

RF698.35
R, 47M3



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
MÉRIDA-VENEZUELA

**RESILIENCIA Y ALGUNOS FACTORES INVOLUCRADOS, COMO LA
AUTOESTIMA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRESENCIA DE UN
MODELO POSITIVO, EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO FÉ Y ALEGRIA
DE EL VALLE. MÉRIDA. 2007**

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO ACADÉMICO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

DOACION

AUTOR: José Luis Marrón Williams
Médico Cirujano

MÉRIDA - VENEZUELA

SERBIULA
Tulio Fabres Cordero



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
MÉRIDA-VENEZUELA

**RESILIENCIA Y ALGUNOS FACTORES INVOLUCRADOS, COMO LA
AUTOESTIMA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRESENCIA DE UN
MODELO POSITIVO, EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO FÉ Y ALEGRIA
DE EL VALLE. MÉRIDA. 2007**

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO ACADÉMICO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

AUTOR: Dr. José Luis Marrón Williams
Médico Cirujano

TUTORA: Dra. Sara Alonzo.
Profesora Titular del Postgrado de Psiquiatría
Grupo de investigaciones de la adolescencia.
Facultad de Medicina. ULA

MÉRIDA- VENEZUELA

C.C.Reconocimiento

A los Adolescentes.....

El Adolescente es soñador.
Su vida es sueño.
De independencia hacia atrás,
de amor hacia adelante;
de liberación hacia el pasado,
de conquista y escalamiento y progreso
y logros hacia el futuro.

Jaime Barylko

AGRADECIMIENTO

A TODAS LAS PERSONAS que de una u otra forma contribuyeron en la realización de este trabajo, y muy especialmente;

Al personal docente, administrativo y alumnado de los Colegios Fe y Alegría y CEAPULA, ya que sin ellos no hubiese sido posible esta investigación.

A Mi tutora la Dra. Sara Alonzo, quien me brindó su mano amiga en todo momento, impulsándome a realizar mis metas y mis sueños.

A mis compañeras y amigas de Postgrado; Dubrazka, Andrea, Josefa y Giomar, quienes compartieron conmigo las alegrías, tristezas y triunfos durante estos 3 años; hoy ocupan un gran lugar en mi corazón.

Al postgrado de Psiquiatría de la Universidad de los Andes, por facilitarme su orientación, sus conocimientos y su experiencias. Gracias por dejarme ser de su Familia.

A mis Padres y mi Hermana, mis pilares en la vida, mis timones del camino, mis brújulas cuando me siento perdido, ustedes han sido mi mayor riqueza y mi mejor ejemplo. Gracias por su apoyo y amor.

INDICE GENERAL

Portada.....	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Índice General.....	IV-V
Índice de Cuadros.....	VI-VII
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	5
-------------------------------------	----------

Planteamiento del Problema.....	5
Justificación.....	8
Objetivos.....	11
Hipótesis.....	12

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	13
--	-----------

Antecedentes.....	13
Bases Teóricas.....	15
La Adolescencia.....	15
La Resiliencia.....	18
La Autoestima.....	21
La Familia.....	25
Funcionalidad Familiar.....	27

CAPITULO III. METODOLOGÍA	30
Naturaleza de la investigación.....	30
Diseño de la investigación.....	31
Población.....	31
Variables.....	32
Instrumentos de recolección de datos.....	33
Procedimiento y análisis de la información.....	35
CAPITULO IV. RESULTADOS	37
Descripción de los Resultados.....	37
Discusión.....	48
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
Conclusiones.....	52
Recomendaciones.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	63

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Distribución por Etapas de la adolescencia en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	37
Cuadro 2. Distribución por Género de la adolescencia, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	38
Cuadro 3. Distribución por modalidad en horarios de estudios de la adolescencia, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	38
Cuadro 4. Distribución por Escolaridad de la adolescencia, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	39
Cuadro 5. Distribución por Nivel Socio- Económico de los adolescentes, según Graffar, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	40
Cuadro 6. Distribución por Modelos Positivos en adolescentes en la actualidad, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	40

Cuadro 7. Distribución por Modelos Positivos en adolescentes en el pasado, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	41
Cuadro 8. Distribución de Resiliencia en adolescentes, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	42
Cuadro 9. Distribución por Autoestima en adolescentes, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	42
Cuadro 10. Distribución por Funcionalidad Familiar en adolescentes, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	43
Cuadro 11. Relación Resiliencia y Autoestima en adolescentes. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	44
Cuadro 12. Relación Resiliencia y Funcionalidad Familiar en adolescentes. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	45
Cuadro 13. Relación Resiliencia y la Presencia de Modelo Positivo en la Actualidad en adolescentes. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007...	46.
Cuadro 14. Relación Resiliencia y la Presencia de Modelos Positivos en el pasado en adolescentes. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.....	47

RESILIENCIA Y ALGUNOS FACTORES INVOLUCRADOS, COMO LA AUTOESTIMA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRESENCIA DE UN MODELO POSITIVO, EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO FE Y ALEGRIA DE EL VALLE. MÉRIDA. 2007

AUTOR: JOSÉ LUIS MARRÓN WILLIAMS.

Médico de Familia.

Residente de III año del Post grado de Psiquiatría.

Facultad de Medicina ULA

TUTORA: Dra. SARA ALONZO.

Profesora Titular del Postgrado de Psiquiatría.

Grupo de Investigaciones de la Adolescencia.

Facultad de Medicina ULA.

RESUMEN

Se realizó un estudio de campo, correlacional, de corte transversal, por encuesta y aplicada en 344 adolescentes entre los 10 y 19 años pertenecientes al Colegio Fe y Alegría y CEAPULA (grupo control) en la ciudad de Mérida, durante el periodo comprendido entre el 15 de Mayo al 20 de julio del año 2007.

El objetivo fue evaluar el nivel de resiliencia, autoestima, funcionalidad familiar y la presencia de un modelo positivo en los adolescentes. Para ello se aplicó una encuesta que contenía datos acerca del instituto de educación, modalidad de estudios, la edad, el género, el año cursante, el estrato social medido a través del método Graffar modificado, la presencia de modelos positivos, junto a los instrumentos: Test de Autoestima de Escalante G, Escala de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), Escala de Resiliencia versión LET y Karelis Colina.

Se encontró que el 51,7 % de los encuestados pertenecían a la etapa de adolescencia intermedia (14 a 16 años), al género masculino, con horario regular (7:00 a.m. a 1:00 p.m), en séptimo grado, pertenecientes a la clase media alta para el Colegio CEAPULA y obrera para el Fe y Alegría, y con presencia de modelos positivos a lo largo de su vida. La autoestima predominante en ambos grupos fue la Autoestima media en 35,8 %, al igual que las familias moderadamente funcionales con 57,6 %. Se encontró un valor altamente significativo ($p < 0,05$) en la relación resiliencia y funcionalidad familiar, al igual que con la resiliencia y la presencia de modelos positivos actuales.

Palabras Claves: Resiliencia, autoestima, funcionalidad familiar, modelos positivos, adolescencia.

RESILIENCE AND SOME INVOLVED FACTORS, AS THE SELF-ESTEEM, FAMILY FUNCTIONALITY AND THE PRESENCE OF A POSITIVE MODEL, IN ADOLESCENTS OF THE SCHOOL FE Y ALEGRÍA OF EL VALLE. MERIDA. 2007

**AUTHOR: JOSÉ LUIS MARRÓN WILLIAMS.
TUTOR: Dra. SARA ALONZO.**

SUMMARY

It was carried out a field study, correlational, of cross section, for survey and applied in 344 adolescents between the 10 and 19 years belonging to the school Fé y Alegría and CEAPULA (control group) in the city of Merida, during the period among May 15th at 20th of July of the year 2007.

The objective was to evaluate the resilience level, self-esteem, family functionality and the presence of a positive model in the adolescents. For it, it applied a survey that contained data about the education institute, modality of studies, the age, the gender, the year of study, the social class measured through the method modified Graffar, the presence of positive models, join to the instruments: Test of Self-esteem of Escalante G, Scale of Family Functionality (FF-SIL), Scale of Resilience version LET and Karelis Colina.

It was found that 51,7% of those interviewed belonged to the stage of intermediate adolescence (14 to 16 years), to the masculine gender, with regular schedule (7:00 a.m. to 1:00 p.m), in seventh grade, belonging to the high middle class for the school CEAPULA and Worker for the Fé y Alegría, and with presence of positive models along its life. The predominant self-esteem in both group was the half Self-esteem in 35,8%, the same as the families moderately functional with 57,6%. It was found a highly significant value ($p < 0,05$) in the relationship resilience and family functionality, the same as with the resilience and the presence of current positive models.

Keywords: Resilience, self-esteem, family functionality, positive models, adolescence.

INTRODUCCIÓN

En la adolescencia, el ser humano se encuentra en un período de transición entre la infancia y la adultez, donde ocurren cambios a nivel biosocial, psíquico y sociocultural, que son de gran conflictividad para él. Dichos cambios son relativamente bruscos y como en todas las transformaciones apresuradas, resulta difícil adaptarse de forma adecuada, tanto más si consideramos que las experiencias previas de los adolescentes son escasas y/o limitadas y no han configurado todavía su personalidad. Las transformaciones que surgen durante el segundo decenio de la vida son diversas y se producen a medida que los adolescentes van desarrollando su propia identidad, eligiendo caminos sexuales, morales y políticos que tipifican el curso de la vida.

Esta etapa se caracteriza porque el joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, el ajuste a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta reflexiva, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos.

Por otra parte, los cambios económicos, sociales y tecnológicos, en las comunicaciones y la informática, crean cambios en los estilos de vida, lo cual puede conllevar a generar crisis en las diferentes etapas vivenciales, constituyendo un factor de tensión y presión; por lo que los adolescentes adquieren un concepto diferente de la vida contradictorio a valores tradicionales; todo ello girando en la “búsqueda del yo”, apropiándose de un lenguaje diferente, una vestimenta, una música, una idea que los sumerge en una crisis individual que unida a la crisis social, vislumbra un futuro incierto e imprevisible.

En esta etapa el papel social del adolescente se torna muy importante; los compañeros y amigos desplazan en cierto modo a la familia, inclusive pudiendo ejercer presión grupal positiva o negativamente.

Durante muchos años, la tendencia en las áreas que estudian al ser humano ha estado enfocada a dar mayor énfasis a los estados patológicos, con la descripción exhaustiva de las enfermedades, sin embargo, muchas interrogantes han quedado sin respuesta, por lo que la tendencia en la actualidad es la de desarrollar una salud mental a partir de la investigación de los factores de riesgo que atacan a cada una de las etapas de la vida.

Las familias en la actualidad también han presentado múltiples cambios, encontrándose con la necesidad de ser más dinámicas, evolutivas y con funciones de socialización, cuidado, reproducción y estatus que deben cumplir durante las etapas de desarrollo de las mismas para que puedan ser catalogadas como familias funcionales. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se trastorna por alteración en los roles de sus integrantes, cambios de jerarquía, límites y del tipo de comunicación, como suele suceder en la adolescencia pudiendo intensificar y/o prolongar estos procesos normales.

Los adolescentes sometidos a situaciones estresantes muy similares entre sí, reaccionan en distintas formas. Se ha demostrado que existen algunos factores (la edad, el género, nivel socio-económico, la autoestima, figuras positivas, etc.) que actúan como reguladores, es decir, disminuyen el impacto del estímulo estresante sin que les impidan ser capaces de recuperar su estado de normalidad, sea frente a estresores normales o anormales. La gran mayoría de estos estudios se han realizado en el extranjero por lo que sería relevante visualizar lo que sucede en nuestro país y de esta manera apreciar de qué forma pueden contribuir estos factores en el fenómeno de la resiliencia.

El término de resiliencia más aceptado en nuestros días es el propuesto por Edith Grotberg que la define como “La capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”, aunque, se considera también, que la resiliencia es una característica de gran complejidad, que envuelve una diversidad de factores y variables que inciden fuertemente en el resultado que se obtenga. Es necesario recalcar que los factores moderadores o protectores

personales y sociales, no actúan en forma aislada, por lo tanto, no hacen sus aportes independientemente uno del otro. Todos los aportes interactúan y de esta interacción, que es constante y específica a cada persona, surge o no el fenómeno de la resiliencia.

El objetivo del presente estudio es determinar como influyen diferentes factores involucrados en la resiliencia, como la edad, el género, el nivel socioeconómico, la autoestima, la funcionalidad familiar y la presencia de un modelo positivo, en adolescentes del Colegio Fe y Alegría de El Valle con modalidad internado, comparado con el Colegio CEAPULA que se eligió al azar en base a los colegios que poseían características totalmente opuestas al grupo en estudio.

Para lograr dicho objetivo el presente trabajo se desarrolló en cinco capítulos. En el primer capítulo, se expone el Problema y la Justificación del estudio.

El segundo capítulo, el Marco Teórico, el cual se inicia con los antecedentes relacionados con el estudio realizado, así como las bases teóricas que fundamentan la investigación, también se encuentran los objetivos generales y específicos y las hipótesis formuladas.

En el capítulo tres, la Metodología, sobre la cual se trabajó para la realización del presente estudio, así como el tipo de investigación, población, instrumentos utilizados y la explicación de cada uno de ellos.

En el capítulo cuarto, se expone la descripción de los resultados obtenidos presentados en cuadros y gráficos, mediante cifras absolutas y porcentuales, así como la relación de las variables estudiadas.

Finalmente, en el capítulo quinto se presentarán las conclusiones y las recomendaciones finales.

Con el presente trabajo se pueden realizar programas dirigidos a efectuar una intervención específica individual, familiar y escolar para la obtención de una adecuada adaptación y superación de los factores adversos, en los grupos de adolescentes con baja resiliencia o que no cuenten con factores protectores para la misma.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento

En el periodo de la adolescencia se inicia el camino hacia la búsqueda y consecución paulatina de la madurez bio-psico-social y emocional. Al mismo tiempo ocurre el crecimiento somático y el desarrollo, producto de una compleja interacción entre maduración y aprendizaje, de la expresión de sus potencialidades intelectuales, del proceso de culturización y su relación con la familia y sociedad, produciéndose con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psico-sociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y las desventajas del entorno y es el momento en el cual se nota con mayor intensidad lo que trae él y la adolescente, lo que le ofrece la sociedad y lo que la historia le provee (Krauskopf 2002).

En los países latinoamericanos; los adolescentes constituyen aproximadamente un 20 por ciento o más de la población; a diferencia de los países desarrollados cuya cifra oscila alrededor del 8 por ciento o menos, cifras que coinciden con la proyección de la población realizada por el Instituto Nacional de Estadística de Venezuela, dependiente del Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología, que aporta un estimado de población total en Venezuela para el año 2007 de 27.030.656 habitantes de los cuales 5.420.964 habitantes (20%) corresponden a la población adolescente entre 10 y 19 años.

Para el año 2007 el Estado Mérida según la estimación y proyección del I.N.E. cuenta con una población de 843.830 habitantes, de los cuales el 21,65 % son adolescentes y de éstos, 10,69 % son masculinos y el 10,95 % femeninos.

La transformación que experimenta el ser humano en su paso de la niñez a la etapa adulta a través de la adolescencia, representa un período crucial en su evolución biológica y psicológica; siendo la adolescencia intermedia el período donde se acentúan

los rasgos más susceptibles para conductas de riesgo, supone además, una modificación sustancial en su relación con el medio social. Durante esos años el individuo adquiere comportamientos y actitudes de gran importancia que determinan su integración psicosocial, su salud presente y futura y su capacidad de producción económica en el porvenir (Papalia, Wendkos y Duskin 2003).

La familia funciona cuando es capaz de utilizar los recursos internos y externos para solventar los eventos críticos del diario vivir. Si no sabe canalizarlos y utilizarlos, se torna disfuncional. De allí que debe cumplir funciones inherentes a su propia dinámica, independientemente de la cultura y la organización social, tales como reproducción, protección, socialización, control social, determinación de status, canalización de afectos y sentimientos. Estos elementos contribuyen al buen funcionamiento de la familia cuando se cumplen de manera armónica y equilibrada, cada uno de ellos y en conjunto.

Para los adolescentes los padres “ideales” poseen rasgos que son admirados tales como: amabilidad, sinceridad, bondad y justicia; ello es más importante que las cosas materiales. Los padres “deseados” quieren tener la compañía de sus hijos y disfrutan realizando actividades con ellos, que les proporcionan libertad en medio de un ambiente de seguridad, brindando afecto sin llegar a la sobreprotección. Todo esto se fundamenta en el vínculo y estilo de parentalidad en la crianza de los hijos actuando como factor protector del adolescente. (Craig 1997) reconoce que este factor facilita las tareas del desarrollo del adolescente, permitiéndoles conocer y utilizar los factores positivos de su personalidad. Estos actúan favoreciendo los sentimientos de vinculación, singularidad y poder, indispensables en el desarrollo de la autoestima, la competencia social y la elección de estilos de vida saludables.

En la resiliencia se encuentran involucrados factores internos como la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la capacidad de elegir o de cambio de las competencias cognoscitivas (Bulboa y col 2006) y factores externos como la

funcionalidad familiar, el entorno y la presencia de una figura positiva que hay que tener presente al momento de la evaluación de las mismas (Cult y Winter 1997).

Existen sobradas pruebas de que las escuelas como organizaciones y la educación en general pueden ser poderosas constructoras de resiliencia. Después de la familia, la escuela es el lugar más propicio para que los alumnos experimenten las condiciones que promueven la resiliencia. Aunque en muchas de ellas existen obstáculos para hacerlo, cada docente en su aula puede crear refugios de construcción de resiliencia, ambientes que también se asocian estrechamente con el éxito académico (Dávalos 2006). Igualmente, el tipo de hogar y de la comunidad de donde proceden los alumnos son factores importantes para determinar el éxito que tendrán en la escuela. Si provienen de hogares y comunidades fuertes y solidarios, la construcción de resiliencia en la escuela no será tan imprescindible, si vienen de hogares y comunidades que son negativos y debilitantes, que brindan escaso apoyo y apego o pocos modelos de conducta, es posible que algunos jóvenes excepcionales puedan superar estas ventajas y tener éxito (Werner 1994).

Toda medida preventiva exitosa depende de una sociedad que facilite el equilibrio entre el cumplimiento satisfactorio del desarrollo del adolescente y su experimentación de conductas de riesgo, en donde el trabajo de prevención requiere, además de modelos de conductas positivos, la existencia de programas encaminados a fortalecer los factores de protección y la resiliencia (Bosques y Ruiz 2005).

Formulación del problema

¿Influyen algunos factores, como la autoestima, la funcionalidad familiar y la presencia de un modelo positivo sobre la resiliencia en los adolescentes?

JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes desempeñan un papel importante dentro de la sociedad, con características propias que requieren especial atención de la salud. Por lo que en la actualidad, se puede observar a nivel mundial un reconocimiento del adolescente dentro de los programas sociales y de salud. Esto se hace debido al crecimiento numérico de este grupo y a la relevancia que ha adquirido el desarrollar sus potencialidades, conjuntamente con su aptitud; para otorgarles una participación social positiva, proactiva y protagónica, es decir, con la capacidad colectiva de abrirles el camino como verdaderos actores sociales creativos y productivos.

Dichos cambios implican reorientar los servicios de salud hacia el nivel de atención primaria, adquiriendo gran relevancia los conocimientos derivados de las ciencias psicosociales tales como: la psicología, la psiquiatría, la sociología y la antropología, permitiéndole así, a los médicos en su práctica diaria, integrar el desarrollo de la familia y programar acciones congruentes y dirigidas a satisfacer las necesidades de los diversos grupos de adolescentes en concordancia con la imperativa necesidad de su inserción social.

Los agentes de salud deben considerar fomentar la resiliencia, definiéndose esta como la capacidad que tienen las personas para resistir las adversidades y construir positivamente a pesar de ellas. Entre las claves generadoras de resiliencia se hayan la satisfacción de las necesidades básicas y un vínculo temprano adecuado. Es claro el rol de la familia como generadora de afecto, sostén y sentimiento de pertenencia.

Muchas de estas características se podrían explicar en base a los duelos que sufren los adolescentes, como consecuencia de los cuales se producen sentimientos de negación, resignación y desafecto. Según Aberasturi en 1997, refiere que los adolescentes tienen que superar cuatro duelos:

1.- Duelo por el cuerpo infantil: el adolescente sufre cambios rápidos e importantes en su cuerpo que a veces llega a sentir como ajenos, extremos, y que lo ubican en un rol de observador más que de actor de los mismos.

2.- Duelo por el rol y la identidad infantil: perder su rol de la infancia obliga al adolescente a renunciar a la dependencia y a aceptar responsabilidades. La pérdida de la identidad infantil debe reemplazarse por una identidad adulta y en ese transcurso surgirá la angustia que supone la falta de una identidad clara.

3.- Duelo por los padres de la infancia: renunciar a su proyección, a sus figuras idealizadas e ilusorias, aceptar sus debilidades y su envejecimiento.

4.- Duelo por la bisexualidad de la infancia: debido a que se madura y desarrolla su propia sexualidad, pero en ese aparecer de caracteres sexuales conviven por el momento el cuerpo del hombre y el del niño.

Ya es bien sabido que, la sociedad en su conjunto y en algunos casos los padres y/o familiares del individuo adolescente, se pronuncia hacia un interés en el cual éste debe encontrar rápidamente un lugar útil en la sociedad y fijarse metas y objetivos acordes a ello. Es como que, llegado un momento determinado, el entorno del individuo le muestra que tiene que salir de sus "dudas inconducentes" y guiarse hacia el objetivo del "individuo útil", por lo cual el médico psiquiatra debe tener en cuenta las presiones del entorno al cual el adolescente está sometido.

Los resultados obtenidos relativos al nivel de resiliencia en adolescentes, así como los factores involucrados en la misma, serán de gran utilidad para el equipo multidisciplinario de salud, protagonistas del plan de atención general de salud del adolescente, como grupo de demanda de cuidado especial, promoviendo el adecuado desarrollo integral del mismo, su familia y/o grupos de apoyos, así como también se podría crear, orientar e individualizar programas dirigidos a promover la resiliencia en

los grupos de jóvenes vulnerables, para así disminuir los factores de riesgo en el adolescente y por ende, en su familia.

www.bdigital.ula.ve

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el nivel de resiliencia, autoestima, funcionalidad familiar y la presencia de un modelo positivo, en los adolescentes del Colegio Fe y Alegría de El Valle del Estado Mérida en el año 2007.

Objetivos Específicos

- 1.- Describir las características demográficas tipo: edad, sexo, modalidad de estudio (regular, interno y/o externo) y año cursante de los adolescentes en estudio.
- 2.- Clasificar el estrato socioeconómico de los adolescentes mediante el Método de Graffar Modificado (Méndez Castellano 1986).
- 3.- Evaluar la existencia de un modelo positivo en los adolescentes en estudio.
- 4.- Determinar el nivel de resiliencia de los adolescentes del estudio por medio de la escala versión LET y Karelis Colina.
- 5.- Valorar el nivel de autoestima de los adolescentes por medio de la escala de Escalante.
- 6.- Evaluar la funcionalidad familiar de los adolescentes por medio de la aplicación del instrumento FF-SIL.

- 7.- Relacionar la resiliencia con la autoestima en adolescentes.
- 8.- Relacionar la resiliencia con la funcionalidad familiar en adolescentes.
- 9.- Relacionar la resiliencia con la presencia de un modelo positivo.

HIPÓTESIS

La resiliencia será mayor en los adolescentes de instituciones con modalidad semi-interna o interna.

La resiliencia será directamente proporcional al nivel de autoestima, funcionalidad familiar y la presencia de un modelo positivo de los adolescentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

En la última década, se han desarrollado diferentes métodos para medir los traumas psicológicos. Algunos de estos métodos han estudiado la frecuencia y los distintos tipos de exposiciones traumáticas, y otros, han centrado su interés en evaluar los aspectos de sintomatología de acuerdo a los criterios del DSM III-R o IV. Hay que tomar en cuenta que, la mayoría de ellos, se han centrado en enfatizar la expresión de las consecuencias negativas del haber vivido un trauma y no los factores de recuperación o resiliencia que llevan a la superación de éste (Harvey y col. 2000)

En el 2003, Haz y colaboradores, publican resultados fiables y discriminación de los grupos estudiados en Chile, de la adaptación preliminar del instrumento Multidimensional Trauma Recovery and Resilience (MTRR) en una muestra de madres maltratadoras físicas con historia de maltrato físico y madres no maltratadoras con historia de maltrato físico.

Núñez en el 2003, realiza una revisión buscando enlazar, desde una perspectiva sistemática, la experiencia del trabajo clínico con los conceptos actuales de resiliencia. Se hace un análisis respecto a cómo se construye la resiliencia en el niño, el desarrollo de mecanismos de protección y adaptación que pone en juego, su dimensión relacional y su expresión a nivel clínico, culminando la reflexión, con la presentación de un caso clínico representativo.

En EEUU, se diseñó un estudio basado en la resiliencia, para comprender como adolescentes femeninas que habían tenido gestos o intentos suicidas, habían superado posteriormente el evento tras un corto período de tiempo. Para los efectos del estudio se

describieron variables como: la edad, factores socioeconómicos, rasgos de personalidad, ausencia de psicopatología social, autoestima y logros académicos (Everall, Altrows y col. 2006).

En un afán por incluir los conceptos de resiliencia en el área de la psicología, en España se realiza una revisión de los conceptos de resiliencia y el crecimiento post traumático, que para el momento había surgido con fuerza dentro de la Psicología Positiva para resaltar la enorme capacidad que tiene el ser humano de resistir y rehacerse ante las adversidades de la vida (Vera y col. 2006).

En la República Popular de China, en la búsqueda de crear programas para disminuir la incidencia del desorden nervioso post traumático, se examinó las propiedades psicométricas de la versión de Connor y Davidsons para evaluar la resiliencia (CD-RISC), un instrumento americano basado en 5 factores originalmente, obteniendo un coeficiente de fiabilidad del 0.91, concluyéndose, que el instrumento puede ser útil y aplicable entendiendo las conductas adaptables chinas, sin embargo, la comprensión de la estructura también puede necesitar alguna modificación según la cultura china (Yu y Zhang 2007).

En Venezuela, Alonzo y Toro, realizaron estudios de la resiliencia y la funcionalidad familiar en un grupo de 1.268 estudiantes adolescentes en la ciudad de Mérida en el 2004, encontrándose una correlación positiva entre los niveles de resiliencia y la funcionalidad familiar.

BASES TEÓRICAS

La Adolescencia

Según la OMS en el 2003, la define como el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica de su grupo de origen, fijando sus límites entre los 10 y 20 años.

Se asume para fines de atención y comparación de estadísticas internacionales, de los 10 a los 19 años. De acuerdo a la edad, se diferencian tres etapas: adolescencia inicial o temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años) y a adolescencia final o tardía (17-19 años) (MSDS 2003).

Durante la adolescencia temprana; conocida por Krauskopf en 1999, como la fase de la pubertad; los cambios corporales precipitan la ansiedad por su nuevo rol y se comienza a reelaborar la visión de sí mismo y del mundo. Según este autor, en esta fase del desarrollo los movimientos son de regresión y avance frente a las nuevas posibilidades que se abren; las regresiones surgen ante frustraciones como fracaso, incapacidad y amenaza a la seguridad.

Se inicia el deseo de independencia por lo que hay una separación emocional respecto a los padres, conductas de oposición y rebeldía en contra de la autoridad. Lo anterior lleva al adolescente a tener un carácter irritable y humor cambiante, y con frecuencia se separa de los padres, aunque los necesite.

En la adolescencia media la mayoría de los adolescentes han logrado la transformación corporal; sin embargo su preocupación ante esto, no desaparece del todo, sigue manteniendo la necesidad de estar atractivo(a); en esta etapa hay preocupación sobre la afirmación personal –social y florecen las vivencias de amor. La familia en esta etapa

deja de tener un lugar privilegiado generando desafíos para los padres en mantener y expresar la aceptación de su adolescencia.

El deseo de compartir sus sentimientos con amigos crece; pasando más tiempo con sus pares que con su familia; en este momento hay necesidad de pertenecer a un grupo determinado; ejerciendo una gran influencia la presión grupal.

Hacia la adolescencia tardía o término del periodo adolescente hay búsqueda de intimidad, autonomía e inserción social. Hay una conducta conciliatoria con los padres y adultos con diálogos más serenos; aceptando consejos y sugerencias.

El desarrollo del pensamiento abstracto es mayor; permitiendo establecer compromisos más complejos y de mayor responsabilidad. Este periodo conlleva a la aparición de la moral posconvencional por lo que los valores son producto de la meditación, expresión de sí mismo, son más seguros y firmes en sus valores morales, culturales y éticos.

Belart y Ferrer en 1999, señalan que, reconocer la adolescencia como una etapa crucial del desarrollo humano, permite abandonar la imprecisión que favorece considerarla como una transición donde los únicos hechos claramente reconocibles son el abandono de la niñez por las transformaciones biológicas que se presentan y el ingreso a la edad adulta, reflejado en los cambios de la situación social.

Según muchos psicólogos evolutivos, el desarrollo de una imagen corporal sana es una parte integral del proceso de convertirse en adulto (Erikson 1986). Sin embargo, pocos adolescentes están satisfechos con su apariencia física y la mayoría se imagina que sus cuerpos parecen mucho menos atractivos de lo que son en realidad.

Los adolescentes frecuentemente están expuestos de forma muy importante a riesgos y situaciones que tiene su origen en la construcción social de lo masculino y lo femenino. Las posiciones de género femenino o masculino van a estar presentes en todos los

espacios y a lo largo del ciclo vital, generando necesidades y perfiles epidemiológicos diferentes. Estas necesidades se expresan como brechas de género en términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos y servicios que les permitan garantizar sus derechos (Antequera 1997).

En el caso de los y las adolescentes, la negación de la sexualidad femenina y la exaltación de la masculinidad, conducen a una genitalización de la sexualidad, colocando a las adolescentes en situación de riesgo de embarazo no planificado y a los adolescentes en riesgo a una paternidad irresponsable. El desconocimiento del cuerpo y de las múltiples formas de expresión de la sexualidad, centra la identidad femenina en la maternidad y la identidad masculina en la expresión de fuerza, valor y riesgo, negando las capacidades de expresión de emociones tales como tristeza, ternura, amor, lo cual se convierte en un factor de riesgo que se expresa en alta morbilidad de los varones por causas externas tales como: accidentes de tránsito, suicidios y homicidios. Todo lo anterior, profundiza en muchos casos, las brechas en diferencias de género, dificultando el logro de la equidad de género (Barrera y Kerdel 1987).

Para la Ley Orgánica de Protección al niño, niña y el adolescente (LOPNA 1998), los Lineamientos Generales para la Promoción de la Salud y Desarrollo de los Adolescentes son un importante instrumento para la estructuración de respuestas dirigidas a esta población: proyectos, programas y servicios de salud. En los mismos, se consolidan las directrices para una atención integral centrada en la intervención de las necesidades específicas, considerando la diversidad de expresiones por territorio social, etnia y género, con enfoque de redes sociales.

En estos lineamientos, merece ser destacado el énfasis de la participación y protagonismo de las y los adolescentes en las acciones que les conciernen, en su proceso de desarrollo y en la promoción de la calidad de vida y salud, así como también, el libre acceso a los servicios de los mayores de 14 años sin autorización de los padres. Estos aspectos constituyen la esencia de una nueva interacción de esta población con el

sistema de salud, ya que permitirá contribuir a la construcción de la ciudadanía de las y los adolescentes, y surgirán así, nuevos espacios de autonomía y empoderamiento juvenil.

La Resiliencia

Las problemáticas de niños y adolescentes aparecen asociadas a un concepto de riesgo, concepto que refiere a determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, medidas mediante variables directas o indicadores (sociales o psicosociales) que, según estudios científicos han demostrado favorecer la emergencia de diferentes enfermedades o problemáticas relacionadas a aspectos sociales. Todo riesgo supone siempre una estructura vincular, ya que toda acción tiene un destinatario, incluye variables como la familia, grupo de pares, las normas, los valores, el contexto socio cultural, los medios de comunicación que influyen y facilitan comportamientos de riesgo. El concepto de riesgo ha dado lugar al de vulnerabilidad: hay personas que debido a las circunstancias vividas tienen más probabilidad (riesgo) de padecer enfermedades o situaciones sociales negativa (Garmezy 1991).

El estudio de Werner y Smith (1989); halló que entre los modelos positivos más frecuentes encontrados en la vida de los niños que muestran resiliencia, fuera del círculo familiar, está la presencia de un maestro favorito que no era sólo un instructor de habilidades académicas sino también un confidente y modelo positivo en términos de identificación personal. Una relación positiva con el maestro alienta a los jóvenes a triunfar en la vida. Es obvio que los alumnos trabajarán más y harán más cosas por aquellos maestros que más quieren y en los que más confianza tienen. Aún más allá de la relación maestro-alumnos, la creación de un aire general de solidaridad y respeto en la escuela crea así mismo oportunidades para relaciones solidarias entre los estudiantes, entre los maestros, y entre los maestros y los padres.

Las conductas de riesgo pueden tener un rol positivo en la transición de la adolescencia a la adultez y pueden ser funcionales para:

- Lograr autonomía de los padres;
- Permitir cuestionar normas y valores vigentes;
- Aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración;
- Poder anticipar experiencias de fracasos;
- Afirmar y consolidar el proceso de maduración.

Por lo que deben ser consideradas situaciones de riesgo cuando esa conducta lo lleva a poner en peligro su salud o su vida, o bien sus comportamientos afectan la integridad, o ponen en juego la vida de los otros.

En cuanto a la capacidad de resiliencia, tan antigua como la humanidad, fue la única forma de sobrevivir que tuvieron muchas personas y comunidades frente a la destrucción, es opuesta a la idea de riesgo y complementaria a la vez, ya que en lugar de poner acento en factores negativos, lo pone en las capacidades positivas, que lo protegen y fortalecen su maduración y crecimiento (Herrenkohl y col. 1994).

Para Rutter 1993, este vocablo tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. En física la resiliencia es la resistencia que oponen los cuerpos, en especial los metales, a la ruptura por choque o percusión (Diccionario Salvat 1993). El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

La resiliencia es un proceso dinámico en el que las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse de manera positiva a la adversidad, adaptación positiva, cuando el individuo ha alcanzado expectativas sociales relacionadas con su etapa de desarrollo, o cuando no ha habido

signos de desajuste. Si la adaptación positiva ocurre a pesar de la exposición a la adversidad, se considera una adaptación resiliente (Allen 2003).

Para Martínez y Vásquez 2006, la resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

Sin embargo, el concepto de resiliencia se ha desarrollado con muchas dificultades, no existiendo en la actualidad un consenso sobre su definición y confundiéndose con otros conceptos como factores protectores. Existe acuerdo en el concepto general, el cual se refiere al logro de una adaptación exitosa y socialmente aceptable en personas que han experimentado una adversidad (Cyrulnick 2002). No obstante, ha habido problemas con la operacionalización del concepto.

El desarrollo de la capacidad de resiliencia está favorecido por factores protectores a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo, refiriéndose esto a las características existentes en los diferentes ambientes que parecen cambiar o revertir circunstancias potencialmente negativas. Estos le permiten al sujeto transformar esas situaciones adversas al desarrollar su resiliencia, a pesar de los riesgos a los que se ven expuestos (Masten 2001).

Entre los principales factores protectores tenemos:

- La presencia de relaciones afectuosas: es decir modalidades vinculares en donde está presente el amor, la sensibilidad, la comprensión, el respeto e interés que se incorporan efectivamente es decir, a través del ejemplo en los hechos y no sólo en las palabras y llegan a cimentar un sentido de seguridad y confianza.

- Las expectativas que se tienen de las personas: sea en el seno de la vida familiar, en el clima laboral que se vive en una empresa etc., los mensajes que se proyectan comunican no sólo una orientación sólida, sino también estructuras y metas a seguir, transmitiendo en esta forma la certeza que se tiene de la resiliencia que existe en cada persona, niño, adolescente o adulto, en donde en vez de detectar problemas y defectos, se identifican las fortalezas y ventajas con que cuentan.

- Las oportunidades de participación y contribución significativa, incluyen el tener responsabilidades importantes, el tomar decisiones, el ser escuchado, y el aplicar la capacidad personal en beneficio de la comunidad familiar, social, laboral o educativa.

En síntesis, trabajar el campo de lo resiliente en un sujeto o comunidad como perspectiva implica un encuadre teórico diferente, un cambio paradigmático en el sentido de hacer hincapié en las fortalezas innatas de los niños, adolescentes, sus familias, sus centros educativos y sus comunidades y no desde el punto de vista del riesgo, los problemas y la patología que hayan tenido que sobrellevar para mejorar su salud y curar sus heridas sino para promover la salud.

La Autoestima

Aunque se han generado muchos conceptos de autoestima los autores coinciden en que la calidad de vida personal está notablemente influenciada por la forma como cada

persona se percibe y se valora a sí misma, sin embargo, incluye también las conductas que realizamos.

La autoestima, es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo (Romero, Casas y Carbelo 2002). Según como se encuentre la autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso (García 2003).

Así, la autoestima se refiere al aprecio, la consideración, el cariño y/o el amor que cada cual tiene de sí mismo. Sin embargo esta definición es puramente nominal expresándose su significado por su origen etimológico, ya que la autoestima no es algo fijo e inamovible, la misma puede cambiarse, pues se va formando a lo largo de la vida (Eandi 2000).

La autoestima del venezolano según Barroso 1998, está definida por cuatro elementos los cuales a su vez ayudan a saber lo que los venezolanos piensan de sí mismos y son:

- La conciencia de sí mismo, como persona, ya que se carece de una conciencia definida de nosotros mismos y hemos sido educados para agradar y satisfacer las expectativas ajenas y de esta manera estar bien con todos.
- La destriangularización, como experiencia esencial, ya que no se tiene una identidad propia definida, padeciendo de un abandono crónico y esperándolo todo de otros, ya sea, gobierno, santos, vecinos, etc., teniendo entonces una estructura interna empobrecida, que le ha impedido su desarrollo.

- Los contextos del venezolano, ya sean familiares, de pareja u organizacional están siempre en abandono ya que carecemos de una conciencia definida de espacio y de los límites que este impone.
- Objetivos personales y nacionales, en los cuales no existe una conciencia clara de las necesidades y de las capacidades de cada uno y por lo tanto se actúa por la satisfacción inmediata, por ensayo y error o por imitación improvisando la mayoría de las veces.

Para García (2003) las características de las personas con **autoestima positiva** son:

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aún cuando encuentren fuertes oposiciones colectivas, y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.
- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable cuando a otros les parece mal lo que haya hecho.
- No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesto a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.
- Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc.

- Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a mejorar o divertirse a costa de los demás.

Para Ríos en el año 2003 la **baja autoestima** tiene su origen en los sistemas familiares y sociales disfuncionales, siendo algunas características de los mismos las siguientes:

- No se aceptan completamente a sí mismos o a los demás.
- Pueden abusar emocionalmente o físicamente de sus semejantes. El maltrato no solamente es físico, sino también emocional.
- No se preocupan por sus propias carencias y necesidades, o de las demás personas que están cercanas.
- No saben cómo manejar sus sentimientos e intentan evadirlos.
- Pueden ser perfeccionistas; para ellos los errores son un fracaso absoluto.
- Las adicciones suelen ser comunes.
- Los niños no pueden depender de sus padres, ni confiar en ellos, para que satisfagan sus necesidades, para que los amen, para que los protejan. Son miedosos e inseguros.
- Al carecer de una sensación de poder personal, esperan que los demás les digan cómo deberían ser, o buscan tener la aprobación de los demás.
- Sienten una amplia gama de intensos sentimientos negativos, y no saben que hacer con ellos.
- Han perdido el respeto por sí mismos.

Los sentimientos de inferioridad y de culpabilidad, la victimización y la dependencia, son el resultado de una autoestima inadecuada. Por el contrario, un estilo de vida realmente asertivo es la expresión de una adecuada autoestima, implicando esto por lo tanto una manifestación de emociones con mediación cognitiva y el incremento consecuentemente de nuestra inteligencia emocional (Moles 2000).

No obstante, Cortés y Arangón (2000), afirman que no siempre una familia, a la que podríamos llamar autoestimante, funcional, sana, saludable y operativa, es la que

promueve el aprendizaje e internalización de los componentes del autoestima, no necesariamente genera personas con elevada autoestima, o al contrario personas que a pesar de haber pertenecido a una familia disfuncional, opresora, desvinculante y desvalorizadora, han llegado a conocerse, aceptarse a sí mismos y desarrollar una conducta autoactualizante.

La Familia

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. El grado del éxito de este proceso lo determina no sólo la garantía de sobrevivencia, sino también el de afianzar y mejorar la calidad de vida del individuo (Bahsas 1999).

No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción es tan antigua como la especie. La palabra “familia” proviene de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el *pater*, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos (Prest, Benson y Protinsky 1998).

Al paso del tiempo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han ido surgiendo diferentes definiciones, cada una de las cuales tiene diferentes niveles de aplicación, Así por ejemplo la Organización Panamericana de Salud (2007), señala que por familia se entiende, "A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse

con precisión en escala mundial. “Esta definición esta orientada fundamentalmente hacia cierto tipo de estudios demográficos y epidemiológicos,

Para Solórzano, Brandt y Flores 2001, la familia es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera.

Para Ackerman 1961, refiere que la familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio. Los valores que se intercambian son el amor y los bienes materiales.

Sin embargo para Doherty y Baird (1996), *la familia* tiene definiciones múltiples, todas siendo apropiadas en algunos contextos y para algunos propósitos. Así las definiciones “estructurales” de la familia se refieren a las categorías legales de asociación, enfatizando primero los lazos primarios matrimoniales y relativos a los padres, y luego las relaciones de los parientes, útiles para reunir información genética y demográfica. Mientras que las definiciones “funcionales” de la familia se refieren a las interdependencias cotidianas entre personas; y las definiciones “metafóricas” se refieren a relaciones que se caracterizan por una intimidad emocional y un apoyo mutuo, pero que son más circunscritos que los de la familia funcional.

A menudo la adolescencia se caracteriza como una época de reducción de la influencia de los adultos, cuando los valores y las conductas de los jóvenes se consideran más distantes e independientes de los de sus padres y otros adultos. Sin embargo, la brecha intergeneracional entre jóvenes y adultos no es tan profunda; de hecho los jóvenes tienen aspiraciones y valores muy parecidos a sus padres.

Seguramente aparecerá una cierta dosis de conflicto entre los padres y los adolescentes en la mayoría de las familias, cuando la tendencia de los jóvenes a independizarse choque con el control tradicional de los padres (Shore y col 1994). La amplitud del

conflicto dependerá de muchos factores, entre ellos el más importante probablemente sea el estilo educativo utilizado en el hogar.

Por esto las familias en las sociedades modernas se encuentran en la necesidad de ser más dinámicas, evolutivas y tienen funciones de socialización, cuidado, reproducción y estatus que deben cumplir durante las etapas de desarrollo de las mismas para que puedan ser catalogadas como familias funcionales. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se altera por cambio en los roles de sus integrantes, cambios de jerarquía, de límites y del tipo de comunicación, como suele suceder en las enfermedades crónicas incapacitantes que pueden intensificar y prolongar estos procesos normales (McDaniel, Campbell y Seburn 1998).

Funcionalidad o Disfuncionalidad Familiar

Para De La Revilla y Fleitas (1994) una *familia funcional* es aquella en la cual se infiere la existencia de un fuerte sentido de pertenencia, afecto mutuo y sólido, así como una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, actuando con una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, preocupada por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de sus miembros, tanto en las demandas internas como en las externas.

“Salud Familiar” se refiere al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que el buen o mal funcionamiento de la misma es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad; la familia se enferma cuando se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones; también denominada como familia disfuncional (Huerta 1998).

Los aspectos primordiales que caracterizan a las familias funcionales son (Velazco 1994 citado por Solórzano, Brandt y Flores 2001):

- Comparten responsabilidad
- Organización flexible
- Procuran capacitarse y adaptarse para resolver problemas
- Activan unidos sus recursos
- Altos niveles de interacción
- Adecuada comunicación en los subsistemas
- Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario
- Fomentan el desarrollo personal
- Estimulan un alto grado de autonomía
- Capacidad para solicitar ayuda

Para evaluar el funcionamiento familiar, se debe analizar las seis funciones básicas de toda familia como son: la comunicación, la afectividad, el apoyo, la adaptabilidad, la autonomía y; las reglas y normas (De La Revilla y Fleitas 1994, citado por Solórzano, Brandt y Flores 2001).

Según De La Revilla y Fleitas 1994, la función familiar es la propiedad del sistema que lo convierte en un organismo similar a cualquier ser vivo y le permite diferenciarse de la simple suma de sus componentes, así se considera a la familia funcional como un sistema que interactúa con una serie de elementos, en la cual se reciben estímulos, se procesa información del medio y se elaboran respuestas adaptativas, manteniendo un equilibrio propio y exclusivo, cambiante en cada momento del continuo temporal. Para Rakel (2000) estas fuerzas o cambios a las que las familias están sometidas son las Fuerzas Motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y los Patrones de Actividad (crecimiento, organización, comunicación y dotación) dentro del sistema.

Para Moreno 1998, hay aspectos que intervienen en la dinámica familiar como lo son:

Las Reglas: es el almacén de las relaciones del grupo familiar, nos da una idea de lo que sucede en una familia disfuncional. Cuando son plenamente conscientes y pueden verbalizarse se denominan reglas explícitas y cuando no son expresadas se consideran reglas implícitas.

Las Creencias: cuando un individuo y el grupo familiar interioriza el marco de referencia cultural elabora un sistema de creencias; determinando su forma de ser, los distinguen de otras familias y constituyen la justificación de sus reglas.

La Triada: es considerada como elemento básico para la creación familiar. Los individuos establecen relaciones basándolas en la comparación de similitudes y diferencias entre al menos tres personas: él mismo, el otro y el tercero como punto de referencia (De La Revilla y Fleitas 1994).

Los Límites: el sistema establece quien pertenece a él y quien no, que es lo exterior y lo interior. Pueden considerarse límites rígidos cuando se vuelven inmóviles, incapaz de adaptarse a las variaciones del medio; sus miembros no tienen capacidad de evolucionar; y flexibles, cuando ocurre lo contrario, carecen de la estabilidad necesaria para construir valores en sus miembros, en consecuencia cada individuo se rige por sus propias reglas.

Los límites no sólo separan al sistema del medio sino que existen subsistemas interiores como el conyugal, el parental y el fraternal.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

Naturaleza de la Investigación

Según su naturaleza esta investigación es de campo, correlacional, de corte transversal, por encuesta y aplicada.

Es de campo dado que la recolección de datos procede directamente de la realidad en que han ocurrido los acontecimientos (Kerlinger 1981).

Es correlacional debido a que persigue determinar la relación existente entre las variables consideradas. Mide las dos o más variables que se pretenden ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación (Hernández, Fernández y Baptista 1994).

Es de corte transversal por el carácter finito del tiempo en que se recolectan los datos investigados.

Es por encuesta en virtud de los instrumentos que se utilizan en la recolección de datos.

Finalmente, es aplicada en razón de que las conclusiones obtenidas son de aplicabilidad inmediata.

Diseño de la Investigación

La presente investigación es de carácter descriptivo, porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de un fenómeno que se somete al análisis (Baptista 2006).

Población

El universo está constituido por un grupo de adolescentes de ambos géneros, con edades comprendidas entre 10-19 años, estudiantes del Colegio Fe y Alegría de El Valle de Mérida, con un total de 270 estudiantes, según matrícula estudiantil, de 7mo a 5to año cursantes del lapso escolar 2006-2007. De los cuales se tomó una muestra de 172 estudiantes para cotejarlos con el grupo control perteneciente al colegio CEAPULA de Mérida (para un total de 344 estudiantes). Para nivelar los tamaños muestrales se sacó la diferencia entre ambos colegios y se eliminó de manera proporcional a la edad y el género existente en la muestra inicial, para así mantener la misma distribución, en forma aleatoria por medio del programa SPSS para Windows (versión 15.0). La investigación se realizó en el lapso comprendido entre el 15 de Mayo al 20 de julio del año 2007.

Criterios de inclusión

Adolescentes en edades comprendidas entre 10-19 años, sin distingo de clase socioeconómica, ni sexo, inmersos en el sistema educativo de los institutos mencionados y la participación voluntaria en el estudio.

Criterios de exclusión

Negativa de participar en el estudio y edades menores de 10 años y mayores de 19 años.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Resiliencia: alta, media y baja.

VARIABLES DEPENDIENTES

- Funcionalidad Familiar: familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional, familia severamente disfuncional.
- Autoestima: baja, media y alta.
- Modelo positivo: si o no.

VARIABLES INTERVINIENTES.

- Adolescencia: temprana, intermedia y tardía.
- Edad: años.
- Género: masculino, femenino.
- Estrato Social: alto, medio alto, medio bajo, obrero, pobreza extrema.
- Modalidad de Colegio: horario regular, interno o externo.

Se aplicaron un total de 240 encuestas, lo que corresponde a un 90 % de la población total del Colegio Fe y Alegría; estudiantes que se encontraban en las instituciones en el momento de la aplicación del instrumento. Se excluyeron 30 encuestas por no cumplir con el criterio de inclusión de la edad, estar incompletas o presentar errores en su llenado, a pesar de las claras instrucciones dadas, previa aplicación de la encuesta. El resto del alumnado (10%) no pudo contribuir en el estudio, ya sea por ausentismo escolar o por encontrarse en pruebas de lapso o de culminación del año escolar e incluso por negativa directa de los mismos.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento aplicado a la población escogida consta de:

Primera Parte: Características socio-demográficas: edad (adolescencia temprana, intermedia o tardía), género, año cursante, modalidad de estudio (regular, interno o externo).

Segunda Parte: El Test de Escalante para autoestima, el cual es un test avalado por el Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Los Andes, autoadministrado y con 15 preguntas. Presenta 6 ítems, fraseados en formato tipo Likert, 3 de los cuales expresan acuerdo y 3 desacuerdo. Con una mínima de 90 puntos y un media teórica de 52,5. La categorización tomando en cuenta la Autoestima revela tres factores que son: las habilidades, la competencia y la confianza. Los parámetros de medición de este son:

Puntaje	Categoría
15-40	Autoestima baja
41-65	Autoestima media
66-90	Autoestima alta

Tercera Parte: Se exploró la presencia en el presente o en el pasado de un modelo positivo adulto por medio de 2 preguntas.

Cuarta Parte: (Solórzano y Flores 2001) El cuestionario de Graffar Modificado (Méndez Castellano 1986). El método de Graffar modificado permite la estratificación social y toma en cuenta la profesión del jefe de familia, el grado de instrucción de la madre, fuente de ingreso familiar y características de la vivienda. Según la puntuación total se clasificaran en:

Puntaje	Clase	Denominación
4-5-6	I	Estrato alto
7-8-9	II	Estrato medio alto
10-11-12	III	Estrato medio bajo
13-14-15-16	IV	Estrato obrero
17-18-19-20	V	Estrato pobreza extrema

Quinta Parte: El Test de percepción de funcionalidad familiar FF-SIL. Este Test fue elaborado por Dolores De La Cuesta Freijomil y cols., en 1996, el cual evalúa comunicación, cohesión, unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Es un test auto administrado y consta de 14 preguntas. Presenta 5 ítems, contestados de la siguiente manera: casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y casi siempre. La puntuación final se obtuvo de la suma de los puntos por ítems, y la funcionalidad familiar manifiesta en el adolescente, se estableció de acuerdo al siguiente esquema (Solórzano y Flores 2001).

Categoría	Puntaje
Familia Funcional	70 a 57
Familia Moderadamente Funcional	56 a 43
Familia Disfuncional	42 a 28
Familia Severamente Disfuncional	27 a 14

Sexta Parte: Escala de resiliencia (versión LET y Karelis Colina); esta última permite realizar mediciones que identifican los criterios de resiliencia elaborados por la Psicóloga Karelis Pérez, presentado como trabajo especial de grado en el año 2003, es un test autoadministrado y consta de 20 preguntas. Presenta 6 ítems, fraseados en formato tipo Likert, 3 de los cuales se expresa acuerdo y 3 para expresar desacuerdo y la puntuación sugerida es la siguiente (Pérez 2003).

Categoría	Puntaje
Resiliencia Alta	> 111
Resiliencia Media	85 a 110
Resiliencia Baja	< 84

www.bdigital.ula.ve

Procedimiento

Se seleccionó el Colegio Fe y Alegría, por contar con los requisitos planteados en el trabajo de investigación, poseer modalidad regular, interna o externa. Se realizó sorteo aleatorio entre diversas instituciones privadas para el estado Mérida, seleccionándose el CEAPULA como control del estudio.

Se solicitó formalmente, la colaboración del personal administrativo y docente junto con el alumnado y centro de padres y/o representantes de los adolescentes de los institutos educativos correspondientes a los colegios Fe y Alegría de El Valle y CEAPULA de Mérida, para la incorporación de los adolescentes al estudio y la consiguiente aplicación de los instrumentos de recolección de información.

Se procedió a la presentación del investigador a los diferentes grupos de adolescentes y por año de escolaridad; luego se entregó y explicó, previo consentimiento y participación voluntaria del adolescente y cumpliendo con los criterios de inclusión pre-establecidos, los instrumentos a utilizar con la finalidad de conocer: (a) Datos demográficos; (b) Estrato social, (c) Existencia de un modelo positivo, (d) Funcionalidad familiar, (e) Nivel de autoestima.

Se aplicó la encuesta a un total de 412 adolescentes (240 en el Colegio Fe y Alegría y 172 del grupo control pertenecientes al colegio CEAPULA). Se excluyeron 30 encuestas del Colegio Fe y Alegría, por no cumplir con el criterio de inclusión de la edad, estar incompletas o presentar errores en su llenado, a pesar de las claras instrucciones dadas, previa aplicación de la encuesta, de las 210 encuestas restantes se tomó una muestra de 172 estudiantes de forma aleatoria, a través del programa SPSS para Windows (versión 15.0), para cotejarlos con el grupo control, pertenecientes al colegio CEAPULA de Mérida (para un total de 344 estudiantes). La investigación se realizó en el lapso comprendido entre el 15 de mayo al 20 de julio del año 2007.

Una vez realizado el trabajo de campo y obtenida la información, los datos fueron codificados y procesados empleando el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0) a cargo de un técnico en computación y estadística del Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

Los datos debidamente procesados, fueron presentados en gráficos, cuadros de distribución de frecuencias absolutas y porcentuales, así como, en tablas de contingencias o tabulación cruzada, en aquellos casos en que se midió la existencia de correlación entre las variables consideradas se realizó a través de la prueba de Correlación de Spearman. Se determinó la significancia estadística de las diferencias entre las medias, con una probabilidad de "p" a un nivel de significancia de $p < 0,05$ a través de la prueba χ^2 . Las interrelaciones entre las diferentes variables se establecieron mediante la prueba de Kendall y Gamma.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución por Etapas de la adolescencia en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

Etapas de la Adolescencia	Colegio				Total		
	Fe y Alegría		CEAPULA		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Edad	Adolescencia Inicial (10 – 13 a)	67	19,5	50	14,5	117	34,0
	Adolescencia Intermedia (14 – 16 a)	78	22,7	100	29,1	178	51,7
	Adolescencia tardía (17 – 19 a)	27	7,8	22	6,4	49	14,2
	Total	172	50	172	50	344	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $\chi^2 = p > 0,05$

Del total de 344 adolescentes encuestados, se observó un predominio en la etapa de la adolescencia intermedia (14 a 16 años) con un 51,7 % (n= 178) para los estudiantes de ambos colegios, de los cuales el 22,7 % (n= 78) correspondían a los del colegio Fe y Alegría, y el 29,1% (n= 100) a los del CEAPULA. (Cuadro 1).

Cuadro 2. Distribución por Género de la adolescencia, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

		Colegio				Total	
		Fe y Alegría		CEAPULA		N°	%
		N°	%	N°	%		
Género	Masculino	101	29,4	103	29,9	204	59,3
	Femenino	71	20,6	69	20,1	140	40,7
Total		172	50	172	50	344	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $\chi^2 = p > 0,05$

En el Cuadro 2, se evidenció que el género predominante en el estudio, fue el masculino 204 (59,3%) para ambas instituciones, de los cuales un total de 103 estudiantes (29,9%) pertenecían al colegio CEAPULA, y los 101 alumnos restantes (29,9 %) al Colegio Fe y Alegría.

www.bdigital.ula.ve

Cuadro 3. Distribución por Modalidad en horarios de estudios de la adolescencia, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

Horarios de estudios		Colegio				Total	
		Fe y Alegría		CEAPULA		N°	%
		N°	%	N°	%		
Modalidad	Regular	-	-	172	50,0	172	50,0
	Interno	159	46,2	-	-	159	46,2
	Externo	13	3,8	-	-	13	3,8
Total		172	50	172	50	344	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $\chi^2 = p > 0,05$

Con respecto a la modalidad de horarios de estudios, se encontró que del total de la muestra de 344 alumnos, el colegio CEAPULA con horario regular (7 a.m. a 1 p.m.) presenta el 50 % (n=172) de la población, mientras que el colegio Fe y Alegría el 46,2% (n=159) de estudiantes con modalidad Interno y sólo un 3,8% (n=13) en externa.

Cuadro 4. Distribución por Escolaridad de la adolescencia, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

Escolaridad	Colegio				Total	
	Fe y alegría		CEAPULA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Séptimo	63	18,3	32	9,3	95	27,6
Octavo	31	9,0	36	10,5	67	19,5
Noveno	32	9,3	35	10,2	67	19,5
4to año	27	7,8	33	9,6	60	17,4
5to año	19	5,5	36	10,5	55	16,0
Total	172	50,0	172	50,0	344	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $\chi^2 = p > 0,05$

En el cuadro 4, con respecto a la escolaridad, se aprecia que la mayor representación en el estudio para el colegio Fe y Alegría la obtuvo los alumnos de séptimo grado con 18,3 % (n=63) y para los del colegio CEAPULA, fueron los alumnos de octavo y noveno con un 10,5% (n=36) y 10,2% (n=35) respectivamente.

Cuadro 5. Distribución por Nivel Socio- Económico de los adolescentes, según Graffar, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

Clase social	Colegio				Total	
	Fe y alegría		CEAPULA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alta (I)	3	0,9	27	7,8	30	8,7
Media Alta (II)	14	4,1	116	33,7	130	37,8
Media Baja (III)	46	13,4	23	6,7	69	20,1
Obrera (IV)	87	25,3	3	0,9	90	26,2
Pobreza Extrema (V)	22	6,4	3	0,9	25	7,3
Total	172	50,0	172	50,0	344	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $\chi^2 = p > 0,05$

Al categorizar a la población en estudio por la Escala de Graffar, se pudo apreciar que la clase predominante en el Colegio Fe y Alegría son los estudiantes pertenecientes a la clase Obrera 25,3 % (n=87), mientras que en el colegio CEAPULA son los de clase Media Alta con 33,7% (n=116), según Cuadro 5.

Cuadro 6. Distribución por Modelos Positivos en adolescentes en la actualidad, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

Presencia de Modelo Positivo en la Actualidad	Colegio				Total	
	Fe y Alegría		CEAPULA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	147	42,9	139	40,5	286	83,4
No	25	7,3	32	9,3	57	16,6
Total	172	50,1	171	49,9	343	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $\chi^2 = p > 0,05$

El cuadro 6 visualiza que en ambos colegios existe un gran número de población estudio con la presencia actual de un modelo positivo, apreciándose un 42,9 % (n=147) en el colegio Fe y Alegría y un 40, 5 % (n=139) en CEAPULA.

Cuadro 7. Distribución por Modelos Positivos en adolescentes en el pasado, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

Presencia de Modelo Positivo el pasado	Colegio				Total	
	Fe y Alegría		CEAPULA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	134	39,1	142	41,4	276	80,5
No	38	11,1	29	8,5	67	19,5
Total	172	50,1	171	49,9	343	100

Fuente: Instrumento Aplicado
 $\chi^2 = p > 0,05$

En el cuadro 7 se aprecia que en ambos colegios existe gran porcentaje de población estudio con la presencia de un modelo positivo en el pasado, estimándose un 41,4 % (n=142) en el colegio CEAPULA y un 39, 1 % (n=134) en el Fe y Alegría.

Cuadro 8. Distribución de Resiliencia en adolescentes, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

		Colegio				Total	
		Fe y Alegría		CEAPULA		N°	%
		N°	%	N°	%		
Resiliencia	Resiliencia Alta	33	9,6	43	12,5	76	22,1
	Resiliencia Media	101	29,4	98	28,5	199	57,8
	Resiliencia Baja	38	11,0	31	9,0	69	20,1
Total		172	50	172	50	344	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $\chi^2 = p < 0,05$

Al distribuir a los individuos encuestados según su Resiliencia, se evidenció que el 57,8 % (n=199) presentaba Resiliencia media, de la cual el 29,4 % (n=101) correspondía a los estudiantes del colegio Fe y Alegría y el 28,5 % (n=98) a los del CEAPULA, encontrándose una diferencia significativa al utilizar la prueba χ^2 ($p < 0,05$) (Cuadro 8).

Cuadro 9. Distribución por Autoestima en adolescentes, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

		Colegio				Total	
		Fe y Alegría		CEAPULA		N°	%
		N°	%	N°	%		
Autoestima	Autoestima Baja	18	5,2	45	13,1	63	18,3
	Autoestima Media	123	35,8	118	34,3	241	70,1
	Autoestima Alta	31	9,0	9	2,6	40	11,6
Total		172	50	172	50	344	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $\chi^2 = p > 0,05$

El Cuadro 9 hace referencia al nivel de autoestima de los adolescentes en estudio, estimándose que el 70,1 % (n=241) presentó un nivel de Autoestima Media, correspondiéndose el 35,8 % (n=123) a la población del colegio Fe y Alegría y el 34,3 % a la del CEAPULA.

Cuadro 10. Distribución por Funcionalidad Familiar en adolescentes, en frecuencias absolutas y porcentuales. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007

Funcionalidad Familiar	Colegios				Total	
	Fe y Alegría		CEAPULA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Familia Funcional	47	13,7	61	17,7	108	31,4
Familia Moderadamente Funcional	110	32,0	88	25,6	198	57,6
Familia Disfuncional	15	4,4	22	6,4	37	10,8
Familia Severamente Disfuncional	-	-	1	0,3	1	0,3
Total	172	50,0	172	50,0	344	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $\chi^2 = p < 0,001$

En los alumnos de los colegios en estudio, se encontró que 198 (57,6 %) pertenecían a familias moderadamente funcionales, de los cuales 110 (32,0 %) eran del colegio Fe y Alegría y 88 (25,6 %) al CEAPULA, encontrándose una diferencia altamente significativa al utilizar la prueba χ^2 ($p < 0,001$), según datos aportados por el Cuadro 10.

Cuadro 11. Relación Resiliencia y Autoestima en adolescentes. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007

Colegios		Resiliencia Alta		Resiliencia Media		Resiliencia Baja		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fe y Alegría	Autoestima Baja	3	1,7	10	5,8	5	2,9	18	10,5
	Autoestima Media	21	12,2	74	43,0	28	16,3	123	71,5
	Autoestima Alta	9	5,2	17	9,9	5	2,9	31	18,0
	Total	33	19,2	101	58,7	38	22,1	172	100
CEAPULA	Autoestima Baja	10	5,8	28	16,3	7	4,1	45	26,2
	Autoestima Media	29	16,9	67	39,0	22	12,8	118	68,6
	Autoestima Alta	4	2,3	3	1,7	2	1,2	9	5,2
	Total	43	25,0	98	57,0	31	18,0	172	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $p > 0,05$

Medidas simétricas

Colegios		Valor	Error típ.	T aproximada	Sig.
			asint. ^a	^b	aproximada
Fe y Alegría	Tau-b de Kendall	-,103	,073	-1,403	,160
	Gamma	-,200	,139	-1,403	,160
CEAPULA	Tau-b de Kendall	-,023	,073	-,317	,752
	Gamma	-,044	,140	-,317	,752

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Al relacionar la Resiliencia y la Autoestima de los adolescentes a través de la escala versión de LET y Karelis Colina, y el Test de Escalante respectivamente y utilizando la Prueba de Kendall y Gamma para determinar su significancia, se encontró una relación entre la Resiliencia Media y la Autoestima Media en alto porcentaje para los alumnos de ambas escuelas, la cual no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

Cuadro 12. Relación Resiliencia y Funcionalidad Familiar en adolescentes. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

Colegios	Funcionalidad Familiar	Resiliencia						Total	
		Resiliencia Alta		Resiliencia Media		Resiliencia Baja		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Fe y Alegría	Familia Funcional	19	11,0	23	13,4	5	2,9	47	27,3
	Familia Moderadamente Funcional	14	8,1	75	43,6	21	12,2	110	64,0
	Familia Disfuncional	-	-	3	1,7	12	7,0	15	8,7
	Total	33	19,2	101	58,7	38	22,1	172	100
CEAPULA	Familia Funcional	29	16,9	27	15,7	5	2,9	61	35,5
	Familia Moderadamente Funcional	13	7,6	63	36,6	12	7,0	88	51,2
	Familia Disfuncional	1	0,6	8	4,7	13	7,6	22	12,8
	Familia Severamente Disfuncional	-	-	-	-	1	0,6	1	0,6
	Total	43	25,0	98	57,0	31	18,0	172	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
p < 0,001

www.bdigital.ula.ve

Medidas simétricas

Colegios		Valor	Error típ asint. ^a	T aproximad. ^b	Sig. aproximad
Fe y Alegría	Tau-b de Kendall	,393	,067	5,314	,000
	Gamma	,650	,093	5,314	,000
CEAPULA	Tau-b de Kendall	,427	,065	6,125	,000
	Gamma	,656	,084	6,125	,000

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Cuando se observa la relación entre la Resiliencia por medio de la escala de LET y Karelis Colina, y la Funcionalidad Familiar por medio del FF-SIL, utilizando la Prueba de Kendall y Gamma para determinar su significancia, se encontró una relación entre la Resiliencia y la Funcionalidad Familiar en los alumnos de ambas escuelas, la cual fue estadísticamente significativa (p<0,001).

Cuadro 13. Relación Resiliencia y la Presencia de Modelo Positivo en la Actualidad en adolescentes. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

Presencia Actual de Modelos Positivos		Resiliencia		Resiliencia		Resiliencia		Total	
		Alta		Media		Baja			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fe y Alegría	Si	32	18,6	91	52,9	24	14,0	147	85,5
	No	1	0,6	10	5,8	14	8,1	25	14,5
Total		33	19,2	101	58,7	38	22,1	172	100,0
CEAPULA	Si	39	22,8	80	46,8	20	11,7	139	81,3
	No	4	2,3	17	9,9	11	6,4	32	18,7
Total		43	25,1	97	56,7	31	18,1	171	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
p < 0,001

Medidas simétricas

Colegios		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Fe y Alegría	Tau-b de Kendall	,303	,067	3,809	,000
	Gamma	,704	,116	3,809	,000
CEAPULA	Tau-b de Kendall	,200	,071	2,690	,007
	Gamma	,454	,147	2,690	,007

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Al relacionar la Resiliencia por medio de la escala de LET y Karelis Colina, y la Presencia actual de Modelos Positivos, utilizando la Prueba de Kendall y Gamma para determinar su significancia, se encontró una relación entre la Resiliencia y la Presencia actual de Modelos Positivos en los alumnos de ambas escuelas, la cual fue estadísticamente significativa (p < 0,001).

Cuadro 14. Relación Resiliencia y la Presencia de Modelos Positivos en el pasado en adolescentes. Colegios Fe y Alegría, y CEAPULA. Mérida 2007.

Presencia en el Pasado de Modelos Positivos		Resiliencia Alta		Resiliencia Media		Resiliencia Baja		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Fe y Alegría	Si	32	18,6	78	45,3	24	14,0
	No	1	0,6	23	13,4	14	8,1	38	22,1
	Total	33	19,2	101	58,7	38	22,1	172	100,0
CEAPULA	Si	37	21,6	85	49,7	20	11,7	142	83,0
	No	6	3,5	12	7,0	11	6,4	29	17,0
	Total	43	25,1	97	56,7	31	18,1	171	100

Fuente: Instrumento Aplicado.
 $p < 0,001$

www.bdigital.ula.ve

Medidas simétricas

Colegios		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Fe y Alegría	Tau-b de Kendall	,248	,062	3,712	,000
	Gamma	,554	,116	3,712	,000
CEAPULA	Tau-b de Kendall	,155	,081	1,862	,063
	Gamma	,345	,173	1,862	,063

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Es significativa ($p < 0,05$) la relación entre la Resiliencia y la Presencia en el pasado de Modelos Positivos entre los estudiantes del colegio Fe y Alegría; mas no entre los del colegio CEAPULA, ya que como se puede observar en el cuadro 12, la significancia es ($p > 0,05$) para este último grupo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

De los 344 adolescentes encuestados con edades comprendidas entre 10 y 19 años, pertenecientes a los colegios *Fe y Alegría*, y *CEAPULA* de la ciudad de Mérida, se observó un predominio en la etapa de la adolescencia intermedia (14 a 16 años), lo que contradice estudios realizados por Gascón 2002 en adolescentes de los institutos educativos de la Parroquia J.J. Osuna en Mérida, en el cual el predominio de la población era de adolescencia temprana.

Se encontró que sobresalió el género masculino, lo que coincide con la proyección de la población realizada por el Instituto Nacional de Estadística de Venezuela, según grupos de edad y sexo en el estado Mérida para el año 2007.

Con respecto a la modalidad de estudios en los adolescentes prevaleció el horario regular (7:00 a.m. a 1:00 p.m.) y en la escolaridad fueron los pertenecientes al séptimo, octavo y noveno grado, lo cual se corresponde a la matrícula estudiantil esperada en los grados para los institutos educativos estudiados.

La clase social que predominó en el estudio fue la clase media alta, lo cual coincide con estudios realizados por Alonzo y Gascón 2005 sobre ideación suicida, humor depresivo y ansiedad en la adolescencia intermedia escolarizada en la parroquia Antonio Spinetti Dini en Mérida, en los cuales arrojan cifras similares.

La presencia de modelos positivos a lo largo de la vida de los adolescentes, en los colegios estudiados, fue otra característica sobresaliente, lo que concuerda con Allen 2003, quien refiere que la evolución del desarrollo de la persona está influida por la presencia de factores protectores a lo largo de la misma, por lo que juega un papel

determinante la presencia de figuras parentales y/o la identificación de modelos a seguir para la adquisición de una buena identidad personal. Werner 1994 sugiere que los docentes juegan un rol fundamental en la formación resiliente del adolescente y que muchas veces estos no son conscientes de ello; de que son los que tienen el poder de inclinar la balanza de la adolescencia, por lo que el punto de partida es que el docente necesita reconocer la fuente de su propia resiliencia; y estar convencido de que todos los alumnos pueden transformar y cambiar sus vidas.

Se encontró que, la resiliencia presentada por los adolescentes en estudio, estaba en la categoría de resiliencia media de manera estadísticamente significativa, lo cual coincide con trabajos realizados por Alonzo y Toro en el 2004, donde se estudió la resiliencia y funcionalidad familiar en un grupo de adolescentes en Mérida y con resultados similares a los mencionados. Vera y col. en el 2006 realizan estudios sobre resiliencia post traumática encontrando resultados similares y concluyendo que las personas son mucho más fuertes de lo que la psicología ha venido considerando, por lo que, se piensa que estos han subestimado la capacidad natural de los supervivientes de experiencias traumáticas de resistir y rehacerse.

La resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, nunca es una característica absoluta ni se adquiere de una vez para siempre. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de variadas maneras en diferentes culturas. Como el concepto de personalidad resistente, la resiliencia es fruto de la interacción entre el individuo y su entorno. Hablar de resiliencia en términos individuales constituye un error fundamental. La resiliencia es un proceso, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y el proceso de vertebración de su propia historia vital. (Manciaux y col 2007).

La autoestima media con 70,1 % fue la sobresaliente en los adolescentes estudiados de ambos colegios, lo cual coincide con estudios realizados por Choo y col. (2001) en Boston, quienes refieren que la autoestima depende de múltiples factores, entre los cuales están la presencia de una red de apoyo bien consolidada para el paciente, así como también la pertenencia a grupos pares que influyan de manera positiva, favoreciendo su aceptación y evitando de esta manera las alteraciones que pueda producir cualquier factor adverso a la autoestima.

Al categorizar a las familias de los adolescentes aplicándosele el instrumento FF-SIL, se pudo apreciar que las mismas se encontraban dentro del rango de Familia Moderadamente Funcional, lo que pudiera interpretarse según Solórzano, Brandt y Flores (2001), que la familia como un todo debe responder a las necesidades cambiantes de sus integrantes, lo cual implica la ejecución de tareas específicas para adecuarse a las fases del ciclo vital de cada uno de sus miembros individuales. Al referirse a este tipo de familias que estas poseen un adecuado vínculo emocional, donde existen claros límites emocionales e intergeneracionales y alguna cercanía emocional en la relación padres-hijos, con un compromiso familiar aceptable, con alguna respuesta afectiva y con una lealtad familiar ocasional. Resultados similares fueron encontrados por Gascón (2002) en Mérida, estudios realizados con adolescentes para estimar su percepción de la funcionalidad familiar y estilo parental, lo cual reforzaría las características de las familias locales ya señaladas.

Cuando se evaluó la correspondencia existente entre la resiliencia y la autoestima de los adolescentes se observó una relación directa entre ambas variables, sin embargo la misma no resultó ser estadísticamente significativa. En un estudio llevado a cabo por Fredrickson y Tugade en el 2003, tras los atentados de Nueva York, el 11 de septiembre, se encontró que la relación existente entre la resiliencia y los ajustes a la vida, estaban mediados por la experiencia de emociones positivas, con la presencia de una buena autoestima. Esta parece proteger a las personas frente a la depresión e impulsar su ajuste funcional, así las personas resilientes con buena autoestima conciben y afrontan la vida

de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas abiertas a nuevas experiencias, caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva.

Al relacionar la resiliencia con la funcionalidad familiar, se pudo apreciar que esta fue estadísticamente significativa para los adolescentes de ambos colegios. Así en estudios realizados por Haz A. y col. 2003, en madres maltratadoras, se pudo apreciar que los adolescentes que no poseen familia, comparados con aquellos que crecieron cerca de sus padres, demostraron que la familia juega un papel importante en la formación de resiliencia en adolescentes sanos.

Para Bulboa y col. 2006 la resiliencia se muestra como un proceso, ya que se produce una interacción dinámica entre el riesgo y los factores resilientes, que pueden ser muy amplios, pero donde la familia, la educación, la escuela y la comunicación proveen recursos para que el individuo pueda desarrollarse plenamente.

www.bdigital.ula.ve

Cuando se relacionó la resiliencia con la presencia de modelos positivos, se encontró que los alumnos de ambas instituciones presentaron un alto porcentaje de los mismos a lo largo de sus vidas, cuya relación resultó ser muy significativa estadísticamente, lo cual se corresponde con estudios realizados en Chile por Haz y col. en el 2003 y en la Republica China en el 2007 por Yu y Zhang, donde se querían adaptar un instrumento multidimensional para medir la resiliencia y la validación de un instrumento americano para medir la resiliencia respectivamente, en ambos casos se evidenció que los adolescentes sometidos a traumas físicos y/o psicológicos a menudo informaban acerca de un bajo autoconcepto o autoimagen, conductas regresivas, serias dificultades en la expresión de su rabia y tendencia a manifestar síntomas de depresión, lo cual los predisponía a dejar de identificarse con las figuras parentales y/o con las figuras modelos por lo que manifestaban representaciones disociadas de sí mismo y generaban a futuro una baja resiliencia ante nuevos conflictos.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Los adolescentes estudiados en su mayoría pertenecían a la etapa de la adolescencia intermedia (14 a 16 años), al género masculino, a la modalidad de horario regular (7 a.m. a 1 p.m.) y cursantes del Séptimo Grado.
- La clase social predominante, según el Método de Graffar, fueron la Clase Media Alta (II) para los adolescentes pertenecientes al colegio CEAPULA y media baja, y Obrera (III y IV) para los del Fe y Alegría.
- Un alto porcentaje de la población estudio presentó Modelos Positivos tanto en el presente como en el pasado.
- Los adolescentes de ambos colegios exhibieron una Resiliencia Media, Autoestima Moderada y una Familia Moderadamente funcional.
- Existe una alta relación entre la Resiliencia y la Autoestima para los estudiantes de ambas instituciones, aunque esta no resultó ser estadísticamente significativa.
- Se estableció una relación altamente significativa entre los niveles de resiliencia y la funcionalidad familiar.
- Se encontró para la Presencia Actual de Modelos Positivos una relación altamente significativa con la resiliencia para los adolescentes de ambos colegios.

- Se evidenció una relación altamente significativa para los adolescentes del colegio Fe y Alegría, entre la Resiliencia y la Presencia en el Pasado de un Modelo Positivo, mas no entre los del colegio CEAPULA.

- Los resultados encontrados satisfacen los objetivos propuestos y en su mayoría se correlacionan con las investigaciones de otros autores a nivel nacional e internacional. Se corrobora la hipótesis planteada de que la resiliencia es directamente proporcional a la funcionalidad familiar y la presencia actual de modelos positivos en los adolescentes, sin embargo este estudio no encontró relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la autoestima, así como tampoco con las modalidades interna de los colegios, en comparación con los horarios regulares.

www.bdigital.ula.ve

RECOMENDACIONES

- Se plantea la necesidad de iniciar programas de orientación a las familiares con hijos adolescentes, con la identificación e inclusión de los grupos de apoyos, así como con la determinación del modelo positivo para el mismo. El enfoque debe estar dirigido a la disposición y reorganización de límites, roles y normas familiares, así como al establecimiento de liderazgos participativos y rotativos, con disciplinas democráticas y negociables, para mejorar la funcionalidad familiar y la autoestima del adolescente.
- Se hace necesario la creación o implementación de programas de instrucción y formación de promotores juveniles, trabajadores sociales y profesores, que tengan como meta, el fomento de la resiliencia en los adolescentes desde edades tempranas.
- Implementar programas de educación continua entre los médicos de atención primaria para que reconozcan e intervengan en forma precoz, ante los síntomas de baja autoestima en la adolescencia, así como ante la presencia de familia disfuncionales, para favorecer la promoción de la resiliencia tempranamente.
- Se propone proseguir las investigaciones de forma que se profundice más en el conocimiento de la resiliencia y los factores involucrados en la formación y fomento de la misma en los adolescentes, para así poder promover programas específicos dirigidos a su desarrollo temprano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aberasturi R, (1997). El vínculo en educación. Estilos de comunicación y construcción de vínculos en los adolescentes. El fenómeno grupal. Hermes ediciones. Argentina.
- Ackerman N. 1961. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Hermes ediciones. Argentina.
- Allen I. 2003. Socialización natural y artificial – resiliencia. www.ipap.sg.gba.gov.ar/lec_rec/allen/resilien.doc. 28/2/07 6:00 p.m. 12p.
- Alonzo S. y Gascón A. 2005 Trabajo Especial de Grado. “Ideación suicida, humor depresivo y ansiedad en la adolescencia intermedia escolarizada en la parroquia Antonio Spinetti Dini en Mérida”. Venezuela.
- Alonzo S. y Toro J. 2004. Trabajo Especial de Grado. “Determinación del nivel de resiliencia y la funcionalidad familiar en un grupo de estudiantes adolescentes del Municipio Libertador de la ciudad de Mérida”. Venezuela.
- Antequera F. 1997. Aspectos psicosociales de la infancia y adolescencia. Ministerio de la Familia. Caracas, Venezuela.
- Bahsas F. 1999. Los conceptos básicos de la medicina de familia. En; Medicina de familia. Bases filosóficas y definiciones. Talleres Gráficos Universitarios (ULA). Mérida-Venezuela.
- Baptista J. 2006. Acreditación como especialista. Guías básicas para elaborar el proyecto de tesis. Publicaciones Vicerrectorado Académico. Universidad de los Andes. CODEPRE. Mérida. Venezuela.

- Belart A y Ferrer M. 1999. El ciclo de vida. 2da ed. Editorial Doyma. España.
- Barrera G y Kerdel O. 1987. El adolescente y sus problemas en la práctica. 2da ed. Editorial Monte Ávila Caracas.
- Barroso M. 1998. Autoestima del venezolano. En: Autoestima del venezolano: Democracia o marginalidad. Editorial Galac. Caracas- Venezuela.
- Bosques L y Ruiz P. 2005. Resiliencia y promoción de la salud del adolescente. <http://adolescentes.blogia.com/2005/010601-resiliencia-y-promocion-de-la-salud-del-adolescente.php>. 25/02/07 2:00 p.m. 3 p.
- Bulboa G. y Col. 2006. Resiliencia. www.boletinto.cl/articulos/resiliencia.htm. 25/2/07 3:00 p.m. 4 p.
- Choo P, Rand C y col. 2001. A Cohort Study, About The Possible Factors Of Risks Of The Self-Esteem And The Adhesion To The Treatment In Chronic Illnesses. 1 (6). 72-79.
- Cortés L y Arangón J. 2000. Comprendiendo y practicando la autoestima. En: Autoestima: Comprensión y práctica. Ediciones San Pablo. Mérida- Venezuela.
- Craig G. 1997. Desarrollo Psicológico. 7ma ed. Prentice Hall Hispanoamericana. España.
- Cult J. y Winter D. 1997. Los factores protectores dentro de la familia, y su papel en promover la resiliencia en adolescentes afroamericanos. En: Acta pediátrica Suppl. 4: 110-117.

- Cyrulnick B. (2002). Los patitos feos. La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Dávalos V. 2006. Modos en que las escuelas ayudan a fortalecer la resiliencia. En: La resiliencia en la escuela. Capítulo 2. www.educadormarista.com/ARTICULOS/Resiliencia_en_la_escuela-c2.htm_25/2/07 6:00 p.m. 13 p.
- De La Revilla L y Fleitas L. 1994. Función y disfunción familiar. En: Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Editorial Doyma. Barcelona – España.
- Diccionario Enciclopédico Salvat. 1993. Salvat Editores. España. Vol. 1.
- Doherty W y Baird M. 1996. En busca de la familia en medicina de familia. En: Terapia familiar y medicina de familia. Coordinación de Publicaciones del Rectorado de la Universidad de Oriente. Cumaná-Venezuela.
- Eandi M. 2000. Diabetes: Rol de la emoción en la evolución del tratamiento. <http://www.genaltruistas.com>. 2/07/07 6:00 pm. 3p.
- Erikson E. 1986. Infancia y Sociedad. Hormé. Buenos Aires. Argentina.
- Everall R, Altrows J y col. 2006. Creating a future: a study of resilience in suicidal female adolescents. En: *Journal of counseling & Development*. 84: 461-470.
- Fredrickson B y Tugade M. 2003. What Good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on USA. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84. 365 – 427.
- García V. 2003. Autoestima. www.monografias.com. 01/03/07. 6:00pm. 12 p.

- Garmezy N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416–430.
- Gascón A. 2002. Trabajo Especial de Grado. “Percepción del vínculo, estilo parental y funcionalidad familiar por adolescentes de los institutos educativos de la parroquia J.J. Osuna Rodríguez”. Estado Mérida 2002.
- Grotberg E y col. 1998. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>. 1/03/07. 6:00pm. 186 p.
- Harvey M. y col. 2000. A multidimensional approach to the assessment of trauma impact, recovery and resilience. En: *Journal of traumatic Stress*. 9: 3- 23.
- Haz A. y col. 2003. Adaptación preliminar del instrumento Multidimensional Trauma Recovery and Resilience (MTRR) en una muestra de madres maltratadoras físicas con historia de maltrato físico y madres no maltratadas con historia de maltrato físico. En: *Chile Abuse y Neglect*. 27 : 807-820
- Hernández R, Fernandez C y Baptista P. 1994. Metodología de la Investigación. McGraw Hill. Interamericana. México.
- Herrenkohl E. Herrenkohl R. y Egolf, B. 1994. Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(2), 301–309.
- Huerta J. 1998. La familia en el proceso salud enfermedad. Tangamanga. México.

- Instituto Nacional de Estadística de Venezuela. En; Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. 2007. www.ine.gov.ve/ine/censo/censo.htm. 03/08/07 8:00 p.m. 11 p.
- Kerlinger F. 1981. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. Interamericana. México.
- Krauskopf D. 1999. Psiquiatría del niño y del adolescente. 2da ed. Mediterráneo. Santiago – Chile.
- Krauskopf D. 2002. Psiquiatría del niño y del adolescente. 3era ed. Mediterráneo. Santiago – Chile.
- Ley Orgánica de Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNA) 1998. www.tecniojuris.com/leyes/lopna.html. 18/08/07 7:00 pm 18 p.
- Manciaux M, Vanistendael S, y col. 2007. La resiliencia: estado de la cuestión. Editorial Doyma. España.
- Martínez I. y Vásquez A. 2006. La resiliencia invisible. 3era ed. Editorial Doyma. Madrid. España
- Masten A. (2001) Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3):227-238
- McDaniel S, Campbell T y Seburn D. 1998. Premisas básicas de la orientación familiar en atención primaria. Orientación familiar en atención primaria. Talleres Graficas Soler. Barcelona-España.

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). 2003. Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela. www.msds.gov.ve/Libro_adole_OPSI.com 3/03/07. 9:30 p.m. 96 p.
- Moles J. 2000. Asesoramiento de la conducta infantil. En; Asesoramiento clínico. Gráficas La Bodoniana, C.A. Caracas-Venezuela.
- Moreno A. 1998. El padre en la familia popular venezolana. AVEPSO (9). Caracas. Venezuela.
- Núñez C. 2003. Aplicaciones Clínicas de la Resiliencia en el Niño y la Familia. En: Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Ermilio Valdizan. 4 (2): 63-75.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. Evaluación externa: Evaluación Externa: Plan de acción en salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Las Américas, 1998-2001. Informe final www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/EvalKell01.pdf. 1/03/07 6:00 p.m. 53 p.
- Organización Panamericana de Salud (OPS). 2007. En: Información científica y técnica. www.paho.org/default_spa.htm. 1/03/07 6:00 p.m. 14 p.
- Papalia D, Wendkos S y Duskin R. 2003. Psicología del Desarrollo Humano. 8va. ed. McGraw Hill Interamericana. Colombia.
- Perez K. 2003. Trabajo Especial de Grado. “El Concepto de Resiliencia. Una escala para su evaluación y sus propiedades psicométricas” Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo Venezuela.

- Prest L, Benson M y Protinsky H. 1998. Family of origin and current relationship influences on codependency. *Fam Proc.* 32: 513- 528.
- Rakel R. 2000. Dinámica y salud familiares. Compendio de práctica médica en atención primaria. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid-España.
- Ríos A. 2003. El autoestima. <http://www.medicosdelmundo.com>. 12/09/07. 6:30 pm. 9p.
- Romero M, Casas F y Carbelo B. 2002. La autoestima. <http://www.Aulainfantil.com>. 10/08/07. 6:00pm. 6p.
- Rutter M. 1993. Resilience: Some conceptual considerations. En: *Journal of Adolescent Health*. 14: 626- 631.
- Shore W y col. 1994. Atención del adolescente en: Taylor R. *Medicina de Familia*. 3era ed. Doyma. España.
- Solórzano M, Brandt C y Flores O. 2001. Disfunciones familiares. En: *Estudio integral del ser humano y su familia*. Gráficas La Bodoniana, Caracas-Venezuela. 198-211.
- Solórzano M, Brandt C y Flores O. 2001. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar. *Estudio integral del ser humano y su familia*. Gráficas La Bodoniana, C.A. Caracas-Venezuela. 261-295.
- Vera B. y col. 2006. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. En: *Psicología Positiva*. 27 (1): 214-218

- Werner E. 1994. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*. 5: 503-515.
- Werner E y Smith T. 1989. Vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: Lahey BB, Kadzin AE, eds. *Advances in clinical Psychology*. New York: Plenum.
- Yu X. y Zhang J. 2007. Factor Analysis And Psychometric Evaluation Of The Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc) With Chinese People. En: *Social Behavior And Personality*. Vol. 35 (11): 19-30

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS 1

Datos de identificación, institución y presencia de figura positiva

Código _____

Las siguientes preguntas pretenden conocer su opinión acerca de diferentes tópicos. No hay respuestas buenas ni malas, solo respuestas sinceras. Es de carácter anónimo y confidencial. Le agradecemos su participación.

Institución: _____ Regular () Internado () Externado ()

Edad: _____ Sexo: _____ Grado o año que cursas: _____

- Cuenta usted en la actualidad con una persona (profesor, amigo, etc) a quien usted le pueda contar sus problemas y este le ayude a resolverlos? Si _____ No _____

- Ha tenido usted una persona (profesor, amigo, etc) a quien usted le haya contado sus problemas y este le ayude a resolverlos? Si _____ No _____

ANEXOS 2

Método de Graffar Modificado por Méndez y Castellano

ESCALA DE GRAFFAR

- En cada columna marque con una X la casilla que corresponda según su respuesta

a) PROFESIÓN DEL JEFE DE LA FAMILIA	b) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	c) FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA	d) VIVIENDA
1. Universitario	1. Universitario	1. Fortuna heredada o adquirida	1. Mansión o Penthouse
2. Técnico Superior	2. Secundaria completa o Técnico superior	2. Honorarios Profesionales	2. Quinta o Apartamento
3. Técnico Inferior	3. Secundaria incompleta o Técnica Inferior	3. Sueldo mensual	3. Casa o apartamento con buenas condiciones sanitarias
4. Obrero Especializado	4. Primaria o Alfabeta	4. Sueldo semanal	4. Vivienda de interés social con déficit de algunas condiciones sanitarias
5. Obrero no Especializado	5. Analfabeta	5. Donaciones	5. Rancho y casa de vecindad.

www.bdigital.ula.ve

CUADRO B

PUNTAJE

4-5-6

7-8-9

10-11-12

13-14-15-16

17-18-19-20

ESTRATO SOCIAL

I

II

III

IV

V

ANEXOS 3

Test de Autoestima de Escalante G

Test Escalante G

Marca con una X la casilla correspondiente a tu respuesta:

	Completamente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Para sobresalir lo más importante es la inteligencia que uno tiene.						
2. La pura verdad es que desconfío de mis habilidades, pero eso no me preocupa.						
3. Yo he logrado lo que quiero porque siempre he probado lo que valgo.						
4. En el fondo de mi mismo yo se que mi gran falla son mis capacidades.						
5. En muchos momentos he sentido que soy un verdadero fracaso.						
6. En honor a la verdad, creo que tengo poca confianza en mi mismo.						
7. Cuando hay problema siempre dudo de mis capacidades para enfrentarlos con éxito.						
8. Siempre evito competir con los demás. La verdad es que casi siempre pierdo.						
9. Siento que soy mucho más inteligente de lo que creen los demás.						
10. Todas mis tareas siempre las enfrento con gran seguridad y confianza.						
11. Las personas que mas aprecio son aquellas que consideran que hago muy bien las cosas.						
12. Frecuentemente me siento muy nervioso(a).						
13. Si yo volviera a nacer me gustaría ser muy diferente.						
14. Yo no puedo evaluarme negativamente porque se que soy de lo mejor.						
15. La gente que conozco cambia mucho y por eso casi siempre prefiero estar solo.						

ANEXOS 4

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FF-SIL)

www.bdigital.uisa.ve

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FF-SIL)

Marca con una X la casilla correspondiente a tu respuesta:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.- Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2.- En mi casa predomina la armonía.					
3.- En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4.- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5.- Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6.- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7.- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8.- Cuando alguien tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9.- Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10.- La costumbre familiar puede modificarse ante determinadas situaciones.					
11.- Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12.- Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14.- Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

ANEXOS 5

www.bdigital.ula.ve

Escala de Resiliencia versión LET y Karelis Colina.

ESCALA DE RESILIENCIA

Marca con una X la casilla correspondiente a tu respuesta:

	Completamente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Siempre me ha gustado practicar deporte o actividad física.						
2. Mi papá me ha querido mucho.						
3. De pequeño (a) solía compartir mucho con mi papá.						
4. Recibí mucho afecto paterno durante mi infancia.						
5. He realizado actividades físicas de manera periódica						
6. La gente que me conoce sabe de mi gusto por los deportes						
7. Me agrada la relación que mantienen mis padres						
8. Cada vez que puedo participo en competencias y juegos.						
9. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando algún problema o necesidad						
10. Hago ejercicio cada vez que puedo.						
11. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas						
12. Logro que las personas entiendan mis argumentos y puntos de vista.						
13. Ante cada situación debemos planificar previamente la mejor estrategia						
14. La relación de mis padres ha sido buena.						
15. La perseverancia es la base para lograr lo que queremos.						
16 Me satisface la forma que compartimos en mi familia los espacios de la casa y el dinero						
17 En general me siento dispuesto a iniciar nuevos retos.						
18 Creo que soy competente en lo que hago.						
19 He sido <i>feliz</i> en mi infancia.						
20 A pesar de <i>las</i> dificultades, la mía ha sido una familia feliz.						