



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS



HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOLUCA ESTADO DE MÉXICO

**“RESILIENCIA EN ADOLESCENTES Y CRISIS PARA
NORMATIVAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
ISSEMYM LERMA”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:**

MEDICO BEATRIZ CORONEL ITURBE

M. E. M.F. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MEXICO Y MUNICIPIOS, CON SEDE EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2017



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.

**“RESILIENCIA EN ADOLESCENTES Y CRISIS PARA
NORMATIVAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
ISSEMYM LERMA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

MEDICO BEATRIZ CORONEL ITURBE

AUTORIZACIONES

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD

**“RESILIENCIA EN ADOLESCENTES Y CRISIS PARA
NORMATIVAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
ISSEMYM LERMA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

MEDICO BEATRIZ CORONEL ITURBE

AUTORIZACIONES

M. E. M.F. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS, CON SEDE
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2017

**“RESILIENCIA EN ADOLESCENTES Y CRISIS PARA
NORMATIVAS EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
ISSEMYM LERMA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MEDICO BEATRIZ CORONEL ITURBE

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Dedicatoria

A mis hijos:

Con todo mi cariño y mi amor para ustedes por ser la principal fuente de inspiración; la base para todos mis proyectos y por esperarme día a día, apoyarme con sus abrazos, besos y enojos, mi más sincero grande agradecimiento por quererme de forma incondicional.

A mi madre:

Que cuando menos me lo esperaba me cayó del cielo y con su alegría y fuerza me motivo, me levanto cuando más lo necesitaba y brindó su compañía y su tiempo en todo momento.

A mi esposo:

Por todo su apoyo y tolerancia desde que lo conocí, por permitirme seguir creciendo como profesionalista y madre, por compartir todas estas experiencias a mi lado.

A la Dra. Carolina Luviano por invitarme a ser parte de esta gran familia; por creer en mi capacidad para conseguir esta anhelada meta; por reafirmar la importancia de continuar con la convicción de que las cosas siempre se consiguen con esfuerzo y perseverancia, así como sobre todo por el interés que puso en mi persona para impulsar mi desarrollo.

Agradecimientos

Primeramente gracias a Dios por ser nuestra guía, a Jesús por ser nuestra inspiración y modelo del más grande amor en este mundo, gracias por la oportunidad, por permitirme llegar hasta el final y por estar siempre conmigo a donde quiera que voy.

Por darme salud y fortaleza para lograr mis objetivos y cumplir mis sueños, además de su infinita bondad y amor.

A mis hijos por su amor eterno y su espera cada noche que tenía guardia, gracias hijos míos que muy indirectamente fueron partícipes en este proyecto, ya que los llevaba en mi mente en todo momento.

A mi madre que durante estos tres años me escuchó, me apoyo y sostuvo en todo momento que lo iba a lograr, que luchara aunque cada día el esfuerzo fuera más grande, gracias madre por tu compañía.

A mi asesor de tesis y profesora: Berenice Hernández Miranda por su valioso tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

Al Dr. Daniel Godínez por compartir sus conocimientos y experiencias.

Resumen

Objetivo: Identificar la resiliencia en adolescentes y crisis paranormativas en la clínica de consulta externa ISSEMYM Lerma.

Material y Métodos: estudio descriptivo, transversal, observacional. Muestra aleatoria de 100 adolescentes de un total de 327 de consulta externa de primera vez por conveniencia, pertenecientes a la clínica de consulta externa Issemym Lerma, durante el periodo comprendido de mayo a julio del 2016; se aplicó el instrumento Escala de Resiliencia para población mexicana y un cuestionario para identificar factores de riesgo.

Resultados: Se encuentra 45 adolescentes de 10 a 14 años y 55 de 15 a 19 años; 42 son hombres y 58 mujeres. Todos estudiando, 18% estudia y trabaja; la estructura familiar compuesta por madre en 22 adolescentes, 1 por su padre, 75 con ambos, 1 solo y otro con otro familiar. Con crisis en todas las edades estudiadas: de incremento con un 58%, desmembramiento 29%, desorganización y desmoralización con un 27 y 6% respectivamente. La resiliencia encontrada fue alta en el 58%, media alta 30% y media 12%, no encontrándose ninguno con resiliencia baja. La variable edad y resiliencia muestra adolescentes de 11 y 17 años con resiliencia alta, la variable tipo de crisis y resiliencia muestra 46 adolescentes con resiliencia alta con la presencia de más de una crisis en su vida. Cero con ninguna crisis. La variable resiliencia y tipo de familia identificó que de 47 adolescentes con resiliencia alta, 10 tienen una familia nuclear no integrada compuesta por su madre.

Discusión: De acuerdo a las publicaciones por Gonzalez Arratia los resultados demuestran que los hombres muestran mayor resiliencia, con rasgos a ser más independientes, mientras que las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un mayor apoyo externo significativo de amigos, maestros y familia. Lo encontrado en el presente estudio reafirma que en la resiliencia positiva predomina el sexo femenino, hallazgo probable porque son más mujeres en el estudio, 18% del total trabaja y estudia lo que muestra rasgos independientes a cierta edad aún exponiéndose a riesgos, y están expuestos a crisis no esperadas en todas las edades, lo que parece no afectar su resiliencia a expensas de que también se entrevistaron a adolescentes en tratamiento psicológico y con antidepresivos. Todo esto favorecido por la presencia en su mayoría de una familia nuclear integrada (75%) y el resto con el apoyo de un familiar.

Conclusión: La fuente principal de formación para la resiliencia sigue siendo la familia, por lo que los médicos familiares que están en contacto frecuente con las familias deben identificar los factores de riesgo comentados en esta tesis que alteren la resiliencia del adolescente, brindar orientación con enfoque de riesgo principalmente entre los 13 y 16 años; edad que tuvo puntaje más bajo en su resiliencia, así como intervenir oportunamente con terapias familiares a aquellas familias inestables para mejorar su funcionalidad y cuenten con herramientas para enfrentarse a las crisis no esperadas y responder positivamente. Sin embargo sería importante realizar esta investigación sobre este grupo de edad más una enfermedad subyacente o adicciones para correlacionar el tema.

Palabras claves: adolescente, resiliencia, crisis, familia.

Summary

Objective: Identify resilience in adolescents and paranormative crises in the outpatient clinic ISSEMYM Lerma.

Material and Methods: descriptive, cross-sectional, observational study. A random sample of 100 adolescents out of a total of 327 outpatient visits for the first time by convenience, belonging to the outpatient clinic Issemym Lerma, during the period from May to July of 2016; the instrument Resilience Scale for the Mexican population was applied and a questionnaire was used to identify risk.

Results: There are 45 adolescents aged 10 to 14 years and 55 15 to 19 years old; 42 are men and 58 are women. Everyone studying, 18% study and work; the family structure composed of a mother in 22 adolescents, 1 by his father, 75 with both, 1 alone and another with another relative. With crisis in all the studied ages: of increase with 58%, dismemberment 29%, disorganization and demoralization with 27 and 6% respectively. The resilience found was high in 58%, medium high 30% and average 12%, none of them with low resilience were found. The variable age and resilience shows adolescents aged 11 and 17 years with high resilience, the variable type of crisis and resilience shows 46 adolescents with high resilience with the presence of more than one crisis in their life. Zero with no crisis. The variable resilience and family type identified that of 47 adolescents with high resilience, 10 have a nonintegrated nuclear family composed of their.

Discussion: According to publications by Gonzalez Arratia, the results show that men show greater resilience, with characteristics to be more independent, while women manage to be resilient as long as there is greater external support from friends, teachers and family. What we found in the present study reaffirms that in the positive resilience predominates the female sex, probable finding because they are more women in the study, 18% of the total works and studies which shows independent traits at a certain age still exposing themselves to risks, and are exposed to unanticipated crises at all ages, which does not seem to affect their resilience at the expense of also interviewing adolescents on psychological treatment and with antidepressants. All this favored by the presence in its majority of an integrated nuclear family (75%) and the rest with the support of a relative.

Conclusion: The main source of training for resilience remains the family, so family physicians who are in frequent contact with families should identify the risk factors discussed in this thesis that alter the adolescent's resilience, provide guidance with a risk approach mainly between the 13 and 16

years; age that had a lower score in their resilience, as well as intervene timely with family therapies to those unstable families to improve their functionality and have the tools to deal with unexpected crises and respond positively. However it would be important to conduct this research on this age group plus an underlying disease or addictions to correlate the topic.

Keywords: adolescent, resilience, crisis, family.

Índice

	Título	Página
1	Marco Teórico	1
1.9	Planteamiento del problema	24
1.10	Justificación	25
2	Metodología	26
2.1	Objetivo general	26
2.2	Objetivos específicos	26
2.3	Material y métodos	27
2.3.1	Tipo de estudio	27
2.3.2	Población Lugar y tiempo de estudio	27
2.4	Criterios de Selección, exclusión y de eliminación	28
2.5	Conceptualización operativa de variables	29
2.6	Método de recolección de datos	30
2.7	Consideraciones éticas	30
3	Resultados	33

4	Discusión	40
5	Conclusiones	42
6	Referencias Bibliográficas	44
7	Anexos	46

Marco Teórico

1. Resiliencia

1.1 Origen del concepto.

En un inicio Werner, quien estudió a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los 40 años, pensaba que estos niños estaban condenados a presentar problemas en el futuro considerando todos los factores de riesgo que presentaban: pobreza extrema, madres solteras adolescentes, pertenecer a grupos étnicos postergados, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. Sin embargo, llegaron a ser exitosos en la vida, a construir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad. Ésta observación motivó a la autora a acuñar el concepto de "niños invulnerables".

Se ha observado que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo, se buscó entonces un concepto menos rígido y más global. Se concluyó que el adjetivo resiliente, tomado del inglés "resilient", expresaba las características de estos niños y que el sustantivo resiliencia expresaba esa condición.

El concepto de resiliencia nace a comienzos de los años ochenta tras el concepto opuesto de vulnerabilidad. Dos términos relacionados con este concepto son el inglés to cope with ("hacer frente", "no derrumbarse", "asumir") y el francés invulnerabilité, que significa invulnerabilidad (Cyrulnik, Tomkiewicz, Guénard, Vanistendael y Manciaux, 2004).

La palabra resiliencia proviene del latín "Resiliere, saltar hacia atrás" y se refiere a la elasticidad, a la propiedad de volver a la forma, el tamaño o el estado previos después de una deformación. De esta manera el término resiliencia fue adoptado por las ciencias sociales para definir a aquellos sujetos que a, pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. Grotberg, E. H. (2006, p.20).

La mayoría de las definiciones del concepto de resiliencia son variaciones de ésta. En psicología, el término resiliencia se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos del dolor emocional. Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por los mismos. El concepto de resiliencia se corresponde con el término entereza. Esta capacidad de resistencia se prueba en situaciones de fuerte y prolongado estrés.

“La resiliencia es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas”. (E. Chávez y E. Iturralde, 2006).

“La resiliencia es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad”. (Luthar, 2000).

También se define como la capacidad que tienen las personas, familias, grupos o comunidades de saber afrontar, sobreponernos a las adversidades y salir airosos o transformados. Heridos pero no vencidos. Bach, E. y Forés, A. (2008, p.48). Y como una fuerza que guía o empuja a la mejora personal. Richardson, G. (2002, p.313).

Otros en la actualidad como Garmezy, Luthar, Masten y Powell (Ruiz y López, 2012), han variado en este concepto, conciben la resiliencia como capacidad personal, entendida como capacidad de lograr buenos resultados a pesar de la adversidad.

“La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión y, por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles”. (Vanistendael, 1994).

En la literatura sobre el concepto de resiliencia ha alcanzado una gran discusión y ha sido estudiada en diversas disciplinas incluyendo: psicología, sociología y más recientemente por la biología, endocrinología y neurociencias (Herman, Stewart, Diaz Granados, Berger, Jackson y Yuen, 2011). Pese a ello, no existe un consenso sobre su definición ya que son muchos los autores que incorporan el concepto en múltiples trabajos. Ha sido definida como la capacidad de adaptación exitosa por parte del individuo que ha vivido eventos vitales adversos e incluso estresores traumáticos (Carmesí,

1991). También se ha considerado como un rasgo relativamente global de la personalidad que le permite a la persona una mejor adaptación a la vida (Masten, 1999) y puede considerarse un constructor de personalidad (Block y Block, 1980) aunque otros autores consideran que es más un estado que un rasgo y, por lo tanto modificable y plantean un modelo multidimensional de resiliencia que se compone de factores como: competencia personal, confianza, aceptación positiva del cambio, control e influencia espiritual (Connor y Davinson, 2003) y también se conceptualiza como proceso, no como un rasgo (Luthar y Zelazo, 2003), más recientemente se ha conceptualizado como un proceso dinámico que involucra la interacción entre los procesos de riesgo y protección tanto internos como externos del individuo que se ponen en juego para modificar los efectos de los sucesos adversos de vida. ¹

Es así que con ésta visión, más amplia se está de acuerdo con la definición de Suárez Ojeda (1997), donde la resiliencia significa una combinación de factores que permiten al individuo, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construir sobre ellos.

Así la resiliencia es una metáfora sobre posibilidades de reconstrucción humana que apuesta por suministrar un manto de caricias proveniente del contexto social a la persona herida, con el objetivo de permitirle desarrollar aquellas capacidades y habilidades que le pueden catapultar hacia su transformación.

En la actualidad la definición más utilizada es la de González Arratia, 2011, la resiliencia es el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.

Para Medicina Familiar implica “el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales y familiares insanas” y puede considerarse como un mecanismo de autoprotección que amortiguando los choques del trauma se pone en marcha desde la más tierna infancia, primero mediante el tejido de lazos afectivos y luego a través de las expresiones de las emociones.

Todas estas definiciones convergen, pues insisten en la resistencia a un trauma, a un suceso o a un estrés considerado grave, y en una evolución posterior, satisfactoria, socialmente aceptable. Estas dos dimensiones son inseparables del concepto de la resiliencia. Estas definiciones recurren a referencias marcadas por la cultura, y, por lo tanto, distintas según la sociedad y la época.

1.2 Características de las personas resilientes.

La resiliencia, a pesar de que requiere una respuesta individual, no es una característica individual, pues está condicionada tanto por factores individuales como ambientales, emergiendo de una gran heterogeneidad de influencias ecológicas que confluyen para producir una reacción excepcional frente a una amenaza importante.

Los indicadores que consistentemente se han identificado como características de las personas resilientes son ²:

- Competencia social: la cual incluye varias cualidades, una es la capacidad de responder más al contacto de otros seres humanos y generar más respuestas positivas en las otras personas; otra es la de estar listo para responder ante cualquier estímulo, preferentemente con comportamientos a favor de la sociedad. Y otra cualidad cada vez más valorada, es el sentido del humor, esto es, tener la habilidad de lograr alivio al reírse de las propias desventuras y encontrar maneras diferentes de mirar las cosas, buscándoles su lado cómico. Por lo tanto, las personas resilientes tienden a establecer relaciones más positivas con los otros.
- Resolución de problemas: Esta considera la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas tanto para problemas cognitivos como sociales. Esta búsqueda es acompañada frecuentemente de otra característica que es la perseverancia, el intentar una y otra forma para resolver la circunstancia presentada. Son capaces de jugar con ideas y sistemas filosóficos que les permiten planificar, con el propósito de utilizar lo vivido, para aprender y lograr circunstancias más favorables.
- Autonomía: la cual se refiere al sentido de la propia identidad, la habilidad para actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno. Provee la capacidad para separarse y ponerse psicológicamente lejos del problema (padres alcohólicos o con enfermedad mental por ejemplo), logrando un distanciamiento adaptativo; es decir, se crea un espacio protector, zona de seguridad, para el desarrollo de la autoestima y de la habilidad para adquirir metas constructivas.
- Sentido de propósito y de futuro: Se contemplan varias cualidades como factores protectores, expectativas de crecimiento, fe y esperanza en un futuro mejor, esto es, la certeza de que todo va a salir bien, aspiraciones educacionales y 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.

A lo anterior idealmente, debería encontrarse en todos los ambientes posibles, familia, comunidad y escuela o institución, una o varias personas capaces de fomentar la resiliencia en los individuos.

Vanistendael (2014), quién entiende la resiliencia como capacidad y proceso a la vez, hace hincapié en fomentar las características resilientes y considerarlas siempre en interacción. Así mismo, esclarece que la resiliencia, no se centra únicamente en el potencial personal, como característica inmutable, ni como talento únicamente, sino que está afectado por el entorno.

1.3 Factores protectores para la resiliencia.

Emmy Werner y Ruth Smith (1982) las cuales emprendieron el estudio del concepto hace medio siglo, estudiaron la influencia de los factores de riesgo, los que se presentan cuando los procesos de modo de vida, de trabajo, de la vida cotidiana, de las relaciones sociales, culturales, políticas y ecológicas, se caracterizan por una profunda inequidad y discriminación social, desigualdad tanto de género como etnocultural que generan formas de remuneración injustas con su consecuencia: la pobreza, un sistema de vida lleno de factores estresores, sobrecargas físicas, psíquicas y/o emocionales, exposición a peligros, lo que llama Breilh procesos destructivos que forman parte de determinados modos de funcionamiento social o de los grupos humanos.³

Durante el estudio siguieron durante treinta y dos años a más de 500 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai, una de las islas del Archipiélago de Hawai. Todos ellos pasaron penurias, pero una tercera parte sufrió además experiencias de estrés y/o fue criado por familias disfuncionales por peleas, divorcio con ausencia de padre, alcoholismo o enfermedades mentales. Muchos de ellos presentaron las patologías físicas, psicológicas y sociales que desde el punto de vista de los factores de riesgo se esperaban. Pero también constató que muchos de ellos lograron un desarrollo sano y positivo: estos sujetos fueron definidos como resilientes.

Se formuló entonces una pregunta que daba paso y fundamentaba un nuevo paradigma, ¿Por qué no se enfermaron los que no se enfermaron? Primero se planteó la cuestión genética denominándolos “niños invulnerables” portadores de un temperamento especial, fruto quizá de condiciones genéticas especiales, dotados con una mejor capacidad cognitiva, pero se dieron cuenta de que todos los sujetos que resultaron resilientes tenían, por lo menos, a una persona familiar o no que los aceptó de forma incondicional, independientemente de su carácter, su aspecto físico, su inteligencia, sus conductas o su problemática personal, social y/o familiar.

Necesitaban contar con alguien y de forma simultánea sentir que sus esfuerzos, su competencia y su autovaloración eran reconocidos y fomentados y estos sujetos las tuvieron. Eso hizo la diferencia. El afecto, el amor incondicional recibido, estaba en la base de la capacidad de superarse.

Werner manifiesta que todos los estudios realizados en el mundo acerca de los niños desgraciados, comprobaron que la influencia más positiva para ellos es una relación cariñosa y estrecha con un adulto significativo. Por tanto la aparición o no de esta capacidad en los sujetos depende de la interacción de la persona y su entorno humano. En la actualidad podemos señalar que la resiliencia no procede exclusivamente del medio ni es algo exclusivamente innato que algunos traen al nacer y otros no. La misma se basa en la interacción que se produce entre el individuo y el entorno. Tal y como apunta Aldo Melillo, “La resiliencia se teje, no está ni en el individuo, ni en el entorno, sino entre ambos porque enlaza un proceso interno con el entorno social”.

Werner forma parte de una serie de precursores o primera generación de investigadores de la resiliencia que buscaban identificar los factores de riesgo y los factores protectores que habían posibilitado la adaptación de los niños.

Una primera generación (1ª etapa) de investigadores de la escuela anglosajona se centraron en identificar los factores de protección frente a los factores de riesgo y señalaron características internas, de niños en este caso, como la autoestima, la competencia, la empatía y el sentido del humor, junto con la presencia de apoyo por externo y la capacidad adquirida para resolver problemas. También en este grupo, algunos autores como Beardslee (1989) y Garmezy (1991) lo plantean como la capacidad de recuperación ante un trauma. Más adelante se identificaron tres factores principales: atributos del propio niño, características de sus familias y características del contexto social más amplio que rodea a niños y familias.

Una segunda generación entre los que están Grotberg (1999), Rutter (1999), Kaplan (1999) y Masten (1999) muestran especial atención a la búsqueda de aplicaciones prácticas en el campo de la promoción de la resiliencia desarrollando una visión de la resiliencia como un proceso y ampliando el foco de estudio a la adolescencia. Éstos se centran en determinar de qué manera se consiguen los resultados resilientes o como se adquieren las cualidades resilientes mediante la comprensión de la interacción de los factores de riesgo y los factores de resiliencia. Grotberg propone el término “factores de resiliencia” transformando los factores de protección.

La tercera generación (3ª etapa) de investigación en resiliencia, interesada en cualquier situación que conlleve la superación personal o grupal de adversidades, la configuran redes de comunicación y grupos de investigación multidisciplinarios y transnacionales dando paso a nuevas propuestas innovadoras que integran perspectivas teóricas y prácticas. Estos autores se basan en la metateoría de la resiliencia cuyo paradigma principal es que los humanos, así como otros seres vivos, tienen energía o resiliencia. Así pues consideran que son las fuentes ecológicas las que ofrecen o provocan resiliencia en las personas. Richardson, G. (2002). El modelo holístico es uno de ellos.

La perspectiva holística de la resiliencia la considera como “una fuerza que guía o empuja a la mejora personal” Richardson, G. (2002, p.313), va más allá de la superación de adversidades.

La perspectiva holística de la resiliencia busca señalar y dar cabida a la diversidad y complejidad de los procesos de resiliencia. Incorpora la visión de la resiliencia como procesos dinámicos y diacrónicos, que se desarrollan dentro de marcos ecológicos. Además toma en consideración la diversidad de los procesos y la importancia del marco narrativo. A partir de esta base común, se avanza hacia una propuesta innovadora sobre resiliencia en cuanto al marco conceptual, la metodología y la puesta en práctica.” Gil Hernández, G. (2012, p.25).

Algunos de los primeros estudios sobre el tema enumeraron características o factores resilientes que contribuían a identificar aquello que resultaba útil y efectivo a la hora de superar adversidades (Werner y Smith, 1982, Rutter, 1979). Las características o factores que los diferenciaban eran muchos. De manera que se pueden agrupar en apoyos externos promueven la resiliencia, la fuerza interior que se desarrolla a través del tiempo y que sostiene a aquellos que se encuentran frente a alguna adversidad, y por último, los factores interpersonales, es decir, esa capacidad de resolución de problemas que es aquello que se enfrenta con la adversidad real. Grotberg organizó estos factores de la siguiente manera: yo tengo, yo soy y yo puedo. Tabla 1.

Tabla 1. Factores resilientes.

Yo tengo (apoyo externo)	Yo soy (fuerza interior)	Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)
<p>Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente. - Límites en mi comportamiento. - personas que me alientan a ser independiente. - Buenos modelos a imitar. - Acceso a la salud, a la educación, a servicios de seguridad y sociales que necesito. - Una familia y entorno 	<p>Una persona que agrada a la mayoría de la gente.</p> <p>Generalmente tranquilo y bien predispuesto.</p> <p>Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro.</p> <p>Una persona que se respeta a sí misma y a los demás.</p> <p>Alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos.</p> <p>Responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias.</p> <p>Seguro de mí mismo, optimista, confiado y tengo esperanzas.</p>	<p>Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas.</p> <p>Realizar una tarea hasta finalizarla.</p> <p>Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones.</p> <p>Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás.</p> <p>Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social.</p> <p>Controlar mi comportamiento, mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento.</p> <p>Pedir ayuda cuando la necesito.</p>

Fuente: Revista de Psicología – Universidad Viña del Mar, Vol. 2, n° 4, 85-108. 2013.⁸

Esta lista puede ser concretada en lo que Walsh (2004) considera como el elemento más importante de la resiliencia: una alta autoestima resultante de la visión de esperanza realista y el apropiado control personal. Al mismo tiempo, denota que los factores resilientes, igual que los recursos, se encuentran en la persona misma (recursos personales) y en su contexto social tanto inmediato (recursos familiares) como mediato (recursos sociales) (Rivera-Heredia y Andrade, 2006). Erner (1993, citado en Walsh, 2004), por su parte, afirmó que el origen más importante de la verdadera superación es el sentimiento de confianza el cual crea la capacidad de enfrentar las adversidades.

Estos factores resilientes pueden promoverse por separado. Sin embargo, cuando una persona se enfrenta a una situación adversa, se combinan todos los factores tomándolos de cada categoría, según se necesiten. La mayoría de las personas ya cuentan con algunos de estos factores, sólo que no poseen los suficientes, o quizá nos saben cómo utilizarlos contra la adversidad. Otras personas, en cambio, sólo son resilientes en una determinada circunstancia y no lo son en otras.

A continuación se muestran parámetros que se estudian alrededor de la resiliencia, (Wolin 1999):

1.- Funcionamiento psicológico que protege del estrés (factor protector):

- Sentido del humor positivo
- Mayor tendencia al acercamiento
- Mayor autoestima
- Menor tendencia a sentimientos de desesperanza
- Mayor autonomía e independencia
- Habilidades de enfrentamiento que además de otras ya mencionadas, incluyen orientación hacia las tareas, mejor manejo económico, etc.

2.- Factores que promueven la resiliencia

- Capacidad reflexiva y responsabilidad frente a otras personas
- Capacidad intelectual y la forma en que es utilizada
- Naturaleza de la familia respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los niños
- Disponibilidad de fuentes de apoyo externo (profesor, un padre, madre sustituta, o bien instituciones tales como la escuela, agencias sociales o la iglesia entre otros)

3.- Pilares de la resiliencia (indicadores de resiliencia)

- Introspección: Capacidad de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
- Independencia: Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas, capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
- Capacidad de Relacionarse: Habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarle a otros.
- Iniciativa: Gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes
- Humor: Encontrar lo cómico en la propia tragedia
- Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden
- Compromiso con otros: Consecuencias para extender el deseo personal de bienestar a otros y capacidad con valores.
- Autoestima consistente: Base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo.

Los recursos psicológicos pueden ser definidos como factores de protección psicológica que ayudan al individuo a llevar a cabo una evaluación y afrontamiento adecuados ante las adversidades que se les presenta y, por consecuencia, permiten elevar su resistencia frente a las dificultades de la vida, teniendo como resultado una incidencia claramente positiva en la salud y el bienestar de las personas.

La capacidad de perdonar como proceso a recorrer en varias etapas, es también considerada por diversos autores como factor de resiliencia. La resiliencia ayuda a incrementar la capacidad de perdonar y las personas con más capacidad de perdonar aumentan su resiliencia.

Los relatos de personas que han transitado por situaciones traumáticas y se consideran resilientes mencionan que éstas les han llevado a preguntarse por el sentido de su existencia resultando en crecimiento personal y en transformación. Dicho sentido ha incrementado el vínculo a la vida de manera positiva con algo ordinario como observar un paisaje u oler una flor, a lo que Vanistendael llama “experimentar belleza”, con la satisfacción del contacto humano o con algo construido.

La resiliencia como concepto en el que convergen la pediatría, el psicoanálisis y la salud pública, como responsabilidad compartida según distintos niveles de influencia propone trabajar ya no sobre los factores que acechan la niñez, sino sobre la capacidad de los pequeños para afrontarlas, poniendo en juego sus capacidades individuales. Las investigaciones en resiliencia han cambiado la forma en que se percibe al ser humano: de un modelo de riesgo basado en las necesidades y en la enfermedad se ha pasado a un modelo de prevención y promoción basado en las potencialidades y los recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor.

1.4 Factores de riesgo para la resiliencia.

Es preciso distinguir entre conductas y factores de riesgo. Las conductas de riesgo son aquellas conductas que vayan en contra de la integridad física, mental emocional o espiritual de la persona y que puede incluso atentar contra su vida.

Características de estas conductas de riesgo:

Exposición repetida y voluntaria a un peligro. Implican una atracción irresistible hacia las sensaciones intensas y novedosas. La conducta en sí aporta una gratificación y un refuerzo positivo. En ocasiones puede estar asociada a rasgos psicopatológicos que actúan como facilitadores o agravantes de estas conductas. Existe a menudo un “sesgo optimista” que provoca que la persona se sienta menos expuesta al peligro real. Pueden estar asociadas a distintos tipos de adicciones o a la dificultad para controlar los impulsos.

Tipos de conductas de riesgo:

Relaciones sexuales precoces y sin protección: enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado. Consumo de alcohol y otras drogas. Conductas que propicien accidentes. Situaciones que impliquen violencia. Situaciones asociadas a deserción o disminución del rendimiento escolar. Conductas suicidas. Conductas delictivas. Trastornos de la conducta alimentaria.

Los factores de riesgo, en cambio, son todas aquellas condiciones físicas, psicológicas y sociales que incrementan significativamente las posibilidades de que un individuo incurra en alguna conducta de riesgo, es decir, que son todas aquellas características, hechos o situaciones propias del niño o adolescente o de su entorno que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial, son elementos que aumentan la probabilidad de daño e identificarlos permite su prevención. La función de estos factores es reducir riesgos y se pueden dividir en tres grupos: individuales, familiares y sociales.

Factores individuales:

- Edad y género, baja autoestima,
- Altos niveles de angustia, altos niveles de depresión, pobre percepción del riesgo,
- Altos niveles de impulsividad, rebeldía y resistencia a la autoridad,
- Gran necesidad de autonomía, pasividad, curiosidad,
- Baja resistencia a las presiones del grupo, baja aceptación o rechazo del grupo de pares,
- Situaciones asociadas a disminución del rendimiento escolar: dificultades, fracaso, suspensiones, deserción, etc.

Factores familiares

- Manifestación de problemas de conducta en edades tempranas,
- Sensación de invulnerabilidad,
- Exposición crónica a condiciones de presión y estrés,
- Sentimiento de soledad,
- Experiencias tempranas de frustración, capacidad deficiente de afrontamiento,
- Mayor intolerancia al aburrimiento y a la rutina y cierta "anestesia" emocional,
- Necesidad de transgresión y de ponerse a prueba, falta de sentido de vida y de proyecto a futuro,
- Falta de guía, cuidados y supervisión,
- Sentimientos de fracaso e incapacidad, disciplina inconsistente o excesivamente severa,
- Abuso de bebida con alcohol en la familia y amigos, falta de asertividad,
- Inicio en el consumo de alcohol y/o drogas a temprana edad,
- La familia como medio facilitador o modeladora de conductas de riesgo,

- Percepción distal de los padres, padres temperamentalmente violentos, distanciamiento afectivo de los padres, expectativas poco realistas sobre los hijos, crisis de valores tradicionales.

Factores sociales de riesgo:

- Cultura del riesgo, estrés psicosocial, crisis de valores sociales.
- Sociedad permisiva de ciertas conductas, publicidad hedonista y consumista.
- Falta de redes de apoyo para los jóvenes, disponibilidad de drogas, falta de alternativas para el tiempo libre.
- Problemáticas sociales, rapidez de los cambios sociales, estereotipos sociales: modelos de triunfo.

1.5 Adolescencia.

1.5.1 Definición de adolescencia.

Del latín *Adolescere*: Desarrollarse, *Olescere*, que significa crecer, según el significado del latín la adolescencia, significa el desarrollarse la persona, ya sea hombre o mujer.

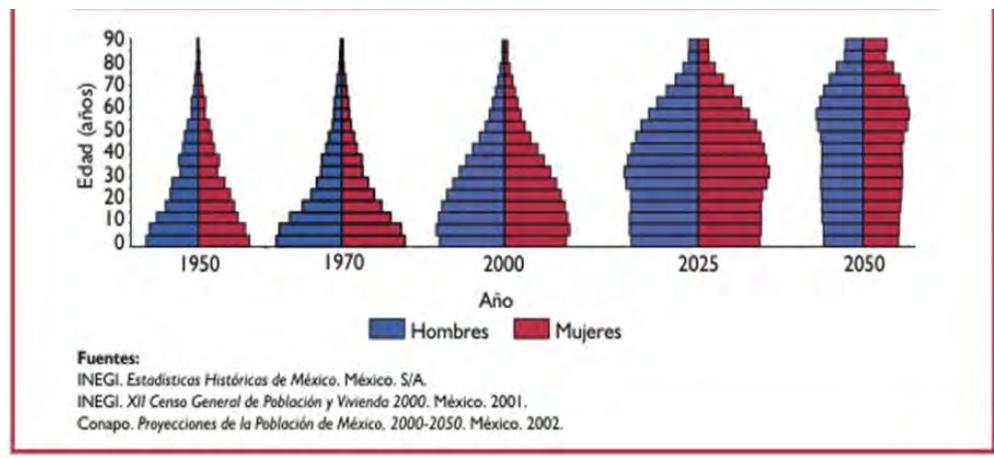
Definición según la OMS: “La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica”. Transcurre desde los 10 a los 19 años.

1.5.2 Estadísticas en adolescencia.

Es importante la salud del adolescente ya que muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida.

Para el 2006 en México habían 22,190.481 adolescentes, esto representa el 20.63% de la población total. El CONAPO estima que para el 2020 y 2050 la población joven disminuirá a 19.2 y 14.1 millones de personas respectivamente. Fig.1.

Figura 1. Pirámides de edad en México, 1950-2050



En el 2020 se llegará al pico de la población económicamente activa en nuestro país sumando más de 67% de población entre 15 y 64 años. En ese momento, la base de la pirámide será aun suficientemente amplia para alimentar a la parte económicamente activa los siguientes 30 años, y la población mayor de 65 años aún no significará una proporción de riesgo. De hecho, los años de oro para México comenzaron a partir de 2010 y durarán hasta 2030, sin menospreciar que al menos hasta 2050 se podrá contar con una notable población productiva. Gráfica 1

Gráfica 1 Distribución de la población por edad, México 2011.



Se calcula que en 2015 murieron 1,3 millones de adolescentes, en su mayoría por causas prevenibles o tratables. Las lesiones por accidentes de tránsito fueron la principal causa de mortalidad en 2012, con 330 adolescentes muertos al día.

Otras de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes son el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal.

Cada año se registran en el mundo 49 nacimientos por cada 1000 chicas de 15 a 19 años.

La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados.

Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años.

La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de años posteriores e incluso la salud de sus futuros hijos.

1.5.3 Clasificación y cambios fisiológicos en la adolescencia.

La adolescencia temprana (Periodo comprendido entre 10 a los 14 años)

En esta etapa comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a

desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales.

La adolescencia tardía (Periodo comprendido entre los 15 a 19 años)

En esta etapa el cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto” declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta.

Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las mujeres tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en

parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

La adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y metas de superación personal. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

De acuerdo a lo anterior la búsqueda del desarrollo de la resiliencia sólo debe ir en provecho del desarrollo personal de quien la requiere, no en la de la satisfacción de los esquemas deseables de comportamiento de un grupo particular. La puesta en marcha de un proceso resiliente debe ser continuo.

1.6 Resiliencia en adolescentes.

En la edad de 12 a 16 años incluye parte de la adolescencia temprana y toda la intermedia. En ella continúan los cambios púberos y parte de la crisis de identidad se centra en el cuerpo. Hay un conflicto en el joven que ahora tiene su cuerpo con funciones sexuales adultas, pero una organización psico-social con características, infantiles. El crecimiento rápido de los adolescentes desorienta también a padres y cuidadores; muchas veces no saben si tratarlos como a niños o mayores. Perciben que el hijo está cambiando y que van perdiendo al hijo-niño.

También el joven percibe la pérdida de su propia infancia, de las figuras paternas que lo acompañaron en esos años y del cuerpo que materializaba una identidad de niño. Su relación con los padres irá cambiando para transformarse al final de la adolescencia en una relación de adultos. Mientras tanto, el joven tratará de separarse de las figuras parentales. Busca una identidad propia, distinta, que lo distinga del padre y de la madre.

Los conflictos familiares se incrementan como los adolescentes cuestionan las normas paternas, se resisten a vestirse como los adultos sugieren o indican, no aceptan las opiniones de los padres sobre sus amistades: buscan la diferencia para llegar a la afirmación de lo propio, lo que puede estereotiparse o agudizarse como una rebeldía que genera dificultades en la vida cotidiana. El grupo de pares cobra un significado particular, persistiendo tendencias a agruparse por sexo. El amigo, idealizado, es compañía inseparable, apoyo y confidente.

Los complejos mecanismos sociales que dificultan la inserción laboral de los jóvenes y aumentan la deserción escolar que se produce en la escuela media, dividen a la población adolescente en tres grandes grupos:

- Los que se escolarizan y tienen mejores oportunidades para capacitarse laboralmente, grupo que corresponde a la menor proporción de los adolescentes de los países latinoamericanos.
- Los que ingresan al mercado laboral, generalmente en condiciones precarias por no tener capacitación.
- Los que aumentan el número de desocupados.

Los problemas socio-económicos han contribuido a que la adolescencia se haya transformado en una etapa cada vez más compleja y difícil de resolver. Para los jóvenes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en un medio social que los obliga a prolongar situaciones dependientes con respecto a los adultos.

En las comunidades que tienen espacios organizados para la participación juvenil (clubes, iglesias, asociaciones vecinales, partidos políticos, etc.), los jóvenes logran incorporarse en actividades colectivas y cooperativas que les permiten efectuar aprendizajes sociales importantes: Observan una serie de estilos de participación y sus problemas, y aprenden a distinguir entre mecanismos institucionales democráticos, paternalistas y autoritarios.

La falta de trabajo conduce a que los jóvenes trabajen con la familia. Esta situación puede aumentar los enfrentamientos, ya que los padres (con quienes se da la ruptura para completar la autonomía) son los mismos adultos con quienes se enfrentan por cuestiones de trabajo. Esa capacidad de proponerse una meta y trazar los caminos para alcanzarla es uno de los pilares del desarrollo de la resiliencia.

Sin embargo, hay situaciones en las que los jóvenes tienen que tomar decisiones que corresponden a los adultos, asumiendo así responsabilidades excesivas para su edad. Esto no los prepara para la autonomía, sino que significa que hagan una adaptación deformada, con un alto costo para sí

mismos. Inclusive puede producir el efecto contrario, ya que las decisiones independientes para las que uno no está preparado provocan temores, fracasos y dependencias.

Para tomar la mayoría de sus decisiones el adolescente precisa que un adulto lo acompañe: para recibir información, escuchar una opinión, conocer a alguien que haya tenido que optar como él en situaciones semejantes, etc. Es posible que al joven le sirvan los criterios del adulto para decidir algo distinto de lo que el adulto espera. Este apoya, pero quien decide es el joven. La actitud de colaboración y de respeto por la decisión del adolescente fortalece la resiliencia.

Disentir, opinar de manera original en la escuela, la familia o el trabajo y fundamentar dicha opinión con tolerancia para con otros puntos de vista, son manifestaciones de la independencia y autonomía de juicios y razonamientos alcanzada por el adolescente. La autonomía le permite integrarse en las instituciones y cumplir con las tareas en que se ha comprometido, sin necesidad de controles externos, pero con la orientación que deben dar los adultos de su entorno.

Entre las medidas que se puede tomar con padres y cuidadores para propiciar la resiliencia cabe mencionar las siguientes:

- 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.
- 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.
- Favorecer la presencia de, al menos, un adulto significativo para el adolescente.

1.6.1 Características de los jóvenes resilientes:

Los seres humanos nacen con la capacidad de hacer frente a las demandas del ajuste de su medio, de desarrollar habilidades sociales y comunicativas, una conciencia crítica, autonomía y propósitos para el futuro. El desarrollo y el reforzamiento de la misma requieren de la estimulación contextual, familiar y de los pares.

Los jóvenes muestran también una serie de características que se asocian directamente con la capacidad de afrontar adecuadamente los problemas cotidianos, las cuales se relacionan con el propio desarrollo personal. Los jóvenes recipientes presentan entre otras características comunes:

- Adecuado control de emociones en situaciones difíciles o de riesgo, demostrando optimismo y persistencia ante el fracaso.
- Habilidad para manejar de manera constructiva el dolor, el enojo, la frustración y otros aspectos perturbadores.
- Capacidad de enfrentar activamente los problemas cotidianos.
- Capacidad para obtener la atención positiva y el apoyo de los demás, estableciendo amistades duraderas basadas en el cuidado y apoyo mutuo.
- Competencia en el área social, escolar y cognitiva; lo cual les permite resolver creativamente los problemas.
- Mayor autonomía y capacidad de autoobservación.
- Gran confianza en una vida futura significativa y positiva, con capacidad de resistir y liberarse de estigmas.
- Habilidad para tener el apoyo de los demás.
- Fuerte confianza en una figura positiva.

Grotberg y cols. Opinan que existen características que favorecen el desarrollo de la resiliencia, las cuales se mencionan a continuación.

- Ambiente facilitador: incluye acceso a la salud, educación, bienestar, apoyo emocional, reglas y límites familiares, estabilidad escolar y del hogar, entre otros.
- Fuerza intrapsíquica: incluye la autonomía, el control de impulsos, el sentirse querido, la empatía.
- Habilidades interpersonales: incluye el manejo de situaciones, la solución de problemas, la capacidad de planeamiento.

Una persona puede ser resiliente, puede tener la fortaleza intrapsíquica suficiente y las habilidades sociales necesarias, pero si carece de oportunidades para educarse o trabajar, sus recursos se verán limitados.

Algunos autores refieren reportes que indican que, inclusive al encontrarse en situaciones de calamidad, las personas pueden experimentar emociones positivas. Sandín (2003) sugiere que los efectos del estrés sobre cada persona dependen de la percepción que se tenga del factor estresante; la capacidad personal para controlar la situación, la preparación que la sociedad le haya proporcionado al individuo para afrontar sus problemas y el peso que se atribuyen a los patrones de conducta que la sociedad dicta como aceptables.

Martínez (2006) expone una clasificación comprendida por 6 virtudes las cuales forman parte de una amplia variedad de recursos personales estudiados por diversos autores:

- Sabiduría y conocimiento, dentro de las que se incluyen creatividad, curiosidad, mentalidad abierta, amor por el conocimiento y perspectiva;
- Coraje, que comprende valentía, perseverancia, vitalidad y autenticidad;
- Humanidad, en la que figuran amabilidad, inteligencia social y amor;
- Justicia, a la que pertenecen la capacidad de trabajar en equipo, equidad y liderazgo;
- Templanza: Autorregulación, prudencia, perdón y modestia; y, finalmente,
- Trascendencia: apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad.

Diener (Marqueza, 2005) afirma que el bienestar psicológico puede definirse a partir de tres elementos: subjetividad, existencia de indicadores tanto positivos como de algunos factores negativos, y apreciación de la vida de manera global. El bienestar subjetivo de la persona, por otro lado, será prescrito en función de la percepción positiva que ella tenga de la vida, perdurable a lo largo del tiempo, así como de la conciliación entre sus expectativas y logros.

1.6.2 La familia en el proceso de resiliencia del adolescente.

La familia en el proceso de resiliencia.

Para que la resiliencia se pueda desarrollar en los adolescentes se deben ver sumergidos dentro de una familia funcional sana, siendo esta aquella que es capaz de adaptarse activamente a la realidad social en que vive, es decir, aquella familia cuyo funcionamiento permite ir modificando factores del medio externo al mismo tiempo que se modifican factores internos y cuyos integrantes tienen posibilidad de desarrollar sus potencialidades como seres humanos.

Además de lo anterior, debe contar con un nivel aceptable de resiliencia y de herramientas resilientes que le apoyen a enfrentar situaciones de crisis y conflicto. Es importante saber el tipo de familia que tiene el adolescente para facilitar el apoyo del mismo. Tabla 2.

Tabla 2. Tipos de familia.

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)

Fuente: Consenso mexicano de medicina familiar.

La buena comunicación familiar cumple la función de factor de protección, o recurso psicológico, contra la drogadicción (citado en Rodrigo, Camacho, Máiquez, Byme y Benito, 2009); contra la conducta violenta en las escuelas (Estévez, Murgui, Moreno y Misitu, 2007; citado en Rodrigo, Camacho, Máiquez, Byme y Benito, 2009); así como contra conductas de riesgo en escolares (Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda y Bórquez, 2008). Por tanto, la familia es un factor protector, potencial fuente de resiliencia.

Inclusive, no es necesario que un adulto de la familia nuclear proporcione el cariño y la atención a los adolescentes para elevar su resiliencia ya que es suficiente con que lo haga un miembro de la familia extensa (Walsh, 2004).

Por lo que en situaciones de crisis hay una reestructuración y cohesión para mantener sólidas las relaciones; por tanto, se reconoce que las familias cuentan con factores internos y externos para dejar de ser vulnerables e impedir que la crisis alcance mayor dimensión, es decir, se construye una fortaleza familiar para enfrentar los conflictos.

Los relatos de personas que han transitado por situaciones traumáticas y se consideran resilientes mencionan que éstas les han llevado a preguntarse por el sentido de su existencia resultando en crecimiento personal y en su transformación, generando un sentimiento de pertenencia a sistemas humanos como grupos de amistad, grupos con alguna finalidad social, política, deportiva, artística, etc., y contando con el apoyo de algún familiar o amigo.

1.7 Crisis dentro del entorno familiar.

1.7.1 Definición de crisis

Hamilton, Mc Cubbin y Fegley en su libro *Stress and Family* conceptualizan las crisis como un aumento de la disrupción, desorganización o incapacidad del sistema familiar para funcionar. La familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad, y a la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción.

Lauro I. señala que el vocablo crisis no implica la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer, superar la contradicción con la consiguiente valencia positiva. Las crisis no son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios. La familia en crisis no es necesariamente una familia disfuncional o problemática.

1.7.2 Definición de crisis normativas o transitorias

También llamadas crisis de desarrollo. El término transitoria está utilizado, como señala Pérez C. en función de que posibilite o no el paso de una etapa a la otra del ciclo vital y no se refiere en ningún sentido al tiempo de duración de la crisis. La familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis.

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva.

Patterson J. plantea que la crisis familiar se caracteriza por una desorganización familiar, donde los viejos modelos y las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio. Para este autor muchas crisis familiares son normativas que requieren cambios en la estructura y reglas familiares. Otras crisis son previamente promovidas por decisiones familiares para hacer mayores cambios; por ejemplo, cuando se hace un plan para mejorar el funcionamiento familiar y lograr una mejor satisfacción de las necesidades individuales y familiares.

1.7.3 Definición de crisis para normativas o no transitorias.

Son aquellos cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas de desarrollo, que no están relacionadas con los períodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales; por ejemplo, divorcio, separación, abandono, muerte. Estas crisis suelen tener un impacto más desfavorable en la familia y un costo mayor para la salud.

Las crisis para normativas se clasifican de acuerdo a Ortiz T. en crisis por incremento, desmembramiento, atendiendo a la estabilidad de la membresía y de desorganización y desmoralización, por el efecto que causan en la dinámica familiar.

- Eventos de desmembramiento: Son aquellos eventos vitales familiares, que constituyen separación de algún miembro y que provocan crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separación, divorcio, muerte).
- Eventos de incremento: Son aquellos, que provocan crisis por incremento a causa de la incorporación de miembros en la familia (adopciones, llegadas de familiares).
- Eventos de desmoralización: Son los que ocasionan crisis de este tipo por constituir hechos que rompen con las normas y valores de la familia (alcoholismo, infidelidad, farmacodependencia, delincuencia, encarcelamiento, actos deshonorosos).
- Eventos de desorganización: Son aquellos hechos que obstaculizan la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan las crisis familiares por desorganización (desempleo, pareja infértil, embarazo no deseado, accidentes, enfermedades psiquiátricas, graves y retraso mental).

Tanto los eventos normativos como los para normativos, tienen algunas especificidades que los caracterizan: por ejemplo, algunos eventos normativos se pueden prever, lo que permitiría hacer análisis con antelación, y redundaría en una preparación mejor para enfrentarlo; mientras que algunos eventos para normativos pueden ser esperados, como es el caso de una hospitalización planificada, o una muerte después de un período largo de enfermedad. Muchos no se pueden prever como el caso de la muerte súbita, o por accidente, y el suicidio. En ambos existen experiencias previas con algunos eventos: en los normativos se transmiten las experiencias de una generación a otra, como es el caso del embarazo, o la adolescencia; en los eventos para normativos, la experiencia previa es menor, aunque en el divorcio, o la muerte de un miembro de la familia, es posible la existencia de experiencias anteriores en la familia.

La forma en que la familia maneja las crisis puede fortalecerla o debilitarla. Esto dependerá de los recursos externos utilizados ya que tienen que ver con el apoyo social con que cuenta la familia: amigos, vecinos, familia de origen, instituciones escolares, laborales, de salud y de la comunidad y de esto dependerá la resiliencia de los integrantes.

Es importante anotar que la resiliencia no significa que, por haber superado la crisis familiar, la persona será invulnerable o socialmente exitosa puesto que, a pesar de la transformación, el pasado no será borrado; no obstante, a partir de ese momento éste será visto de manera diferente.

1.8 Escala de evaluación de resiliencia.

En este estudio se utiliza el instrumento llamado Escala de Resiliencia (ER) por los autores Gail M. Wagnild & Heather M. Young (1993) con la que se pretende identificar el grado de resiliencia individual considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Describieron la evolución y la evaluación inicial de los 25 ítems de la escala de Resiliencia en una muestra de 810 adultos del género femenino residentes de diferentes comunidades, aunque como lo señalan los autores también puede ser utilizado con la población masculina y con un amplio alcance de edades (ítems modificados lingüísticamente por Del Águila, 2003 para muestra peruana).

La Escala consta de 25 reactivos, respecto de los cuales los encuestados deben indicar el grado de aprobación o desaprobación. Está conformada por dos factores, cada uno de los cuales refleja la definición teórica de resiliencia.

Factor I:

Se le denominó "Competencia Personal" e indica auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia. Comprende 17 ítems.

Factor II:

Se le llamó "Aceptación de Uno Mismo y de la Vida" y representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Estos ítems reflejan aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Comprende 8 ítems.

Estos dos factores toman en consideración las siguientes características de resiliencia:

Ecuanimidad: Considerada como la perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias; connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencia y "esperar tranquilo" y, tomar las cosas como vengan; por ende se moderan las respuestas extremas ante la adversidad. Ítems 7, 8, 11,12.

Perseverancia: Está referida al acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento; la perseverancia connota un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de uno mismo, permanecer involucrado y de practicar la autodisciplina. Ítems 1, 2, 4,14, 15, 20, 23.

Confianza en sí mismo: Es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades; también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones. Ítems 6, 9, 10, 13,17, 18, 24.

Satisfacción personal: Está referida al comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones. Ítems 16, 21, 22, 25.

Sentirse bien solo: Referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única mientras que se comparten algunas experiencias; quedan otras que deben enfrentarse solo, el sentirse bien solo nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos. Ítems 5, 3,19.

La confiabilidad de la Escala fue determinada por consistencia interna, del método Alpha de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.7622 y un coeficiente Spearman Brown de 0.5825, en la prueba total, lo cual indica un moderado grado de confiabilidad.

La validez del contenido de la Escala de resiliencia se efectuó por análisis de correlación de ítem-test, utilizando el coeficiente producto-momento de Pearson corregido efectuado en la muestra de estandarización, donde se observa que los ítems evaluados contribuyen al constructor para la medición de la Resiliencia.

Todos los ítems están escritos en forma positiva y reflejan con exactitud las declaraciones hechas por los participantes. Los posibles resultados varían desde 25 hasta 175 en donde a mayor puntaje, se considera que existe mayor resiliencia.

Categorización de resiliencia de acuerdo al puntaje: BAJA de 1 a 2.59 puntos, MEDIA de 2.6 a 4.6 puntos MEDIA ALTA de 4.7 a 5.59 puntos y ALTA de 5.6 a 7 puntos.

1.9 Planteamiento del problema.

La perspectiva psicopatológica del desarrollo plantea una relación compleja entre estrés, riesgo, psicopatología y resiliencia, constructos vinculados con el proceso de adaptación-desadaptación durante la adolescencia. Cohen y Ahearn consideran la crisis como una situación vital que incluye cambios, amenazas o dificultades, que originan desequilibrio personal. Puede derivarse de factores

del desarrollo, como la pubertad, embarazo o edad madura o bien existen las crisis paranormativas, que son cambios que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas de desarrollo, no relacionados con los períodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales; como el divorcio, separación, abandono, muerte, accidente automovilístico, incendio o desastre natural. Estas crisis suelen tener un impacto más desfavorable en la familia y un costo mayor para la salud.

Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años. La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de años posteriores e incluso la salud de sus futuros hijos.

Por otro lado, Ortigosa, Quiles, y Méndez, señalan que cuando los adolescentes perciben que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, su comportamiento puede tener efectos negativos, no solo en su propia vida, sino también en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta las relaciones entre los estilos de afrontamiento y otros factores, como la clase social, el estrés previo, la edad, origen étnico o el género que, directa o indirectamente, influenciarán y modularán su calidad de vida, dependiendo de la forma como perciba las situaciones y haga uso de su resiliencia.

El médico familiar debe anteponerse al riesgo de morbilidad y mortalidad en adolescentes frente a crisis para normativas por su impacto en la salud, identificar el nivel de resiliencia como la capacidad de respuesta, potenciar las posibilidades y recursos existentes para encaminar alternativas de resolución de las diferentes situaciones, integrando las posibilidades familiares con las que cuenta el adolescente y sujetarlo a seguimiento constante para servirle de guía y orientación para fortalecer su crecimiento personal y desarrollo productivo en la sociedad.

Por lo que se debe identificar la resiliencia en adolescentes con crisis para normativas en la clínica de consulta externa ISSEMYM Lerma para disminuir la incidencia de morbi-mortalidad en este grupo etario.

1.10 Justificación

El porcentaje de adolescentes de la población total es de 19% en México, comparado con 18% a nivel global, mientras que en países "viejos" como Suiza y España ronda el 10% (fuente INEGI).

La importancia de estos datos prevalece en que se vive en una sociedad con tendencia al envejecimiento y considerando la adolescencia como la etapa en la cual la mentalidad cambia pero no tiene un rumbo definido, es de suma importancia intervenir en la detección de riesgos que limiten el desarrollo del mismo y promuevan el deterioro de su estabilidad bio-psico-social, alterando no solo la dinámica de su entorno familiar sino también la integración a la sociedad.

Actualmente el comportamiento adolescente constituye una preocupación de la salud pública por el número creciente de embarazos en adolescentes, las adicciones, farmacodependencia, por los matrimonios o uniones libres a temprana edad, por participar en la actividad laboral, por estar involucrados en la explotación sexual y delincuencia, por razones de abandono familiar, por ser partícipes directos e indirectos de la violencia y el maltrato en todos sus niveles, y por la adquisición de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, entre otros.

Desde este panorama la resiliencia es considerada como una estrategia que tiene el adolescente hacia la sociedad, pero debe ser considerada en la interacción familiar y social y no solo en el temperamento y carácter de la personalidad. Se podría decir que desde que nace se tiene resiliencia pero no es así, esta se construye y enriquece hasta la muerte, y en la adolescencia se considera una fuente importante para sobresalir ante las adversidades más que la autoestima misma. (Luthar, 2006).

Lo anterior sigue sujeto a investigación ya que el concepto de resiliencia de acuerdo a un análisis del concepto resiliencia en psicología (Piña López 2015) está considerado como un concepto comodín o multiusos no útil en psicología, pero de gran utilidad en medicina familiar como instrumento de apoyo, y se puede suponer de acuerdo a lo documentado por Grotber (2006) que estos adolescentes tienen un deterioro en su resiliencia.

Por tal motivo esta investigación tiene como objetivo identificar la importancia de la resiliencia en adolescentes de la clínica de consulta externa ISSEMYM Lerma ante crisis de alto impacto para la salud como las crisis para normativas clasificándolas en incremento, desmembramiento, desorganización y desmoralización, tomando en cuenta la prevalencia de las mismas y la respuesta del adolescente ante este tipo de situaciones.

Entonces con este estudio las posibilidades de obtener información para la prevención de riesgos y orientación del adolescentes dentro de la clínica son buenas ya que los estudios en mexicanos son pocos y en nuestra población derechohabiente nulos.

2. Metodología

2. 1 Objetivo General:

Identificar la resiliencia y crisis para normativas en los adolescentes de la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Lerma.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar el género de los adolescentes en la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Lerma.
- Identificar edad de los adolescentes en la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Lerma.
- Identificar escolaridad de los adolescentes en la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Lerma.
- Identificar estado civil de los adolescentes en la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Lerma.
- Identificar tipo de familia de los adolescentes en la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Lerma.

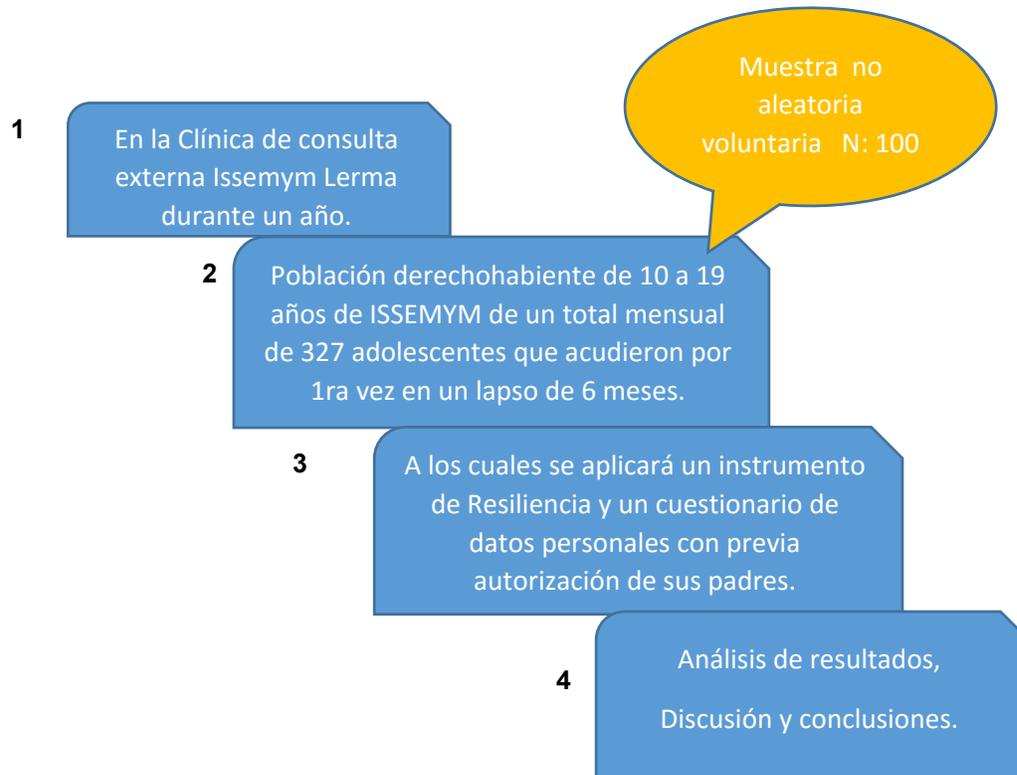
2.3 Material y Métodos

2.3.1 Tipología de estudio:

La investigación a realizarse será de tipo Descriptivo, observacional y transversal.

2.3.2 Diseño de investigación. Figura 2.

Figura 2. Diseño de investigación del estudio.



2.3.3 Población, lugar y tiempo.

Se trata de adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes de la clínica de consulta externa ISSEMYM Lerma durante un periodo de marzo a agosto 2016. Comprendiendo que se cuenta con una población aproximada por SIS de 327 adolescentes que acuden por primera vez y 373 adolescentes que acuden de manera subsecuente. Dentro de la clínica se cuenta con un total de 4 consultorios de medicina familiar de los cuales 2 operan en ambos turnos, y un extra perteneciente a pediatría el cual absorbe la mayor parte de consulta para este rango de edad.

2.3.4 Tipo de muestra:

Muestra no aleatoria; dentro de la población derecho habiente se identifican a 100 adolescentes adscritos a la clínica de consulta externa ISSEMYM Lerma durante el periodo comprendido entre marzo a agosto 2016.

2.4 Criterios:

2.4.1 Criterios de selección:

- Adolescentes varones o mujeres de 10 a 19 años de edad pertenecientes a la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Lerma.
- Adolescentes que acepten participar y con autorización de sus padres o tutor.

2.4.2 Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no quieran participar en el estudio.
- Adolescentes que no pertenezcan a la clínica de consulta externa ISSEMYM Lerma.
- Adolescentes con enfermedades mentales o psiquiátricas que no les permita responder a las preguntas.

2.4.3 Criterios de eliminación:

- Falta de autorización por padre o tutor extendido en el consentimiento informado en un adolescente menor de 18 años.
- Cuestionarios mal llenados o ilegibles.

2.5 Definición de variables.

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	VALOR DE LA VARIABLE
----------	------------	------------------	----------------------

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante que se estima de la existencia de una persona.	Cuantitativa	De 10 a 19 años.
Genero	En términos de Biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino.	Cualitativa nominal.	Masculino Femenino
Escolaridad	Número de años estudiado y grado escolar obtenido.	Cualitativa ordinal.	Primaria Secundaria Preparatoria
Ocupación	Actividad que realiza	Cualitativa nominal	Trabaja Estudia No estudia ni trabaja Estudia y trabaja.
Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Cualitativa nominal	Soltero, casado, unión libre.
Tipo de familia Consenso mexicano de MF	Composición de integrantes que viven bajo el mismo techo.	Cualitativa nominal	Núcleo integrado Núcleo no integrado Extensa ascendente Extensa descendente Extensa colateral
Resiliencia	Capacidad de sobresalir ante la adversidad y construir conductas vitales positivas, a modo de alcanzar niveles de calidad de vida adecuados. (Vanistendael,1995; otliaenco, 1997)	Cualitativa ordinal	Baja Media Media alta Alta
Crisis para normativas	Se definen como experiencias adversas o inesperadas.	Cualitativa nominal	Desmembramiento Incremento Desmoralización Desorganización

2.6 Método de recolección de datos.

Se procedió a la recopilación y análisis de datos relacionados con el tema de investigación. Se llevó a cabo las siguientes actividades:

Se realizó un instrumento que permitiera la obtención de datos personales y familiares, el cual se unificó con la escala de resiliencia. (Anexo 1)

A cada adolescente se le comentó sobre el estudio de investigación, el objetivo y se solicitó la autorización por consentimiento informado de sus padres. (Anexo 2)

Se procedió a la aplicación del instrumento en la clínica de consulta externa ISSEMYM Lerma, en adolescentes de 10 a 19 años durante el periodo comprendido durante el año 2016 con previa autorización del comité de bioética.

2.6.1 Procesamiento y análisis de datos.

Una vez terminado la fase de captura de datos y los formularios con los datos de la investigación estén disponibles, se procederá a realizar el análisis estadístico con el programa Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS versión 20). Obtención de gráficos, tablas y análisis de los mismos.

2.7 Consideraciones éticas.

2.7.1 Comité de ética

La gran dificultad ética en esta investigación, es que se hace sobre la base de estimaciones personales para cada cual y no a través de algún procedimiento objetivo que permita determinar cuándo el balance de riesgos y beneficios es proporcional. De allí que se hace necesario equilibrar, muchas veces, el juicio subjetivo de investigadores y sujetos de investigación con la opinión independiente de un Comité de Ética. Por lo que se hace del conocimiento al comité de ética de la clínica de consulta externa ISSEMYM.

2.7.2 Consentimiento informado.

Su finalidad es asegurar que los individuos que participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Se relaciona directamente con el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, debiéndose tener especial precaución en la protección de grupos vulnerables. Existen tres elementos principales en la doctrina del consentimiento informado:

- 1.- La información que se brinda a las personas. Debe ser entregada en un lenguaje y forma que sea comprensible. Entre los datos básicos que deben aportarse está el propósito de la investigación, los procedimientos que serán realizados, los posibles riesgos, los beneficios anticipados y de qué manera la información obtenida se mantendrá confidencial.

2.- La capacidad de los sujetos de entender la información. Ello, no se trata del nivel educacional de los sujetos sino, su capacidad mental. Este elemento es complejo, parecería que no se permite hacer investigaciones con niños, ancianos, o enfermos mentales. Pero, si no fuera posible realizar investigaciones éticas con estas personas, no habría beneficios para ellos. Así, el mecanismo para dar consentimiento, en estos casos es obtener el permiso de alguien que pueda defender los intereses del sujeto.

3.- La voluntariedad con que las personas dan consentimiento. Con respecto a este elemento, lo esencial es que las personas sepan que tienen la opción de participar o no en las investigaciones y que tienen el derecho a retirarse en cualquier momento.

2.7.3 Código de Núremberg.

El código de ética médica de Núremberg recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos, que resultó de las deliberaciones de los juicios de Núremberg, al final de la Segunda Guerra Mundial. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el consentimiento informado, expresión de autonomía del paciente. Sus recomendaciones son las siguientes:

- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluye el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para crear que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
- VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
- VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad o muerte.
- VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas.
- IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental.

3. Resultados

3.1 Edad

El rango de edad es de 10 a 19 años con una moda de 17 años (28 participantes), mínima de 10 (3 participantes), máxima de 19 (7 participantes); del grupo de 10 a 14 años una media de 11 años (17 participantes).

La tabla 3 muestra los grupos de edades de los adolescentes encuestados correspondiente al 45 % (45) a la edad entre 10 y 14 años y 55 % (55) rango de edad de entre 15 a 19 años.

Tabla 3. Edad por grupos

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10-14 años	45	45
15 -19 años	55	55
Total	100	100

Fuente: n=100

3.2 Género

El 58% (58) son mujeres y 42% (42) son hombres con predominio del sexo femenino como se muestra en la tabla 4

Tabla 4. Género

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	42	42
Femenino	58	58
Total	100	100

Fuente: n=100

3.3 Escolaridad

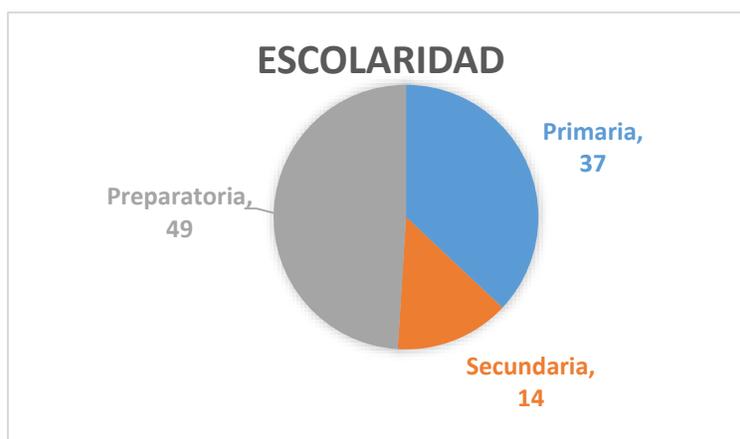
En la tabla 5 y gráfica 2 se muestra que el 37 % de los adolescentes (37) corresponde a nivel primaria, 14 % (14) secundaria y 49 % (49) preparatoria.

Tabla 5. Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	37	37
Secundaria	14	14
Preparatoria	49	49
Total	100	100

Fuente: n=100

Grafica 2. Escolaridad.



Fuente: n=100

3.4 Ocupación

En esta variable el 82% (82) estudia y 18% (18) trabaja y estudia. 0% solo trabaja. Como se muestra en la tabla 6 y gráfica 3.

Tabla 6. Ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudia	82	82
Trabaja y estudia	18	18
Total	100	100

Fuente: n=100

Grafica 3. Ocupación.



Fuente: n=100

3.5 Estructura familiar.

Uno contestó que vive solo, otro con su tío y otro con su padre; 22 adolescentes (22%) viven con su madre y 75 (75%) viven con ambos padres como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Estructura familiar

Con quién habita	Frecuencia	Porcentaje
Solo	1	1
Madre	22	22
Padre	1	1
Ambos padres	75	75
Otros	1	1
Total	100	100

Fuente: n=100

3.6 Clasificación de crisis

3.6.1 Crisis de desmembramiento

Veintinueve adolescentes (29%) presentó crisis de desmembramiento como se muestra en la tabla 8 y gráfica 4.

3.6.2 Crisis de incremento

Cincuenta y ocho adolescentes (58%) presentó crisis de incremento como se muestra en la tabla 9 y gráfica 4.

3.6.3 Crisis de desmoralización

Seis adolescentes (6%) con crisis de desmoralización como se muestra en la tabla 10 y gráfica 4.

3.6.4 Crisis de desorganización

Veintisiete adolescentes (27%) con crisis de desorganización como se muestra en la tabla 11 y gráfica 4.

Tabla 8. Crisis de desmembramiento.

Desmembramiento	Frecuencia	Porcentaje
SI	29	29
NO	71	71
Total	100	100

Fuente: N=100.

Tabla 9. Crisis de incremento.

Incremento	Frecuencia	Porcentaje
SI	58	58
NO	42	42
Total	100	100

Fuente: N=100.

Tabla 10. Crisis de desmoralización.

Desmoralización	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	6
NO	94	94
Total	100	100

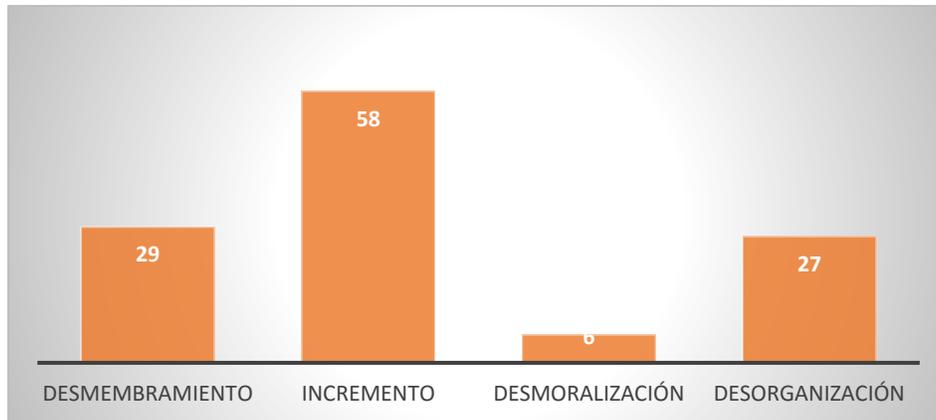
Fuente: N=100.

Tabla 11. Crisis de desorganización

Desorganización	Frecuencia	Porcentaje
SI	27	27
NO	73	73
Total	100	100

Fuente: N=100.

Grafica 4. Crisis para normativas.



Fuente: N=100.

3.7 Resiliencia

Se cuenta con 58 adolescentes (58%) en categoría Alta, 30 adolescentes (30%) en categoría media alta y 12 adolescentes 12 % en categoría media, ninguno se clasificó como categoría baja, como se muestra en la tabla 12 y gráfica 5.

Tabla 12. Resiliencia.

Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Media	12	12
Media Alta	30	30
Alta	58	58
Total	100	100

Fuente: N=100.

Gráfica 5. Resiliencia



Fuente: N=100.

3.8 Edad y resiliencia.

Al combinar edad con resiliencia se encuentra:

Con resiliencia alta a 11 adolescentes con edad de 11 años; 16 adolescentes de 17 años y 9 adolescentes de 12 años; el resto es minoría (menos de 5 por edad).

Tienen resiliencia media alta 11 adolescentes de 17 años, 7 adolescentes de 12 años.

Tienen resiliencia media una minoría (menos de 5 por cada edad) como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13. Resiliencia y edad.

EDAD	Adolescentes con resiliencia ALTA	Adolescentes con resiliencia media alta	Adolescentes con resiliencia media
10	2	0	1
11	11	3	3
12	9	7	0
13	2	2	0
14	3	0	2
15	1	3	1
16	5	2	2
17	16	11	1
18	4	0	2
19	5	2	0

Fuente: N= 100.

3.9 Resiliencia y crisis para normativas.

De los 58 adolescentes con resiliencia alta; 12 tienen cero crisis, 32 pasaron por una crisis, 10 por dos crisis, 3 por tres crisis y 1 por cuatro crisis.

De 30 adolescentes con resiliencia media alta; 10 tienen cero crisis, 11 una crisis, 7 dos crisis, 2 tres crisis, nadie tuvo cuatro crisis.

De 12 adolescentes con resiliencia media; 1 tuvo cero crisis, 2 tuvo una crisis, 6 tuvo dos crisis, 2 tuvo 3 crisis y 1 tuvo cuatro crisis. Como se muestra en la tabla 14.

Tabla 14. Resiliencia y crisis para normativas.

RESILIENCIA	CERO CRISIS	UNA CRISIS	DOS CRISIS	TRES CRISIS	CUATRO CRISIS	TOTAL ENCUESTADOS
ALTA	12	32	10	3	1	58
MEDIA ALTA	10	11	7	2	0	30
MEDIA	1	2	6	2	1	12
BAJA	0	0	0	0	0	0
TOTAL POR CRISIS	23	45	23	7	2	

Fuente: N = 100

3.10 Resiliencia y tipo de familia.

De acuerdo al consenso de medicina familiar de 58 adolescentes con resiliencia alta; 47 cuentan con un núcleo integrado y 11 cuentan con un núcleo no integrado donde 10 viven con su madre y 1 con otro familiar.

De 30 adolescentes con resiliencia media alta; 25 cuenta con núcleo integrado, 5 cuentan con un núcleo no integrado en el cual viven con su madre.

De 12 adolescentes con resiliencia media; 6 tienen un núcleo familiar integrado y 6 un núcleo no integrado de los cuales, 4 viven con su madre, 1 con su padre y otro con otro familiar. Como se muestra en la tabla 15.

Cabe resaltar que dentro del interrogatorio no se hizo una investigación más a fondo para determinar si dentro de su núcleo familiar se encontraban otros familiares o asociados.

Tabla 15. Resiliencia y tipo de familia.

RESILIENCIA	VIVE CON SU MADRE	VIVE CON SU PADRE	VIVE CON OTROS	TIENE FAMILIA NUCLEAR	TOTAL
ALTA	10	0	1	47	58
MEDIA ALTA	5	0	0	25	30
MEDIA	4	1	1	6	12

Fuente: N=100

4. Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio se observa que los adolescentes encuestados en su mayoría (55%) corresponden a la edad de 15 a 19 años, predominando el sexo femenino (58%) sobre el masculino (45%) y que de estos el 18 % trabaja y estudia. Los resultados obtenidos en otras investigaciones ⁽³⁾ demuestran que los hombres muestran mayor resiliencia, con rasgos a ser más independientes, mientras que las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un mayor apoyo externo significativo de amigos, maestros y familia. Específicamente, la literatura respecto de la resiliencia reporta consistentemente que el hecho de ser mujer es considerado como una variable protectora, mientras que el ser hombre representa una mayor vulnerabilidad al riesgo.

Lo que se corrobora en el presente estudio donde se encuentra que en base al consenso de medicina familiar 25% cuenta con un núcleo familiar no integrado (uno vive con su padre, otro vive solo y uno más vive con su tío, el resto (22%) vive con su madre). El 75 % cuenta con un núcleo familiar integrado casi correspondiendo con el total de 78 adolescentes que presentaron resiliencia alta y media alta.

Crisis para normativas

Actualmente el comportamiento adolescente constituye una preocupación de la salud pública por el número creciente de embarazos, por los matrimonios o uniones libres a temprana edad, por participar en la actividad laboral, por estar involucrados en la explotación sexual, por razones de abandono familiar, por ser partícipes directos e indirectos de la violencia y el maltrato en todos sus niveles, y por la adquisición de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, entre otros. ⁽⁴⁾

Las crisis para normativas consideradas como hechos accidentales o situacionales anteriormente comentados; clasificados por Ortiz T. en: desmembramiento, incremento, desmoralización y

desorganización; están involucrados activamente en la etapa de la adolescencia y en la toma de decisiones.

En la encuesta realizada sobre la presencia de crisis para normativas en el presente estudio se observó una presencia de 77 adolescentes afectados, de los cuales 45 solo manifestó presencia de una crisis, 23 manifestó dos crisis, 7 refirieron tres crisis y 2 refirieron 4 crisis; de los cuales 58% refieren crisis de incremento (no se consideró si eran hermanos u otro familiar agregado, ya que la adaptación puede ser variable), 29% crisis de desmembramiento (este tipo de crisis abarca el divorcio o la pérdida de un ser querido se considera de importancia ya que influye con factor de riesgo para alterar la resiliencia), 27% refiere crisis de desorganización; siendo un alto porcentaje en una población muestra pequeña es importante identificar estos factores que alteran la dinámica familiar. Habría que considerar si tener un nuevo integrante en la familia altera su percepción con respecto a una crisis, ya que la mayoría contestó afirmativa la cuestión de incremento. Sin embargo, la medición de resiliencia no resulta alterada.

Resiliencia

La resiliencia alude a diferencias individuales que suelen mostrar las personas cuando están expuestas a diversos grados de riesgo. En este sentido, la resiliencia o facultad de recuperación implica dos componentes: la resistencia frente a la destrucción (capacidad de proteger la integridad ante las presiones deformantes) y la capacidad para construir conductas vitales positivas. Rutter M.

Hoy se entiende por resiliencia “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”. Cabrejos J.

Grotberg (2006) afirma que la identificación de las situaciones adversas y el conocimiento de los principios básicos de la resiliencia, entre los cuales están las características o factores resilientes, son esenciales para promoverla en uno mismo y en los demás.

Con respecto a la resiliencia se hizo un análisis más a fondo donde se correlacionaron variables como la edad con el tipo de resiliencia en donde encontramos que la edad que prevalece con resiliencia alta es a los 11,12 y 17 años; con resiliencia media alta fue a los 12 y 17 años; y con resiliencia media una minoría por edad. Probablemente porque fue la edad que más se entrevistó, habría que hacer un nuevo estudio donde el número de personas por edad sea el mismo para hacer punto de frecuencia; además sobresale el hecho de que lo esperado era encontrar más casos con resiliencia baja o por lo menos uno ya que se entrevistó de 3 a 5 personas con atención psicológica y en este estudio no fue así, si no por el contrario, predominó la resiliencia alta en un 58%.

Con respecto al número de crisis referidas en la entrevista, sobresale que del total de adolescentes encuestados 0% obtuvo una resiliencia baja aún en presencia de 3 o 4 crisis para normativas, con

núcleos familiares no integrados y donde la edad no implica un factor predisponente que afecte la resiliencia.

Los relatos de personas que han transitado por situaciones traumáticas y se consideran resilientes mencionan que éstas les han llevado a preguntarse por el sentido de su existencia resultando en crecimiento personal y en transformación. Dicho sentido ha incrementado el vínculo a la vida de manera positiva con algo ordinario como observar un paisaje u oler una flor, a lo que Vanistendael llama “experimentar belleza”, con la satisfacción del contacto humano o con algo construido. Pueden haberlo encontrado a través del sentimiento de pertenencia a sistemas humanos como grupos de amistad, grupos con alguna finalidad social, política, deportiva, artística, etc., que nos hace pensar el factor cooperativo social e interactivo de la resiliencia y refuerza la idea que la resiliencia se da en la relación o a la pertenencia con algo “mayor” que da sentido a la vida sea por la conexión con la naturaleza, con lo humano a través del arte, con la energía universal o con las creencias religiosas.⁽¹⁷⁾

5. Conclusiones.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital donde hay retos y obstáculos significativos para el adolescente que se ve enfrentado al desarrollo, en primera instancia, de su identidad y a la necesidad de conseguir la independencia de la familia, manteniendo al mismo tiempo la conexión y la pertenencia al grupo. Cuando los adolescentes perciben que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, su comportamiento puede tener efectos negativos, no solo en su propia vida, sino también en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las relaciones entre los estilos de afrontamiento y otros factores, como la clase social, el estrés previo, la edad, origen étnico o el género que, directa o indirectamente, influenciarán y modularán su calidad de vida, dependiendo de la forma como perciba las situaciones.

La creciente lucha de la mujer por su independencia, aún sigue mostrando conductas de sumisión y dependencia para sentirse segura y resolver los problemas que se le presenten.

Por otro lado, el hombre sigue siendo un ser deseoso de su independencia y en busca de la soledad como un camino hacia la reflexión para sobresalir ante la adversidad y, si bien se mueve con base en su ambiente y en las relaciones interpersonales, no necesita de ellos necesariamente para poder afrontar sus problemas, lo que podría deberse al aprendizaje social.

También se debe de considerar que México es un país complejo en el que existen etnias con procesos de aculturación diferenciados por zonas geográficas y con factores políticos y sociales distintos y particulares, pero aun así puede tener su propia personalidad.

A donde vamos con esta investigación; los resultados obtenidos en una muestra pequeña pueden corroborar lo ya estudiado por investigadores envueltos en el tema de resiliencia, ya ampliamente comentado en el marco teórico, donde la familia es la fuente de creación y formación de una persona resiliente, sin embargo la sociedad se encarga de fortalecerla, darle forma y hacer a la persona participe de la misma.

Los resultados muestran que de 100 adolescentes encuestados en la clínica de consulta externa ISSEMYM Lerma, la mayoría mantiene a su edad una resiliencia aceptable para su desarrollo y desempeño a pesar de estar involucrado en situaciones adversas, presentar problemas de salud como ansiedad y depresión o no contar con una familia nuclear, hay que considerar el tipo de población estudiada como de nivel sociocultural medio y que efectivamente su modo de vida no afecta la resiliencia, solo altera su estado de salud emocional, pero responden bien ante los problemas.

Llegando a la conclusión que pueden existir muchas crisis situacionales o accidentales que alteren la resiliencia del adolescente si este no se encuentra vinculado con un familiar ya sea cercano o lejano con el cual mantenga una comunicación estrecha y tenga un objetivo en la vida, así como apoyo de la sociedad para lograrlo.

Lo anteriormente expuesto ya se ha mencionado en muchas líneas de investigación la gran mayoría en personas sanas sin problemas en su desempeño, sería importante realizar una investigación sobre resiliencia en personas adultas que se perciben como un problema para la sociedad, ejemplo: delincuentes, adolescentes embarazadas, adictos, violencia intrafamiliar, entre otros; y analizar las circunstancias que tuvieron que enfrentar para tomar estas decisiones, ya que si bien es cierto como dice en un artículo de Piña López, no todo se le puede atribuir a la resiliencia.

En un artículo sobre resiliencia, autoestima y embarazo en adolescentes, mencionan que los resultados fueron equitativos entre resiliencia baja y autoestima baja, sin embargo no mencionan los factores involucrados en la misma.

Además la fuente principal de formación para la resiliencia sigue siendo la familia, por lo que el principal punto de enfoque sigue siendo los médicos familiares; los cuales mediante la identificación de factores que alteren la dinámica familiar, brinden orientación con enfoque de riesgo, así como intervenciones oportunas o incluso terapias familiares a aquellas familias con problemas en su funcionalidad, para formar mejores núcleos familiares que cuenten con herramientas para enfrentarse a una sociedad en constante cambio, con diversidad cultural y con alto potencial de inseguridad, exponiéndose a violencia en todos los niveles; y que sobre todas las circunstancias adversas difíciles de enfrentar cuenten con la resiliencia que necesitan para sobresalir.

6. Referencias.

1. Piña López JA. Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. Anales de Psicología [internet] octubre 2015 vol. 31, núm. 3, pp. 751-758. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/167/16741429001.pdf
2. Lozano VA. Teoría de teorías sobre la adolescencia. Centro de estudios sociales Valparaíso, Chile. [Internet] 2014, núm. 40, pp. 11-36. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/195/19531682002.pdf
3. González Arratia NI., López F. y Valdez Medina JL. Resiliencia en adolescentes mexicanos. Revista electrónica de Psicología Iztacala. [Internet] 2011, vol. 13, núm. 1, pp. 41-52. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213104.
4. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. México: OMS; 2017. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. [actualizado mayo 2017: citado mayo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
5. Orteu RM. Escuelas resilientes. Trabajo de 3º de la EVNTF, 2012. [Internet] Disponible en: www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/12/OrteuM.Trab_3B11112.pdf
6. Barcelata Eguiarte BE., Duran PC., Gómez-Maqueo EL. Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. Salud Mental 2012; vol. 35, pp. 513-520.
7. Irigoyen Coria AE. Resiliencia. En: Editorial Medicina Familiar Mexicana. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 4ta edición. 2013. p. _____
8. Bustos V. MP. Factores de resiliencia en adolescentes residentes en un centro de protección de Valparaíso. Revista de Psicología – Universidad Viña del Mar. 2013; vol. 2, nº 4, pp. 85-108.
9. Ortigosa Quiles JM, Quiles Sebastian MJ, Méndez C. FX. Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia. México. Ediciones pirámides, Grupo Anaya, S.A. 1ra edición electrónica. 2012.
10. Garcia Vesga MC, Dominguez-de la Ossa E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2013, vol. 11, nº1, pp. 63-77.

11. Rosa Alcázar AI, Parada Navas JL, Rosa Alcázar A. Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de psicología*. 2014; vol. 30 (1): 133-142.
12. Rodríguez NC, Caño GA. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012; 12 (3):389-403.
13. Anzures CR. Resiliencia familiar. *Medicina Familiar*. 2da. Edición. México. Editorial corporativo intermedica, S.A. 2013. p. 495-502.
14. Amar JJ, Martínez González MB, Utria UL. Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Revista científica Salud Uninorte*. 2013; 29 (1):124-133.
15. Ríos NM, Vázquez Soto MA, Fernández EJ. Nivel de Resiliencia en adolescentes de una zona marginal en la ciudad de Durango. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*. 2015; publicación 3: 1-18.
16. González Arratia NI, López F, Valdez Medina JL. Resiliencia y felicidad: el impacto de hechos vitales negativos y positivos en adolescentes. *Pensando Psicología*. 2013; vol. 9 (16): 43-53.
17. Forés A., Grané J., "La resiliencia. Crecer desde la adversidad". Primera edición. España. Editorial Plataforma, impresión junio 2008.
18. Bhawna Sharma. A study of resilience and social problem solving in urban Indian adolescents. *The International Journal of Indian Psychology*. [Internet] april-june 2015; Volume 2, Issue 3: 2349-3429. Disponible en: <http://www.ijip.in>
19. Sagone E., De Caroli ME. Positive Personality as a Predictor of High Resilience in Adolescence. *Journal of Psychology and Behavioral Science*. [Internet] December 2015, Vol. 3, No. 2, pp. 45-53. Disponible en: 10.15640/jpbs.v3n2a6.
20. Meerow S, Newell JP, Stults M. Defining urban resilience: A review. Elsevier B.V. All rights reserved. *Landscape and Urban Planning*. [Internet] 2016. vol.147: 38-49. Disponible en URL: www.elsevier.com/locate/landurbplan
21. Sigüenza Pacheco MC, Peñaloza Cárdenas AM. La disfuncionalidad familiar y el logro de la autonomía del adolescente. TESIS. Universidad del Azuay. Colegio Agropecuario Javeriano. Cuenca-Ecuador. [Internet] 2012-2013; p. 45-120. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/3175>

ANEXO 1

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM LERMA

FECHA: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ acepto participar en el estudio “Crisis paranormativas y resiliencia en adolescentes”, el cual tiene como objetivo investigar la relación existente entre la resiliencia negativa y el nivel de autoestima frente a eventos inesperados dentro de mi familia.

Por lo que acepto la aplicación de los cuestionarios necesarios para los fines que a dicho estudio convengan.

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeto (a) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

*En caso de sentirme incómodo puedo abandonar el estudio evitando que los mismos me causen algún tipo de afectación física o emocional.

Firma del participante

Firma de padre o tutor

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Siglas del nombre del participante				
2. Edad				
3. Género	Femenino	Masculino		
4. Escolaridad	Primaria	Secundaria	Preparatoria	

5. Ocupación	Trabaja	Estudia	Estudia y trabaja	Ninguna
6. Estado Civil	Soltero	Juntado o casado		
7. Vive con:	Solo	Con su madre	Con su Padre	Ambos padres
	Otros familiares			
8. Se ha presentado algún evento de divorcio, migración, hospitalización prolongada, muerte inesperada, suicidio.	SI	NO		
9. Ha incrementado el número de personas que vive en la casa desde su nacimiento a la fecha.	SI	NO		
10. En tu casa algún familiar se ha visto involucrado en encarcelamiento o peleas callejeras.	SI	NO		
11. En tu casa se ha presentado el desempleo, embarazo no deseado, problemas para embarazarse, intento suicida, accidentes, depresión, ansiedad o enfermedad grave en alguno de sus integrantes.	SI	NO		

ANEXO 3. ESCALA DE RESILIENCIA							
Declaraciones	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutra l	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1-Cuando hago planes persisto en ellos	1	2	3	4	5	6	7
2-Normalmente enfrente los problemas de	1	2	3	4	5	6	7

una u otra forma.							
3- Soy capaz de depender de mi mismo mas que otros	1	2	3	4	5	6	7
4- Mantener el interés en las cosas es importante para mi	1	2	3	4	5	6	7
5- Puedo estar solo si es necesario	1	2	3	4	5	6	7
6- Siento orgullo por haber obtenido cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7- Normalmente consigo cosas sin mucha preocupación	1	2	3	4	5	6	7
8- Me quiero a mi mismo	1	2	3	4	5	6	7
9- Siento que puedo ocuparme de varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10- Soy decidido en las cosas que hago en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
11-Rara vez pienso sobre porque suceden las cosas	1	2	3	4	5	6	7
12- Hago las cosas de una cada día	1	2	3	4	5	6	7
13-Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores	1	2	3	4	5	6	7
14-Soy disciplinado en las cosas que hago	1	2	3	4	5	6	7
15-Mantengo el interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16- Normalmente puedo encontrar un motivo para reír	1	2	3	4	5	6	7
17- Creer en mi mismo me	1	2	3	4	5	6	7

hace superar momentos difíciles							
18- En una emergencia las personas pueden contar conmigo	1	2	3	4	5	6	7
19- Normalmente trato de mirar una situación desde distintos puntos de vista	1	2	3	4	5	6	7
20-A veces me obligo a hacer cosa aunque no quiera hacerlas	1	2	3	4	5	6	7
21-Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22-No me quedo pensando en las cosas que no puedo cambiar	1	2	3	4	5	6	7
23- Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24- Tengo energía suficiente para lo que necesito hacer	1	2	3	4	5	6	7
25.- Es normal que existan personas a las que no le caigo bien	1	2	3	4	5	6	7