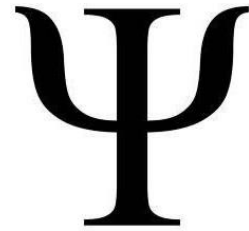




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**CARACTERÍSTICAS RESILIENTES EN ADOLESCENTES
INSTITUCIONALIZADOS**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

HERNÁNDEZ ÁVILA CINTIA PAOLA

DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

REVISOR: DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

CÓMITÉ DE TESIS

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

MTRA. ALMA MIREYA LÓPEZ ARCE CORIA

LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A Dios por las bendiciones que me da ha dado durante estos años de mi vida, por darme la oportunidad de tener una familia, amigos, maestros y personas que a lo largo de este tiempo he tenido la oportunidad de conocer y que han dejado un pedazo de su ser ,en mi aprendizaje personal y profesional.

Porque tengo un hogar, por ser tan afortunada y poder tener acceso a la educación y solvencia de mis estudios y por esta bendición más de poder culminar esta etapa.

A mi padre por su apoyo, esfuerzo y arduo trabajo, por sus enseñanzas, lecciones, por su cariño, compañía y por ser partícipe de haber llegado a este momento.

A mi madre por su apoyo, paciencia, compañía en este proceso, por su cariño, comprensión, enseñanzas, dedicación y sus cuidados durante estos años.

A mis hermanas por su compañía, comprensión, paciencia y apoyo.

Con cariño para mis abuelitos Mónico y Antonia por su amor, sus cuidados y apoyo en todo momento que la vida les permitió estar conmigo.

A Johan Arteaga y a su familia por su gran apoyo, cariño y compañía durante este tiempo.

A mi familia y a las personas que la vida me ha dado la oportunidad de conocer, por lo aprendido y compartido con cada una de ellas, por las amistades que he tenido y que aún conservo, por su apoyo y por acompañarme en este recorrido.

Ala UNAM, por las grandes oportunidades que ofrece, por la formación que he tenido desde la educación media superior, por ser durante este tiempo como mi segunda casa, en la cual he podido desarrollarme profesional y humanamente, por las aportaciones que cada día hace hacia la sociedad y a sus estudiantes.

A la Facultad de Psicología quien fue y seguirá siendo parte de mi formación en esta carrera, por sus aportaciones, oportunidades, a todos los profesores que son parte de mi formación como profesional y persona.

Al Doctor Samuel Jurado por su gran apoyo, por guiarme y orientarme en este proceso, por sus grandes aportaciones y conocimientos, por la disposición, interés y acompañamiento durante la realización de dicho trabajo.

Con aprecio y respeto al Dr. Jorge Rogelio Pérez quien fungió como mi revisor, y al jurado de este trabajo la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Mtra. Alma Mireya López y la Lic. Damariz García, por sus observaciones, apoyo y aportaciones en la mejora del presente trabajo.

Alas autoridades de la Casa Hogar para Varones y Casa Hogar Niñas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, al Patronato Francisco Méndez I.A.P., y al Centro de estudios tecnológicos Núm. 5 “Gertrudis Bocanegra”, que permitieron el acceso a sus instituciones para poder realizar la investigación con la población a su cargo.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. RESILIENCIA	7
1.1 DEFINICIÓN	7
1.2 ANTECEDENTES RESILIENCIA	10
1.3 CARACTERÍSTICAS	12
1.4 FACTORES DE RIESGO.....	15
1.5 FACTORES DE PROTECCIÓN	18
1.6 FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA	20
CAPÍTULO 2. ASERTIVIDAD	23
2.1 DEFINICIÓN	23
2.2 ANTECEDENTES	25
2.3 CARACTERÍSTICAS	30
2.4 CONDUCTA PASIVA	31
2.5 CONDUCTA AGRESIVA.....	33
2.6 CONDUCTA ASERTIVA	35
CAPÍTULO 3. LA FAMILIA.....	38
3.1 DEFINICIÓN	38
3.2 ESTRUCTURA FAMILIAR	40
3.3 TIPOS Y COMPOSICION FAMILIAR.....	40
3.4 FUNCIONES DE LA FAMILIA	42
CAPITULO 4. ADOLESCENCIA.....	44
4.1 DEFINICIÓN	44
4.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA	45
4.3 FACTORES DE RIESGO.....	48
4.4 FACTORES DE PROTECCIÓN	49
4.5 ADOLESCENCIA Y FAMILIA.....	50
4.6 RESILIENCIA Y ADOLESCENCIA.....	51
CAPITULO 5. ASISTENCIA SOCIAL EN MÉXICO	55
5.1 HISTORIA DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN MEXICO	56
5.2 INSTITUCIONALIZACIÓN	59
5.3 EL NIÑO INSTITUCIONALIZADO	72
METÓDO.....	75
RESULTADOS	81
DISCUSIÓN.....	92
CONCLUSIONES.....	95
REFERENCIAS	96

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años y desde diferentes perspectivas se ha tenido el interés de conocer: ¿Como los seres humanos podemos afrontar y reponernos de diferentes situaciones de adversidad?; interrogante que me condujo a desarrollar dicha temática.

Para ello han existido un sin número de estudiosos interesados en dicho cuestionamiento que de acuerdo a sus investigaciones han propuesto diferentes términos , dentro de estos hay uno que ha tenido auge durante los últimos años y éste es, “Resiliencia”; que de manera inicial es un término de la física e ingeniería definido como: “La capacidad de un material para recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora” ; y que posteriormente fue acuñado por las ciencias sociales y que se define como: "La capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e incluso ser transformado positivamente por ellas" (Grotberg, 1995).

El presente trabajo se basa en una investigación que retoma el término de resiliencia, el cual se realizó con población adolescente, que se encuentra en estado de vulnerabilidad; y que específicamente los ha llevado a vivir dentro de instituciones de asistencia social.

De manera concreta dicha población está dentro de estas instituciones por motivos multifactoriales, resaltando que el maltrato a los menores es la causa con más frecuencia, incluso se ha destacado que esté no solo acontece en la población

marginada o de escasos recursos; algunos investigadores muestran que la violencia hacia los jóvenes se da en todos los grupos geográficos, étnicos y económicos, estos maltratos pueden ser físicos, psicológicos y emocionales dentro de los cuales se engloba al abandono y abuso sexual (Sánchez 2004).

Remarcando lo mencionado anteriormente este tipo de situaciones no solo pasan en las poblaciones con alta vulnerabilidad, también pueden presentarse dentro de un núcleo familiar relativamente estructurado, de ahí que el objetivo principal de dicha investigación es conocer los factores resilientes y los tipos de conducta asertivos que prevalecen en los adolescentes institucionalizados en comparación a los que se encuentran dentro de un núcleo familiar.

Para ello se realizó la aplicación de un cuestionario de Características Resilientes de Córdoba (2006) y otro de Escala de Asertividad de Michelson y Wood para niños y adolescentes estandarizada en niños Mexicanos por Lara & Cacho (2002).

Para llegar al objetivo de dicha investigación, es necesario hacer una revisión teórica al tema de resiliencia y abordar temas relacionados, con la finalidad de tener un marco teórico que de un entendimiento a la información contenida en el presente estudio.

CAPÍTULO 1. RESILIENCIA

*Nunca se consiguen liquidar los problemas, siempre queda una huella,
pero podemos darles otra vida, una vida más soportable
y a veces incluso hermosa y consentido.*

Cyrulnik

1.1 DEFINICIÓN

La raíz etimológica de la palabra resiliencia proviene del latín Resilio que significa saltar hacia atrás, volver a saltar, rebotar; ser rechazado, reducirse y comprimirse. En el idioma español y francés se emplea este concepto en la ingeniería mecánica y en tecnología, y se refiere a la propiedad de la materia que se opone a la rotura por el choque o percusión. Esta propiedad puede ser apreciada por ensayos de choque ejecutados por medio de aparatos especiales y así apreciar la capacidad del material para recuperar su forma natural después de la presión (Puig y Rubio, 2011).

Dentro de las ciencias sociales y humanas el término se ha retomado para hacer alusión a la capacidad que tienen las personas para enfrentar y superar experiencias traumáticas, estresantes y de riesgo, así como recuperar su nivel o ritmo de vida, al observarse que no todas ellas sucumben a dichas situaciones (Barcelata 2015), aunque éste término ha sido acuñado en las ciencias sociales no hay una definición única, y a lo largo de los años han surgido variadas definiciones conforme al estilo y trabajo de cada autor; a continuación se mencionaran algunas:

Osborn, 1993 considera que es un concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños.

Luthar y Cushing (1999) definen la Resiliencia como “un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad”. Esta definición distingue tres componentes esenciales que deben estar presentes en el concepto de Resiliencia:

- La noción de adversidad o amenaza al desarrollo humano.
- La adaptación positiva de la adversidad.
- El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales.

Cyrułnik (2002) define la resiliencia tanto como la capacidad de resistir magulladuras de la herida psicológica, como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia.

Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrułnik (2003) la definen:

“La resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”

De acuerdo con Henderson y Milstein (2003), la resiliencia puede ser entendida como una estrategia para la recuperación de la homeostasis; sin embargo, desde una perspectiva biopsicosociocultural se propone que el ser resiliente permite al individuo alcanzar el equilibrio que da como resultado un estado de tranquilidad (González y Valdez-Medina, 2008).

Ungar (2004) define a la resiliencia como los resultados que se obtienen de la negociación entre el sujeto y su ambiente con los recursos que los definen como saludables en medio de condiciones colectivamente vistas como adversas.

Fergus y Zimmerman (2005) indican que la resiliencia se refiere al proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo.

Rutter (2013) menciona que la resiliencia es un proceso dinámico y se refiere a la resistencia de los individuos ante las experiencias ambientales de riesgo, específicamente a la adaptación de manera positiva, esto que conduce a que algunas personas tengan resultados relativamente buenos a pesar de haber experimentado tensiones graves, estrés o adversidades, a diferencia de otros individuos que han sufrido las mismas experiencias.

Con estas definiciones hay una concordancia en donde la resiliencia se marca, como la capacidad que tiene individuo de enfrentar y reponerse de situaciones adversas, así como también la actitud que toma para enfrentarlas.

1.2 ANTECEDENTES RESILIENCIA

Manciaux et al. (2003) atribuye a Bowlby el uso de un término parecido a la resiliencia por primera vez en 1992, para describir a las personas que no se desaniman con facilidad y no se dejan abatir, ya que equiparaba su comportamiento a un “resorte moral” que les permitía recuperarse de vivencias complejas.

Posteriormente el concepto como tal de resiliencia se utilizó de manera más sistemática en la investigación para describir procesos y mecanismos de adaptación, así como las características de las personas y comunidades que lograban sobreponerse a situaciones difíciles.

La investigación que se ha realizado sobre la resiliencia ha sido aplicada en diferentes poblaciones y panoramas, pero en el presente trabajo se hará más énfasis en la investigación con adolescentes que se encontraron o se encuentran en diversas situaciones de vulnerabilidad.

En cuanto a investigación con adolescentes Córdova (2006) en su trabajo de “Las características resilientes en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas”, realizó la aplicación de diversos instrumentos entre los cuales; el de características resilientes a una población de 658 jóvenes, donde encontró diferencias significativas en los factores internos y externos de quienes consumían alguna droga versus los que no; con excepción del sentido del humor y de las relaciones interpersonales; comentando también que la resiliencia puede ser un factor de prevención en el consumo de drogas ; otro estudio realizado con adolescentes fue de Torres y

Ruiz (2013) “Habilidades de resiliencia en estudiantes de educación media superior del Estado de México”, con una población de 464 estudiantes a quienes se les aplicaron dos cuestionarios uno de Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco (2001) y el segundo de Villalobos donde se encontró que ante las múltiples situaciones problemáticas que puedan presentar los estudiantes no solo involucrando el ámbito escolar sino también situaciones que influyen del ambiente familiar y de sus relaciones personales , hay un porcentaje considerable de estudiantes resilientes.(Gaxiola 2013)

González, et al.(2008) realizaron una investigación con 200 adolescentes de la ciudad de Tepic, Nayarit, hombres y mujeres de 14 a 18 años de edad quienes se encontraban cursando los niveles de secundaria y preparatoria: donde su objetivo fue identificar características resilientes para conocer los recursos que disponen los jóvenes para enfrentar las adversidades de la vida desde un punto de vista positivo, en lugar de concentrarse en sus debilidades y carencias, así como observar las diferencias y similitudes de acuerdo a su género.

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que los adolescentes engloban la resiliencia en seis factores: seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia.

Gaxiola, González y Contreras (2012) realizaron una investigación donde su objetivo fue explorar e identificar las variables internas: metas y resiliencia, y las externas: vecindario de riesgo y amigos de riesgo, en su predicción del rendimiento

académico de estudiantes de preparatoria. Para la medición se utilizaron escalas validadas en la región. Los datos se analizaron utilizando ecuaciones estructurales.

La muestra estuvo compuesta por 96 alumnos con una media de 16 años de edad de los cuales 41 eran mujeres y 55 hombres.

Los resultados indican que la resiliencia predice de manera indirecta al rendimiento académico, a través de las metas académicas.

A nivel teórico el modelo que se utilizó en dicha investigación permitió comprobar el principio de equifinalidad y multifinalidad de la teoría de los sistemas del desarrollo humano, en la medida que algunos adolescentes, a pesar de compartir los riesgos con otros estudiantes, tienen disposición a la resiliencia que predice sus resultados académicos.

El modelo estructural también mostró que las amistades en riesgo son predichas negativamente por la resiliencia, lo que implica que los jóvenes con características disposicionales hacia la resiliencia, tienden a alejarse de este tipo de amistades.

1.3 CARACTERISTICAS

Algunos autores han propuesto que las personas presentan ciertas características que contribuyen a que sean resilientes y que estas son el resultado de las interacciones entre el individuo, sus semejantes, condiciones de vida y su ambiente vital.

De manera general se menciona que las personas resilientes: “son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

Específicamente hay autores que han realizado su investigación y en ella han encontrado algunas de las características tanto personales como ambientales que presenta una persona resiliente; entre ellas se mencionan encuentran las de:

Werner y Smith (1989):

- Un acercamiento activo hacia el problema a resolver
- Una habilidad en la infancia para ganar la atención positiva de los demás
- Una visión optimista de sus experiencias
- La habilidad de mantener una visión positiva de una vida significativa
- Estar alerta y ser autónomo
- Tendencia a buscar nuevas experiencias
- Una perspectiva proactiva

En cuanto al trabajo con niños la literatura menciona que un niño resiliente es aquel que trabaja y posee buenas expectativas sobre su futuro, además de tener la capacidad de jugar y de responder adecuadamente frente a los problemas cotidianos, son más flexibles y sociables.

Munist, Santos, Kotliarenco, Suarez Ojeda, Infante y Grotberg (1998); mencionaron que los niños resilientes poseen las siguientes características

- Autonomía
- Autoestima
- Sentido del humor
- Creatividad
- Vínculo afectivo
- Ideología personal
- Autocontrol y regulación
- Competencia cognitiva

En la bibliografía se menciona que dentro de las características mencionadas, se pueden añadir:

- Capacidad empática
- Actitud orientada al futuro
- Capacidad de enfrentar constructivamente la competencia y aprender de los propios errores
- Capacidad de recurrir al apoyo de los adultos cuando sea necesario.
- Optimismo y mayor tendencia a manifestar sentimientos de esperanza.

Conforme a las diferentes investigaciones, se menciona que para que aparezca la resiliencia tienen que estar presentes tanto factores de riesgo como de protección

que ayuden a conseguir un resultado positivo, reduzcan o eviten un resultado negativo, y para ello se mencionan a continuación.

1.4 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo constituyen cualquier característica o condición de una persona o comunidad que va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud (Munist et al. 1998)

Rutter (2000) menciona que los factores de riesgo suelen presentarse en conjunto. Por lo regular las asociaciones entre los riesgos individuales y las consecuencias tienden a ser mínimas.

Los factores de riesgo en salud mental, son características individuales o ambientales que si se presentan en un sujeto, incrementan la probabilidad de resultados negativos.

Theis (2003), engloba los factores de riesgo en cuatro categorías:

1. Una situación perturbadora: trastornos psicológicos o conductas adictivas de los padres, muerte de alguno de los padres o larga separación de la persona que cuida al niño en los primeros años de su vida.
2. Factores sociales y ambientales: como la separación de los padres, la pobreza o la ausencia de dinero en el hogar.
3. Problemas crónicos de salud en el entorno cercano del niño

4. Las catástrofes naturales y las sociales, como por ejemplo el caso de una guerra.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran los propuestos por Grotberg, quien los clasifico en los que se pueden experimentar dentro del ambiente familiar y fuera de él.

Adversidades experimentadas dentro del ambiente familiar

- La muerte de uno de los padres o abuelos
- El divorcio o separación
- Enfermedad de los padres o de un hermano
- Pobreza
- Una mudanza
- Accidentes que deje secuelas en la persona
- Maltrato
- Abuso sexual
- Abandono
- Suicidio
- Segundos matrimonios
- Salud frágil y hospitalización
- Repartición forzada de la familia
- Miembros de la familia discapacitados
- Padres que pierden sus trabajos o sus fuentes de ingresos

Adversidades experimentadas fuera del ámbito familiar

- Robos
- Guerra
- Incendios
- Terremotos
- Inundaciones
- Accidentes automovilísticos
- Condiciones económicas adversas
- Ser refugiado ilegal
- Ser inmigrante
- Hambruna
- Abuso sexual por extraños
- Gobiernos inestables

De los factores de riesgo mencionados anteriormente Grotberg (2006) indica que sería importante añadir a dicha lista el terrorismo, las drogas, violencia, embarazo en las adolescentes, los abusos, violencia en las calles, familias con un solo ingreso y que viven en pobreza, discriminación, racismo y problemas de salud mental.

1.5 FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de protección son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables (Munist, y et al.1998).

Definidos por Anthony, Alter y Jenson (2009) como las características individuales, recursos del medio ambiente que minimizan los efectos de riesgo.

Gaxiola (2013) el concepto de factor de protector tiene que ver con el conjunto de influencias que pueden modificar, mejorar o alterar las respuestas de las personas ante los peligros que las predisponen a resultados no adaptativos.

Al hablar de las características o cualidades que protegen a las personas ante las adversidades nos encontramos que primero debemos diferenciar las que pertenecen al ambiente (se encontrarían aquellas características ambientales que nos protegen, tanto intrafamiliares como extra familiares, que interactúan y condicionan óptimamente el desarrollo de las personas) y las internas a las personas (aquellas cualidades, habilidades individuales de las personas que las «protegen» internamente ante las adversidades).

Entre las características ambientales se encuentran:

1. Las intrafamiliares: hace referencia a tener una figura paterna y/o maternal u otro miembro de la familia cálida y afectuosa o tener una familia estructurada.

Dentro de las extrafamiliares podemos citar:

a) El poder disponer en la comunidad de sistemas de apoyo externos a la familia.

b) El tener relaciones cercanas, cálidas y estables extrafamiliares (al menos una).

Según Cyrulnik serían los guías o tutores de resiliencia. Se considera guías o tutores de resiliencia aquellas personas que ante situaciones adversas o traumáticas proporcionan a los niños seguridad, les ayudan a superar la adversidad y les enseñan estrategias para desarrollar fortalezas y habilidades. Los tutores/guías de resiliencia proporcionan una relación afectiva, solidaria y facilitan la toma de conciencia con la realidad ante sucesos adversos.

c) Disponer de relaciones con pares o de conexiones con organizaciones prosociales.

d) Asistir a escuelas eficaces. Aquí destacamos el papel de las escuelas. Las investigaciones han demostrado que un apoyo importante para que los niños consiguieran sobreponerse a las vivencias de situaciones adversas y/o traumáticas son las escuelas eficaces.

1.6 FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA

Dentro de la investigación acerca de la resiliencia los autores han identificado cualidades personales que favorecen a las personas en situaciones adversas, lo que se llamaría ser una persona resiliente y no solo eso también en otros estudios dichos factores se han propuesto como promotores.

Entre los cuales Wolin y Wolin (1993) propusieron algunas cualidades personales y las representaron en una figura llamada “mándala de la resiliencia” (figura 1),



Figura 1. Siete pilares de la resiliencia (Wolin y Wolin ,1993.)

A continuación se adjuntara la descripción que hicieron de cada pilar:

- Introspección: hace referencia a la observación de nuestros pensamientos, emociones y actos. Con ella, adquirimos una visión real de lo que somos aumentando la capacidad de tomar decisiones, de conocer nuestras aptitudes y limitaciones. Cuanto mayor conocimiento tenemos de nosotros mismos, mejor enfrentamiento positivo tendremos ante situaciones difíciles.
- Independencia: se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; entre uno y las personas cercanas, alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.
- La capacidad de relacionarse: hace referencia a la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas. Aquí encontraríamos cualidades como la empatía o las habilidades sociales.
- Iniciativa: hace referencia a exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- Humor: alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. El humor ayuda a superar obstáculos y problemas, a hacer reír y reírse de lo absurdo de la vida.
- Creatividad: es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa con la creación de juegos, que son las vías para expresar la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza ante situaciones adversas.

- Moralidad: se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse de acuerdo a valores sociales y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

La evolución de estos pilares la realiza Suárez (2004) al recoger las características de la resiliencia individuales de Wolin y Wolin (1993) y englobarlas en cuatro componentes. De este modo se especifica mejor las cualidades que engloban cada uno de ellos y nos aporta una mayor concreción para el fortalecimiento de las mismas.

Así, destaca los cuatro pilares:

- Competencia social: habilidades sociales, autoestima, empatía, humor, flexibles y adaptables a los cambios, moralidad, creatividad, optimismo. Habilidades prosociales.
- Resolución de problemas (iniciativa): habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente y la posibilidad de buscar soluciones alternativas.
- Autonomía (autodisciplina, independencia, locus de control interno): se refiere al sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y al control de elementos del propio ambiente.
- Expectativas positivas de futuro (autoeficacia, expectativas saludables, dirección hacia objetivos, sentido de la anticipación y de la coherencia, fe en un futuro mejor y capacidad de pensamiento crítico).

CAPITULO 2. ASERTIVIDAD

*Si quieres ser respetado por los demás, lo mejor es respetarte a ti mismo,
soló por el propio respeto que te tengas, inspirarás a los otros a respetarte.*

Fedor Dostoievski

2.1 DEFINICIÓN

La palabra asertividad es derivada del participio assertum, del verbo latino assero, que significa reivindicar, declarar, atribuir. Está compuesta por el sufijo –dad (cualidad) sobre la palabra asertivo (afirmativo), formada por el sufijo –ivo, que indica relación pasiva o activa, sobre la palabra aserto; del latín assertus (afirmación de que algo es cierto), participio del verbo asserere (adjudicar algo para uno mismo); verbo compuesto por el prefijo ad (hacia), sobre el verbo serere (enlazar, ligar, trabar).

Como tal no hay una definición universal para este término, aunque cada definición propuesta está ligada a un mismo sentido, por mencionar algunas de éstas de acuerdo a los autores se encuentran las siguientes:

Jakubowsky y Lange(1978), la asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada, respetando los derechos de la otra persona.

La asertividad involucra la declaración de los derechos personales, expresando sentimientos y creencias, que a su vez no viola los derechos de la otra persona.

Caballo (2007), concibe la asertividad como un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, la persona en este ámbito expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando las conductas de los demás y generalmente permite al sujeto resolver los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Castanyer (2010), se refiere a asertividad como la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular ni manipular a los demás, y lo liga estrechamente con la autoestima, refiriéndose a esta última como la habilidad ligada al respeto y cariño por uno mismo y por ende a los demás.

Riso (1988), define la conducta asertiva como:

“Aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general) de acuerdo con sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta”.

Flores y Díaz (2002), comentan que la conducta asertiva permite a las personas decir las cosas sin ofender, a saber escuchar, a decir lo que se quiere, a decidir si es justo, a pedirlo con claridad, a asumir riesgos, a estar tranquilo y relajado, a

expresar abiertamente sentimientos, opiniones y necesidades, a formular y recibir cumplidos y a formular y recibir críticas justas, logrando con ello una comunicación adecuada y positiva, mejorando así, sus relaciones interpersonales.

Fabra (2009) la define como la capacidad de autoafirmarse, de expresar lo que sentimos y pensamos aunque las circunstancias no sean muy favorables, de no enmudecer por miedo a no gustar, de decir si y de decir no de acuerdo con nuestras convicciones y deseos.

2.2 ANTECEDENTES

Con base a lo revisado en la bibliografía, resulta un tanto complejo afirmar el inicio o surgimiento de un término debido a que en diferentes partes hay autores trabajando temas similares; pero se considera que el concepto de asertividad surgió originalmente en los Estados Unidos a finales de 1940 y principios de 1950; esto se da dentro de un contexto clínico, siendo Andrew Salter (1949) fundador de la moderna terapia de la conducta, quien con su libro *Conditioned reflex therapy* y sin aún denominar a la conducta asertiva como tal, la describe sin embargo, como un rasgo de la personalidad del individuo y propone las primeras formas de adiestramiento asertivo.

Posteriormente Güell y Muñoz (2000) comentan que el concepto de conducta asertiva fue definido como tal por primera vez por Wolpe en 1958 y posteriormente ha tenido muchas elaboraciones.

Flores (1994), mencionó que la asertividad surgió en el contexto de la psicología clínica e industrial; manifestando que el ámbito social es importante debido a que es de gran utilidad para el proceso de socialización, ya que permite responder a situaciones problemáticas de manera adecuada, sin necesidad de utilizar la agresión o la pasividad.

Es importante indicar que el concepto de asertividad floreció como consecuencia de varios cambios culturales importantes en los años 60`s y 70`s, entre los cuales se pueden mencionar:

- El que se comenzó a valorar a fondo las relaciones personales.
- Creció la aceptación social de modos diferentes de vida y actitudes sociales no tradicionales.
- La creciente perspectiva humanista de los últimos años también fue impulso importante del interés en la asertividad y en las técnicas de capacitación para promoverla.
- En un mundo cada vez más competitivo la asertividad surge como una respuesta a la necesidad de ser más eficientes como personas y como organizaciones, (Rodríguez 1991).

En la actualidad éste término se sigue acuñando a la importancia de las relaciones sociales y el respeto que se tenga hacia los demás como a la persona misma.

Dentro de las investigaciones que se han realizado de asertividad en adolescentes por mencionar algunas se encuentran las de:

Caso y Hernández en 2010, realizaron una investigación titulada: “ Modelo explicativo del bajo rendimiento escolar: Un estudio con adolescentes mexicanos”, la cual tenía como objetivo calcular la contribución relativa de la autoestima, el establecimiento de metas, las habilidades de estudio, el consumo de sustancias, la asertividad y la adaptación escolar al rendimiento académico

Dicha investigación estuvo compuesta por 1581 estudiantes de una institución de educación media superior pública de la Ciudad de México, 850 mujeres y 731 hombres, con edades fluctuaban entre los 15 y los 23 años.

Los resultados que se obtuvieron, indican que ciertas variables como la autoestima presentan un curso a lo largo del desarrollo de la persona que comienza con el nacimiento y que otras, como el consumo de sustancias, el establecimiento de metas y las actividades de estudio, dependen más de circunstancias asociadas con momentos específicos del ciclo vital, como lo es la adolescencia, también se observó que la autoestima presenta un efecto directo sobre el consumo de sustancias y éste a su vez con el bajo rendimiento escolar

De manera general los resultados sugieren que los sentimientos de valía personal y la percepción de eficacia personal, componentes centrales de la autoestima, contribuyen al desarrollo de habilidades autorreguladoras asociadas con la

conducta académica, tales como la organización de las actividades de estudio y el empleo de estrategias de aprendizaje.

Amaral, Pinto y Medeiros en 2015, realizaron una investigación titulada “Las habilidades sociales y el comportamiento infractor en la adolescencia”,

La muestra fue de 203 adolescentes en la región de Quixeramobim, Ceará–Brasil; donde aplicaron el inventario de habilidades sociales para adolescentes (Del Prette) y cuestionario semiestructurado, comparando las siguientes variables: situación escolar actual del adolescente, nivel de escolaridad, renta familiar, escolaridad del responsable del adolescente, implicación con drogas y habilidades sociales.

Como datos significativos de dicha investigación se encontró que los adolescentes autores de acto infractor también presentaron dificultades en dos subescalas (autocontrol y asertividad); se percibió la importancia de estudios de las habilidades sociales en la adolescencia debido a su influencia significativa con el acto infractor y la implicación con drogas. Por lo tanto, el desarrollo del repertorio social adecuado puede contribuir a la reducción de actos infractores, pues a través de las habilidades sociales el individuo es capaz de manejar de forma equilibrada con las situaciones implícitas en sus interacciones con el medio biopsicosocial.

Una investigación titulada “Conducta asertiva en jóvenes: una estrategia en promoción de la salud” por Cardozo et al. (2009); fue una propuesta de promoción de la asertividad en adolescentes, desde el enfoque de Habilidades para la Vida, en el ámbito escolar. Se realizó una intervención educativa a través de 10 talleres con

una frecuencia semanal de 80 minutos de duración. Se trabajó con 65 alumnos de ambos sexos que cursan el tercer año de una escuela pública de la localidad de Saldán (Córdoba 2006).

Sus objetivos principales fueron:

- Promover en los alumnos la identificación de los estilos de comunicación Pasivo, Agresivo y Asertivo en la mayoría de las situaciones de interacción, tanto verbal como no verbal, en las que participen y en las que participen terceros.
- Fortalecer en los alumnos habilidades para negarse asertivamente a pedidos de otros, en la mayoría de las oportunidades donde se les hagan propuestas con las que no están de acuerdo.

Los resultados evidencian que los adolescentes se encuentran involucrados en situaciones de presión y en contextos interactivos frecuentemente caracterizados por una modalidad agresiva de comunicación, a veces en forma naturalizada.

A lo largo de los talleres se pudo apreciar que los adolescentes lograron reconocer y diferenciar, tanto en ellos mismos como en otros, los estilos de comunicación y pudieron reflexionar sobre lo que significa negarse a pedidos de los otros a los que no quieren acceder, identificando situaciones concretas de su experiencia cotidiana.

2.3 CARACTERISTICAS

La asertividad es la forma de relación que mantenemos con los demás y con nosotros mismos, relación que viene condicionada por la educación, entorno y sociedad.

En conjunto con la asertividad se han propuesto dos conductas no asertivas; la agresiva y la pasiva, en las cuales se han realizado diversos estudios de las consecuencias negativas, los conflictos de personalidad y de comportamiento que ocasionan estos tipos de conducta.

Para ahondar más sobre este tipo de conductas, a continuación se mencionaran algunas definiciones y características que las conforman.

Lange y Jakubowski (1976) definen a la conducta no asertiva como la violación de nuestros propios derechos, anulando así la libre expresión de los sentimientos, pensamientos y creencias, y al mismo tiempo permitiendo a los demás que los violen.

Por lo que tomando como referencia lo expuesto anteriormente se podría decir que la asertividad se encuentra en un punto medio entre los extremos de una conducta pasiva y una agresiva.

2.4 CONDUCTA PASIVA

Güell y Muñoz (2000) comentan que la conducta pasiva está relacionada con sentimientos de culpabilidad, ansiedad y sobre todo, con baja autoestima.

Las personas pasivas siempre tienen temor de molestar a las demás, tienen dificultad para afrontar una negativa o un rechazo y sufren de un sentimiento de inferioridad.

“La conducta pasiva consiste en no comunicar lo que se desea o hacerlo de una manera débil, con demasiada suavidad o timidez, ocultando lo que se piensa en contenido o intensidad” (Rodríguez 1991).

La inhibición o pasividad es una forma de comportamiento no asertivo que se caracteriza por la subordinación, el sometimiento, la pasividad y la dependencia de los demás, esperando su aprobación. Según Roca (2003), una persona inhibida tiene “la tendencia a adaptarse excesivamente a las reglas externas o a los deseos de los demás, sin tener suficientemente en cuenta los propios intereses, sentimientos, derechos, opiniones y deseos”.

La persona pasiva no defiende los derechos e intereses personales. Respeta a los demás, pero no así mismo.

Características de las personas con conducta pasiva:

- Su volumen de voz es bajo, su habla es poco fluida, además de que va acompañada por tartamudeos, vacilaciones, silencios y muletillas.
- Presenta frecuentes quejas a terceros.

- Presenta huida de contacto ocular.
- Permite que los demás decidan por ella.
- Es insegura para saber qué hacer y decir.
- Su comunicación suele ser reducida, indirecta o incompleta.
- Su cara es tensa, sus dientes apretados o labios temblorosos, manos nerviosas, tiene el hábito de comerse las uñas, presenta postura tensa.
- Su mirada es baja o perdida en el espacio.
- Se considera una persona retraída.
- No es capaz de expresar abiertamente sus sentimientos, pensamientos o opiniones, al expresarse lo hace de manera auto-derrotista, con disculpas, con falta de confianza en sí misma (Castanyer, 2010).

Flores y Díaz (2002) expone que algunas de las razones que de manera aislada o en forma conjunta provocan la conducta pasiva son: la falta de control emocional, el predominio del temor y la ansiedad, la falta de habilidades de interacción social y la ignorancia de los derechos que como persona se tienen.

Las consecuencias del comportamiento pasivo son:

- Frustración, insatisfacción y tensión
- Aislamiento, soledad
- Incomprensión, menosprecio y rechazo
- Deterioro de la autoestima, seguridad y autoconfianza.

2.5 CONDUCTA AGRESIVA

(Lange y Jakubowsky (1976) definen la conducta agresiva se define como: “la expresión directa y hostil de los derechos personales por medio de pensamientos, sentimientos y creencias, en forma frecuentemente deshonesta, usualmente inapropiada y siempre violentando a los demás”.

Schuler (2002) plantea que por lo general la persona agresiva rechaza que la informen bien: analiza por si misma cada situación en función de los únicos elementos que conoce y busca, sobre todo, los errores, las faltas, debilidades que puede reprochar a los demás. Se considera que es una personalidad verbalmente violenta, que se expresa sin matices y que siempre está dispuesta a excusarse si alguien consigue hacerle reconocer que se ha equivocado.

Se considera que el individuo agresivo trata de imponer sus pensamientos, deseos, ideas, etcétera, a los demás sin que le importe crear conflictos.

En la conducta agresiva, las consecuencias a corto plazo pueden parecer favorables, en cuanto las personas consiguen de forma agresiva o violenta sus propósitos y manifiestan sus pensamientos y sentimientos. No obstante, esta conducta anula el derecho de las otras personas y genera odio y resentimiento. De esta forma, a largo plazo, el comportamiento agresivo provoca que las personas eviten la relación interpersonal con el agresor o la agresora.

Este tipo de personas defienden en exceso los derechos e intereses personales, sin tener en cuenta los de los demás, a veces, no los tienen realmente en cuenta, otras, carecen de habilidades para afrontar ciertas situaciones.

Características de las personas con conducta agresiva:

- Es una persona conflictiva, que humilla y desprecia a los demás.
- Es explosiva, de reacción impredecible, hostil e irritable.
- La persona agresiva viola los derechos de los demás y se aprovecha de otros.
- Logra sus objetivos a costa de los demás.
- Presenta tendencia al contraataque.
- Su volumen de voz es elevado, a veces un poco fluido por ser demasiado precipitada.
- Su habla es tajante además de ir acompañada de interrupciones.
- En ocasiones suele expresarse con la utilización de insultos y amenazas verbales o físicas.
- Su contacto ocular es retador, su cara es tensa al igual que sus manos.
- Su postura invade el espacio del otro.
- Suele meterse en las decisiones de los demás, (Castanyer 2010).

Flores (2002) plantea que las causas principales de la agresividad son: la falta de control emocional con predominio de inseguridad e irritación, intolerancia a la frustración y falta de reconocimiento de los derechos de los demás.

Las consecuencias de la conducta agresiva son:

- Insatisfacción y tensión
- Aislamiento y soledad
- Rechazo social
- Violencia
- Culpabilidad
- Deterioro en la salud física.

2.6 CONDUCTA ASERTIVA

Ellis y Abrahms (1980), consideran que las personas asertivas deben tener en claro, que no necesariamente obtendrán lo que pretenden, sino que expresen sus objetivos y traten de alcanzarlos.

Dee Galassi (1997) dice que “una conducta asertiva envuelve en forma directa la expresión de nuestros sentimientos, preferencias, necesidades u opiniones en la manera en que nosotros nos dirigimos a otras personas, sin forzarlas, ni menospreciarlas, ni usarlas como medios (Elizondo 2011).

La actitud asertiva es definida cuando una persona es capaz de tomar decisiones claras y justificadas sin necesidad de la aprobación general, aunque escuchando siempre los argumentos y comentarios de los demás.

Las características de la conducta asertiva son:

- Presenta contacto ocular directo, pero no desafiante.

- Tiene capacidad de discrepar abiertamente, de pedir aclaraciones.
- Su hablar es fluido, con seguridad, sin bloqueos, ni muletillas.
- Tiene la capacidad para decir no y aceptar sus propios errores.
- Relajación corporal y comodidad postural.
- Además la persona asertiva expresa sentimientos tanto positivos como negativos, se defiende sin agresión, con honestidad, con la capacidad de hablar de propios gustos e intereses.
- Sus convicciones en su mayoría son racionales.
- Conocen y creen en sus derechos, pero también respetan los de aquellos que los rodean.
- No se siente inferiores, ni superiores a los demás.
- Presentan una alta autoestima, mantienen relaciones satisfactorias, respeto por sí mismos y control emocional, (Castanyer 2010).

Consecuencias de una conducta asertiva:

Fensterheim (1990)

Identifica consecuencias positivas de la conducta asertiva:

- Se desarrolla la capacidad de observar con más facilidad las ocasiones en que no se está comunicando correctamente y determinar qué hacer para corregirlo.
- Control de emociones para no atropellar el dialogo
- Se es más positivo y se logra que los demás también lo sean
- Se aprende a escuchar a las demás personas

- Se respeta a uno mismo
- Se minimizan conflictos al no permitir que se acrecienten los problemas por no dialogar a tiempo
- Se desarrolla la habilidad de comunicación en cualquier escenario
- Se evita la angustia por cosas inútiles
- Se actúa de manera justa y motivante
- Se logra la interacción a un grupo y se alcanzan las metas trazadas.

CAPITULO 3. LA FAMILIA

"Los sentimientos de valor sólo pueden florecer en un ambiente donde las diferencias individuales son apreciados, los errores son tolerados, la comunicación es abierta y las reglas son flexibles - el tipo de atmósfera que se encuentra en una familia que nutre".

Virginia Satir

3.1 DEFINICIÓN

El término familia procede del latín *famīlia*, “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”, a su vez derivado de *famŭlus*, “siervo, esclavo”. El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a *gens*.

La OMS define familia como "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".

La secretaría general del Consejo Nacional de Población (2012), menciona que:

“La familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una

institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación

Newman (1983), define a la familia como la unidad social articulada por un sistema de seres humanos de diferentes edades, interrelacionados biológica y psicológicamente, que cuentan con un conjunto de recursos utilizados para adaptarse a diferentes situaciones físicas, psicológicas y sociales que puedan enfrentar.

Con respecto a las definiciones mencionadas anteriormente, es importante mencionar que dentro del sistema familiar hay diversas características y factores que la conforman, entre estas se encuentran la estructura, interacción y funciones familiares; las cuales de manera breve se mencionaran en el siguiente apartado haciendo alusión a los aspectos más relevantes de estas.

La familia consiste en subsistemas definibles, en cada subsistema, un miembro particular tiene un rol diferente. Dentro de estos subsistemas los teóricos como Minuchin (1985) proponen cuatro subsistemas de la familia nuclear:

1. El conyugal: interacciones marido, mujer
2. Parental: interacción entre padres e hijos
3. Fraternal: interacciones entre hermanos.
4. Extra familiar: interacciones de toda la familia o de miembros individuales con la familia extensa, amigos, vecinos, comunidad, etc.

3.2 ESTRUCTURA FAMILIAR

La estructura familiar se refiere a las características descriptivas del sistema que lo conforman, influyendo en la interacción del mismo.

Estas características se componen de tres categorías que tienen diversas variaciones como son: características de los miembros, tamaño familiar, modalidad cultural e ideológica.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS

Cada miembro de la familia tiene sus propias características individuales, culturales y creencias, estas son los componentes o las posibles variaciones que se relacionan para dar como resultado la interacción familiar que en ocasiones pueden ser de forma armoniosa o en otras ocasiones de forma contraria.

3.3 TIPOS Y COMPOSICION FAMILIAR

El tamaño familiar tiene importantes implicaciones en la interacción familiar por lo que se han clasificado en diferentes tipos acuerdo al número de miembros y su composición; dentro de esta clasificación encontramos:

- Familia extensa: Constituida por una agrupación numerosa de miembros, en la que junto a los padres e hijos, se incluyen abuelos, tíos, primos, etc., abarcando dos o más generaciones. Sus miembros suelen mantener lazos afectivos muy intensos, respetando las decisiones de la pareja de más edad (abuelos), que dirigen la vida de la familia y ordenan el trabajo en el hogar.

- Familia nuclear biparental: es la formada por dos adultos de diferente sexo que ejercen el papel de padres y por sus hijos. Las familias nucleares pueden ser dividirse en diferentes subtipos.
 - Familia nuclear con parientes próximos: Se refiere a aquella familia que comparte su hogar con otros miembros familiares, generalmente con los padres de algún conyugue.
 - Familia nuclear ampliada: Cuando en el hogar conviven otras personas, que pueden ser parientes (abuelos, tíos, etc.) o personas sin vinculo consanguíneo.
 - Familia nuclear numerosa: Formada por los padres y más de cuatro hijos.
 - Familia nuclear reconstituida: Cuando después de una separación, uno de los conyugues se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitor. (Minuchin, 1985).

- La familia nuclear monoparental: es la constituida por un solo conyugue (padre o madre) y sus hijos. Tiene su origen en la muerte, separación, divorcio o abandono de uno de los conyugues.
- Personas sin familia: se incluye en este grupo las personas solteras que viven solas y que no han tenido hijos, incluso se podría considerar a personas que crecen en un ambiente sin su familia consanguínea.

- Equivalentes familiares: se trata de individuos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional (Minuchin, 1985).

3.4 FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las relaciones familiares durante la infancia y la adolescencia constituyen un factor de gran importancia en el ajuste psicológico futuro de las personas. En este sentido es muy importante la actuación de la familia como contexto de desarrollo, ya que puede servir como factor de protección o como factor de riesgo y así, influir en gran medida en el futuro psicológico de sus miembros.

Es por ello que en este capítulo se abordan las principales funciones que tiene la familia como sistema social, encaminadas a promover el desarrollo óptimo del individuo, así como las características de las estructuras familiares actuales.

- Función afectiva. La familia provee a sus miembros la respuesta afectiva que necesita para desarrollarse emocionalmente
- Función de protección. La familia ofrece a sus miembros algún grado de protección física, económica y psicológica.
- Función económica. La familia es la unidad económica básica, porque sus miembros trabajan y comparten conjuntamente su producción para satisfacer las necesidades básicas, como el alimento, vivienda, vestimenta, salud.
- Función de socialización. Todas las sociedades dependen primariamente de la familia para que la socialización de los niños en adultos pueda funcionar

con éxito. No existe otra institución que pueda llevar mejor la integración de las personas a la vida social que la familia.

- Función reproductiva. La familia provee a la sociedad nuevos miembros mediante la concepción y el nacimiento de nuevos seres. Ninguna sociedad tiene establecida las normas para proveerse de niños excepto como parte de una familia, ya sean nacidos dentro o fuera de la relación matrimonial.
- Función de definición de estatus. La familia atribuye una serie de estatus a sus integrantes. Por ejemplo, el estatus religioso, de clase media, blanco, urbano, etc. El estatus de clase puede cambiarse mediante alguna combinación de esfuerzos personales, pero todos comenzamos con el estatus de nuestra familia.(Medigraphic, 2005)

CAPITULO 4. ADOLESCENCIA

*La adolescencia es un nuevo nacimiento,
ya que con ella nacen rasgos humanos
más completos y más altos.-G. Stanley Hall.*

4.1 DEFINICIÓN

La palabra adolescente viene del latín adolescens, adolescentis 'que está en periodo de crecimiento, que está creciendo' y es el participio presente del verbo latino adolescere 'criarse, ir creciendo, estar creciendo, madurar'. Este verbo latino es un compuesto del prefijo ad- 'hacia' y el verbo alescere 'crecer', forma incoativa (que implica o denota el principio de una cosa o de una acción progresiva) del verbo latino alere 'nutrir, alimentar, criar'.

El conocimiento de la adolescencia surge como consecuencia a una seria preocupación por el estudio del ser humano y su evolución, de ahí se desarrolla un gran interés por investigar las diferentes características, cambios y factores que se desarrollan en dicha etapa de desarrollo. Conforme a las diversas investigaciones acerca de dicho tema se han propuesto diferentes definiciones.

En el siguiente apartado se mencionaran algunas de ellas:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como 'el período de la vida que transcurre entre los diez y diecinueve años de edad'. Constituye una fase de desarrollo psicosociosomático, situada entre la infancia y la edad adulta.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que implica transformaciones biológicas de la pubertad, los cambios que acompañan el despertar de la sexualidad, las relaciones cambiantes por la familia y los pares, la habilidad creciente de los jóvenes para pensar en forma abstracta, para considerar diferentes dimensiones de los problemas y para reflexionar sobre sí mismos y los demás presentan un momento crítico del desarrollo humano. La superación saludable de esta etapa depende en gran medida de las oportunidades que el medio ofrezca (Munist y Suárez, en Melillo, Suárez y Rodríguez, 2004)

Papalia (2009) La adolescencia es una transición el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, la cual implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales.

4.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA.

Schock (1946) menciona que la adolescencia es un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural (Papalia 2009).

Este periodo, es reconocido en casi todas las culturas a nivel mundial y según Coon (1998) está determinado por 4 factores:

1. La dinámica familiar.
2. La experiencia escolar.

3. El marco cultural que ha estructurado el ambiente social para la puesta en práctica de normas y límites.

4. Las condiciones económicas y políticas del momento.

Dentro de la literatura se han enumerado una gran serie de cambios en diferentes factores como se mencionó anteriormente, por mencionar algunos de ellos se encuentran:

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de la forma y dimensiones corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad de crecimiento en esta etapa, se le denomina estirón puberal.
- Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga,

trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

- El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.
- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante esta etapa, que son: · Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.
- Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actitud social reivindicativa: en este período, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.

- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

4.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo, considerados como efectos con altas probabilidades de daño o resultados no deseados para el adolescente, sobre los cuales debe actuarse, son fundamentalmente los siguientes:

Factores de riesgo en los adolescentes

- Conductas de riesgo.
- Familias disfuncionales.
- Deserción escolar.
- Accidentes.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas.
- Embarazo.
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.

4.4 FACTORES DE PROTECCIÓN

Los efectos positivos de estos factores deben ser considerados durante todas las etapas del ciclo vital y no sólo en la adolescencia. Los factores protectores son susceptibles de modificarse e intensificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar. En relación con los adolescentes, se han identificado determinados factores protectores:

Factores protectores de la salud integral del adolescente:

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medio ambientes saludables y seguros para ambos sexos.
- Promoción del autocuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- Igualdad de oportunidades para el acceso a la salud, educación, práctica del tiempo libre, desarrollo y bienestar.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con una escala de valores sociales y morales apropiados.

- Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés conociendo la capacidad de recuperación, ante condiciones adversas, que poseen los niños y adolescentes.

4.5 ADOLESCENCIA Y FAMILIA

Los adolescentes en su mayoría dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas. (OMS)

La mayoría de las discusiones entre adolescentes y padres tienen que ver con cuestiones personales mundanas ,labores, trabajo escolar, ropa, dinero, permisos, citas y amigos, más que con cuestiones de salud y seguridad o de lo que está bien o mal (Papalia, 2009).

- Pero pese a todas estas disputas que pueden existir entre los adolescentes con sus padres, la literatura menciona que es una etapa en la que necesitan tener una mejor comunicación y cercanía por las inquietudes y factores de riesgo que surgen en dicha etapa.

4.6 RESILIENCIA Y ADOLESCENCIA

Como se mencionaba la adolescencia es una etapa con un gran cantidad de cambios en todos los aspectos que la engloban y por finalidad de la presente investigación se abordara un apartado en la que se relacione con el tema principal de está.

Diversos estudios han demostrado que ciertos atributos de la persona tienen una asociación positiva con la posibilidad de ser resiliente, entre estos se pueden encontrar: el control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima (concepción positiva de sí mismo), empatía (capacidad de comunicarse y de percibir la situación emocional del interlocutor), capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva, y capacidad de atención y concentración.

Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante y Grotberg (1998) identifican los siguientes atributos que posee un adolescente resiliente:

Competencia social

Los adolescentes resilientes responden más al contacto con los demás y generan más respuestas positivas en las otras personas, esto es, se comunican con facilidad y demuestran empatía y afecto. Desde la infancia muestran ser activos, flexibles y adaptables. En los adolescentes la competencia social se expresa especialmente en la interrelación con los pares y en la facilidad para hacer amigos de su edad.

Esta cercanía con los amigos es progresivamente selectiva y pasa de actividades grupales a otras en pareja.

Sentido del humor

Una cualidad que se relaciona positivamente con la resiliencia es el sentido del humor. Esto significa tener la habilidad de lograr alivio al reírse de las propias desventuras y encontrar maneras diferentes de mirar las cosas buscándoles el lado cómico.

Resolución de problemas

La capacidad para resolver problemas incluye la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales. Los adolescentes son capaces de jugar con ideas y sistemas filosóficos. Esas destrezas para solucionar problemas son identificables a temprana edad.

Autonomía

La autonomía incluye el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno. En entornos desfavorecidos la autonomía puede expresarse como la habilidad de separarse de una familia disfuncional y ponerse psicológicamente lejos de los padres, esto es, son capaces de distinguir claramente por sí mismos, entre sus experiencias y los problemas de sus padres. Por lo tanto, entienden que ellos no son la causa del mal

y que su futuro puede ser diferente de la situación de sus padres. Ese distanciamiento provee un espacio protector para el desarrollo de la autoestima y de la habilidad para adquirir metas constructivas.

Sentido de propósito y de futuro

Se refiere a las expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos, motivación para los logros, fe en un futuro mejor, y sentido de la anticipación y de la coherencia. De estas cualidades, las que se han asociado con más fuerza a la presencia de adolescentes resilientes han sido las aspiraciones educacionales y el anhelo de un futuro mejor. Cuando un futuro atractivo nos parece posible y alcanzable, somos fácilmente persuadidos para subordinar una gratificación inmediata a una posterior más integral. (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante y Grotberg, 1998).

Como complemento de esta relación entre la adolescencia y la resiliencia se han llevado a cabo diversos estudios donde se han encontrado condiciones del medio ambiente social y familiar que favorecen la posibilidad de ser resiliente como son: la seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado a las conductas ni a ningún otro aspecto de la persona; la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo; y la extensión de redes informales de apoyo, por ello a continuación se mencionaran algunas sugerencias que contribuyen a fortalecer la resiliencia en esta etapa de la vida.

De acuerdo a Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante y Grotberg (1998), se puede tomar algunas acciones con los propios adolescentes y otras con los adultos encargados de ellos. Entre las primeras están aquéllas con las que se trata de reforzar los rasgos de los jóvenes resilientes para que ellos mismos puedan tomar el control de sus vidas y afrontar dificultades con las mejores herramientas.

Dentro de estas acciones se encuentran:

- Estimular el desarrollo de las capacidades de escuchar, de expresión verbal y no verbal y de comunicación en general.
- Fortalecer la capacidad de manejo de la rabia-enojo y de las emociones en general.
- Reforzar la capacidad de definir el problema de optar por la mejor solución y de aplicarla cabalmente.
- Ofrecer preparación para enfrentar las dificultades del ingreso al mercado de trabajo.

Entre las medidas que se puede tomar con padres y educadores se encuentran las siguientes:

- Reforzar los conceptos de protección familiar y procreación responsable.
- Fomentar la habilidad de reconocer esfuerzos y logros.
- Desarrollar la capacidad de comunicación afectiva con los adolescentes.
- Aclarar los roles desempeñados dentro de la familia y favorecer el establecimiento de límites razonables para cada uno de los miembros.

CAPITULO 5. ASISTENCIA SOCIAL EN MÉXICO

*El amor es para el niño como el sol para las flores;
no le basta pan: necesita caricias para ser bueno y ser fuerte.*

Concepción Arenal

5.1 DEFINICIÓN

La Asistencia Social se puede definir como un conjunto de ideas, discursos y acciones orientadas a atender a la pobreza, que puede brindarse desde el ámbito gubernamental, el religioso y desde el Tercer Sector (en tanto sociedad civil organizada). De manera más escueta, la asistencia social puede entenderse como toda acción dirigida a la población que en diversos momentos de la historia ha sido marginada y/o excluida de las condiciones materiales necesarias para su reproducción (Fletes 2004).

Actualmente, la ley de asistencia social de 2004 la define como “el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva” (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [SNDIF] 2004).

Moreno (2000) define la asistencia social como "una técnica de protección social - distinta de la seguridad social y con caracteres propios- dispensada por organismos públicos y privados que tiene por objeto prevenir, poner término o aliviar situaciones

de necesidad específica de personas o colectivos con especiales problemas de integración social"

5.2 HISTORIA DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN MEXICO

La asistencia social tiene sus orígenes en las congregaciones religiosas y los grupos altruistas que, durante la colonia, brindaban atención a los más necesitados (los enfermos, los pobres, las viudas y los huérfanos) (Fuentes 1999). En esta época existieron varias instituciones que prestaban servicios asistenciales: las instituciones educativas (colegios franciscanos y jesuitas), los montepíos (apoyaban el ingreso y la economía de los pobres dándoles dinero mediante garantías prendarias cambio de prendas), las cofradías (asociaciones de seglares cristianos que promovían la fe católica, la acción colectiva, prestaban ayuda solidaria y otorgaban créditos) y las instituciones del socorro (hospitales, hospicios, orfanatorios) (Guadarrama 2004).

Posteriormente este tipo de acciones se fueron realizando por diversas asociaciones, las cuales empezaron a tener participación por parte del gobierno , teniendo una trascendencia con el paso de los años, tomando una estructura relativamente más formal como se presenta a continuación.

En 1926 durante el gobierno de Calles, se creó una dirección de beneficencia pública y comenzaron a crearse programas y proyectos para acciones asistenciales, sin embargo los proyectos no tuvieron continuidad.

En 1928 durante la administración de Emilio Portes Gil el primer acto de beneficencia pública fue cuando se emitió la Ley orgánica del departamento del Distrito Federal y Territorios que “considera como dependencia federal a la Beneficencia Pública la cual pertenece a la Lotería Nacional.

A finales de 1929, se creó la Asociación de protección a la infancia, que a pesar de ser una Institución privada sentó las bases para la organización de un proyecto nacional asistencial en favor de los niños. Esta organización tenía como fin brindar protección y atención a los niños de escasos recursos.

Dentro de los diversos objetivos que tenía la institución, un tema de importancia era la orfandad ya que era una de las circunstancias de vulnerabilidad social extremas, debido a que el menor por diferentes causas, quedaba sin apoyo familiar que lo ayudara a desenvolverse física y mentalmente.

En agosto de 1943 se llevó a cabo el Primer Congreso Nacional de Asistencia Pública, en el cual se insistió en definir está como un deber del Estado, donde se realizaron diversas propuestas de iniciativas en pro de la población.

En 1961 se crea el Organismo Público Descentralizado, denominado Instituto Mexicano de Asistencia a la niñez (IMAN), para atender al menor abandonado o enfermo, con tal fin se crea una casa cuna y una casa hogar.

En el año 1977, el entonces presidente, Lic. José López Portillo fusiona lo que venía funcionando como IMAN e IMPI y con ello se crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El final de los años setenta significó empezar a abandonar el modelo asistencial centrado en la responsabilidad estatal, lo que Guadarrama interpreta como el inicio de la reconfiguración estructural del modelo de economía neoliberal, caracterizado por minimizar la intervención estatal en la economía y por un desmantelamiento del sector público. En este esquema, la política social asume, cada vez más, una orientación compensatoria de las medidas de ajuste macroeconómico (Guadarrama 2001). A partir de los años ochenta comienza a entrar en escena un nuevo conjunto de actores que, desde una esfera distinta a la gubernamental y a la del mercado, pugnan por participar en el ámbito público ofreciendo servicios alternativos o complementarios a las otras dos esferas: el Tercer Sector. Antes de trazar brevemente su desarrollo en México, es importante hacer un último señalamiento con respecto a la asistencia social en tanto política pública. Al finalizar el siglo XX, de acuerdo con lo que marcaba el Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000, la política asistencial se ordenaba en dos vertientes: la asistencia compensatoria y de protección a los individuos y familias en condiciones de vulnerabilidad y extrema pobreza, y la asistencia para la promoción y el desarrollo humano, por medio de la formación y la capacitación, en conjunto con la protección y el fortalecimiento de los derechos de los menores, discapacitados, ancianos y jóvenes (Guadarrama 2001). En este sentido, la asistencia se reconocía oficialmente como una atención que se dirige tanto a compensar como a desarrollar capacidades y fortalecer los derechos de los ciudadanos.

5.3 INSTITUCIONALIZACIÓN

En este apartado se hablara de la institucionalización, como lo son las Casas de Asistencia Social en general, haciendo una descripción más profunda en las que atienden a población infantil y adolescente.

Según Zahonero (1995) en define Institución como una organización de carácter público o semipúblico, que supone un cuerpo directivo o establecimiento físico, destinado a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado. En la práctica, es un marco físico abierto o cerrado, dotado de un equipo multidisciplinario especializado en prestar cuidados a los niños desde todos los niveles necesarios para favorecer un desarrollo físico, psíquico y social. De cualquier manera, una institución es un medio artificial en donde los adultos cuidan a los niños en condiciones muy particulares.

CARACTERISTICAS

Dentro del proceso y labor de dichas instituciones es importante mencionar algunas características que las conforman y tener un acercamiento a los motivos por los cuales la población vulnerable llega a ingresar a dichas instituciones, entre las cuales se mencionaran los motivos de ingreso, objetivos y algunas funciones.

El objetivo y funciones de dichas instituciones se encuentran en un cambio constante dependiendo las necesidades de la sociedad, pero de manera general una de las principales es brindar protección, poder tener acceso a un lugar donde vivir con las condiciones más adecuadas para su bienestar teniendo el acceso a

una alimentación, aseo, educación, recreación, etc. que les permitan desarrollarse en un ambiente diferente con la finalidad de que pueden tener un mejor porvenir.

MOTIVOS DE INGRESO

El ingreso a este tipo de instituciones es multifactorial, donde por medio de una evaluación ya estructurada por la institución se consideran diversas características como principal la situación familiar.

Dentro de este factor la literatura menciona que las características familiares más frecuentemente encontradas en los niños institucionalizados son: bajo nivel educativo, escasez de recursos económicos, actividades de tipo marginal, carencia de vivienda o vivienda inadecuada, enfermedad física o mental de algún miembro familiar, padres dependientes del alcohol o drogas, padres que ejercen alguna función educativa distorsionada, negligencia en cuidados físicos y/o psicológicos y relaciones familiares conflictivas (Díaz, 1993).

Por lo que se relaciona como principal o más frecuente la violencia intrafamiliar entendida de manera general como “la forma de relacionamiento familiar pautada por el abuso del desequilibrio de poder ejercido en forma sistemática y prolongada en el tiempo por uno o varios de los integrantes, ejerciendo algún tipo de daño (físico y/o psicológico) sobre el resto de los integrantes del grupo.” o directamente a su persona.

Otro de los motivos prevalente es el abandono; entendido como como aquella manifestación de maltrato infantil en donde los padres , rompen el contacto y los vínculos físicos y afectivos con el niño/a o adolescente, existiendo manejo inadecuado u olvido de las responsabilidades físicas, psicológicas y emocionales; llevando esto a que los niños terminen bajo cuidado de terceros o en hogares del estado por ser desprotegidos totalmente; el abandono suele darse de forma inmediata o mediante la aplicación de conductas negligentes u otras formas de maltrato al interior del hogar. De acuerdo con Bowlby (1973), el abandono es una separación progresiva y una pérdida de lazos afectivos que va aumentando hasta darse el abandono definitivo. (Barudy, 2005).

Cobos, (1981) manifiesta que el abandono es el de transcurrir en el tiempo, y no simplemente como un acto instantáneo, lo que clarifica que la afección popular de abandono como un acto en el que el sujeto es apartado de la fuente de amor, dejado solo en la calle, puesto en adopción, corresponde naturalmente a formas extremas, pero que, en realidad, en la mayoría de los casos se trata de situaciones mucho más sutiles en las que se transmite al niño la inseguridad, no cubrimiento de necesidades y desatención (Rodríguez, 2003)

Díaz,1997 menciona que dentro de estos se encuentran: la orfandad, prisión de ambos padres, enfermedad incapacitante de los padres, falta de reconocimiento del niño por parte de los padres o de algún familiar, abandono total del niño y pobre atención de su compañía y cuidado, maltrato emocional, maltrato físico y abuso sexual.

PROCESO DE INGRESO

El ingreso a dichas instituciones está conformado por un extenso proceso en el que están involucrados diversas autoridades externas e internas de está.

Cabe mencionar que dichos procesos se llevan de diferente forma en cada institución, en esta ocasión se hará una descripción del proceso y estructura que se lleva a cabo en las Casas de Asistencia Social del Sistema del Desarrollo Integral para la familia conforme al Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social (2015) en el apartado: Procedimiento para Realizar el Ingreso de una Niña, Niño o Adolescente a los CNMAIC y Subdirección del Centro Amanecer para Niños PIS-DSA-CNM-05.

Dentro de las autoridades internas se encuentra las personas a cargo de la dirección de cada Casa Hogar y posteriormente las diferentes áreas que lo conforman como son: el área jurídica, trabajo social, medica, psicología, orientación educativa, recursos humanos y materiales, donde dentro de cada uno se llevan a cabo diversas funciones que al conjuntarse llevan a cabo el funcionamiento de dichas instituciones.

A continuación se mencionaran algunas de las funciones que llevan a cabo dichas áreas:

Dirección

El (la) Director(a) le corresponderá dirigir, supervisar, planear y coordinar las actividades de atención a los menores, programar y organizar las actividades del personal a su cargo. Así mismo tendrá las siguientes funciones:

- Dirigir y coordinar cada una de las actividades a desarrollar en la institución.
- En coordinación con el Consejo Interdisciplinario tomar decisiones al interior de la casa, respecto de los Menores albergados.
- Decidir, en previo acuerdo con el Consejo Interdisciplinario, sobre el ingreso o egreso de un Menor, cuando se considere que pone en riesgo a los niños albergados en la Casa, haciendo la propuesta a la Procuraduría.
- Supervisar la realización de las compras necesarias para la alimentación de los Menores según sus necesidades.
- En los casos que el Menor a internar presente alteraciones de salud física o psíquica se canalizará de ser posible a la institución adecuada para su debida atención.
- Supervisar que todos los Menores albergados, obtengan los servicios necesarios de acuerdo a su problemática, llevando un seguimiento individual en todo lo que refiere a su aspecto nutricional, educativo, psicológico, familiar, médico, jurídico, de capacitación, vestido, etc., asimismo, de proveer el material necesario para la higiene de los Menores.
- Coordinar con el personal de cada una de las áreas las actividades diarias a desarrollar con los Menores.

- Planear con el departamento administrativo los roles de vacaciones de los empleados que por su antigüedad requieren de las mismas y notificar dicho rol al Departamento de Recursos Humanos.
- Revisar y administrar el registro de donativos, así como de ingresos y egresos de los gastos y fondos asignados a la institución así como tramitar la reposición de acuerdo a los lineamientos de contabilidad.
- Entregar a la Dirección Administrativa las requisiciones de material de oficina y de limpieza.
- Llevar a cabo supervisiones periódicas en el área jurídica, médica, psicológica y pedagógica.
- Formar parte del Consejo Técnico de Adopciones, en calidad de Consejero
- Con la participación de las Áreas Jurídica, Psicología y Asistencia Educativa, fijar indicadores de evaluación del desempeño en los que se contengan datos de Menores que egresan, Menores que ingresan.
- Menores de estancia temporal, Menores de estancia larga o permanente, total de casos tramitados ante diversas autoridades o instancias, total de casos de resolución interna, control de salidas de los Menores, ya sea de actividades recreativas, Menores que reciben o no visitas de familiares, total de visitas por parte de la institución a los familiares, Menores que reciben tratamientos médicos permanentemente, Menores que llevan a cabo actividades recreativas entre total de Menores albergados, Menores que

realizan actividades deportivas, Menores que reciben atención. (Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social ,2015.)

Área Jurídica

Al frente del área estará un Licenciado en Derecho (quien dependerá la Procuraduría de defensa del Menor y la Familia) a quien le corresponde realizar los trámites administrativos y jurídicos necesarios durante la estancia de los Menores en la Casa, de igual forma será el enlace de la Casa con las autoridades depositarias. Para lo cual, tendrá las siguientes atribuciones:

- Revisar que se dé cumplimiento a los requisitos de ingreso de los Menores.
- Elaborar y llevar el control de expediente único de cada Menor en lo que se refiere al aspecto legal, psicológico, social, médico y escolar.
- Asistir a los juzgados, dependencias o autoridades cuando se le requiera por parte de la Procuradora para cumplir con la documentación y necesidades específicas de los Menores.
- En coordinación con el área de psicología, llevar a cabo entrevistas con los padres del Menor o familiares, a fin de obtener información sobre éste y su familia, cuando sea necesario.
- En coordinación con el área de psicología, llevar y vigilar el comportamiento de los Menores y los padres de familia y/o cualquier persona durante las visitas.
- Supervisar el buen trato y cuidado a los Menores por parte del personal.

- Supervisar y realizar la hoja de control de las convivencias de familias en trámite de adopción.
- Asistir a los Menores de nuevo ingreso o reingreso en su declaración a la Procuraduría y a donde sea requerida su presencia.
- Elaborar y llevar registro de actas de evasión de los menores.
- Participar en las sesiones del Consejo, a fin de tener conocimiento sobre la situación legal de los menores.
- Llevar a cabo el control de ingresos y egresos.
- En coordinación con la Procuraduría dar respuesta a los oficios relacionados con la situación jurídica de los Menores.
- Solicitar a la Procuraduría permisos para los traslados y salidas de los menores, siempre y cuando se cumplan los lineamos establecidos previamente por la propia Procuraduría y las demás que le asigne la Dirección y la Procuradora de acuerdo a sus atribuciones. (Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social ,2015.)

Trabajo Social

Un Licenciado en Trabajo Social, a quien le corresponde coordinar las acciones conducentes a los ingresos, egresos, acciones conjuntas encaminadas a la atención integral de los Menores manteniendo una estrecha comunicación con las demás Unidades Administrativas de la Casa. Para lo cual, tendrá las siguientes funciones:

- Llevar a cabo reuniones semanales con prestadores de servicio social, prácticas profesionales y voluntarios para programar, evaluar, y dar seguimiento a las actividades realizadas con los menores.
- Realizar entrevistas para obtener datos del menor y la familia.
- Elaborar el reporte diario con la información de los sucesos relevantes de los menores.
- Visitas domiciliarias a familia del menor y su entorno social.
- Investigar y recabar documentos necesarios para el seguimiento educativo del menor.
- Realizar el egreso y el ingreso de un menor, llenando los formatos que para cada caso existe. (Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social ,2015.)

Área medica

El Servicio Médico estará conformado por un Médico General quien tendrá de apoyo al personal de enfermería. El Médico deberá vigilar, reportar y dar tratamiento al estado de salud de los Menores, para su bienestar físico, debiendo reportar cualquier observación a la Dirección, así mismo recibirá reportes del personal de enfermería, asistentes y cocina. Para lo cual, le corresponde las siguientes atribuciones:

- En casos de urgencia, otorgar la asistencia necesaria sin importar el horario o el lugar donde le soliciten sus servicios siempre y cuando sea a menores internos de la Casa.
- Será una obligación del médico, tomar las medidas necesarias para prevenir la propagación de enfermedades infecto-contagiosas entre los menores.
- Indicar tratamiento, dirigirá y coordinará el seguimiento para mantener el óptimo estado de salud de los menores.
- Planear, organizar y controlar programas del área.
- Vigilar actividades del personal médico y de nutrición.
- Coordinar con enfermería el buen estado de cocina, aportando cubre bocas, gorras, así como vigilar la higiene de cocina y baños.
- Integrar expedientes clínicos realizando interrogatorio a familiares para la elaboración de la historia clínica de los menores.
- Supervisar la administración de medicamentos y llevar el control del tratamiento anotando todo en el expediente del niño.
- Supervisar el cumplimiento de las normas para elaborar, presentar y distribuir alimentos.
- Canalizar y acompañar a los menores que requieran atención especializada.
- Programar laboratorio y exámenes médicos al personal de la Casa para prevenir y controlar enfermedades infectas contagiosas. (Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social ,2015.)

Psicología

El Área de Psicología le corresponde desempeñar las técnicas adecuadas de terapia individual o grupal, para llevar a cabo los programas de control de conducta de los menores. Contará con un Coordinador quien supervisara el trabajo de los psicólogos y rendirá los informes que le sean requeridos. Para lo cual, a los integrantes les corresponde las siguientes atribuciones:

- Realizar un expediente psicológico de cada menor, registrando las conductas con los aspectos psicológico más sobresalientes.
- Aplicar pruebas -test- proyectivos de maduración y psicométricos de inteligencia a los menores al ingresar y cuando se requiera para llevar un seguimiento personalizado de su desarrollo evolutivo durante su estancia.
- Atender a los menores que presenten problemas conductuales.
- Asesorar a las asistentes sobre el manejo de conductas y problemas de los Menores y en la asignación de actividades dirigidas, de acuerdo a la edad de los niños.
- Brindar apoyo psicológico a cada menor para lograr la extinción de conductas inadecuadas, aumento de la autoestima y seguridad en sí mismo, socialización, mejoramiento del aprendizaje, mantenimiento de la concentración y estimulación en las áreas de retraso, pasando un informe mensual individual a la Dirección y a la Procuraduría.

- Establecer contacto con las maestras de preescolar, estimulación temprana, y educación especial, para recibir información sobre el avance de los menores.
- Llevar a cabo las entrevistas con los familiares durante las visitas para obtener información que pueda apoyar al tratamiento del menor.
- Organizar programas de actividades encaminadas a su sano desarrollo, esparcimiento y recreación.
- Realizar evaluaciones psicoeducativas para determinar el avance de los menores incluyéndolas en el informe mensual individual que se enviará a la dirección de casas asistenciales y Procuraduría.
- Implementar programas que ayuden al desarrollo físico, psicológico y pedagógico de los menores.
- Diseñar e impartir cursos-talleres para el personal como forma de motivación y detectar áreas de oportunidad.
- Llevar a cabo reuniones semanales con prestadores de servicio social, prácticas profesionales y voluntarios para programar, evaluar y dar seguimiento a las actividades realizadas con los menores.
- Participar en las juntas mensuales de revisión de funcionalidad familiar para coadyuvar en la resolución de la situación legal de los menores y su reintegración al hogar. (Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social ,2015.)

Recursos Humanos

Al frente del Departamento de Recursos Humanos y Materiales estará un responsable, a quien le corresponde dirigir, supervisar, planear, y coordinar las actividades del personal su cargo. Tendrá las siguientes atribuciones:

- Realizar las actividades administrativas y de apoyo a la Dirección.
- Llevar a cabo el pago de los empleados inscritos en nómina, entregando posteriormente la nómina firmada al área correspondiente.
- Planear los roles de vacaciones de los empleados que por su antigüedad requieren de las mismas y notificar dicho rol al área correspondiente.
- Elaboración de tarjetas para el control de asistencia del personal.
- Supervisar el control de asistencia del personal a su cargo.
- Previo consenso con la Directora otorgar permisos y sanciones del personal a su cargo.
- Llevar a cabo informes mensuales y los que le soliciten, permisos económicos, de salida y de vacaciones.
- Llevar control de expedientes del personal y su archivo en general.
- Planear, organizar y elaborar los roles del trabajo semanal y mensual del personal.
- Elaborar las requisiciones de material de oficina, aseo personal y de limpieza, y una vez aprobado tramitarlas ante el área correspondiente.

- Llevar el resguardo de los bienes inmuebles de la Casa registrados en el inventario.
- Notificar a la Dirección las necesidades inmediatas a corto y a largo plazo para el mantenimiento de bienes e inmuebles, para el buen funcionamiento de las instalaciones.
- Supervisar el control de material médico, educativo, de oficina, limpieza, de ropa, calzado, y lo necesario para el óptimo funcionamiento de la Casa, solicitando los faltantes y necesidades a través del área que dependa.
- Llevar un registro y control de las llaves de todas las áreas de la Casa.
- Apoyo y supervisión de la limpieza y orden en el acomodo de material y de la ropa en la bodega.
- Proporcionar el material de limpieza, oficina y escolar a las responsables de cada área por la mañana del día asignado de la semana. (Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social ,2015.)

5.3 EL NIÑO INSTITUCIONALIZADO

Hablar del niño o adolescente institucionalizado engloba una gran serie de aspectos, en esta ocasión se hablara de manera general sobre las características que de acuerdo a diversos estudios se han observado en dicha población, así como los estereotipos que se les han ido atribuyendo y generalizando.

Dentro de las características se pueden mencionar las que respectan a su personalidad donde la literatura menciona que cuentan con un potencial intelectual normal con un rendimiento escolar disminuido por los problemas emocionales.

Y que los hechos vividos y el tiempo de vínculos distorsionados con sus padres suelen crear un síndrome caracterizado por reacciones emocionales impulsivas que oscilan de un desapego afectivo hasta las dependencias masivas.

Los niños mayores presentan baja autoestima y frecuentemente manifiestan sus conflictos en forma de conducta antisocial, ausentismo escolar, fugas, hurtos y consumo de alcohol y drogas (Díaz, 1997).

Lo mencionado anteriormente puede deberse en gran parte a la diferencia de los ambientes por ejemplo a diferencia del ambiente familiar, en el ambiente institucional las situaciones son muy diferentes, especialmente si existen múltiples cuidadores, condiciones de privación, y escasez de provisiones. Los bebés deben someterse a los horarios establecidos por la institución, llorar no funciona, y por eso aprenden a no expresar su angustia y se vuelven pasivos. Ellos no tienen la oportunidad de establecer relaciones con cuidadores consistentes, de tener conversaciones y de expresar sus emociones. Los niños pequeños en general son quietos, no expresan emociones y son menos activos que otros niños de su edad, son relativamente complacientes y cooperativos, pero en ocasiones se vuelven agresivos debido a que nadie les ha enseñado a regular sus respuestas, a tomar turnos, o a pedir ayuda o cuidado. Los niños institucionalizados de mayor edad, poseen otras experiencias que interfieren en su adaptación, como el vivir en grupo durante toda su vida, vivir en un ambiente muy estructurado con tiempos para la comida, el juego, la escuela y el sueño. En algunas instituciones el juego y la educación son casi inexistentes, la privacidad es un concepto totalmente extraño y las propiedades personales casi no se conocen (Aviña y Rodríguez, 2001).

También se encuentran situaciones donde se ven disminuidas las herramientas que les permitan tener un desarrollo funcional en los diferentes aspectos de su vida. En conjunto con lo mencionado anteriormente y con las múltiples deficiencias que puedan existir, al estar al cuidado del personal que conforma dichas instituciones su aúna que son menores que están expuestos a la adquisición de estereotipos por parte de la sociedad en los que resaltan: capacidad intelectual disminuida, personas con tendencia a robar, ingerir sustancias nocivas, promiscuidad, menores agresivos, etc., que de alguna forma en ocasiones dichas etiquetas si pueden ser cumplidas.

METÓDO

Planteamiento del problema

El estado de vulnerabilidad en los adolescentes es una problemática que tiene gran prevalencia en la sociedad, durante años se han tomado medidas al respecto, con la finalidad de favorecer las condiciones de vida de los menores, entre las que se encuentran, labor que realizan las instituciones de asistencia social.

Dentro de las causas por las que se considera estar en condiciones desfavorables para su desarrollo prevalecen las de su círculo familiar tales como; abandono, violencia física, verbal y/o emocional, alcoholismo, drogadicción, entre otras que incluso llegan a estar en una problemática de tipo legal.

En esta investigación se aborda la relación de las situaciones de vulnerabilidad en adolescentes haciendo un análisis entre resiliencia y asertividad.

Justificación

La importancia de conocer los factores resilientes en adolescentes que se encuentran institucionalizados y dentro de un núcleo familiar, proporcionan herramientas que se puedan emplear en instituciones de asistencia social, escuelas y núcleos familiares en donde se están formando, con la finalidad de contribuir a un mejor desarrollo y fortalecimiento de sus áreas de oportunidad.

Hipótesis

- Los factores de resiliencia se encuentran en menor porcentaje en los adolescentes institucionalizados en comparación de quienes se encuentran dentro de un núcleo familiar
- Los adolescentes que se encuentran dentro de un núcleo familiar tienden a reaccionar asertivamente de quienes se encuentran institucionalizados.

Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo conocer los factores resilientes que prevalezcan en los adolescentes que se encuentran institucionalizados versus los que se encuentran dentro de un núcleo familiar.

Específicos

- Identificar los factores resilientes que prevalecen en mayor porcentaje en los adolescentes institucionalizados versus adolescentes no institucionalizados.
- Indagar si los adolescentes tienden a ser poco asertivos.

Diseño

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo con dos muestras independientes no probabilísticas por cuota.

Instrumentos

Para la medición de resiliencia se utilizó el cuestionario de Características Resilientes de Córdova (2006) que consta de 115 reactivos los cuales puntúan en una escala tipo likert de 5 puntos donde los participantes indicaron el grado de frecuencia de acuerdo a la situación descrita.

La escala de resiliencia se califica con base en siete factores los cuales son: orientación al futuro, búsqueda de sensaciones, vínculo con amigos, sentido del humor, actitud proactiva, control de impulsos (frustración) y relaciones conflictivas.

También se utilizó la Escala de Asertividad de Michelson y Wood para niños y adolescentes estandarizada en niños Mexicanos por Lara & Cacho (2002) la cual está constituida por 27 reactivos relacionados con la conducta asertiva, pasiva y agresiva, dichos reactivos están agrupados en dos factores; el primer factor explora el componente de expresar sentimientos positivos y negativos como dar y recibir cumplidos; y hacer y recibir críticas. El segundo factor se refiere a sentimientos de enojo y culpa. Dentro de estos factores se evalúan tres tipos de conducta asertiva, divididos como conducta asertiva, pasiva y agresiva.

Participantes o muestra

El estudio se realizó en una muestra no probabilística por cuota, conformada por un total de 255 adolescentes de entre 13 a 17 años , con escolaridad de secundaria y bachilleratos públicos así como de educación especializada como el Centro de Atención Múltiple (CAM) y el Instituto Nacional para la Educación de los adultos (INEA) .

La población se dividió en dos grupos; institucionalizados y no institucionalizados de los cuales la elección en cada institución fue que cumplieran el requisito del rango establecido de 13 a 17 años y que pertenecieran a un núcleo familiar o por lo contrario se encontraran bajo la tutela de alguna institución de asistencia social.

Población Institucionalizada

Se acudió a la Dirección de Asistencia Social del DIF; como al Patronato Francisco Méndez I.A.P.; donde se expuso la finalidad de la investigación a las autoridades correspondientes solicitando la autorización para tener acceso a la población de cada institución.

Dentro de esta población se encuentran en un porcentaje mínimo adolescentes de las Casas Hogar del DIF que reciben atención escolar especializada como es el caso de los CAM y del INEA.

Población no institucionalizada

Se acudió a la Secundaria No.39 “Ramón Domínguez” y al Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicio No. 5 “Gertrudis Bocanegra” con las autoridades correspondientes, para exponer y solicitar el permiso para la aplicación de los cuestionarios.

Teniendo la autorización de las instituciones mencionadas anteriormente se realizó la aplicación de los cuestionarios en los días acordados en cada una.

Escenario

La aplicación de los cuestionarios se llevó acabo de la siguiente forma:

- Población institucionalizada

Se acudió a dos Casas Hogar el DIF en los días acordados de acuerdo a un cronograma que se realizó en conjunto con las autoridades del departamento de Psicopedagogía, el cual se encarga de la regulación de actividades que se realicen de manera externa con la población.

La aplicación se llevó a cabo en salones asignados por la institución entre los cuales fueron la biblioteca y salones que ocupan para talleres como computación y tareas.

En cuanto a la aplicación en el Patronato, la directora de la institución asigno el día y horario de aplicación, la cual fue en grupo en un salón que ocupan para clases extras como la carrera técnica de comercio.

- Población no institucionalizada

La aplicación se llevó a cabo en cada plantel donde se solicitó el permiso, en el caso de la secundaria y el bachillerato se asignaron fechas y horarios.

En el primero la aplicación se efectuó en el salón donde tienen clase los menores.

En el caso del bachillerato se llevó a cabo de forma grupal en el auditorio del plantel ya que se juntaron tres grupos que cumplían con las características demográficas estipuladas.

Procedimiento

En todos los casos, de la muestra descrita anteriormente se llevó a cabo la aplicación del cuestionario Características Resilientes Córdova (2006), y la Escala de Asertividad de Michelson y Wood para niños y adolescentes estandarizada en niños Mexicanos por Lara & Cacho (2002); a una población total de 255 adolescentes.

Una vez que se obtuvieron los permisos correspondientes por parte de las autoridades de cada institución, se llevó a cabo la aplicación en cada una con sus lineamientos correspondientes.

De manera general en cada institución se procedió asistir en la fecha y hora asignada, posteriormente en compañía de una autoridad se acudió al espacio proporcionado para la aplicación y de igual forma dicha autoridad hizo la presentación del aplicador.

Después el aplicador explico a los menores la finalidad de los instrumentos, resaltando que las respuestas eran para uso del estudio, se entregaron los instrumentos a todos los presentes, dando las instrucciones de cada uno, indicándoles que preguntaran si les surgía alguna duda. Se les otorgo el tiempo necesario para contestarlos. La duración promedio de la aplicación fue de 45 minutos.

Teniendo los cuestionarios contestados por las instituciones a las que se acudió se procedió a realizar la base de datos en el programa estadístico SPSS considerando los datos demográficos como cada reactivo de los cuestionarios aplicados para posteriormente pasar al análisis.

RESULTADOS

En este apartado se mostrarán las características demográficas de la muestra y posteriormente el porcentaje obtenido en cada grupo tanto de los factores resilientes como de los diferentes tipos de conducta asertiva.

Datos demográficos

Para realizar la descripción de la muestra, se analizaron los datos para obtener las frecuencias y porcentajes de las variables en la población en el programa estadístico SPSS; presentados a continuación.

La muestra total se dividió en dos grupos en los cuales se consideró en cada uno el género, edad y escolaridad distribuidos de la tabla 1 a la tabla 4:

Tabla 1. Grupos		
	Población	Porcentaje
Institucionalizados	70	27.5%
No institucionalizados	185	72.5%
Total	255	100.0

En la tabla 1. Se muestra la población en general de cada grupo, donde hay 70 participantes institucionalizados y 185 que se encuentran dentro de un núcleo familiar.

Tabla 2. Género			
	Masculino	Femenino	Total
Institucionalizados	30	40	70
No institucionalizados	89	96	185
Total	119	136	255

En la tabla 2. Se observa la distribución de cada grupo con la división de género en cada uno. En cuanto a la población institucionalizada 30 participantes fueron del sexo masculino y 40 del sexo femenino. La población no institucionalizada está distribuida por 89 participantes del sexo masculino y 136 del sexo femenino.

Tabla 3. Edad		Años					Total
		13	14	15	16	17	
GRUPOS	Institucionalizados	13	18	23	6	10	70
	No institucionalizados	53	26	10	57	39	185
	Total	66	44	33	63	49	255

En la tabla 3. Se observa la distribución de edad por cada grupo, donde el rango de esta es de los 13 a los 17 años de edad, prevaleciendo en el grupo de los Institucionalizados la edad de 15 años mientras que en los no institucionalizados la edad de 16 años.

Tabla 4. Escolaridad			
	Grupos		Total
	Institucionalizados	No institucionalizados	
Secundaria	49	81	130
Bachillerato	8	103	111
INEA	2	0	2
CAM	3	0	3
Otra	8	1	9
Total	70	188	255

En la tabla 4. Se observan la escolaridad de los participantes por grupo, en el grupo de los institucionalizados la mayoría de los participantes se encuentran cursando el nivel de secundaria y en el grupo de los no institucionalizados la mayoría de la población se encuentra cursando el bachillerato.

Del total de participantes se hicieron muestras independientes donde se observa en la tabla 5 que hubo factores que presentan una diferencia en las medias de los dos grupos, entre los que se encuentran: orientación al futuro, vínculo, humor, proactividad y conflicto.

Tabla 5.

	GRUPOS	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Dar	Institucionalizados	70	2.04	.204	.024
	No institucionalizados	185	2.01	.104	.008
Enojo	Institucionalizados	70	1.17	.380	.045
	No institucionalizados	185	1.14	.343	.025
Futuro	Institucionalizados	70	3.10	1.157	.138
	No institucionalizados	185	2.84	1.168	.086
Sensación	Institucionalizados	70	2.41	1.110	.133
	No institucionalizados	185	2.41	1.100	.081
Vinculo	Institucionalizados	70	2.80	1.137	.136
	No institucionalizados	185	2.34	1.072	.079
Humor	Institucionalizados	70	2.90	1.118	.134
	No institucionalizados	185	2.28	1.106	.081
Proactividad	Institucionalizados	70	2.77	1.157	.138
	No institucionalizados	185	2.36	1.134	.083
Impulsos	Institucionalizados	70	2.53	1.126	.135
	No institucionalizados	185	2.40	1.109	.082
Conflicto	Institucionalizados	70	1.96	.984	.118
	No institucionalizados	185	2.41	1.018	.075

Posteriormente se corrió la Prueba T, donde se observa que no hay mayor dispersión entre variables de un grupo con otro; exceptuando el factor dar.

Tabla 6. Prueba t para muestras independientes			
	Sig.	T	Gl.
Dar	.001	1.649	253
		1.254	82.854
Enojo	.153	.732	253
		.699	114.077
Futuro	.823	1.604	253
		1.611	125.545
Sensación	.901	.022	253
		.022	123.469
Vinculo	.392	3.003	253
		2.925	118.231
Humor	.807	4.011	253
		3.991	123.159
Proactividad	.885	2.592	253
		2.568	122.199
Impulsos	.784	.823	253
		.817	122.795
Conflicto	.132	-3.167	253
		-3.215	128.230

FACTORES RESILIENTES

Con base en el análisis de los factores resilientes de la muestra total a continuación se muestran los porcentajes obtenidos:

	Institucionalizados	No Institucionalizados	Total
Alto	12.9%	16.8%	40
Medio	22.9%	27%	66
bajo			
Medio	5.7%	11.9%	26
Bajo	58.6%	44.3%	123
Total	100%	100%	255

La tabla 7 muestra los resultados obtenidos, donde se observa que en general los dos grupos de menores cuentan con un nivel bajo en visión del futuro, la cual engloba escasa capacidad de planear, organizar actividades o plantearse metas.

	Grupos		Total
	Institucionalizados	No institucionalizados	
Alto	27.1%	25.9%	67
Medio	25.7%	29.2%	72
bajo			
Medio	25.7%	22.7%	60
Bajo	21.4%	22.2%	56
Total	100%	100%	255

En el factor búsqueda de sensaciones la población institucionaliza puntúa en su mayoría un rango de bajo y medio bajo, lo que equivale a que en ocasiones tienden

a no medir las consecuencias antes de tomar riesgos y experimentar situaciones nuevas.

	GRUPOS		Total
	Institucionalizados	No institucionalizados	
Alto	17.1%	28.6%	65
Medio	24.3%	25.9%	65
bajo			
Medio	20%	28.1%	66
Bajo	38.6%	17.3%	59
			<u>255</u>

En cuanto al vínculo con amistades resalta un porcentaje bajo para los institucionalizados y alto a los no institucionalizados, lo que indica que el primer grupo en su mayoría no suelen tener relaciones de amistad duraderas o que tienden a resolver los conflictos que se presentan en ellas contrario al segundo grupo.

	GRUPOS		Total
	Institucionalizados	No institucionalizados	
Alto	41.4%	17.8%	62
Medio	22.9%	24.9%	59
bajo			
Medio	20%	24.3%	62
Bajo	15.7%	33%	72
Total	100%	100%	255

Factor sentido del humor se observa que los institucionalizados tiende a ver las adversidades de una forma menos negativa en extremo al segundo grupo quien puntúa en su mayoría un porcentaje bajo.

Tabla 11. Actitud proactiva			
GRUPOS			
	Institucionalizados	No institucionalizados	Total
Alto	37.1%	22.2%	70
Medio	22.9%	21.6%	62
bajo			
Medio	20%	25.9%	56
Bajo	20%	30.3%	67
Total			255

En la actitud proactiva resalta un porcentaje alto en los institucionalizados, lo que indica que cuentan con mayor disposición de apoyo hacia los demás, en especial amigos o personas más cercanas afectivamente versus los no institucionalizados quienes puntúan en su mayoría un porcentaje bajo.

Tabla 12. Control de impulsos			
GRUPOS			
	Institucionalizados	No institucionalizados	Total
Alto	24.3%	26.5%	66
Medio	24.3%	29.7%	72
bajo			
Medio	25.7%	21.1%	57
Bajo	25.7%		60
Total		22.7%	255

En cuanto al factor control de impulso el cual engloba la frustración hay puntuación en su mayoría en porcentaje bajo para los institucionalizados y medio bajo para los no institucionalizados lo que indica que el primer grupo cuenta con escasa capacidad de controlar sus respuestas ante determinados estímulos y el segundo grupo tiene más control ante ciertos impulsos.

Tabla 13. Relaciones Conflictivas			
GRUPOS			
	Institucionalizados	No institucionalizados	Total
Alto	40%	20.5%	66
Medio bajo	34.3%	37.3%	93
Medio	15.7%	23.2%	54
Bajo	10%	18.9%	42
Total			255

En el último factor hay un porcentaje en su mayoría alto en el primer grupo y medio bajo en el segundo; lo que indica que tienen dificultad para establecer relaciones interpersonales y cuentan con poca capacidad para relacionarse o resolver conflictos con sus pares o personas cercanas.

ASERTIVIDAD

Cantidad y porcentaje de asertividad

La Escala de Asertividad se divide en dos factores; el primero es dar y recibir cumplidos y críticas; el segundo factor es enojo y culpa; se califica en base a tres tipos de conducta dividido en asertiva, pasiva y agresiva.

En cuanto al análisis de esta escala se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 14. Dar y recibir cumplidos y críticas			
	Institucionalizados	No Institucionalizados	Total
Asertivo	0	0	0
Pasivo	95.7%	98.9%	250
Agresivo	4.3%	1.1%	5
Total	100%	100%	255

En la tabla 14 se puede observar que no hay porcentaje asertivo, y que en cuanto al factor dar y recibir cumplidos prevalece la actitud pasiva en los dos grupos; referente a la indefensión, sometimiento y culpa. En general conductas que impiden defender los propios derechos y aceptación de todo lo que se pida.

Tabla 15. Enojo y culpa			
	Institucionalizados	No Institucionalizados	Total
Asertivo	0	0	0
Agresivo	82.9%	86.5%	218
Pasivo	17.1%	13.5%	37
Total	100	100	255

En la tabla 15 se puede observar que no hay porcentaje asertivo , y que en cuanto al factor enojo y culpa prevalece la conducta agresiva que involucra pelea, acusación y amenaza, en general todas aquellas actitudes que significan agredir a los demás sin tomarlos en cuenta. Resaltando este porcentaje en los dos grupos.

DISCUSIÓN

La temática principal del presente trabajo es la Resiliencia definida como la capacidad de las personas para enfrentar ciertas situaciones de riesgo que los puede dejar en un estado de vulnerabilidad (Cyrulink 2002).

Para que dicho proceso de resiliencia se lleve a cabo diversos autores como Munist (1998), Rutter (2000), Theis (2003) han propuesto que la combinación de ciertas características que desarrollan o poseen las personas, pueden favorecer a dicho proceso; llamados factores de protección.

El principal objetivo de dicho trabajo fue identificar qué factores resilientes prevalecen en adolescentes que se encuentran institucionalizados en comparación de quienes se encuentran dentro de un núcleo familiar; estos se midieron por una Escala de Resiliencia propuesta por Córdova 2006 , la cual está formada por un grupo de siete factores que se considera tienen las personas resilientes como orientación al futuro, búsqueda de sensaciones, vínculo con amigos, sentido del humor, actitud proactiva, control de impulsos y relaciones conflictivas; donde al ser aplicado a los dos diferentes grupos mencionados se identificó que las diferencias más notorias fueron en cuatro factores ; vínculo con amigos, sentido del humor, actitud proactiva, control de impulsos, donde los jóvenes del grupo de institucionalizados mostraron tener mayor sentido del humor ante situaciones adversas y tienden más a tener actitud de ayuda hacia los demás, mientras que los no institucionalizados tienen mejor vínculos de amistad y tienden a controlar más sus impulsos.

Lo obtenido en el presente estudio en cuanto al factor sentido del humor y relaciones interpersonales discierne con la investigación de Córdova (2006) donde en su investigación no se encontrando diferencias significativas en dichos factores.

Se ha mencionado que la adquisición de factores resilientes no se desarrollan en un entorno determinante, ya que como se observó aunque los adolescentes se encuentren en un núcleo familiar, dentro de este pueden existir situaciones que no favorezcan la adquisición de dichos factores; tal como se encontró en la investigación de Torres y Ruiz (2013) quien aplicó una serie de reactivos a estudiantes de nivel medio superior pertenecientes a un núcleo familiar donde se puntuó que no solo era el ambiente sino dificultades familiares, personales lo que afectaba en su rendimiento académico pero que a pesar de esto había un porcentaje de jóvenes que mostraban y poseían factores resilientes.

En los resultados del presente estudio se concuerda con Anthony, Alter y Jenson (2009), quienes han propuesto en sus diversos trabajos respecto a la resiliencia, que los factores resilientes se adquieren de forma personal y que incluso cuando la persona se encuentra en situaciones vulnerables su estructura interna le permitirá el desarrollo o adquisición de los mismos, lo que le favorecerá en un futuro; lo mencionado concuerda con la investigación de Gaxiola, González y Contreras (2012) donde se observó que los jóvenes que cuentan con ciertos factores internos de resiliencia tendían a evitar amistades en riesgo.

En cuanto a la revisión teórica del tema familia es importante resaltar el papel que juega en el desarrollo de los seres humanos, ya en dicho entorno también se pueden proporcionar herramientas que sean en pro de los miembros de ésta.

También es importante destacar la labor de las instituciones que se encargan de asistir a menores en condiciones vulnerables, ya que dentro de estas también se pueden proporcionar herramientas que pueden favorecer el desarrollo de los menores a su cargo.

Dentro de los factores evaluados con ambos grupos, en el factor orientación al futuro la población de éste estudio, se encuentran un nivel bajo, dando por entendido que no tienen una expectativa clara de lo que les gustaría hacer o el establecimiento de metas, lo cual concuerda con Papalia (2009) quien menciona que es una etapa del desarrollo donde los adolescentes no tienen una claridad de metas a futuro.

Otro aspecto que se evaluó dentro del presente fue la medición de la asertividad por medio de la escala de Lara & Cacho (2002) la cual media tres tipos de conducta propuestos por Michelson y Wood que son: asertividad, pasividad y agresividad; encontrando que dichos grupos se situaron en los extremos; en situaciones que consisten en dar o recibir cumplidos puntuaron una actitud pasiva mientras que en situaciones de enojo y culpa se aprecia que hay un porcentaje mayoritario en la conducta agresiva.

Lo que podría contrastar con estudiosos del tema como Papalia (2009), Munist y Suárez (1998) y Coon (1998), quienes plantean que las actitudes que pueden tener

ante ciertas situaciones pueden ser parte de la edad, etapa de desarrollo y sociedad en que se encuentran.

Por lo que se sugiere la adecuación de un entrenamiento de ciertas habilidades o identificación de las conductas de la población a una mayor magnitud; como se observó en la investigación de Cardozo et al. (2009); donde se dio un entrenamiento de habilidades sociales y asertivas a un grupo de jóvenes y se notó que hubo modificaciones conductuales.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en el análisis de los factores resilientes, la hipótesis, de que los adolescentes institucionalizados cuentan con menor porcentaje se rechaza, ya que en comparación con los no institucionalizados, cada grupo posee ciertos porcentajes en diferentes factores incluso se encontró que había similitud en algunos.

Con respecto a lo mencionado anteriormente se confirmarían algunas de las investigaciones revisadas donde mencionan que el ambiente de desarrollo no determinara el ser una persona resiliente o no, lo que modificaría la ideología de que los menores que crecen en instituciones de asistencia social no cuentan con suficientes recursos que favorezcan su interacción y desempeño en la vida social y laboral.

En cuanto a la hipótesis de la prevalencia de conductas agresivas en ambos grupos se rechaza, ya que los resultados fueron extremos dependiendo el factor en que

estaban agrupados, confirmando que hay conductas pasivo-agresivas en los adolescentes por su etapa de desarrollo, por lo que se sugiere posteriormente hacer una comparación con diversos grupos de edad para descartar que dichas conductas se presentan en diferentes poblaciones.

Con lo obtenido en el presente trabajo se sugiere profundizar más en el tema de resiliencia con adolescentes en otros contextos donde vivan situaciones de vulnerabilidad o hacer una comparación por etapas de desarrollo para identificar si hay un pico de edad donde sea más propenso a desarrollar o adquirir factores resilientes.

Como propuestas de acción se sugiera el proponer talleres psicoeducativos para adolescentes de orientación hacia el futuro, áreas de interés, como el fortalecimiento de sus áreas de oportunidad, desarrollo de habilidades sociales y afectivas que favorezcan su interacción y mejor convivencia con sus pares.

REFERENCIAS

- Aguilar, N. (1995) Estandarización de la Escala de Asertividad de Michelson y Wood en una muestra mexicana de niños de 8 a 16 años. (Tesis de Licenciatura) Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Amaral, M; Maia Pinto, F J; Bezerra de Medeiros, C R; (2015). LAS HABILIDADES SOCIALES Y EL COMPORTAMIENTO INFRACTOR EN LA ADOLESCENCIA. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19(2) 17-38.
- Anthony, E., Alter, C. & Jenson, J. (2009). Development of a risk and resilience-Based Out-of-School Time Program for Children and Youths. *Social Work*, 54(1), 45-55.
- Aviña, C., Rodríguez, A. (2001) Depresión y maltrato en niñas institucionalizadas un estudio comparativo. (Tesis de Licenciatura.) Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Barcelata B. (2015), *Adolescentes en riesgo: una mirada a partir de la resiliencia / México, D.F. El manual moderno: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.*
- Barudy J., Dantagnan M. (2005) *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia.* Editorial Gedisa.
- Becoña E. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 11, N3.', pp. 125-146,2006. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.
- Bouvier, P. (2003). Temperamento, riesgo y resiliencia en el niño. En *la Resiliencia: resistir y rehacerse.* En Manciaux (comp.) Barcelona: Gedisa.

- Burlingham, D. (1975) Niños sin familia. Barcelona Editorial Planeta.
- Caballo, V. (2007) Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales (séptima edición) Siglo XXI de España Editores, Madrid.
- Cardozo, Griselda, Dubini, Patricia Mónica, Fantino, Ivana Elizabeth y Ardiles, Romina Anabela (2009). Conducta asertiva en jóvenes: una estrategia en promoción de la salud. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-020/216>
- Caso, J. y Hernández, L. (2010) Modelo explicativo del bajo rendimiento escolar: un estudio con adolescentes mexicanos. Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa Volumen 3(2).
- Castanyer, O. (2010) La asertividad: expresión de una sana autoestima. (32° edición) España Desclée de Brouwer.
- Conceptos básicos para el estudio de la familia (2005). Archivos de Medicina Familiar Volumen 7 Supl.1
- Córdova, A. (2006). "Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas". (Tesis doctoral de Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cyrulnik, Boris. (2002) Los patitos feos, Barcelona, Gedisa.
- Cyrulnik, Boris. (2009) Autobiografía de un espantapájaros. Barcelona, Gedisa

Díaz Huertas, J. A. (1993) Malos tratos institucionales. Instituciones de menores.

Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada

Díaz J. (1997) El juego y el juguete en el desarrollo del niño Edit. Trillas

Elizondo, M. (2011). Asertividad y escucha activa en el ámbito académico. México.

Trillas.

Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). Terapia Racional-Emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. México. Pax.

Enciclopedia británica (2009). La familia, conceptos, tipos y evolución.

Recuperado de:

http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf

Fabra M. (2009) Asertividad: para muchas mujeres y algunos hombres /

Barcelona: Octaedro. Familia. Recuperado de

http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/4_de_Marzo_Dia_de_la_Familia

Fensterheim, H. y Baer, J. (2017) No diga si cuando quiere decir no: Aprenda a comunicarse en forma asertiva. Ed. Debolsillo.

Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005) Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. Annual Review of Public Health.

Fletes R. (2004) Asistencia Social: alcances y limitaciones. Estudios Jaliscienses.

- Flores M. y Díaz R. (2002) Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales / México: Universidad Autónoma de Yucatán: M. A. Porrúa.
- Freixa N. (1993) Familia y deficiencia mental .Salamanca: Amaru.
- Fuentes, M. (1999) La asistencia social en México: historia y perspectivas. (2° edición) Editorial Paideia, México, D.F.
- García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11 (1), pp. 63-77.
- Gaxiola J., Lever J., et al. (2013). Estudios de resiliencia en América Latina volumen 2, Pearson, Universidad de Sonora y Universidad Iberoamericana, México.
- Gaxiola, J. C., González, S. y Contreras, Z. (2012). Influencia de la resiliencia, metas y contexto social en el rendimiento académico de bachilleres. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 14(1), 164-181.
- González A., López N., Valdez J.; Zavala Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 13, núm.1, enero-junio p.p 41-52. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México.
- Grotberg, E. (1995). A guide to promotig resilience in children: strenghening the human spirit. La Haya, Holanda: The Internacional Resilience Proyect., Bernard Van Leer Foundation.

- Grotberg, E. (2006) La resiliencia en el mundo de hoy. Madrid, Gedisa
- Guadarrama, G. (2004) La asistencia privada: una aproximación desde la perspectiva histórica. Vol.95 Documentos de investigación El Colegio Mexiquense, A.C.
- Guadarrama, G. (2001) Entre la caridad y el derecho: un estudio sobre el agotamiento del modelo nacional de asistencia social. El Colegio Mexiquense, Consejo Estatal de Población del Estado de México, Zinacantepec.
- Güell, M. & Muñoz, J. (2000). Desconóctete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional. Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez, Reynaldo, Díaz, Karen Yamile, Román Reyes P. (2016), El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica Ciencia Ergo Sum [en línea] 23 (Noviembre-Sin mes): [Fecha de consulta: 3 de julio de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>> ISSN 1405-0269
- Lange, S. y Jakubowski, P. (1978). The Assertive Option: Your Rights and Responsibilities. Research Press Company.
- Lange, S. y Jakubowski, P. (2012). Responsible Assertive Behavior: Cognitive/ Behavioral Procedures for Trainers Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy / Revue canadienne de counseling et de psychothérapie, [S.l.], v. 11, n. 2, feb. 2012. ISSN 1923-6182.

- Lara M. & y Silva A. (2002) Estandarización de la Escala de asertividad de Michelson y Wood en niños y adolescentes: II. (Tesis de licenciatura), Facultad de Psicología UNAM.
- Luthar, S. & Cushing, G. (1999). "The construct of resilience: Implications for interventions and social policy". *Development and Psychopathology*, 26 (2), pp. 353–372.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. In: D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation* (pp. 739-795). New York: Wiley.
- Madariaga J. (2014). Nuevas miradas sobre la resiliencia. Editorial Gedisa España.
- Manciaux, M. (2003) La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid Gedisa.
- Minuchin, S. (1985) Familias y terapia familiar. México Gedisa
- Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social, (2015).
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, E., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W. K. Kellogg. Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI).
- Naranjo, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 8(1) 1-27.

- Newman B.M. y P.Newman. (1983). Desarrollo de niño. México: ed. Limusa.
- Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil en
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Osborn, A. (1993). What is the value of the concept of resilience for policy and interventio. Londres: International Catholic Child Burea.
- Padilla A. (2004) Del desamparo a la protección. Ideas, instituciones y prácticas de la asistencia social en la ciudad de México, 1861-1910. *Cuicuilco*, 11(32) 121-155.
- Papalia (2009) Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia. México Mc Graw Hill
- Pineda, L; Moreno, J; (2008). Factores psicosociales asociados al abandono infantil de un grupo de adolescentes institucionalizadas en un centro de protección en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 2(2) 151-182.
- Puig, G. y Rubio, G. (2011) Manual de resiliencia aplicada. Gedisa
- Riso, W. (1988) Entrenamiento asertivo: aspectos conceptuales, evaluativos y de intervención. Medellín: Ediciones Rayuela.
- Rivero, R. (2015) El sentido de la vida es una vida con sentido: la resiliencia. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Roca, E. (2003) Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional, Valencia: ACDE.
- Rodríguez, E. M. (1991). Asertividad para negociar. México. Mc Graw Hill.

Rodríguez, E. y Serralde M. (1991) Asertividad para negociar. México: McGraw-Hill

Rodríguez, M. (2003). La inasistencia alimentaria: otra forma de maltrato infantil.

Bogotá.

Rutter, M. (2002). Nature nurture and development: from evangelism through science towards policy and practice. (Review). Child Development, 73(1), 1 -

21.

Rutter, M. (2013) Annual Research Review. Resilience Clinical Implications Volume 54, Issue 4 Journal of child psychology and psychiatry

Sánchez (2004) Manual de trabajo social Edic.Plaza y Valdés .Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.

Santrock, J. (2004) Psicología del desarrollo en la adolescencia (9º edición) McGraw-Hill, México.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia.

<http://www.dif.cdmx.gob.mx/>

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia. Coordinación y funciones en <http://www.difbcs.gob.mx/areas-sedif/casa-cuna-casa-hogar/>

Schuler E. (2002) Asertividad (2º edición) Móstoles: Gaia.

Theis, A. (2003) La resiliencia en la literatura científica. En Manciaux, M. La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona Editorial Gedisa S.A.

Wolin, S. y Wolin, S. (1993). The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity. Villard Books. Nueva York, E.E.U.U.

Zahonero, M. (1995) Acogida en Instituciones. En Oñorbe M, García Barquero, M.,
Díaz Huertas, J. A. Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención
desde el ámbito sanitario Madrid: Consejería de Salud.