dichas situaciones; estos procesos son capaces de modificar la percepción del bienestar (32, 35).

El modelo multidimensional de BP propuesto por Ryff (1), otorga una dimensión global para medir el BP, al dar un

panorama y estado de bienestar en que se encuentran las personas con respecto a su vida. A continuación, se describe brevemente cada una de las dimensiones.

Autoaceptación

Implica quererse tal y como uno es a pesar de los defectos o limitantes que forman parte del ser humano; aceptar y disfrutar del lugar y condiciones en que se viven, sin que implique conformismo. Así la autoaceptación se determina a partir de la evaluación positiva que se hace del sí mismo y la estimación positiva del pasado (1, 32), al mirar el presente y futuro con gran aceptación y optimismo; esto implica una mirada y un juicio que se realiza de uno mismo, es decir, determinar el cómo nos vemos y si nos gusta o no lo que vemos, por lo que resulta vital para el equilibrio psicológico, ya que cuando es positiva permite actuar con eficacia, existen sentimientos de estar a gusto consigo mismo y tener la disposición de encarar las dificultades de la existencia, sin embargo, cuando es negativa, origina sufrimientos y molestias que dan surgimiento a conflictos (32, 36).

Dominio del entorno

Se considera como una habilidad personal para elegir o crear entornos favorables y satisfacer deseos o necesidades propias, pues requiere del funcionamiento positivo, puesto que las personas con alto dominio en su entorno, tienen una mayor sensación de control sobre el mundo que les rodea al interactuar en diversos contextos (32, 37). Por su parte, Ryff y Keyes (1), refieren que es la capacidad para manejar de manera afectiva la propia vida y el ambiente. En esta dimensión, se involucra principalmente el espacio personal, el cual es la zona que rodea a un individuo y no puede entrar otra persona sin autorización, este puede variar en su forma,

tamaño y aproximación, de acuerdo a las diferencias individuales, las circunstancias y la naturalidad de las relaciones personales (32, 38), pues el espacio personal tiene un referente especial que radica en la distancia entre dos o más personas y que se involucra inagotablemente con el espacio, lugar, contexto en el que se interactúe.

Sánchez (32, 39), señala que dentro de la calidad de este proceso que involucra el espacio personal y el entorno, se presentan capacidades o cualidades como: adecuación en las relaciones interpersonales o afectivas y capacidad de sentir comunidad con otros, adecuación en el amor, el trabajo y el juego como formas básicas de relación de la persona con su medio, eficiencia para satisfacer demandas y requerimientos razonables del espacio, adaptación al entorno como a sus cambios incluyendo la capacidad de modificarse así como la habilidad de cambiar el espacio y de resolver problemas y por ende, enfrentarse al estrés.

Relaciones positivas

Cada persona es parte del esqueleto social y de acuerdo a la ubicación y función en la sociedad, se efectúan las relaciones interpersonales, cuyo pilar, que permite dicha interacción y que en la actualidad se sigue investigando, es la existencia de las neuronas espejo, cuya función es reproducir las acciones que se observan en otros, es decir, imitar las conductas de los demás, por lo que algunas de estas neuronas, se ocupan de registrar las intenciones, interpretar emociones o comprender las implicaciones sociales (32).

El bienestar depende de las relaciones que se tengan como vínculos cercanos, con la finalidad de generar una buena convivencia, para ello es conveniente poner atención al sistema de conductas propias, así como dejar de lado los

prejuicios. En este sentido Pereyra (32, 40) señala cinco características de una relación positiva:

- Sentimientos de alegría y gozo al interactuar, así como la intención marcada ante el apoyo mutuo.
- Procurar el bienestar y la felicidad del otro.
- Apertura para expresar libremente opiniones y respeto mutuo (buena comunicación).
- Valorar mutuamente las cualidades, habilidades y características, así como, aceptar y reconocer los defectos y limitantes.
- Apoyo y trabajo constructivo para superar lo negativo y reforzar lo positivo y bueno de cada uno.

Propósito en la vida

Conlleva en que las personas se marquen metas y definan objetivos, para que cada día de su vida, se manifieste con cierto sentido (37), y valorar la existencia, al mantener una gran motivación interna ante los quehaceres de la vida cotidiana, lo que implica que el propósito en la vida, está íntimamente relacionado con el sentido de la vida; lo involucra una misión por cumplir, un cometido concreto que va de persona en persona, y al adquirir conciencia y significado de dicho cometido, solo queda asumir la responsabilidad de la existencia y vivir en y con sentido (32, 37).

Crecimiento personal

Las personas tienen un empeño en desarrollar potencialidades, crecer como persona y llevar al máximo las capacidades (37). Powell (32, 41) habla sobre el crecimiento personal como un camino que continúa toda la vida, y en el cual las habilidades se desarrollan de forma gradual, nombrándolo como crecimiento paulatino, y haciendo una

distinción entre el perfeccionismo alcanzado y el proceso de crecimiento, pues las personas que elijan el camino del crecimiento paulatino, sentirán satisfacción de mejorar cada vez más y disfrutar del proceso, más que alcanzar la perfección.

Autonomía

Este remite a la autodeterminación personal, en que las personas se asienten en sus propias convicciones, y mantengan su independencia y autoridad personal (1). La autonomía puede concebirse como un estado o condición de la persona, que no depende de otros para determinados aspectos ya que involucra notablemente a la responsabilidad; de esta manera al ganar autonomía en la vida, se incrementa la responsabilidad de los actos y por tanto se reduce la protección y la influencia de otros. Así mismo, indica alta o baja autonomía que radica en ambientes familiares y sociales controladores (32). Ante ello, Powell (41) señala que al aceptar toda la responsabilidad de los actos que se hagan y se han hecho durante la vida, y sumar, tanto las respuestas emocionales y de comportamiento ante las situaciones de la existencia, resulta ser el paso definitivo a la madurez humana, y por ende un paso fundamental en el ciclo vital para adquirir autonomía.

2.2.2.2. Percepción del Bienestar Psicológico en el adolescente

El significado del bienestar psicológico ha sido estudiado por diferentes autores que han definido por medio de varios ítems su significado. Sin embargo, lo planteado tanto por Ryff como por Casullo es sensible a las modificaciones que se pueden presentar de acuerdo al ciclo vital en el que se encuentre una persona; es decir, el concepto y las

dimensiones del bienestar psicológico no debe generalizarse, pues varían según la población, y mucho más en adolescentes (42).

A pesar de que el Bienestar Psicológico ha sido evaluado con base en las seis dimensiones de Ryff, diversos estudios demuestran que existe una amplia diferencia entre lo que es considerado como Bienestar psicológico para adultos jóvenes, adultos y mayores, en comparación de la concepción que tienen al respecto los adolescentes. Por tanto, se hace importante revisar aquello que para los adolescentes significa Bienestar, para lo cual Casullo y Castro (2000) realizaron investigaciones sobre el Bienestar Psicológico en Latinoamérica, en donde se centraron en identificar qué significa para los adolescentes encontrar bienestar. De esta manera los autores mencionados realizaron un protocolo cualitativo de preguntas cuyas respuestas fueron comparadas con las obtenidas mediante escalas estandarizadas para la evaluación del Bienestar Psicológico (42).

Casullo y Castro (2000), esperaban obtener respuestas en los adolescentes con tendencias hacia el reconocimiento y la necesidad de tener una vida social muy amplia (relacionada con la dimensión de vínculos); pero en el resultado encontrado, aunque efectivamente daban gran importancia a la dimensión de vínculos, era más orientada a la familia y al estar bien con las personas que quieren; asimismo, también se observa un resultado muy significativo en cuanto a la dimensión de aceptación de sí mismo, referente a aceptar "la vida que les tocó vivir" (42).

La realidad a nivel mundial refiere los adolescentes usualmente reportan un nivel de bienestar cercano a la media e incluso por encima de la misma; pero se debe tomar en

cuenta que este BP puede verse afectado en los adolescentes que crecen en condiciones desfavorables, conllevando a factores de riesgo, por ejemplo el bajo nivel socio económico, vulnerabilidad en salud que posibilitan estados de ansiedad, depresión o melancolía que podrían afectar su percepción de bienestar psicológico (43).

2.2.3. La familia

Para la Organización Mundial de la Salud, "La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas; La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella" (44).

La familia es la unidad básica de salud y debe educar con normas y límites, ejerciendo una autoridad afectiva, compartida y responsable; es la entidad idónea como transmisora de factores protectores (45).

La familia clásica de corte tradicional, judeocristiano, en la que convivían abuelos, hijos y nietos, ha dado paso a otras, parejas de hecho (mixtas u homosexuales), parejas de derecho, familia nuclear (mono o biparental), familia polinuclear, familia sin abuelos, familias agregadas, temporales o reconstituidas; la familia convencional mononuclear biparental supone ya, en muchos países, el 50% del total (45).

Es evidente que, en ocasiones, la dispersión familiar y la separación de los padres afectan a los adolescentes, ya que se impide que reciban los factores protectores adecuados, bien porque se actúa con sobreprotección para congraciarse con los hijos de la nueva pareja, o se produce el rechazo o hay situaciones ambivalentes que estallan posteriormente en alteraciones de conducta y comportamiento (44, 45).

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el

individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas (44).

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia (46).

La familia se la puede considerar como un ámbito de convivencia, que delimita una porción de la vida social, en virtud de metas definidas, vinculando a las personas en niveles profundos de su ser y arrancando de los nexos bio psíquicos más elementales (47).

2.2.3.1. Tipología familiar (48)

En base a su ESTRUCTURA:

- Nuclear: padre, madre e hijos.
- Extensa: más abuelos.
- Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados) (48).
- Monoparental: padre o la madre y los hijos.

En base a su DESARROLLO:

- Primitiva: clan u organización tribal.
- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar (48).
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones (48).

En base a su INTEGRACION:

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente (48).
- Semi integrada: no cumplen sus funciones
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio (48).

En base a su DEMOGRAFIA:

- Urbana
- Rural
- Suburbana

En base a su OCUPACIÓN:

- Campesina obrera empleada
- Profesional Comerciante

2.2.3.2. Clasificación de las familias

Existen numerosas clasificaciones de la familia, De la Revilla clasifica la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados) (49).

La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores; Existen personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado); equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa) (49).

Gonzáles (46) la clasifica en:

- familia nuclear: el padre, la madre y los hijos (46).
- familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar (46).
- familia monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos (46).
- familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos (46).
- familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida (46).
- familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio (46).
- familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual (46).

Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad (46).

2.2.4. Características sociodemográficas

Son el conjunto de características biológicas, sociales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan

ser medibles (50). Es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad social concreta contextualizada de una población, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (50).

2.2.4.1. Educación

La educación ha mostrado una relación directa con el desarrollo de las personas y su estado de salud (51). En el Perú, aún se tiene población que no ha tenido acceso a la educación (personas sin instrucción), según el nivel educativo se tiene educación inicial, primaria, secundaria y superior; los cuales, dependiendo del grado alcanzado en cada nivel, pueden ser estudios completos o incompletos (52).

2.2.4.2. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto, que determinan los derechos y obligaciones de las personas (53). Se distinguen 05 tipos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal o de convivencia con otra persona (54).

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (54).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una unión libre o vida de convivencia con otra, atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (54).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (55).

Viuda: mujer que ha perdido a su cónyuge por haber muerto y no ha vuelto a casarse (55).

2.3. Definición de términos

Bienestar psicológico. Percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida, del grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer, desde una mirada estrictamente personal (29).

Adolescente. La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la adultez comprendida entre los 12 a los 17 años (5).

Familia. Es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para intervenciones preventivas y terapéuticas; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella (31).

Tipo de familia. Clasificaciones de la familia según su estructura, en referencia a estar constituida por ambos padres, hijos, parientes, solo un padre, parejas reconstituidas o equivalente familiar (46).

2.4. Identificación de variables

- **Variable:** Bienestar psicológico de los adolescentes.
  - **Dimensión: Características sociodemográficas**
    - Grupo de edad del adolescente.
    - Sexo del adolescente.
    - Estado civil del adolescente.
    - Nivel de instrucción del adolescente.
  - **Dimensión: Tipo de familia.**
    - Tipo de familia del adolescente.

- **Dimensión: Bienestar psicológico.**
  - Nivel de bienestar psicológico del adolescente.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Bienestar psicológico de los adolescentes	Es una condición del adolescente que le permite su autorrealización, desarrollo del potencial humano y funcionamiento psicológico pleno, lo cual es clave para un desarrollo optimo (2, 3).	Aplicación del Cuestionario con inventario para la evaluación de la escala de bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Ilo, Moquegua 2022.	Características sociodemográficas.	Grupo de edad del adolescente. Sexo del adolescente. Estado civil del adolescente. Nivel de instrucción del adolescente.	¿Cuántos años cumplidos tiene a la fecha?, Categorización del resultado. ¿Cuál es su sexo? ¿Cuál es tu estado civil? ¿Cuál es tu nivel de instrucción alcanzado?	Adolescencia inicial (10-14 años) (1). Adolescencia media (15-17 años) (2). Adolescencia tardía (18-21 años) (3). Masculino (1) /Femenino (2). Soltera (1) /Conviviente (2). Casada (3) /Viuda (4) /Divorciada (5). Sin instrucción (1) /Inicial (2). Primaria incompleta (3). Primaria completa (4). Secundaria incompleta (5). Secundaria completa (6). Superior incompleta (7). Superior completa (8).
			Tipo de familia	Tipo de familia del adolescente.	¿De qué tipo es tu familia o a que tipo pertenece?	Familia nuclear (1). Familia extendida (2). Familia ampliada (3). Familia monoparental (4). Familia reconstituida (5). Equivalente familiar (6).
			Bienestar psicológico	Nivel de bienestar psicológico del adolescente.	Preguntas de la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS), comprende 13 reactivos con tres opciones de respuesta con un puntaje de 1 (En desacuerdo) a 3 (De acuerdo). Anexo 2 (Instrumento de recolección de datos).	Bienestar Psicológico Bajo (1) Bienestar Psicológico Medio (2) Bienestar Psicológico Alto. (3)

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

El estudio sobre el bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, se desarrolló en el distrito y provincia de Ilo, región Moquegua en el año 2022.

El distrito de Ilo es uno de los tres que conforman la provincia de Ilo, ubicada en el departamento de Moquegua - Perú. Tiene un clima desértico; está situada a 33 metros sobre el nivel del mar en el Suroeste del país, a orillas del océano Pacífico al Sur de la desembocadura del río Osmore y al Norte de punta Coles (56). El distrito limita por el norte con el distrito de El Algarrobal, por el noroeste con el distrito de Pacocha, por el sur y oeste: con el Océano Pacífico y por el este con la provincia Jorge Basadre (dpto. de Tacna). Cuenta con un muelle multipropósito tipo espigón e industria minera (56).

3.2. Tipo de investigación

La investigación fue transversal, descriptiva, prospectiva (57-59). Transversal porque los datos se obtuvieron aplicando el cuestionario a los adolescentes en una sola ocasión, descriptiva por ser univariable y prospectiva porque los datos fueron recabados en el tiempo sobre la situación actual de los adolescentes en su contexto (57-59).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (60); su propósito fue describir las características sociodemográficas de los adolescentes, el tipo de familia y el bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, del distrito y provincia de Ilo de la región Moquegua en el año 2022.

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general.

Se empleó el método inductivo, este método permite establecer conclusiones generales a partir de análisis particulares de la información recabada a través del cuestionario para conocer el bienestar psicológico de los adolescentes; las características sociodemográficas y tipo de familia; con este método se describe aspectos, patrones, hechos o fenómenos y se puede llegar a ciertas conclusiones que permite comprender la situación (61).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández (60), el diseño es una guía para desarrollar la investigación y obtener la información que se desea en el estudio.

Para el estudio sobre el bienestar psicológico de los adolescentes se planteó un diseño fue descriptivo simple (60, 62).

Donde:

M O

M (Muestra): Adolescentes atendidas en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua en el año 2022

O (Observación): Características sociodemográficas, Tipo de familia y Bienestar psicológico de los adolescentes.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por todos los adolescentes atendidos en el atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, del distrito y provincia de Ilo de la región Moquegua de julio a diciembre del año 2022; que, según los registros de atención, fueron un total de 86 adolescentes.

3.6.2. Muestra

El estudio fue censal (59, 63, 64). Por lo cual no fue necesario calcular un tamaño de muestra, ni realizar el muestreo.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta. La Encuesta, es una de las técnicas de investigación utilizada por su enfoque objetivo y cuantitativo; permite la recogida de datos mediante la aplicación de un instrumento al que llamaremos cuestionario que permite obtener información para conocer las opiniones, percepciones, comportamientos, características, patrones desde las fuentes primarias (58, 65, 66).

El instrumento fue el cuestionario que contiene la escala de bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS) propuesta por Casullo está basada en la teoría multidimensional de Ryff (65, 67).

La Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS), comprende 13 reactivos con tres opciones de respuesta con un puntaje de 1 (En desacuerdo) a 3 (De acuerdo). Se compone de cuatro factores, control: sensación de dominio del entorno y auto competencia; vínculos: capacidad para establecer adecuadas relaciones sociales; proyectos: presencia de objetivos y metas en la vida; aceptación: conformidad con los aspectos buenos y malos de uno mismo (68).

Para la calificación de la escala de bienestar psicológico, tiene una puntuación directa, donde 1 = En desacuerdo; 2 = Ni en acuerdo ni en desacuerdo y 3 = De acuerdo. Se suma todos los ítems y se califica como bienestar psicológico bajo, medio y alto (68).

Se utilizó el método de percentiles, que consiste en distribuir las puntuaciones de los sujetos en 100 unidades, lo que permite ubicar el rango al cual pertenece el sujeto. En primera instancia se elaboró una tabla, donde se ordenaron las puntuaciones totales de mayor a menor. Luego mediante el uso de fórmulas se determinó los percentiles el cual va de 00 a 99, donde 00 a 34 se ubica en un

nivel bajo, desde 35 a 74 en un nivel medio y de un 75 a 100 en un nivel alto (68).

3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Para el estudio se utilizaron técnicas de análisis para datos categóricos; la información recabada por el cuestionario tuvo que ser tabulada, ordenada, clasificada y codificada (69).

Los datos fueron ingresados a una hoja de cálculo en el software Microsoft Excel 2013; esto se hizo debido a la facilidad de uso de este aplicativo. Para realizar el análisis estadístico, se importó la base de datos de Excel al programa SPSS 17 para Windows; a fin de realizar todo el proceso de análisis con estadística descriptiva utilizando frecuencias absolutas y relativas (69).

CAPÍTULO IV
PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

Estudio sobre el Bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua de julio a diciembre del 2022.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

Características sociodemográficas	Frecuencia n=86	Porcentaje h%=100%	Porcentaje acumulado
Grupo de edad del adolescente			
Adolescentes de 12 a 14 años	26	30.2%	30.2%
Adolescentes de 15 a 17 años	60	69.8%	100.0%
Sexo del adolescente			
Masculino	25	29.1%	29.1%
Femenino	61	70.9%	100.0%
Estado civil			
Soltera	84	97.7%	97.7%
Conviviente	2	2.3%	100.0%
Nivel de instrucción			
Primaria completa	13	15.1%	15.1%
Secundaria incompleta	64	74.4%	89.5%
Secundaria completa	9	10.5%	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre el Bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

Tabla 1. Del 100% (86) de adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022. El 30.2% (26) de los adolescentes tuvieron una edad de 12 a 14 años (adolescencia temprana) y el 69.8% (60) una edad de 15 a 17 años (adolescencia media). El 29.1% (25) de los adolescentes fueron de sexo masculino y el 70.9% (61) fueron de sexo femenino. El 97.7% (84) fueron solteros y el 2.3% (2) convivientes. El 15.1% (13) tuvieron instrucción primaria completa, el 74.4% (64) instrucción secundaria incompleta y el 10.5% (9) secundaria completa.

Tabla 2. Tipo de familia de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

Tipo de familia	Frecuencia n=86	Porcentaje h%=100%	Porcentaje acumulado
Familia nuclear	40	46.5%	46.5%
Familia monoparental	21	24.4%	70.9%
Familia extendida	12	14.0%	84.9%
Familia ampliada	8	9.3%	94.2%
Familia reconstituida	5	5.8%	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre el Bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

Tabla 2. Del 100% (86) de adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

El 46.5% (40) de los adolescentes tuvieron una familia nuclear, el 24.4% (21) una familia monoparental, el 14% (12) una familia extendida, el 9.3% (8) una familia ampliada y el 5.8% (5) una familia reconstituida.

Tabla 3. Bienestar psicológico según sexo en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

Bienestar psicológico	Sexo del adolescente				Total	
	Masculino		Femenino			
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
Bienestar Psicológico Bajo	8	32.0%	22	36.1%	30	34.9%
Bienestar Psicológico Medio	9	36.0%	26	42.6%	35	40.7%
Bienestar Psicológico Alto	8	32.0%	13	21.3%	21	24.4%
Total	25	100.0%	61	100.0%	86	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre el Bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

Tabla 3. En los adolescentes de sexo masculino (25), el 32% (8) tuvieron un bienestar psicológico bajo, el 36% (9) tuvieron un bienestar psicológico medio y el 32% (8) un bienestar psicológico alto.

En las adolescentes de sexo femenino (61), el 36.1% (22) tuvieron un bienestar psicológico bajo, el 42.6% (26) tuvieron un bienestar psicológico medio y el 21.3% (13) un bienestar psicológico alto.

Del 100% (86) de adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022. El 34.9% (30) tuvieron un bienestar psicológico bajo, el 40.7% (35) un bienestar psicológico medio y el 24.4% (21) un bienestar psicológico alto.

4.2. Discusión de resultados

Del total de adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua de julio a diciembre del 2022.

El 30.2% de los adolescentes tuvieron una edad de 12 a 14 años (adolescencia temprana) y el 69.8% una edad de 15 a 17 años (adolescencia media). El 29.1% fueron de sexo masculino y el 70.9% de sexo femenino. El 97.7% fueron solteros y el 2.3% convivientes. El 15.1% tuvieron instrucción primaria completa, el 74.4% instrucción secundaria incompleta y el 10.5% secundaria completa. En cuanto al nivel de instrucción los resultados fueron similares a lo hallado por Gómez y Mejía (20); pues en esta etapa la mayoria de los adolescentes se encuentran estudiando educación secundaria.

Sobre el estado civil, el haber encontrado que el 2.3% de los adolescentes fueron convivientes indica que este grupo está asumiendo mayores compromisos y responsabilidades que probablemente genere limitaciones para su desarrollo personal y alcanzar un bienestar psicológico adecuado. Por lo cual en este grupo etáreo es importante las intervenciones sanitarias con énfasis en la educación sexual, desarrollo personal y plan de vida.

El 46.5% de los adolescentes tuvieron una familia nuclear, el 24.4% una familia monoparental, el 14% una familia extendida, el 9.3% una familia ampliada y el 5.8% una familia reconstituida. Sobre este aspecto se menciona que los adolescentes con familias monoparentales, extendidas, ampliadas o reconstituida, tienen limitaciones en la comunicación familiar por desatención afectiva a los hijos, falta de confianza, entre otros (44, 45), lo cual repercute en su desarrollo emocional, conductual y psicológico, por consiguiente, se muestra como factor influyente que limita el desarrollo óptimo del bienestar psicológico (12). Ante esta situación es pertinente las intervenciones sanitarias domiciliarias; con adecuadas estrategias comunicacionales, talleres o sesiones que permitan fortalecer la relación y comunicación familiar con el adolescente.

En los adolescentes de sexo masculino (25), el 32% tuvieron un bienestar psicológico bajo, el 36% un bienestar psicológico medio y el 32% (8) un bienestar psicológico alto.

En las adolescentes de sexo femenino (61), el 36.1% tuvieron un bienestar psicológico bajo, el 42.6% un bienestar psicológico medio y el 21.3% (13) un bienestar psicológico alto. Los adolescentes de sexo masculino y femenino se caracterizaron por tener un bienestar psicológico medio. Las adolescentes mujeres presentaron una mayor proporción de bienestar psicológico bajo y menor proporción de bienestar psicológico alto en comparación a los adolescentes de sexo masculino; resultados que fueron similares a lo hallado por Fernández et al (18) y los estudios de la Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación (10), que indicaron que esto se puede deber a que las mujeres presentan una menor aceptación de sí mismas. Ante este resultado es pertinente que el sector salud implemente estrategias con involucramiento familiar que permita fortalecer la autoestima en el adolescente, el reconocimiento personal, la valoración de nosotros mismo, el respeto y el querernos como personas.

Del 100% de adolescentes estudiados, el 34.9% tuvieron un bienestar psicológico bajo, el 40.7% un bienestar psicológico medio y el 24.4% un bienestar psicológico alto. Los resultados fueron similares a lo hallado por Faberio (19), quien también encontró que más del 60% de los adolescentes tuvieron un bienestar psicológico medio o alto. Por otra parte, los resultados encontrados fueron diferentes a lo hallado por García et al (11), Rodríguez y Barajas (17), quienes encontraron en los adolescentes como característica, altos valores de bienestar psicológico; esta diferencia probablemente se deba al contexto en el cual viven los adolescentes donde el entorno es positivo, hay mayor comunicación familiar, apoyo social de iguales, mayores oportunidades desarrollo.

En el estudio solo uno de cada cuatro adolescentes tuvo un bienestar psicológico alto, lo cual indica que existe limitaciones para que los

adolescentes puedan adaptarse positivamente a su entorno y lograr su desarrollo personal en la adultez.

En los adolescentes el bienestar psicológico se puede ver influenciado por condiciones negativas del contexto en el cual viven, como las condiciones de vida familiar, la interacción social, los aspectos emocionales y propios de la etapa de la adolescencia, las condiciones del entorno (pobreza, delincuencia, violencia, inseguridad social, drogadicción), la falta de educación, consejería y otras condiciones vulnerables en las que podrían encontrarse. Por lo cual es necesario que se pueda intervenir en ellos de manera integral por los sectores involucrados, con una adecuada educación, salud física, mental, disminución de inequidades, igualdad de oportunidades entre otros a fin de que puedan afrontar positivamente las condiciones de su contexto y puedan desarrollarse como personas de bien, logrando sus proyectos de vida.

Conclusiones

1 Los adolescentes en su mayoria se caracterizaron por ser de sexo femenino, solteros, de 15 a 17 años y con educación secundaria incompleta.

2 Mas de la mitad de los adolescentes tuvieron familias monoparentales, extendidas, ampliadas o reconstituida; lo cual puede influir en la comunicación familiar por desatención afectiva a los hijos, falta de confianza, entre otros; que puede influir en el bienestar psicológico del adolescente.

3 Los adolescentes de sexo masculino y femenino se caracterizaron por tener un bienestar psicológico medio, asi mismo las adolescentes mujeres presentaron una mayor proporción de bienestar psicológico bajo y menor proporción de bienestar psicológico alto en comparación a los adolescentes de sexo masculino; probablemente por una menor aceptación de ellas mismas.

4 En el estudio uno de cada cuatro adolescentes tuvo un bienestar psicológico alto, lo cual indica que la mayoria de los adolescentes presentaron limitaciones para alcanzar un alto bienestar psicológico, que les permita adaptarse positivamente a su entorno y lograr su desarrollo personal en la adultez.

Recomendaciones

Al Gobierno Regional.

En los adolescentes el bienestar psicológico se puede ver influenciado por condiciones negativas del contexto en el cual viven; por lo cual es recomendable implementar políticas públicas que permitan tener entornos favorables para el adecuado desarrollo de los adolescentes; integrando acciones sectoriales con participación social; asi mismo focalizar acciones a grupos específicos más vulnerables con menores oportunidades; las políticas deben incluir, acceso pleno a la educación, fomento de la salud física, mental, disminución de inequidades, igualdad de oportunidades, soporte social a los grupos más vulnerables, fortalecimiento del desarrollo personal y social; con la finalidad que los adolescentes puedan afrontar positivamente las condiciones de su contexto y puedan desarrollarse como personas de bien, logrando sus proyectos de vida.

Al Sector Salud.

Es importante que el sector salud fomente en el nivel operativo educación sanitaria a los adolescentes para su desarrollo personal y familiar; que les permita afrontar las diversas situaciones que se presentan en su contexto y que puedan solucionar sus problemas en esta transición hacia la adultez con un bienestar psicológico adecuado.

Implementar estrategias de intervención operativas en el primer nivel de atención a los adolescentes, lo más temprano posible sobre todo en la adolescencia temprana; estas intervenciones deben comprender estrategias comunicacionales validadas, acordes a los grupos etáreos, visitas domiciliarias, talleres o sesiones que permitan fortalecer la relación y comunicación familiar con el adolescente; intervenciones educativas en sexual y reproductiva, acciones de psicología y consejería que permita mejorar la autoestima, el reconocimiento personal, la valoración de nosotros mismo, el respeto, el desarrollo personal y tener un plan de vida.

Referencias bibliográficas

1. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology. 1995;69(4):719.
2. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. Social science research. 2006;35(4):1103-19.
3. Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Meléndez JC. Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. Pensamiento psicológico. 2016;14(2):101-12.
4. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la Adolescencia. Centro de prensa. Notas descriptivas. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [updated 15 de septiembre 2022; cited 20 setiembre 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.
5. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2019 [cited 15 agosto 2022]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf.
6. Borrás Santiesteban T, Reynaldo Borrás A, López Domínguez M. Adolescentes: razones para su atención. Correo Científico Médico. 2017;21(3):858-75.
7. Salus. Adolescencia: ¿Hasta cuando se es adolescente? Salus [Internet]. 2011; 15(2): [5- pp.]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382011000200002&nrm=iso.
8. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. Centro de prensa. Notas descriptivas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [updated 17 de noviembre 2021; cited 12 de enero 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.
9. Silva Diverio I, Durán R, Alaiz Rodríguez I, Sánchez Iglesias I, Serapio Costa A, Azañedo Herrero V. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Madrid: Instituto de la Juventud; 2018. 156 p.

10. Tovar G, Gutiérrez J, Riveros FA, Bothert Ortiz KC, Fajardo Sandoval ME, Ospina Medina MC. Para qué y cómo medir el bienestar físico y psicológico de estudiantes adolescentes. Estudio piloto 2022 [Internet]. Bogotá: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2022 [cited 15 de enero 2023]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000384349/PDF/384349spa.pdf.multi.
11. García Álvarez D, Hernández Lalinde J, Espinosa Castro JF, José Soler M. Salud mental en la adolescencia montevideana: una mirada desde el bienestar psicológico. Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica. 2020;39(2):182-90.
12. Garcés Coca M, Mejía Rubio AdR. Comunicación familiar y su relación con el bienestar psicológico en estudiantes de bachillerato: Family Communication and Its Relationship to Psychological Well-Being in High School Students. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2023;4(1):564-75.
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013. Disponible en: https://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/2014/12/Salud-sexual-y-reproductiva-al-alcance-de-adolescentes-pobres-y-en-situacion-de-vulnerabilidad.pdf.
14. Ministerio de Salud del Perú. Somos el presente, somos el futuro, de todo el Perú depende: ¿Porqué debemos invertir en adolescentes? [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2013 [cited 01 agosto 2022]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2901.pdf.
15. Carvalho JS, Pereira NS, Pinto AM, Marôco J. Psychometric properties of the mental health continuum-short form: a study of Portuguese speaking children/youths. Journal of Child and Family Studies. 2016;25:2141-54.
16. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Embarazo en adolescentes y niñas en el Perú. [Internet]. Lima-Perú: Trivia Comunicación Creativa EIRL; 2018 [cited 17 junio 2022]. Disponible en: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-

pdf/Alerta%20embarazo%20en%20adolescentes%20y%20ni%C3%B1as%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf.

17. Rodriguez MM, Barajas DD. Bienestar psicológico en adolescentes en situación de vulnerabilidad: impacto de redes de apoyo social. Revista Electrónica Sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación. 2020;7(14):253-78.
18. Fernández-Pintos ME, Daset Carreto LR, Castelluccio L. Perfil de bienestar psicológico subjetivo en adolescentes uruguayos. Suma Psicológica. 2019;26(2):103-9.
19. Faberio Carhuapoma PB. Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico BIEPS - J en alumnos del nivel secundario de Instituciones Educativas estatales del distrito de Comas, 2019 [Tesis de titulación]. Lima-Perú: Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades; 2019.
20. Gómez Mercado CA, Mejía Sandoval G. Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia. CES Salud pública. 2017;8(1):25-33.
21. Rubio Álvarez AM. La etapa de la adolescencia. Zona padres adolescente [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP); 2021 [updated 24 de agosto 2021; cited 24 de julio 2022]. Disponible en: https://sepeap.org/la-etapa-de-la-adolescencia/.
22. Hidalgo Vicario MI, González-Fierro MJC. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Anales de Pediatría Continuada. 2014;12(1):42-6.
23. González Merlo J, González Bosquet E, González Bosquet J. Ginecología. 9 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014. 713 p.
24. Cuello MF, Miranda Hermosilla V, Ralph Troncoso C. Ginecología general y salud de la mujer. Santiago-Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2017.
25. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8 ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2017. 624 p.
26. Balandra Ortiz JI. Obstetricia y ginecología. 7 ed. Mexico: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla; 2017.
27. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.

28. Thomasz EO, Caruana MEC, Massot JM, Eriz M. Riesgo social: medición de la vulnerabilidad en grupos focalizados. Cuadernos del CIMBAGE. 2014(16):27-51.
29. Casullo MM, Brenlla ME, Castro A, Cruz MS, González R, Maganco C, et al. Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. México: Paidós Mexicana SA; 2002. 112 p. p.
30. Cassaretto Bardales M, Martínez Uribe P. Validation of the Scales of Well-being of Flourishing and Feelings. Pensamiento Psicológico. 2017;15(1):19-31.
31. Fredrickson B. Vida positiva: Cómo superar las emociones negativas y prosperar. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2009. 310 p.
32. Arriaga Saldivar NI. Bienestar psicológico en jóvenes estudiantes del nivel superior [Tesis de licenciatura]. Toluca-México: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta; 2018.
33. Seligman ME. Florecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar. México, D.F.: Océano; 2014. 372 p.
34. Diener E, Diener M, Diener C. Factors predicting the subjective well-being of nations. Journal of personality and social psychology. 1995;69(5):851.
35. Corral Verdugo V. Sustentabilidad y psicología positiva: Una visión optimista de las conductas proambientales y prosociales. México: Editorial El Manual Moderno; 2012. 158 p.
36. André C, Lelord F. La autoestima: Gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás Barcelona: Kairos; 2000. 328 p.
37. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. Psicothema. 2006;18(3):572-7.
38. Holahan CJ, Vallejo Vizcarra MA, Castaño Asmitia C. Psicología ambiental: Un enfoque general. México: Editorial LIMUSA S.A.; 2012.
39. Vidal AS. Psicología social aplicada: teoría, método y práctica. Madrid: Pearson Educación; 2002. 344 p.
40. Pereyra M. Relaciones humanas positivasel arte de llevarse bien con los demás. México: Gema Editores; 2012. 187 p.
41. Powell J, Velasco Gil AM. La felicidad es una tarea interior. España: Editorial Sal Terrae; 1996. 184 p.

42. Díaz Medina C, Vega Velásquez D. Bienestar psicológico en adolescentes. Revista Electrónica Psyconex [Internet]. 2018. 5 de febrero 2018 [cited 12 de enero 2023]; 9(15): [1-11 pp.]. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/330992.
43. Alvarez DG, Soler MJ, Cobo-Rendón RC. Bienestar psicológico en adolescentes: relaciones con autoestima, autoeficacia, malestar psicológico y síntomas depresivos. Revista de orientación educacional. 2019;33(63):23-43.
44. OMS-OPS. La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.p.5.
45. Castellano Barca G. El Adolescente y su entorno. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. . 2013; 27(3): [109-16 pp.]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/el-adolescente-y-su-entorno/.
46. Gonzalez E. Psicología del ciclo vital. 2da ed. España: Editorial CCS; 2002. p. 65-6.
47. López EM. Familia y sociedad: una introducción a la sociología de la familia: Ediciones Rialp; 2000.
48. Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ª. Edición Editorial Medicina familiar Mexicana México. 2006.
49. De la Revilla L, Muñoz EB. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma 1994.
50. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
51. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
52. Ministerio de Educación del Perú. Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular. Lima: Fimart S.A.C; 2005. 227 p.
53. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.

54. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
55. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San marcos, Facultad de Medicina; 2005.
56. Wikipedia. Distrito de Ilo. Wikipedia. The free encyclopedia: Fundación Wikimedia, Inc; 2022 [updated 23 diciembre 2022; cited 01 febrero 2023]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Ilo.
57. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
58. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
59. Martinez Montaño MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
60. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
61. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
62. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
63. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
64. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.

65. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
66. Pimienta J, De la Orden A. Metodología de la investigación (3a. ed.): Pearson Educación; 2017.
67. Álvarez DG, Hernández-Lalinde J, Espinosa-Castro J-F, Soler MJ. Validación de la escala de bienestar psicológico para jóvenes de Casullo en adolescentes montevideanos. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2020;15(5):352-63.
68. Luna D, Figuerola-Escoto RP, Contreras-Ramírez J, Sienra-Monge JJL, Navarrete-Rodríguez EM, Serret Montoya J, et al. Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS-J) en una muestra mexicana. Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad. 2020;20(1):43-55.
69. Leyva Yataco L. Factores de riesgo asociados a la muerte fetal en la región Huancavelica. [Tesis de Doctorado]. Huancavelica: Universidad Nacionalde Huancavelica, Escuela de Posgrado; 2017.

Anexos:

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	VALOR	METODOLOGÍA
1.2.1. Problema general ¿Cuál es el bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022? **1.2.2. Problemas específicos** ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022? ¿Cuál es el tipo de familia de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022? ¿Cuál es el bienestar psicológico según sexo en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022?	**1.3.1. Objetivo general** Determinar el bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022. **1.3.2. Objetivos específicos** Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022. Identificar el tipo de familia de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022. Identificar el bienestar psicológico según sexo en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022.	El bienestar psicológico en el adolescente es clave para un desarrollo óptimo, sin embargo, parece no seguir una trayectoria estable en el adolescente (3). Los adolescentes padecen trastornos emocionales con frecuencia y en algunas ocasiones esto puede afectar su bienestar psicológico (8). El bienestar psicológico suele asociarse con niveles de funcionamiento óptimo que incluyen, no solo la relación entre el sujeto y los demás, sino también actitudes internas como el dominio y el crecimiento personal (11). En el distrito de Ilo, específicamente en la jurisdicción del Centro de Salud Alto Ilo de Moquegua; Existe escasa información sobre el bienestar psicológico de los adolescentes de 12 a 17 años, esta situación es muy poco conocida por lo cual motivo a realizar esta investigación. El estudio brindo información actualizada sobre la situación real de los adolescentes en su contexto; específicamente sobre las características socio demográficas del adolescente, el tipo de familia y su bienestar psicológico; aspectos que permitirán organizar la oferta sanitaria para una adecuada intervención en el primer nivel de atención, identificando de manera oportuna aquellas condiciones que pueden convertirse en riesgo para su salud, para un manejo oportuno de manera integral; a fin de contribuir al bienestar psicológico de los adolescentes para que logren un desarrollo personal adecuado.	Bienestar psicológico de los adolescentes	Características sociodemográficas. Tipo de familia Bienestar psicológico.	Grupo de edad del adolescente. Sexo del adolescente. Estado civil del adolescente. Nivel de instrucción del adolescente. Tipo de familia del adolescente. Nivel de bienestar psicológico del adolescente.	¿Cuántos años cumplidos tiene a la fecha?, Categorización del resultado. ¿Cuál es su sexo? ¿Cuál es tu estado civil? ¿Cuál es tu nivel de instrucción alcanzado? ¿De qué tipo es tu familia o a que tipo pertenece? Preguntas de la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS), comprende 13 reactivos con tres opciones de respuesta con un puntaje de 1 (En desacuerdo) a 3 (De acuerdo). Anexo 2 (Instrumento de recolección de datos).	Adolescencia inicial (10-14 años) (1). Adolescencia media (15-17 años) (2). Adolescencia tardía (18-21 años) (3). Masculino (1) /Femenino (2). Soltera (1) /Conviviente (2). Casada (3) /Viuda (4) /Divorciada (5). Sin instrucción (1) /Inicial (2). Primaria incompleta (3). Primaria completa (4). Secundaria incompleta (5). Secundaria completa (6). Superior incompleta (7). Superior completa (8). Familia nuclear (1). Familia extendida (2). Familia ampliada (3). Familia monoparental (4). Familia reconstituida (5). Equivalente familiar (6). Bienestar Psicológico Bajo (1) Bienestar Psicológico Medio (2) Bienestar Psicológico Alto. (3)	**Nivel de investigación.** El nivel de investigación fue descriptivo. **Tipo de investigación.** Investigación transversal, descriptiva, prospectiva. **Diseño de Investigación.** El diseño de la investigación fue descriptiva simple. Donde: **M O** **M (Muestra):** Adolescentes atendidas en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua en el año 2022. **O (Observación):** Características sociodemográficas, Tipo de familia y Bienestar psicológico de los adolescentes. **Población, muestra, muestreo** La población de estudio estuvo constituida por todos los adolescentes atendidos en el atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, del distrito y provincia de Ilo de la región Moquegua de julio a diciembre del año 2022; que, según los registros de atención, fueron un total de 86 adolescentes. **Muestra.** La muestra fue censal.

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

Ficha Nro. _____

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Cuestionario sobre bienestar psicológico de los adolescentes

PRESENTACIÓN: Estimado(a) adolescente tenga Ud. Muy buenos (días, tardes), somos egresados de la especialidad en salud familiar y comunitaria; de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica; nos encontramos desarrollando un estudio relacionado al "Bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022"; los resultados de este estudio permitirán mejoras los procesos de atención en salud familiar y comunitaria; por lo cual solicitamos su participación en la presente investigación, la información que nos brinde será de carácter CONFIDENCIAL Y ANONIMA. Le agradecemos anticipadamente por su valiosa colaboración.

INSTRUCCIONES.

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y registre la información solicitada en cada ítem o marque con un aspa (x) según sea el caso, por favor conteste todas las preguntas.

I. Características sociodemográficas del adolescente

1.1. ¿Cuántos años cumplidos tiene a la fecha?
_____ años.

1.2. ¿Cuál es su sexo?
a) Masculino (1) b) Femenino (2)

1.3. ¿Cuál es tu estado civil?
a) Soltera (1) b) Conviviente (2) c) Casada (3)
d) Viuda (4) e) Divorciada (5)

1.4. ¿Cuál es tu nivel de instrucción alcanzado?
a) Sin instrucción (1) b) Inicial (2)
c) Primaria incompleta (3) d) Primaria completa (4)
e) Secundaria incompleta (5) f) Secundaria completa (6)
g) Superior incompleta (7) h) Superior completa (8)

II. Características familiares

Tipo de familia

2.1. ¿De qué tipo es tu familia o a que tipo pertenece?
a) Familia Nuclear (Ambos padres e hijos) (1)
b) Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes en la tercera generación) (2)
c) Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes como tíos, sobrinos, etc.) (3)
d) Familia Monoparental (El padre o la madre y los hijos) (4)
e) Familia Reconstituida (Un hombre o una mujer con hijos inician una convivencia y forman una nueva familia) (5)
f) Equivalente familiar (Grupo de amigos, hermanos, personas solas, etc.) (6)

III. Escala BIEPS-J

Instrucciones: Te pedimos que leas con atención las trece frases siguientes. Marca tu respuesta en cada una de ellas en base a lo que pensaste y sentiste durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: ESTOY DE ACUERDO – NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO – ESTOY EN DESACUERDO.
No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No dejes frases sin responder. Marca tu respuesta con una cruz en uno de los tres espacios.

Afirmaciones	Estoy de acuerdo (3)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2)	Estoy en desacuerdo (1)
1. Creo que me hago cargo de lo que digo o hago			
2. Tengo amigos / amigas en quienes confiar			
3. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida			
4. En general estoy conforme con el cuerpo que tengo			
5. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo			
6. Me importa pensar que haré en el futuro.			
7. Generalmente le caigo bien a la gente.			
8. Cuento con personas que me ayudan si es que lo necesito.			
9. Estoy bastante conforme con mi forma de ser.			
10. Si estoy molesto/a por algo soy capaz de pensar cómo cambiarlo.			
11. Creo que en general me llevo bien con la gente.			
12. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida.			
13. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.			

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

Anexo 3: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creado por Ley Nº 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

……..……..
Director
Centro de Salud Alto Ilo.
Ilo, Moquegua.

SD.

Nosotras, Tiña Cruz, Glenny Milagros, identificada con DNI. N°……, & López Malhaber, Silvia Karina, identificada con DNI. N°……, Obstetras de profesión, egresadas de la especialidad en Salud Familiar y Comunitaria, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto nos presentamos y decimos.

Que, deseamos realizar una investigación sobre el "Bienestar psicológico de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Alto Ilo, Moquegua 2022".

Por lo cual solicitamos se nos brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de los registros de atención de las adolescentes, para poder realizar las visitas domiciliarias a fin de aplicar los cuestionarios para recoger los datos del estudio; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicitamos se nos brinde la autorización y las facilidades, pertinentes.

Por lo expuesto, pedimos a Ud., acceder a nuestra solicitud por ser de justicia.

Ilo, 06 de diciembre del 2022.

Firma del Interesado	Firma del Interesado

turnitin

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Por medio del presente y de acuerdo al siguiente detalle:

- Trabajo de investigación, titulado:

  "BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO ILO, MOQUEGUA 2022"

- Presentado por:
  TIÑA CRUZ, Glenny Milagros.
  LOPEZ MALHABER, Silvia Karina.

- Docente asesor (a):
  Dr. LEYVA YACTACO, Leonardo.

- Para obtener:
  El Título de Especialista en: **SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

La Unidad de Promoción, Difusión y Repositorio, certifica **que el presente trabajo de investigación,** se encuentra dentro del porcentaje permitido de coincidencia por la Universidad Nacional de Huancavelica.

Por tanto, en cumplimiento del Art.4° del Reglamento del Software Anti plagio de la Universidad Nacional de Huancavelica, se dictamina que el trabajo de investigación fue analizado por el software anti plagio TURNITIN (realizado por el docente Asesor), se expide el presente.

ORIGINALIDAD	SIMILITUD
79.0 %	21.0 %

El Certificado se expide el 09 de agosto del año 2023.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
DR. ESPINOZA QUISPE CARLOS ENRIQUE
JEFE DE LA UNIDAD DE PROMOCIÓN, DIFUSIÓN Y REPOSITORIO

N° 169-2023