

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



**“EFECTO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APOYO SOCIAL
EN ADOLESCENTES POCO RESILIENTES: TRABAJO CON
FAMILIA”**

**Tesis que para obtener el diploma de la
Especialización en Medicina Familiar**

Presenta:

Javier Tobón Sosa

Director(es):

Dr. Cs. Silvia Maria Guadalupe Garrido Pérez

Dra. Rosa Maria Sánchez Rodríguez

Dra. Maria Luísa Castillo Orueta

Villahermosa, Tabasco

Enero 2019



OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



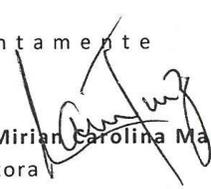
Of. No. 0169/DACS/JAEP
06 de febrero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Javier Tobón Sosa
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. María Isabel Avalos García, Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia, Dra. María Gladiola Sesma Albores, Dr. Julio Cesar Gamboa Pacheco y la Dra. Guadalupe Paz Martínez, impresión de la tesis titulada: **"EFECTO DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN LA RESILIENCIA DE ADOLESCENTES: TRABAJO CON FAMILIA"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis la Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez y la Dra. María Luisa Castillo Orueta.

Atentamente


Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez.- Director de tesis
C.c.p.- Dra. María Luisa Castillo Orueta.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. María Isabel Avalos García.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Neydi Lorena tovilla Heredia.- Sinodal
C.c.p.- Dra. María Gladiola Sesma albores.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Julio Cesar Gamboa pacheco.- Sinodal
c.c.p.- Dra. Gaudalupe paz martinez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC/MCML/MO/MACA/lkrd*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 08:30 horas del día 30 del mes de enero de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"EFECTO DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN LA RESILIENCIA DE ADOLESCENTES: TRABAJO CON FAMILIA"

Presentada por el alumno (a):

Tobón	Sosa	Javier
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

1	6	1	E	5	0	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez

Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez

Dra. María Luisa Castillo Orueta

Directoras de Tesis

Dra. María Isabel Avalos García

Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia

Dra. María Gladiola Sesma-Albores

Dr. Julio del Carmen Gamboa Pacheco

Dra. Guadalupe Paz Martínez

C.e.p. - Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008
Consortio de
Universidades
Mexicanas
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



CARTA DE CEDE DE DERECHOS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de
Estudios
de Posgrado

Carta de cesión de derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 28 del mes de enero del año 2019, el que suscribe, Javier Tobón Sosa, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 161E50018 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Efecto de la funcionalidad familiar y apoyo social en la resiliencia de adolescentes: Trabajo con familia", bajo la Dirección de la Dr. C.S. Silvia María Guadalupe Pérez, Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez Dra. María Luisa Castillo Orueta. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: javier3d645@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Javier Tobón Sosa

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



DEDICATORIAS

A Dios porque él lo es todo, por hacerme tal cual soy, por la familia que me ha dado y el crecimiento espiritual.

A mis Padres, porque siempre están conmigo a pesar de la distancia, por estar pendientes de mí y apoyarme en todo momento.

A mis hermanos, porque me enseñaron a ser valiente y a trabajar por mis objetivos.

A mi novia Lupita, por su comprensión y por incentivar me en esta travesía, por permanecer conmigo en ratos agradables y en situaciones difíciles.

A mis profesores del CESSA Tierra Colorada por sus enseñanzas, tiempo compartido y valiosa amistad.

*Porque el Señor da la sabiduría;
conocimiento y ciencia brotan de sus labios.*

Proverbios 2:6



AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fuerza para seguir en mi camino, ser guía y maestro de vida, proveer mis necesidades y ser la base para que mi espíritu tenga paz.

A mi familia por ser partícipe de mis aventuras y retos, contando con ellos siempre de manera incondicional.

A la Dr. CS. Silvia Garrido Pérez y Dr. CS. María Isabel Avalos por transmitirme el amor a la investigación, impulsarme a cumplir mis objetivos y su paciencia.

Al Dr. Anwar Francisco Magaña Carrada, por enseñarme el trato a los pacientes, a formarme un amplio criterio de la información, a darme estrategias de estudio y sobre todo por el gran amigo que siempre tuve en él.

A la Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez, por transmitirme ese amor y pasión por el trabajo con familias, por implementar en mi constancia y disciplina, pero sobre todo esa amiga a la cual siempre tuve la confianza de contarle mis problemas.

A la Dra. María Luisa Castillo Orueta por despertar en mí el deseo de ser maestro, de transmitir el conocimiento a todos mis colegas en formación, a esa gran amiga que siempre tuve en ella.

A todo el equipo de salud del CESSA Tierra Colorada por recibirme y hacerme sentir como en casa, por la ayuda por todos los servicios. Gracias

A mis pacientes y sus familias, porque con ellos aprendí lo que es el estudio de las familias, a través de ellos formarme como médico especialista en esta materia.



INDICE DE CUADROS Y TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estructura del plan de manejo integral y cumplimiento de tareas en las familias del CESSA Tierra Colorada, 2018.	35
Tabla 2. Planeación de los talleres educativos con una duración de dos horas	35
Tabla 3. Características sociodemográficas de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017	39
Tabla 4. APGAR de la familia de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017	41
Tabla 5. Percepción de nivel de funcionamiento familiar de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017	41
Tabla 6. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017	42
Tabla 7. Cuestionario MOS de apoyo social en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017	42
Tabla 8. Cuestionario MOS de apoyo social en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017	43
Tabla 9. Dimensiones de la Resiliencia de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017	44
Tabla 10. Resiliencia en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017	45
Tabla 11. Resiliencia y apoyo social en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	46
Tabla 12. Resiliencia y Funcionalidad Familiar en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	47
Tabla 13. Datos de Tipología Familiar en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	48
Tabla 14. Fase del Ciclo Vital en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	49



Tabla 15. Jerarquización de problemas en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	49
Tabla 16. Test inicial y final de APGAR, MOS y resiliencia en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	50
Tabla 17. La familia identificó los recursos y los utilizó en los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	50
Tabla 18. Características sociodemográficas de los Adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	51
Tabla 19. Funcionalidad familiar de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	52
Tabla 20. Funcionalidad familiar de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	52
Tabla 21. Diferencia de las medias de Funcionalidad familiar de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	53
Tabla 22. Apoyo social de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	53
Tabla 23. Apoyo social de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	54
Tabla 24. Media de Resiliencia en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018	54
Tabla 25. Diferencia de las medias de Resiliencia en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.	55



ABREVIATURAS

CESSA	Centro de Salud con Servicios Ampliados
OMS	Organización Mundial de la Salud
SSA	Secretaria de Salud
Gn RH	Hormona liberadora de gonadotropina
SV-RES	Escala de resiliencia de Saavedra - Villalta
AFE	Análisis factorial exploratorio
BAE	Prevalencia de baja autoestima
NRB	Nivel de resiliencia bajo
OR	Odds ratio
CD-RISC	Escala de Resiliencia de Connor y Davidson
AUDIM	Cuestionario Auto concepto Dimensional
AFA	Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Familia y Amigos
HBSC-2006	Escala de Apoyo del Profesorado
SISFOH	Sistema de focalización de hogares
PACS	Evaluación de la Comunicación Familiar de Barnes y Olson
PALV	Análisis de rutas con variables latentes
RESI-M	Escala de Medición de la Resiliencia Mexicana
AAHH	Agresividad en adolescentes del nivel secundario
KIDSCREEN-52	Cuestionario para medir la calidad de vida relacionada con la salud



SV – RES	Escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos
CCVA	Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes
ERA	Escala de resiliencia para adolescentes
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
CESIDA	Coordinadora Estatal del VIH-SIDA
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
APGAR	Cuestionario de Funcionalidad familiar
MOS	Cuestionario de apoyo social
FACES III	Escala de Evaluación de la Cohesión y adaptabilidad familiar
IBM SPSS	Statistical Package for Social Sciences



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Apoyo social: Son las interrelaciones que se dan entre las personas, con conductas que también se relacionan entre sí como el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar de alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejo, aceptarse, satisfacerse, informarse, entre algunas.

Ciclo vital familiar: El desarrollo de la familia tomada en su conjunto y los diferentes momentos por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes irán compartiendo una historia común.

Comunicación: Capacidad de la familia de transmitir sus experiencias en forma clara y directa.

Estilo de vida: Conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas.

Funcionalidad familiar: Es la condición que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados (cuidado, afecto, reproducción, socialización, otorgamiento de estatus y nivel socioeconómico).

Dinámica familiar: Es la interacción entre miembros de la familia, así como las relaciones variables que pueden existir dentro de una familia.

Guías anticipadas: Conjunto de consejos, indicaciones o ideas que se entregan a un individuo, pareja o familia para comprender mejor los eventos que puedan suceder en el ciclo vital.

Servicios amigables: Son espacios diseñados especialmente para proporcionar atención en materia de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes, de acuerdo a sus necesidades particulares.



Trabajo con familia: Identifica factores de riesgo e identificar potenciales de salud que se originen en condiciones existentes de crisis familiar, usando un método de evaluación familiar y atención integrada, es un modelo que ayuda a la familia a identificar sus recursos y utilizarlos para el momento crítico y así conservar la funcionalidad o recuperarla.

Resiliencia: La resiliencia es la capacidad que tiene una persona de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro.

Visita domiciliaria: Es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.



RESUMEN

Objetivo: Determinar el efecto del trabajo con familia en adolescentes poco resilientes para mejorar la funcionalidad familiar y el apoyo social de un Centro de Atención Primaria de Tabasco. **Material y métodos:** Investigación cuasi-experimental, pre-post grupo único, prospectivo, analítico y de intervención en tres etapas: En la etapa de diagnóstico se trabajó con 82 adolescentes con núcleo familiar, se aplicaron tres instrumentos: para evaluar funcionalidad familiar (APGAR), para identificar apoyo social (MOS) y para determinar resiliencia (Grotberg). Etapa de intervención. Se trabajó con familias de adolescentes con poca resiliencia en $\bar{X}=9.8$ sesiones con una hora de duración y 10 talleres educativos. Etapa de resultados. Se aplicó pos-test para evaluar eficacia del modelo. Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados** El promedio de edad de los adolescentes fue de 14.9 años, $\hat{s}\pm$ de 1.98, predominaron las mujeres, estudios de preparatoria, religión protestante, presentaron disfuncionalidad familiar 51.2%, apoyo social escaso 52.4%, poca resiliencia 53.7%. Los adolescentes con familias disfuncionales presentaron menor resiliencia con una $RP=1.721$ y el $IC95\%: 1.095; 2.707$ y un valor de $p=0.5$. Etapa 2. La prueba t de Student para las diferencias de las medias entre pre-test y pos-test para resiliencia fue de $\bar{X}=90.500$, $\hat{s}\pm=13.906$, $IC 95\%: 80.552; 100.448$, con una t de Student= 20.579, $gl= 9$ y $p=.000$, estadísticamente significativo. **Conclusiones:** El trabajo con familia en adolescentes poco resilientes ayudó a mejorar la funcionalidad familiar y la resiliencia. El apoyo social mejoró mínimamente, no fue estadísticamente significativo, atribuible al tamaño de muestra. **Palabras claves:** Resiliencia, adolescentes, apoyo social, funcionalidad familiar, trabajo con familia, Apgar Familiar.



ABSTRACT

Objective: To determine the effect of working with family in poorly resilient adolescents to improve family functionality and social support of a Primary Care Center of Tabasco.

Material and methods: Quasi-experimental research, pre-post single group, prospective, analytical and intervention in three stages: In the diagnostic stage we worked with 82 adolescents with a family nucleus, three instruments were applied: to assess family functionality (APGAR), to identify social support (MOS) and to determine resilience (Grotberg). Stage of intervention. We worked with families of adolescents with little resilience in $\bar{X} = 9.8$ sessions with one hour of duration and 10 educational workshops. Stage of results. Post-test was applied to evaluate the effectiveness of the model. For the analysis of the data, descriptive and inferential statistics were used.

Results The average age of adolescents was 14.9 years, $\bar{s} \pm 1.98$, women predominated, high school studies, Protestant religion, family dysfunction 51.2%, social support scarce 52.4%, poor resilience 53.7%. Adolescents with dysfunctional families presented lower resilience with a PR = 1,721 and 95% CI: 1,095; 2,707 and a value of $p = 0.5$. Stage 2. Student's t test for the differences of the means between pre-test and post-test for resilience was $\bar{X} = 90,500$, $\bar{s} \pm = 13,906$, 95% CI: 80,552; 100,448, with a Student's $t = 20,579$, $gl = 9$ and $p = .000$, statistically significant.

Conclusions: Working with families in poorly resilient adolescents helped improve family functionality and resilience. The social support improved minimally, it was not statistically significant, attributable to the sample size.

Keywords: Resilience, adolescents, social support, family functionality, work with family, Apgar Familiar.



TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE CUADROS Y TABLAS	VII
ABREVIATURAS	IX
GLOSARIO DE TÉRMINOS	XI
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Adolescencia y pubertad	3
2.2 Salud y adolescencia	4
2.3 Antecedentes de Resiliencia	4
2.3.1 Características principales de la Resiliencia	5
2.3.2 Características individuales de la Resiliencia	6
2.3.3 Factores presentes en la Resiliencia	7
2.3.4 Fisiología de la Resiliencia	7
2.3.5 Resiliencia en la adolescencia	8
2.4 Apoyo social	9
2.5 Generalidades de la Familia	9
2.5.1 Funcionalidad Familiar	11
2.5.2 Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar	11
2.5.3 Atención centrada en la familia (trabajo con familia)	12
2.5.4 Modelo teórico de trabajo con familia	14
2.5.5 Artículos Relacionados	14
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
4. HIPOTESIS	24
5. JUSTIFICACIÓN	25
6. OBJETIVOS	29
6.1 General.	29
6.2 Específicos.	29
7. MATERIAL Y MÉTODOS	30



7.1	Diseño del estudio, población, muestra y muestreo	30
7.2	Criterios de selección	30
7.2.1	De inclusión.	30
7.2.2	De exclusión.	30
7.3	Variables	31
7.4	Operacionalización de variables (ver en Anexo 1).	31
7.5	Técnicas, procedimientos e instrumentos de la investigación	31
7.6	Procesamiento y análisis de la información.	37
7.7	Consideraciones éticas.	38
8.	RESULTADOS	39
8.1	Características sociodemográficas de los adolescentes del CESSA de Tierra Colorada Análisis univariado	39
8.2	Análisis bivariado del diagnóstico basal. Prueba de X^2 de Pearson.	46
8.3	Resultados de la Intervención (POS-TEST).	51
9.	DISCUSIÓN	57
10.	CONCLUSIONES	59
11.	RECOMENDACIONES	60
	ANEXOS	62
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	91



1. INTRODUCCIÓN

Para los médicos familiares es importante identificar la resiliencia como aquella habilidad de prosperar ante una experiencia estresante, esta cualidad universal ha existido desde siempre; muchas personas y pueblos a lo largo de la historia han mostrado ser resilientes al afrontar las adversidades y de esa manera progresar culturalmente, incluso con más fortaleza.

La familia es definida por la OMS, como los miembros del hogar emparentados entre sí, determinado por sangre, adopción y matrimonio. Virginia Satir la define como la base de la sociedad y el lugar donde las personas aprenden por vez primera los valores que les guían durante toda su vida. Cuando una familia cumple de manera satisfactoria sus funciones y sus objetivos dentro de la sociedad se dice que existe funcionalidad familiar.

Cuando se habla de apoyo social hablamos de las interrelaciones que se dan entre las personas; así como también de las conductas que se tienen entre sí, cuando el apoyo social es positivo representa un recurso muy importante para el individuo y la familia. El médico familiar aprovecha estos recursos para que los integrantes los identifiquen y utilicen con el propósito de fortalecer la funcionalidad de las familias. El trabajo con familias en un modelo utilizado por los médicos familiares, con un enfoque biológico, social, psicológico y espiritual con la finalidad de realizar un diagnóstico familiar, diseñar e implementar un plan de tratamiento integral conjuntamente con las familias estudiadas y dar un seguimiento a las mismas a través del equipo multidisciplinario de salud en un marco de imparcialidad, confidencialidad, respeto y compromiso.

Las familias, cuando algún integrante atraviesa por la etapa de la adolescencia, en ocasiones pueden percibir que no pueden enfrentar sus problemas de manera eficaz no solo en su propia vida, sino también en el funcionamiento de sus familias y de la misma sociedad. Al enfocar el estudio desde el punto de vista de la resiliencia, permite al médico familiar observar las necesidades de los adolescentes desde un modelo de prevención y promoción basado en sus potencialidades y recursos.



Por todo lo anteriormente expuesto, se realizó un estudio con el objetivo de determinar el impacto de la funcionalidad familiar y el apoyo social en la resiliencia de adolescentes a través del trabajo con familia, como herramienta valiosa que el médico familiar puede aprovechar para elevar la calidad de vida en los adolescentes.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Adolescencia y pubertad

La pubertad es la etapa de la vida de un humano en el que existe madurez de las características sexuales y la facultad para reproducirse. Para iniciarse esta etapa, se necesita que el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal se inicie, esto gracias a la reactivación de la secreción pulsátil del GnRH o también llamada hormona liberadora de gonadotropinas. La GnRH estimula la liberación de la hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH), las cuales estimulan el desarrollo tanto de los ovarios en la mujer, como en los testículos en el hombre; a su vez estimulan la liberación de los esteroides gonadales. El inicio de la pubertad tiene influencia genética, pero además interviene la etnia, la herencia, el estado nutricional y el ambiente. El inicio de la pubertad varía entre las distintas razas, pero generalmente ocurre alrededor de los 10 años de edad en la mujer y a los 12 años de edad en el hombre. Los signos clínicos que dan inicio a la pubertad son el desarrollo de la glándula mamaria en la mujer y el crecimiento testicular en el hombre¹.

La palabra adolescencia proviene del latín “adolescere”, del verbo adolecer. En el castellano significa tener cierta imperfección o defecto. Es el periodo transicional entre la infancia y la edad adulta. Tiene grandes cambios este periodo, entre ellos el cambio físico, psicológico, cognitivo, emocional de tipo social. Se inicia con la pubertad (aspecto orgánico), y termina a los 20 años; que es cuando hay una culminación del crecimiento y desarrollo corporal, así como también de la maduración de tipo psicosocial².

La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad.

La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases: adolescencia inicial (10-14 años) que se caracteriza primordialmente por cambios puberales, media (15-17 años) que se distingue por presentarse mayormente conflictos familiares y con mayor frecuencia las conductas de riesgo, y tardía (18-21 años) que se diferencia por mayor aceptación de los valores familiares y por la participación de tareas y responsabilidades en el hogar.



2.2 Salud y adolescencia

La salud de los adolescentes, como su desarrollo, es un concepto positivo. Incluye el bienestar físico, mental y social, además de la ausencia de afecciones o enfermedades según lo refiere la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y está estrechamente relacionado con el comportamiento de los adolescentes.

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el 2018, menciona que un adolescente al tener a su disposición la educación, entornos laborales, asistencia y desarrollo económico, así como también un entorno libre de violencia, tiene la posibilidad de ser un adulto responsable que se apegue a las normas, derechos y obligaciones como ser humano.

La adolescencia es una época de desarrollo rápido donde hay una serie de cambios tanto endocrinos, físicos, psicológicos y sociales lo cual origina diferencias en la tasa y el grado del desarrollo para cada individuo, y esas diferencias existen entre jóvenes de la misma edad, sexo y de diferentes procedencias socioculturales. La Organización Mundial de la Salud establece en la etapa de adolescencia la edad comprendida entre los 10 y los 19 años.

El desarrollo en la adolescencia requiere una mente y un cuerpo activos e interacción social. Para que el desarrollo se produzca es esencial disponer de oportunidades para un comportamiento que contribuya a ello.

En las últimas décadas se les ha puesto mayor atención a los adolescentes, ya que se exponen con mucha frecuencia a riesgos tales como: violencia, accidentes, delincuencia, consumo de alcohol, inicio de vida sexual y conductas sexuales de riesgo, embarazos no planeados, problemas familiares y escolares, acceso inadecuado de información en la red, dichos problemas se pueden prevenir desde la etapa escolar.

2.3 Antecedentes de Resiliencia

El concepto de resiliencia proviene del latín “resilio”. Este concepto en la física se utiliza para etiquetar a los materiales que toleran condiciones extremas de temperatura, así



como para la tolerancia ante fuertes golpes. A lo largo del tiempo, el concepto de resiliencia ha ido cambiando y extendiéndose con las diversas investigaciones.

Las características tanto del individuo como del ambiente influyen para que las personas desarrollen resiliencia³.

El individuo se adapta de tal manera que resulta victorioso a pesar de estar expuesto a factores biológicos de riesgo o ante situaciones que le generan estrés; con la característica de que tiene menor vulnerabilidad a eventos estresantes⁴.

El concepto de resiliencia según Rutter, significa volver atrás, volver de un salto, rebotar. En ciencias sociales se utiliza para describir a aquellas personas que aun naciendo y viviendo en situaciones extremas de riesgo, tienen un proceso psicológico sano y es más, son capaces de salir victoriosos⁵.

Grotberg la define como una cualidad de todas las personas para enfrentar problemas de la vida, dejarlas atrás, salir fortalecido de ellas. La resiliencia forma parte de la evolución de la vida y se debe fortalecer desde edades muy tempranas⁶.

La resiliencia es una característica de todas las personas, combina ciertas características que permiten a una persona, adaptarse para confrontar las situaciones negativas de la existencia⁷.

El concepto de resiliencia ha ido cambiando a lo largo de la historia, contemporáneamente Manciaux la define como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores negativos, de condiciones de vida complicados y de traumas graves⁸.

Resultar con éxito ante las adversidades permanentes de la vida, son el efecto a la que tanto individuos, familias o poblaciones obtienen de ese interactuar entre factores de riesgo y factores protectores, ya sea de índole individual, familiar o ambiental⁹.

2.3.1 Características principales de la Resiliencia

Forés y Grané en 2010 describen las doce características principales de la resiliencia¹⁰.

1. Es un proceso
2. Hace referencia a la interacción dinámica entre factores
3. Puede ser promovida a lo largo del ciclo de la vida



4. No se trata de un atributo estrictamente personal
5. Está vinculada al desarrollo y crecimiento humano
6. No constituye un estado definitivo
7. Nunca es absoluta ni total
8. Tiene que ver con los procesos de reconstrucción
9. Tiene como componente básico la dimensión comunitaria
10. Considera a la persona como única
11. Reconoce el valor de la imperfección
12. Está relacionada con ver el vaso medio lleno

2.3.2 Características individuales de la resiliencia

A continuación, se exponen los siete pilares de la resiliencia los cuales fueron contribuciones de Wolin y Wolin en 1993, los cuales a través de un mándala, muestran las cualidades individuales que protegen a los humanos ante situaciones adversas, ayudando a originar procesos de resiliencia¹¹.

- **Introspección:** Es el hecho de realizar así mismo una pregunta y darse también una respuesta a dicha pregunta. Está relacionada con la autoestima.
- **Independencia:** se define como la capacidad de constituir límites en uno mismo y los ambientes negativos; pero sin llegar al aislamiento.
- **La capacidad de relacionarse:** es la cualidad para establecer relaciones estrechas y gratificantes con otras personas.
- **Iniciativa:** es el acto de auto demandar e imponerse retos así mismo cada vez más complejos.
- **Humor:** Es el acto de encontrar lo positivo en hechos catastróficos.
- **Creatividad:** Es aquella capacidad de crear nuevas ideas o conceptos, es un proceso dinámico, vivo, es decir en constante cambio.
- **Moralidad:** se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de compromiso de acuerdo a valores, normas sociales y de saber distinguir entre lo bueno y lo malo.



2.3.3 Factores presentes en la Resiliencia

Factor de riesgo: Es aquella característica de las personas o las poblaciones que se sabe va unida a una alta probabilidad de perjudicar a la salud¹².

Factor protector: Es aquella característica capaz de ayudar al desarrollo de las personas o de las poblaciones, además de disminuir en muchos casos las circunstancias negativas¹³.

Los factores protectores se dividen en dos tipos, los factores personales, en los que se distinguen aspectos ligados al temperamento, particularidades cognitivas y afectivas; factores familiares tales como un ambiente familiar afectuoso y sin problemas, padres que impulsan a sus hijos, estructura familiar sin disfunciones y factores socioculturales, como el de tipo educacional¹⁴.

2.3.4 Fisiología de la Resiliencia

Las modificaciones plásticas de la estructura y del funcionamiento propio del cerebro ileso, permite que este haga frente a dificultades y se adapte al estrés, recuperando las funciones que se agraviaron, como resultado de ello se obtiene la resiliencia, que es esa adaptación positiva al estrés. La recuperación de la neurogénesis en el giro dentado junto con la remodelación dendrítica hipocampal constituyen los principales cambios estructurales que han sido vinculados a funciones de resiliencia. La noradrenalina la libera el locus coeruleus y está directamente vinculada con las funciones cerebrales que ayudan a mantener el estado de alerta, además es el principal neurotransmisor del sistema nervioso simpático, la noradrenalina favorece los estados de ansiedad crónica y la depresión. Entonces la resiliencia se relaciona en aquellas actividades donde el locus coeruleus se reduce, así como también la actividad adrenérgica. La serotonina es un neurotransmisor que ayuda a mantener un equilibrio de nuestro estado de ánimo, ayudando a adaptarse al estrés. Niveles bajos de serotonina se relaciona con la ansiedad y la depresión. La dopamina actúa de manera directa sobre nuestro estado de ánimo, ya que mantiene el equilibrio gracias a la recompensa y la automotivación. Bajos niveles de dopamina en la corteza prefrontal y núcleo acumbens se ha relacionado con ansiedad, miedo y un déficit cognitivo. A nivel cortical y subcortical la dopamina está relacionada para mitigar las crisis epilépticas.



El factor hipotalámico de corticotrofina es clave en la regulación del miedo, se ha investigado que el aumento de este factor influye en estados de salud como el trastorno de estrés post traumático, en la ansiedad, depresión, miedo y la anhedonia. El cortisol, se encarga de modular la respuesta al estrés a través de mecanismos celulares, manteniendo así el estado de alerta y manteniendo la atención. Cuando se mantienen niveles altos de esta sustancia se asocia a depresión, clínicamente provoca resistencia a la insulina, osteopenia, osteoporosis e hipertensión arterial. La dehidroepiandrosterona es una hormona que ejerce una acción antagonista a la de los glucocorticoides, ya que los efectos del cortisol los disminuye. Las personas que tienen baja respuesta de esta hormona presentan mayor predisposición a la depresión. Los estrógenos ayudan a disminuir la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, la exposición crónica aumenta el riesgo de presentar ansiedad y depresión, la exposición aguda ayuda a contrarrestar el estrés. La dinorfina es un péptido derivado de la proopiomelanocortina, constituye un ligando endógeno para los receptores opiáceos K, esta sustancia tiene varias funciones en el equilibrio del cuerpo humano, como regulador del dolor, actividad motora, cardiovascular, mantiene la temperatura, regula la conducta alimentaria y en el estrés. La orexina que proviene del hipotálamo lateral, ejerce su acción en el cerebro ayudando a mantener el estado de alerta, la motivación y la respuesta al estrés. La vasopresina o llamada también hormona antidiurética, en el sistema nervioso central actúa en la amígdala en situaciones de estrés y ansiedad vinculados a la abstinencia de drogas como la heroína y el etanol¹⁵.

2.3.5 Resiliencia en la adolescencia

La cualidad o capacidad de las personas que tienen para construir formas adecuadas para hacer frente a lo negativo es lo que se describe como resiliencia; esa cualidad que se relaciona con estándares de vida idóneos, según el entorno de cada persona. La resiliencia se encuentra en todas las etapas del desarrollo de las personas, pero en la adolescencia es donde se tiene mayor importancia, ya que es aquí donde va influir de manera clara en el desarrollo de la identidad del adolescente, concepto enunciado por la UNICEF en 2013.



2.4 Apoyo social

El Apoyo social en la adolescencia es de gran valor, Aranda lo define como las interrelaciones que se dan entre las personas, con conductas que también se relacionan entre sí como el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar de alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejo, aceptarse, satisfacerse, informarse, entre algunas, y por redes de apoyo social, sean estas formales e informales que fomentan conductas que fortalecen el entorno del adolescente, además de concluir que, con la falta de apoyo o con su deficiencia es más probable que las respuestas negativas provocarán en el individuo consecuencias tanto en su ámbito familiar, social y laboral¹⁶. La familia es el primer contacto que tienen las personas para iniciar la socialización, además es aquí donde se fomentan los valores para que posteriormente estos mismos los aprovechen con otras personas además de la familia; la familia es importante ya que gracias a ella al utilizar las guías anticipadas se realiza la prevención de problemas desde la infancia, al instituir reglas, pasar tiempo de calidad para conversar y resolver dificultades en conjunto, apoyar al desarrollo de metas de los hijos, conocer a sus amigos y conocidos, utilizar sus recursos sociales, culturales, religiosos, económicos, espirituales y médicos; todo ello para que el adolescente se desarrolle en ambiente de amor y confianza que le permita hacer frente a las dificultades de la vida diaria¹⁷.

2.5 Generalidades de la Familia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Virginia Satir, define a la familia como la base de la sociedad y el lugar donde las personas aprenden por vez primera los valores que les guían durante toda su vida.

La familia se concibe como un organismo que se puede estudiar en situaciones críticas como: el poder; la intimidad; la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicación son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo.

La vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos¹⁸.



La teoría sistémica (referida por Steinglass) define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subsistemas (padres, hijos, etc.) Que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera.

Al definir a la familia como un sistema y a los integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes son afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como las relaciones que existan entre ellos. Este sistema familiar, se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones, los principales en la familia nuclear son subsistema conyugal, paterno-filial y fraterno.

Los miembros de una familia están ligados por lazos que los unen como familia y conforman una relación reticular. Los vínculos familiares se entrelazan bajo la influencia de varios factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos.

Son mayores las probabilidades de que una familia que presta cariño y apoyo y un entorno seguro a los adolescentes contribuya a su desarrollo positivo.

Burgess en 1928 sugirió que la familia podía ser estudiada como una unidad de personas en interacción, ocupando dentro de la familia una posición definida por un número de roles, los roles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijo con ello adquieren un significado dentro de la estructura familiar, los roles familiares se refieren a la forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tiene ante una situación familiar específica en la que están involucradas otras personas u objetos. La tarea de la familia consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos, para ser interdependientes y formar nuevas familias, al igual que cada integrante cumpla su rol.

Es importante mencionar el ciclo vital familiar para entender la evolución de los sucesos de las familias y las crisis por las cuales atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de cada uno de sus integrantes, así también identificar las tareas que debe realizar la familia en cada una de sus fases.



Fase de matrimonio:	Se inicia con el vinculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
Fase de expansión:	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se "expande"
Fase de dispersión:	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
Fase de independencia:	Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
Fase de retiro y muerte:	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones criticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

Ciclo vital familiar de Geyman

2.5.1 Funcionalidad Familiar

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa¹⁹. Una familia funcional es aquella en la que cada uno de sus individuos realizan de manera deliberada, constante, y con complacencia cada una de sus ocupaciones que se necesitan de acuerdo a los distintos subsistemas familiares y a la etapa de su ciclo de vida, tanto de la familia como de su persona, son acciones complejas y difíciles que pueden llegar a ser trabajosas, pero con resultado placentero²⁰.

2.5.2 Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar

Existen instrumentos diversos para valorar la funcionalidad en la familia, los cuales se presentan a continuación:

El APGAR familiar, es un instrumento para la medición de la funcionalidad familiar, es uno de los Test más utilizados por el Médico Familiar, ya que gracias a él podemos hacer un pronóstico de tal funcionalidad. El Test consta de cinco ítems, los cuales abordan el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y mide: adaptación, comunicación, crecimiento, afecto y resolución. Este instrumento se puede aplicar tanto en adultos, como en niños, siendo en los niños modificado para su edad²¹.



El FACES III, es un instrumento que evalúa a cohesión y la flexibilidad, cada una medida en cuatro niveles, los niveles extremos de cualquiera de ellas, es decir el más bajo o el más alto se consideran disfuncionales, los niveles medios se les reconoce como funcionales. De esta manera, cada dimensión de la funcionalidad forma uno de los dos ejes de un sistema cartesiano que permite clasificar hasta en dieciséis tipos de familias. Estos tipos familiares se ubican dentro de "rangos" que les asignan algún nivel específico de funcionalidad familiar: balanceadas (o funcionales), rango medio y extremas (o disfuncionales)²².

El FF-SIL, es un instrumento que ayuda a evaluar la percepción del funcionamiento familiar a través de las categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, efectividad, rol y permeabilidad. Los valores de la escala: Casi Siempre (5), Muchas veces (4), A veces (3), Pocas veces (2), Casi nunca (1). La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite hacer el diagnóstico del Funcionamiento Familiar en las siguientes categorías: funciona de 70 a 57 puntos, moderadamente funcional de 56 a 43 puntos, disfuncional de 42 a 28 puntos, severamente disfuncional de 27 a 14 puntos²³.

2.5.3 Atención centrada en la familia (trabajo con familia)

El trabajo con familias es un modelo utilizado por médicos familiares, que brinda una atención biopsicosocial y espiritual con la finalidad de realizar un diagnóstico y la elaboración de un plan de tratamiento integral, para mejorar los procesos familiares y la calidad de vida de los pacientes.

La familia es poderosa por su influencia perdurable en las vidas humanas. Es el primer grupo con el cual se tiene contacto al nacer, y dentro del cual permanece el individuo todo o la mayor parte de su vida; influye en el proceso de socialización y desarrollo de la personalidad²⁴.

El plan integral de intervención familiar tiene varias dimensiones:

1.- Consejería familiar: es una de las principales metodologías que se utilizan en el trabajo con familias y pueden ser las siguientes: consejería familiar con paciente postrado, consejería familiar con adolescente embarazada, etc., lo que implica desarrollar protocolos flexibles, ya que un solo protocolo no puede contener todo lo



que hay que hacer en todos los casos, ni es obligatorio aplicar todo el protocolo en todos los casos.

2.- Uso diagnóstico y terapéutico de los instrumentos: es importante darse cuenta de que los instrumentos sirven para explorar, conocer y elaborar una hipótesis diagnóstica, siendo parte de la intervención, la que se efectúa desde el momento en que se utiliza el instrumento pues proporciona a las familias autoconocimiento.

3.- Intervención en situaciones de crisis: dichas crisis pueden ser las esperadas o del desarrollo o las no esperadas o paranormativas, la intervención se inicia primeramente que identifiquen la crisis como tal, que asuman las consecuencias de las mismas, que reconozcan que es parte de un proceso y que sus recursos familiares van a favorecer para la resolución de las mismas.

4.- Trabajo con familias: se refiere a las habilidades del médico familiar para intervenir a la familia de manera sistémica, atendiendo las necesidades de la misma, propiciando que identifiquen sus recursos y guiarlas a encontrar solución a su crisis, no es dar la solución solo guiar a la familia a encontrar un resultado satisfactorio²⁵.

En México el Dr. Teófilo Garza Elizondo ha realizado investigaciones buscando alternativas de intervención con familias. Donde la premisa principal es que la familia es y será siempre para sus integrantes, el primer recurso ante cualquier crisis o problema de salud²⁶.

Las familias con un integrante que presente alguna patología, se espera que compartan el objetivo de proporcionarles una vida con la máxima calidad posible de acuerdo a sus características y circunstancias²⁷.

El objetivo del trabajo con familias y del conocimiento de su dinámica, es el de mejorar la atención de los problemas médicos y psicosociales de los pacientes y sus familias, lo anterior implica que el médico familiar necesita desarrollar ciertas habilidades específicas, y al hacerlo se diferencia del resto de especialistas en medicina²⁸.

Lo más importante de estas intervenciones es mantener la salud y recuperarla a través del diagnóstico y tratamiento correcto de las enfermedades más comunes, utilizando a la familia como recurso. Esta intervención puede ocurrir en el consultorio, durante una visita al hogar, en el hospital y en la sala de urgencias²⁹.

La programación de visitas domiciliarias es de ayuda invaluable para transmitir a los pacientes el enfoque familiar, esto nos permite atender un problema de salud y además conocer el hábitat y familia del paciente.

El CESSA de Tierra Colorada de Tabasco México, es una unidad de primer nivel de atención donde médicos familiares han tomado el liderazgo en el trabajo con familia y su investigación. Se ha desarrollado en personas con diabetes, Artritis reumatoide, hipertensión, obesidad y en este caso en adolescentes.

A continuación, se presenta el modelo empleado.

2.5.4 Modelo teórico de trabajo con familia



Fuente: Departamento de Medicina Familiar del CESSA Tierra Colorada Secretaría de Salud de Tabasco, México, 2015³⁰.

2.5.5 Artículos Relacionados

En este apartado se presenta una revisión de la literatura acerca de trabajo con familia relacionado con Resiliencia en adolescentes además los factores asociados como funcionalidad familiar y apoyo social.



En 2015 García y colaboradores en México, realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar si el funcionamiento familiar predice el potencial resiliente de padres con hijos adolescentes que consumen o no consumen alcohol. Participaron de manera deliberada 140 padres y madres de familia con un hijo adolescente que presentaba un consumo arriesgado de alcohol y 187 padres y madres de familia con un adolescente que no consumía alcohol. Los instrumentos que se utilizaron para el estudio fue la escala de potencial resiliente y la escala de funcionamiento familiar. Los resultados de las regresiones paso a paso indican que el Potencial Resiliente de los padres y madres de familia es previsto por los factores de Ambiente Familiar Positivo y Mando/Problemas en la Expresión de las Emociones de la Escala de Funcionamiento Familiar³¹.

En 2015 Villalta y colaboradores en Perú y Chile, realizaron un estudio cuyo objetivo fue formular instrumentos de medición de la resiliencia relacionada al rendimiento escolar, efectiva para adolescentes y jóvenes de sectores sociales vulnerables de zonas urbanas de dos países latinoamericanos. El procedimiento de investigación está basado en el análisis del procedimiento estadístico de los ítems y dimensiones de la resiliencia de la escala SV-RES en 764 adolescentes de zonas urbanas vulnerables de Lima-Perú y 1 145 de Santiago de Chile, con alto y bajo rendimiento escolar de sectores sociales de alta vulnerabilidad social. Elaboraron un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el análisis de validez convergente y discriminante. Los resultados sugieren nuevas dimensiones de la resiliencia afin al rendimiento académico, desiguales para adolescentes de Lima y de Santiago de Chile³².

En 2015 Ulloque y colaboradores en Colombia, realizaron un estudio cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de baja autoestima (BAE) y nivel de resiliencia bajo (NRB), en un grupo de adolescentes embarazadas. Se trató de un estudio descriptivo transversal en 406 adolescentes embarazadas, del departamento de Bolívar, Caribe Colombiano. Utilizaron un formulario para identificar las características sociodemográficas de las embarazadas y sus parejas, historial ginecoobstétrico, estado psicoemocional con el embarazo, apoyo familiar y de pareja. Incluyeron la escala de autoestima de Rosenberg y la de resiliencia de Wagnild y Young. Resultados. Edad media: $\bar{X}=16,5 \pm 1,5$. La gran totalidad dejó la escuela al quedar embarazada. La puntuación media



de autoestima: $\bar{X} = 27,8 \pm 3,9$. El 76,8% tuvieron nivel normal de autoestima y el 23,2% baja autoestima ($p < 0,05$). La media de resiliencia: $\bar{X} = 125,0 \pm 17,8$. El nivel de resiliencia alto tuvo 8,6%, nivel de resiliencia moderado 57,2% y nivel de resiliencia bajo 34,2% ($p < 0,05$). Obtuvieron correlación positiva significativa de resiliencia con: autoestima, edad de la gestante, edad de la pareja, edad de la primera relación sexual, el tiempo entre la primera relación sexual y edad de las embarazadas, años entre la menarca e inicio de la vida sexual activa, años entre la primera menstruación y la edad del embarazo, años de estudio, número de consultas prenatales y de ultrasonidos obstétricos acompañada por su pareja. La autoestima solo se correlacionó positiva y significativamente con la edad de la embarazada. Las embarazadas adolescentes que no se sentían felices o no tenían apoyo de la pareja, tuvieron un significativo nivel de resiliencia bajo (OR: 3,7 [IC95%: 1,3-10,3]). Conclusión: La prevalencia para baja autoestima fue de 23,2% y para nivel de resiliencia bajo de 34,2%. Estos resultados puntúan que se debe realizar intervención durante el embarazo en adolescentes para elevar los niveles de autoestima y de resiliencia³³.

En 2016 Cárdenas y colaboradores en Perú, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar si el funcionamiento familiar, el soporte social percibido y la autoeficacia para el afrontamiento del estrés, son componentes asociados al bienestar psicológico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo. La muestra estuvo conformada por 120 estudiantes de ambos sexos entre los 16 y 27 años, siendo elegidos mediante un tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple. Los instrumentos utilizados fueron la escala de bienestar psicológico, el cuestionario APGAR familiar, la escala multidimensional de apoyo social percibido y la escala de autoeficacia para el afrontamiento del estrés. Los resultados demostraron que no hay una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las variables de funcionamiento familiar y bienestar psicológico ($Rho = .37$; sig.001); sin embargo, indicaron que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las variables soporte social percibido y bienestar psicológico ($Rho = .43$; sig.000); también, determinaron que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las variables autoeficacia para el afrontamiento del estrés y bienestar psicológico ($Rho = .47$; sig.000)³⁴.



En 2015 Rodríguez y Colaboradores en España, realizaron un estudio cuyo objetivo principal fue explorar las relaciones de la resiliencia con el auto concepto y el apoyo social percibido; y, en segundo lugar, identificar variables predictoras de la resiliencia. La muestra estuvo conformada por 1.250 adolescentes ($M = 13.72$, $DT = 1.09$). Utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC), el Cuestionario Auto concepto Dimensional (AUDIM), el Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Familia y Amigos (AFA) y la Escala de Apoyo del Profesorado (HBSC-2006). Con el propósito de observar las relaciones que existen entre la resiliencia, el auto concepto y el apoyo social percibido calcularon los coeficientes de correlación de Pearson con las puntuaciones obtenidas en el CD-RISC, AFA, HBSC-2006 y AUDIM. En segundo término, con el objetivo de identificar variables predictoras de la resiliencia realizaron un análisis de regresión lineal múltiple, método de pasos sucesivos. Hallaron correlaciones positivas de la resiliencia con el auto concepto y el apoyo social percibido, así como una variación significativa en las puntuaciones de ambas variables en función de la resiliencia. El auto concepto y el apoyo social percibido fueron descritos como predictores de la resiliencia³⁵.

En 2016 García y colaboradores en Perú, realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar la influencia de la estructura y funcionalidad familiar en la resiliencia de adolescentes en situación de precariedad, por lo cual realizaron un estudio ex post facto retrospectivo simple. La muestra estuvo conformada por 393 estudiantes entre 12 a 17 años procedentes de escuelas que según el SISFOH se encuentran en centros poblados en situación de escasez y escasez extrema, a quienes se les evaluó con tres escalas, la de Resiliencia de Wagnild y Young (ER), la de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar de Olson y Portner (Faces III), la de Comunicación Familiar de Barnes y Olson (PACS) y una encuesta sobre estructura familiar. Encontraron que la estructura y funcionalidad familiar influye en un 18.1% en la resiliencia de estos jóvenes. Concluyeron que la resiliencia es un proceso interactivo donde varios componentes intervienen en ella, siendo la familia una de las más importantes. Algunas características específicas de la familia que se encontraron como el provenir de una familia rígida y alejada reducen significativamente el desarrollo de



la resiliencia, mientras que ser mujer y el tener más edad influye de manera significativa³⁶.

En 2016 Rodríguez y Colaboradores en España, realizaron un estudio cuyo objetivo fue explorar las relaciones del bienestar subjetivo con resiliencia, auto concepto y apoyo social, identificaron variables predictoras del bienestar subjetivo. La muestra estuvo conformada por 1250 adolescentes entre 12 a 15 años (49% hombres y 51% mujeres), escogidos aleatoriamente. Realizaron un estudio ex post facto retrospectivo de tipo transversal. Aplicaron la Escala de satisfacción con la vida (Diener, Emmon, Larsen, & Griffin, 1995), la Escala de balance afectivo (Bradburn, 1969), la Escala de resiliencia de Connor y Davidson (2003), el Cuestionario de auto concepto multidimensional (Fernández-Zabala et al., 2015) y la Escala de apoyo familiar y de amigos (González & Landero, 2014). Los resultados corroboraron la existencia de relaciones entre bienestar subjetivo y las variables resiliencia, auto concepto y apoyo social. Fueron predictores de satisfacción con la vida: alto nivel de auto concepto, resiliencia y apoyo familiar; de las amistades: alto nivel de resiliencia, auto concepto y apoyo de afecto positivo; y de afecto negativo: bajo nivel de auto concepto y apoyo familiar³⁷.

En 2017 Rodríguez y colaboradores en Perú, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el ambiente social familiar y la resiliencia en adolescentes que sufren violencia familiar de la I.E. "Ignacio Escudero" del distrito de Ignacio Escudero, Provincia de Sullana, año 2017. Realizaron un muestreo probabilístico y tamaño de muestra de 123 estudiantes de la I.E. "Ignacio Escudero" del distrito de Ignacio Escudero, Provincia de Sullana. Tipo de investigación utilizado fue el no experimental con un diseño correlacional, transversal. Utilizaron dos cuestionarios estandarizados con escala valorativa, referente al Clima social familiar y Resiliencia. De acuerdo a los resultados alcanzados observaron relación directa y significativa de las dimensiones, Relaciones, Desarrollo y Estabilidad del ambiente social familiar con la Resiliencia en adolescentes que sufren violencia familiar de la I.E. "Ignacio Escudero", según el coeficiente de Pearson con valores 0.601, 0.428 y 0.275 y con una relación Alta, Moderada y Baja respectivamente. Además, según la significancia



bilateral aceptaron la hipótesis, que existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del ambiente social familiar y la resiliencia³⁸.

En 2017 Días y Cadime en España realizaron un estudio cuyo objetivo primordial fue explorar el papel mediador de la autorregulación en la relación entre los factores protectores y la resiliencia. La muestra fue de 393 adolescentes de bachillerato. Los participantes fueron evaluados mediante el Healthy Kids Resilience Assessment para obtener la información sobre cuatro factores protectores del entorno escolar, entorno familiar, entorno de la comunidad y entorno entre pares y resiliencia. Dos dimensiones de la autorregulación—establecimiento de objetivos y control de los impulsos, se calcularon manejando el Short Self-Regulation Questionnaire. Los resultados revelaron que el ambiente familiar, de la comunidad y entre semejantes pronosticó significativamente los niveles de resiliencia de los alumnos. El principal predictor de la resiliencia fue el entorno familiar. También fueron predictores de la resiliencia el establecimiento de objetivos y la capacidad de control de impulsos, pero no encontraron pruebas de un efecto mediador de las dimensiones de la autorregulación sobre la relación entre los factores de protección y resiliencia³⁹.

En 2017 Villasana y colaboradores en España, realizaron un estudio cuyo objetivo fue averiguar sobre qué factores actuar para facilitar el desarrollo de la resiliencia en la adolescencia, este estudio contrasta la validez de dos modelos sobre las relaciones hipotéticas entre dos grupos de predictores, estilos de afrontamiento y factores de personalidad asociados a la resiliencia. Participaron en el estudio 1078 alumnos con una edad comprendida entre 12 y 18 años, de cuatro escuelas. Realizaron cuatro análisis de rutas con variables latentes (PALV), dos para testar cada modelo y dos de validación cruzada. Los resultados demostraron que la mejora de la resiliencia depende de los estilos de afrontamiento, y que los factores de personalidad asociados a la resiliencia actúan como mediadores del efecto de ellos, además de que su efecto directo es muy pequeño. También, el efecto del sentido de relación fue contrario al esperado de acuerdo a otros estudios⁴⁰.

En 2017 Rodríguez y Velázquez en Ecuador, realizaron un estudio cuyo objetivo fue considerar los niveles de resiliencia que poseen los adolescentes de la Unidad Educativa Particular Liceo Americano Católico de la ciudad de Cuenca, consideraron



a la resiliencia como elemento fundamental de la salud mental. El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo, el muestreo fue probabilístico con una muestra conformada por 402 adolescentes entre 12 a 16 años. El instrumento utilizado fue el cuestionario JJ63 que mide el grado de formas de afrontamiento que utilizan los adolescentes. Los resultados obtenidos fueron, que la mayoría de los adolescentes poseen una capacidad moderadamente resiliente, las variables analizadas en cuanto al nivel de escolaridad y el género, no intervienen en la presencia de dicha capacidad, finalmente los ámbitos que favorecen al desarrollo de la capacidad resiliente fueron la Funcionalidad Familiar y el nivel de Creatividad. Concluyeron que los adolescentes son moderadamente resilientes sin la intervención de factores individuales como contextuales⁴¹.

En 2017 Del Toro y Chávez en México, realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar los niveles de resiliencia en adolescentes que se encuentran estudiando. El tipo de estudio fue cuantitativo descriptivo, trabajaron con una muestra de 302 estudiantes de una preparatoria de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, fueron hombres (n=132) y mujeres (n=170); utilizaron la Escala de Medición de la Resiliencia Mexicana (RESI-M), desarrollada por Palomar y Gómez (2010). Los resultados descriptivos, demostraron que los estudiantes consiguieron niveles bajo y medio bajo en los cinco factores que mide la escala de resiliencia como son: Fortaleza y confianza en sí mismo, Competencia social, Apoyo familiar, Apoyo social y Estructura personal. Concluyeron que es necesario incentivar la resiliencia y los factores que la conforman en adolescentes, con el propósito de fortalecer su capacidad de adaptación y de superar la desdicha, de esta manera incurrir en un desarrollo integral sano⁴².

En 2017 Borrero y Solano en Colombia, realizaron un estudio cuyo objetivo fue, indagar las conductas de riesgo que afectan la salud integral del adolescente, también identificar las estrategias desde una perspectiva de resiliencia para la prevención de conductas de riesgo. Discutieron los resultados en función de las temáticas de adolescencia, estrategias resilientes, factores de riesgo y factores protectores. Concluyeron que los adolescentes expuestos a diferentes circunstancias negativas del ambiente, debido a condiciones socioeconómicas fluctuantes, presentan una inadecuada adaptación social, la pobreza puede ser un factor negativo para los



adolescentes, pero no es el único factor, ya que identificaron eventos negativos como el consumo de drogas, problemas personales, enfermedades y situaciones estresantes familiares que se convierten en factores de riesgo para estos adolescentes, reduciendo la capacidad resiliente en ellos⁴³.

En 2017 Mori en Perú, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre resiliencia y agresividad en adolescentes del nivel secundario del AAHH. Juan Pablo II en Carabaylo, 2017. La muestra estuvo conformada por 356 estudiantes del nivel de secundaria, con una edad entre 11 y 17 años. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional y de diseño no experimental de tipo transversal. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de resiliencia de Wagnilg, G. Young, H en 1993 adaptada por Del Águila en el 2003 y el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry adaptado por Matalinares, 2012. Los resultados indicaron que existe correlación inversa y significativa en las variables resiliencia y agresividad ($Rho = -.360^{**}$) y ($sig = 0,002$), donde demostraron que con mayores características resilientes menores características agresivas⁴⁴.

En 2018 Pérez y colaboradores en Lima, Perú, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre funcionalidad familiar y resiliencia en adolescentes de una Institución Educativa de Lima Sur. Método: La población fue de 460 adolescentes educación secundaria. Los criterios de inclusión fueron: Adolescentes regulares, edad comprendida entre 10 a 19 años de edad, autorización de sus padres y voluntad de participar libremente. Estudio de enfoque cuantitativo, en cuanto al diseño es no experimental, correlacional y transversal. Los instrumentos de recolección de datos, para la medición de la variable principal resiliencia fue la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-25) de 25 ítems; y para la variable funcionalidad familiar el cuestionario APGAR Familiar de 5 ítems. Resultados: La relación entre las variables "Función familiar" y "Nivel de resiliencia" se determinó utilizando la prueba de Spearman, que lanzó un coeficiente de correlación de +0,192, lo cual indica una relación directamente proporcional leve. Los niveles de resiliencia sobresaliente es el medio con $n=218$ (47,4%) participantes, y en cuanto a la funcionalidad familiar, el nivel predominante es la disfunción familiar leve con $n=167$ (36,3%) de participantes.



Conclusiones: Las variables principales funcionalidad familiar y resiliencia poseen una relación directamente proporcional leve estadísticamente significativa⁴⁵.

En 2018 Barbosa y colaboradores en México, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la capacidad explicativa del modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. Método: Estudio correlacional de comprobación de modelo. La muestra estuvo conformada por $n=439$ adolescentes primigestas que acudieron a consulta prenatal en una institución de tercer nivel de atención del Noroeste de México, acompañadas de al menos uno de sus padres o tutores y que su madre viviera. Resultados: La resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes demostró una media de $\bar{X}=110,98$ ($\hat{s}\pm=15,61$), lo cual indica que tienen una alta capacidad de resiliencia en todos los grupos de edad, independientemente del trimestre de gestación. Conclusiones: A mayor afrontamiento defensivo, mayor resiliencia para el cuidado del embarazo. A mayor apoyo social mayor resiliencia para el cuidado del embarazo, actuando como moderador en dicha relación, la preparación en el embarazo, la interpretación y aceptación del embarazo⁴⁶.

En 2018 Cruz y colaboradores en Perú, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre el apoyo social con la resiliencia en 25 adolescentes embarazadas del Centro de Salud Huambocancha Baja, en la ciudad de Cajamarca. La información la obtuvieron mediante la aplicación de encuesta, utilizando la Escala de Resiliencia para Adolescentes que evaluó las siete áreas de la resiliencia: introspección, creatividad, interacción, iniciativa, moralidad, humor e independencia, que consta de 34 ítems, y el Cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria, que consta de tres dimensiones de apoyo social: apoyo afectivo, instrumental y emocional/informativo. Los resultados demostraron que existe una correlación significativa entre apoyo social con la resiliencia en las adolescentes gestantes, esto fue determinado mediante la correlación de Pearson, donde pudieron apreciar que la correlación es significativa en el nivel 0,001. Además, observaron, que recibieron apoyo social en un nivel medio y alto el 44% de las adolescentes. Por último concluyeron que las adolescentes que presentaron un nivel alto de resiliencia fue el 60%, siendo interacción, moralidad, humor, creatividad e iniciativa las áreas con mayor porcentaje⁴⁷.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la deducción más importante que se desprende de las investigaciones sobre resiliencia es la formación de personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado, constituyéndose en personas productivas, felices y saludables.

Cuando los adolescentes perciben que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, pueden tener comportamientos negativos, no solo en su propia vida si no también en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad.

Ejemplos de comportamientos negativos en los adolescentes está la depresión, suicidio, bulimia, anorexia, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, violencia, inicio de vida sexual a temprana edad, contagio de enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes, deserción escolar, etc.

Es de gran interés gerencial, médico y social investigar nuevas maneras de intervenir con los jóvenes para que puedan enfrentar las adversidades de la vida desde el punto de vista positivo, en lugar de concentrarse en sus debilidades y carencias.

Con base en lo anteriormente expuesto, se realizó un estudio de tipo cuasi experimental con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar y el impacto del apoyo social en la resiliencia de los adolescentes a través del trabajo con familia. Se llevó a cabo en el CESSA de Tierra Colorada en el periodo de julio 2017 a diciembre 2018.

Por lo cual se plantean las siguientes preguntas a responder en la investigación:

1. ¿Cuál es el efecto de la funcionalidad familiar en la resiliencia de adolescentes?
2. ¿Cuál es el efecto del apoyo social en la resiliencia de los adolescentes?
3. ¿Cómo se modifica la resiliencia en los adolescentes mediante el trabajo con familia?



4. HIPOTESIS

Etapa 1

Hipótesis ¹

- La funcionalidad familiar tiene un efecto protector en la resiliencia de los adolescentes.

Hipótesis ⁰

- La funcionalidad familiar no condiciona un efecto protector sobre la resiliencia de los adolescentes.

Hipótesis ¹

- El apoyo social actúa como un factor protector en la resiliencia en los adolescentes.

Hipótesis ⁰

- El apoyo social no representa un factor protector en la resiliencia de los adolescentes.

Etapa 3

Hipótesis ¹

- El modelo de trabajo con familia tiene un efecto en el mejoramiento de la funcionalidad familiar y apoyo social en adolescentes poco resilientes.

Hipótesis ⁰

- El modelo de trabajo con familia no tiene un efecto en el mejoramiento de la funcionalidad familiar y apoyo social en adolescentes poco resilientes.



5. JUSTIFICACIÓN

Atendiendo a los actuales perfiles demográficos y epidemiológicos en México, es prioritario atender aquellos problemas asociados a la transición, como la pobreza, la inequidad en salud, el análisis de las causas de muerte de los últimos años y el abordaje de los padecimientos más frecuentes, que afectan a grupos de singular relevancia como son los adolescentes.

Los indicadores de conducta patológicos más frecuentes específicamente en adolescentes son: las adicciones, violencia, depresión, trastornos en la conducta alimentaria, ansiedad, angustia, estrés, déficit de atención, conductas de transgresión y evasión, embarazos precoces, suicidio, bulimia, anorexia, entre otros, ante las cuales se puede suponer que frente a este panorama pareciera que la prevención aparece como la solución más viable.

Es de suma importancia que los padres entiendan la necesidad de ejercer adecuadamente su rol en la familia, y si es necesario, reforzar algunos aspectos y actitudes que podrían dañar la relación con los adolescentes. Es prioritario que los adolescentes comprendan la importancia de sus recursos para afrontar sus problemas, con esto sus metas serán más sólidas, ya que la toma de decisiones será tomada con más conciencia y se pueden obtener resultados exitosos.

Las instituciones gubernamentales, públicas y privadas, tienen funciones que no bastan en la prevención de los problemas antes descritos, sino que es necesario analizar desde una perspectiva personal a los adolescentes, realizar estrategias para los padres o tutores, para que tengan una comunicación efectiva y entiendan las necesidades y expectativas de los adolescentes.

Es importante esta investigación, ya que la OMS en el 2016 informó que anualmente 800,000 personas se suicidan en todo el mundo, además de ser la segunda causa de muerte en adolescentes, en México la Encuesta ENSANUT en el 2012 reportó que a temprana edad se manifiesta una conducta de intento de suicidio con 3.5%



de los adolescentes entre 13 y 15 años, prevalencia de intento de suicidio aumenta en aquellos adolescentes que no tienen escolaridad (4.0%) y es más marcado en hombres que en mujeres (6.3% contra 1.4%).

La OMS reportó en el año 2013 que a nivel mundial más de dos millones de jóvenes de entre 10 y 19 años están infectados por el VIH, en México CENSIDA en el 2013 reportó que la prevalencia de VIH y SIDA en personas de más de 15 años es del 0.2%, la estimación de personas de 15 años y más viviendo con VIH y SIDA es de 170,000, anualmente mueren 9,300 habitantes por VIH.

La OMS señaló en el 2018 que a nivel mundial unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de mujeres menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo, en México la CONAPO en el 2014 reportó que hasta ese año existían en el país 22.4 millones de adolescentes entre los 10 – 19 años de edad, la encuesta ENSANUT del 2012 reportó que el aumento de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6 a 18.7 entre 2003 y 2012.

La OMS indicó en el 2018, que anualmente en el mundo mueren más de 7 millones de personas por causa del tabaco, de las que más de 6 millones son consumidores del producto y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno, en México la encuesta ENSANUT 2012 revela que la prevalencia de consumo de tabaco entre los adolescentes se definió como aquel individuo que había fumado 100 cigarros o más en su vida. Entre el año 2000 y 2012 no se observa un cambio en el porcentaje total de adolescentes que consumen tabaco (9.7% en 2000; 9.2% en 2012).

La OMS en el 2018, estimó que anualmente se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones, en México la encuesta ENSANUT 2012 reportó que entre los



años 2000 y 2012 no se observó un cambio estadísticamente significativo en el porcentaje total de adolescentes que consumen alcohol (24.8% en 2000; 25% en 2012).

La OMS en el 2016 calculó que el número de muertes relacionadas con las drogas, que en 2014 se estimó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, ha permanecido estable en todo el mundo, aunque sigue siendo inaceptable y evitable. En México en el 2017 de acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, indicó que de 2011 al 2017 el porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años de edad que tuvieron contacto con alguna droga aumentó 125 por ciento.

La OMS señaló en el 2018, que la depresión es la tercera causa principal de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes, en México de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Mexicana, estimó que uno de cada 10 adolescentes padece depresión.

Este mismo organismo internacional (OMS) reportó en el 2018 que la violencia a nivel mundial se elevó, dado que 1 de cada 10 adolescentes indica haber sufrido violencia sexual, la violencia es una causa importante de mortalidad entre adolescentes mayores de sexo masculino. En México, según la UNICEF dos niños con menos de 14 años mueren cada día a causa de la violencia.

El dar a conocer el tema de Resiliencia en los adolescentes y en las familias brinda las herramientas prácticas para desarrollar mayor tolerancia a la frustración, elevar su autoestima, inteligencia emocional, autonomía y capacidad de afrontar situaciones estresantes.

Debido a lo expuesto anteriormente es importante el determinar el efecto de la funcionalidad familiar y el apoyo social en la resiliencia de adolescentes a través del **trabajo con familia** del CESSA Tierra Colorada. Este estudio aportará la aplicación



de un modelo novedoso de atención en los adolescentes, que los médicos familiares del estado y del país pueden emplear. Brinda herramientas de detección, para obtener un diagnóstico oportuno que permita implementar un plan de tratamiento integral en el adolescente y su familia, que facilite la prevención, detección y abordaje de problemas y posibles complicaciones. Este modelo además contribuirá a la identificación de los recursos para que la familia haga uso eficaz de ellos y mejoren su calidad de vida.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



6. OBJETIVOS

6.1 General.

Determinar el efecto de la funcionalidad familiar y apoyo social en la resiliencia de adolescentes a través del trabajo con familia.

6.2 Específicos.

1. Caracterizar a los adolescentes
2. Analizar la funcionalidad familiar en los adolescentes.
3. Evaluar el apoyo social en los adolescentes.
4. Describir la resiliencia en los adolescentes
5. Identificar las dimensiones de la Resiliencia que necesitan ser reforzadas en los adolescentes.
6. Implementar el modelo de trabajo con familia a los adolescentes poco resilientes.
7. Comparar el efecto post-intervención.



7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño del estudio, población, muestra y muestreo

Se trata de una investigación de enfoque cuasi- experimental. Se utilizó el método pre-post grupo único, prospectivo de tipo analítico. El periodo del estudio fue del 1° de julio del 2017 al 31 de diciembre del 2018.

Para la etapa de diagnóstico se incluyó al universo total de adolescentes que acudieron al consultorio de servicios amigables del CESSA Tierra Colorada. (N=82)

Para la etapa de intervención la muestra fue no probabilística a conveniencia del investigador, ya que participaron los adolescentes que fueron diagnosticados como poco resilientes y que aceptaron participar, posteriormente se procedió a incluir a las familias.

7.2 Criterios de selección

7.2.1 De inclusión.

Etapa 1

- Hombres y mujeres adolescentes del CESSA Tierra Colorada
- Integrados a un núcleo familiar
- En edad 10 a 19 años
- Que cuenten con consentimiento informado firmado por su padre o tutor

Etapa 2

- Hombres y mujeres poco resilientes
- Integrados a un núcleo familiar
- En edad 10 a 19 años
- Adolescentes que cuenten con consentimiento informado firmado por su padre o tutor

7.2.2 De exclusión.

Etapa 1

- Adolescentes que se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico
- Adolescentes con alteraciones psicológicas
- Adolescentes que no deseen participar



Etapa 2

- Adolescentes que se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico
- Adolescentes con alteraciones psicológicas
 - Adolescentes que no deseen participar

7.3 Variables

Dependiente: Resiliencia

- Tengo
- Soy
- Estoy
- Puedo

Independientes:

- **Socio demográficas:** edad, genero, nivel socio- económico, ingreso.
- **Familiares:** tipo de familia, ciclo familiar, crisis familiar.
- **Funcionalidad** familiar: afecto, comunicación, armonía, cohesión y adaptabilidad.
- **Apoyo social:** apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social, apoyo afectivo.

7.4 Operacionalización de variables (ver en Anexo 1).

7.5 Técnicas, procedimientos e instrumentos de la investigación

Primera etapa: Etapa diagnóstica

Se realizó una junta informativa con la coordinadora del Grupo de adolescentes del CESSA Tierra Colorada, se expuso el plan de trabajo, así como también se consiguió la autorización de aplicar instrumentos.

Se realizó un diagnóstico de resiliencia, funcionalidad familiar y apoyo social.

Para el proceso de recolección de la información se aplicaron tres instrumentos a 82 adolescentes: Cuestionario APGAR, Cuestionario MOS y Cuestionario de Resiliencia.

Se foliaron las pruebas y se calificaron de acuerdo a la evaluación de cada instrumento, posteriormente esta información se capturo en el paquete estadístico



SPSS para su posterior procesamiento. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

Instrumento I

Para la recolección de los datos de Resiliencia se aplicó un cuestionario con 32 ítems de acuerdo al modelo de Grotberg y Wolin & Wolin, para evaluar la misma a todos los adolescentes de dicho grupo con el objetivo de diagnosticar a los adolescentes resilientes y poco resilientes, el tiempo para contestarlo fue de 20 minutos. Se verificó que se contestaron todos los reactivos. **(Anexo 2)**.

El Test consta de 4 dimensiones:

Tengo: Autoestima, Introspección, Capacidad de relacionarse

Soy: Confianza en sí mismo y el Entorno, Moralidad, Humor, Independencia

Estoy: Autonomía, Capacidad de Relacionarse, Introspección

Puedo: Competencia Social, Humor, Iniciativa

Instrumento II

El APGAR familiar se trata de un instrumento de tipo cualitativo, el cual tiene como objetivo principal evaluar la percepción de la funcionalidad familiar, aplicado a sus miembros a través de 5 parámetros los cuales son: adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución de conflictos. El tiempo para contestarlo fue de 10 minutos. Se verificó que contestaran todos los reactivos. **(Anexo 3)**.

Instrumento III

Cuestionario MOS de apoyo social: Por medio de 20 preguntas, con ítems agrupados en 4 dominios. El tiempo para contestarlo fue de 15 minutos. Se verificó que se contestaron todos los reactivos. **(Anexo 4)**.

- Apoyo escaso: menos de 57 puntos
- Falta de apoyo 4 dimensiones:
 - Emocional: menos de 24 puntos
 - Interacción social: menos de 9 puntos
 - Instrumental: menos de 12 puntos
 - Afectivo: menos de 9 puntos



Al final de esta etapa se informaron los resultados a las autoridades y adolescentes, se decidió intervenir con una muestra (n=10) de los adolescentes poco resilientes.

Segunda etapa.

Intervención: Implementación del Modelo de Trabajo con Familia.

Posterior al conocimiento de los resultados en la etapa diagnóstica, se diseñó un plan de manejo integral y estrategias para la intervención de los adolescentes que resultaron con baja resiliencia y que aceptaron participar en el estudio.

El **trabajo con familia** consistió en un proceso en el que participaron el grupo multidisciplinario de salud, integrado por un médico familiar, enfermera, psicólogo y una trabajadora social, se implementaron un conjunto de actividades diagnósticas utilizadas en medicina familiar.

Para el desarrollo de la primera parte del Trabajo con Familias se realizó la selección de los pacientes en el consultorio de especialidad, que fueron aquellos que obtuvieron una calificación baja de Resiliencia y además aceptaron participar en el estudio, se les otorgó una plática para su consentimiento e información sobre la participación del estudio, posteriormente se realizaron sesiones de Trabajo con Familia y visitas domiciliarias. Para tal efecto, se llevó a cabo una entrevista con el paciente, los miembros de su familia, para dar inicio al estudio de salud familiar, este procedimiento es un marco de referencia para investigar la relación bidireccional que existe entre la salud familiar y la enfermedad (motivo de consulta), y la manera en que se deberá abordar su manejo integral. La información obtenida permitió identificar y clasificar a las familias considerando aspectos demográficos, que reflejan su estructura, enfermedades que padecen, roles intrafamiliares, características generales de cada integrante del grupo familiar y relaciones afectivas que componen su funcionalidad. Este proceso tuvo una duración de dos horas por cada sesión. Para tal efecto se utilizó un formato llamado trabajo con familia del Centro de Salud con Servicios Ampliados de Tierra Colorada. Este formato consta de los siguientes apartados:



Ficha de identificación de la familia, donde se recogen los datos de importancia acerca de cada uno de los miembros de la familia, como son: edad, parentesco, escolaridad, ocupación, estado civil y religión.

Motivo de consulta y justificación del estudio de familia, en donde se plasma el principal motivo de la realización del estudio. Cuenta con otro apartado que son los **Antecedentes familiares**, en el cual se obtienen los datos más importantes de la salud de cada uno de los integrantes de la familia. La **Historia familiar** es el apartado donde se van a narrar los hechos más importantes de la familia, aquellos que trascendieron y de alguna manera tuvieron una repercusión en alguna de las etapas del ciclo vital de la familia. El **familiograma**, es una representación gráfica de los integrantes de la familia, que si bien es cierto proporciona información de las interrelaciones, es una oportunidad de investigar factores de riesgo y factores protectores. Es importante para observar a través de las sesiones como se va comportando la dinámica de la familia y de qué manera cambia con cada sesión.

En el **apartado de desarrollo familiar**, se muestran las tareas de cada etapa del ciclo familiar y los principales tipos de respuesta en cuanto a adaptación. Se continúa con el contrato terapéutico, donde el equipo de salud plasma las expectativas y objetivos de la realización del estudio de manera conjunta con la familia.

En este rubro es una oportunidad de analizar las guías anticipadas para abatir o disminuir los factores de riesgo y fomentar los factores protectores.

En la **descripción de la familia** se abarca la tipología familiar, el ámbito social, las funciones básicas familiares y los recursos de las familias con las que cuenta, así como si se identifican, se utilizan y el efecto que tienen para cada familia. Por último, encontramos el apartado de **Plan de tratamiento integral**, donde se identifican las tareas no cumplidas, así como la problemática (jerarquización de los problemas), los recursos con los que cuenta la familia para enfrentarlo, el personal responsable y el resultado⁴⁸.



Para la instrumentación del modelo de trabajo con familia en la Resiliencia de adolescentes, se realizó un plan de manejo integral, cumplimiento de tareas y planeación de talleres educativos, se categorizó a las familias acorde a sus necesidades de atención priorizando sus necesidades. (Tabla 1 y 2).

Tabla 1. Estructura del plan de manejo integral y cumplimiento de tareas en las familias del CESSA Tierra Colorada, 2018.

Plan de manejo	Cumplimiento de tareas
<p>Se otorgaron sesiones de trabajo con familia de acuerdo al tipo de crisis (normativo o paranormativo).</p> <p>Se indicó a los adolescentes que, a través de una aplicación para dispositivos móviles, realizaran el test para identificar sus cinco lenguajes del amor y también lo aplicaran en los integrantes de su familia, donde los integrantes se sienten amados y reconocidos (aplicación en Play Store: Tus cinco Lenguajes del Amor).</p> <p>Se realizó promoción de la salud: educación para el cuidado de la salud, actividad física, salud bucal y prevención de accidentes.</p> <p>Enfermería: actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental.</p> <p>Prevención y control de enfermedades.</p> <p>Identificación de recursos sociales.</p>	<p>Se fomentó el apoyo a las iniciativas de los jóvenes en cuanto estudio, trabajo y matrimonio.</p> <p>Comunicar a los miembros de la familia su lenguaje del amor y de acuerdo a ello propiciar el desarrollo de este para fortalecer los lazos de afecto.</p> <p>Se sugirió a la familia que implementara un día de familia a la convivencia familiar y otro día de convivencia exclusiva para la pareja.</p> <p>Se propuso iniciar actividades deportivas y culturales.</p> <p>Se orientó sobre la política de buena vecindad.</p>

Fuente: Elaboración propia del investigador 2018.

Tabla 2. Planeación de los talleres educativos con una duración de dos horas

No. DE SESION	FECHA	TEMA	NO. HORAS	ESTRATEGIA Y ACTIVIDADES	LUGAR
1	03/10/2018	Importancia de la familia como una red de apoyo	2	Se realizó una ponencia y posteriormente se realizó un ejercicio con dos equipos, los cuales tenían que anotar en una cartulina en que situaciones la familia los apoya.	Aula de enseñanza
2	10/10/2018	Recursos familiares Y sociales	2	Se realizó un ejercicio en el que cada uno de los participantes tuvo	Aula de enseñanza



				que anotar en una hoja sus recursos de apoyo familiar y social.	
3	17/10/2018	Funciones y roles familiares	2	Taller en el que cada uno de los participantes anotó en una hoja lo que cada uno de los integrantes de su familia realiza.	Aula de enseñanza
4	24/10/2018	Clarificación de los subsistemas familiares con sus límites	2	Se realizó un ejercicio en el que cada uno de los integrantes anotó en una hoja los límites que le gustaría implementar en su familia.	Aula de enseñanza
5	31/10/2018	Tareas del desarrollo	2	Exposición	Aula de enseñanza
6	07/11/2018	¿Qué es la adolescencia y que es la resiliencia?	2	Se realizó una lluvia de ideas acerca de la adolescencia, resiliencia y como desarrollar esta última.	Aula de enseñanza
7	14/11/2018	Importancia de los valores familiares y los 5 lenguajes del amor	2	Se realizó un ejercicio en el que anotaran en una hoja los valores que tienen en sus familias e identificar el lenguaje del amor de las familias a través de aplicación para dispositivos móviles "Tus 5 lenguajes del amor".	Aula de enseñanza
8	21/11/2018	Inteligencia emocional	2	Exposición	Aula de enseñanza
9	28/11/2018	Tanque emocional de Shakespeare	2	Exposición y ejercicio para realizar en casa	Aula de enseñanza
10	05/12/2018	Guías anticipadas y aplicación de instrumentos (post-test)	2	Se expusieron las guías anticipadas para cada etapa del ciclo de la familia, posteriormente se aplicó Test de Apgar, MOS y Resiliencia.	Aula de enseñanza

Fuente: Sesiones educativas impartidas a los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018

Tercera etapa.

Posteriormente a la intervención de trabajo con familia, se realizó un diagnóstico post-test de resiliencia, funcionalidad familiar y apoyo social, para evaluar la eficacia del modelo.

Para el proceso de recolección de la información se aplicaron tres instrumentos: Cuestionario APGAR, Cuestionario MOS y Cuestionario de Resiliencia. Se foliaron las pruebas y se calificaron de acuerdo a la evaluación de cada instrumento, posteriormente esta información se capturo en el paquete estadístico SPSS para su posterior procesamiento.



7.6 Procesamiento y análisis de la información.

La captura de la información se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22 (Statistical Package for Social Sciences). Para el análisis de la información se tomaron en cuenta los siguientes parámetros:

El Cuestionario de Resiliencia: Por medio de 37 ítems: la primera se desarrolló con una ficha de identificación integrada por 4 ítems (edad, sexo, escolaridad, ocupación y religión). (**Anexo 1**). Y la segunda con 32 reactivos. Las respuestas constaron de 5 opciones donde Siempre=5, Casi siempre=4, Algunas veces=3, Casi nunca=2 y Nunca=1. Una vez construida la escala, la calificación óptima esperada fue de 160 punto. (**Anexo 2**).

En el APGAR familiar el puntaje para cada uno de los 5 factores, osciló entre 0 y 2 puntos, siguiendo una clasificación de tres opciones que varía de “casi nunca”, “algunas veces”, y “casi siempre”. La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- Disfunción familiar: 0-3 puntos.
- Moderadamente funcional: 4-6 puntos.
- Altamente funcional: 7-10 puntos (**Anexo 3**).

Cuestionario MOS de apoyo social: Por medio de 20 preguntas, con ítems agrupados en 4 dominios.

- Apoyo escaso: menos de 57 puntos
- Falta de apoyo 4 dimensiones:
 - Emocional: menos de 24 puntos
 - Interacción social: menos de 9 puntos
 - Instrumental: menos de 12 puntos
 - Afectivo: menos de 9 puntos (**Anexo 4**).

Se empleó estadística descriptiva, mediante el uso de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión, así como estadística inferencial utilizando la prueba χ^2 de Pearson en la etapa diagnóstica, así como la medida de asociación Razón de



Prevalencias (RP), su intervalo de confianza (IC95%) y el valor de $p \leq .05$ de la prueba exacta de Fisher.

Para realizar la comprobación de la hipótesis planteada, se realizó la prueba estadística inferencial t de Student para datos relacionados (o emparejados), entre el pre-test y el pos-test de la escala de resiliencia, para obtener la comparación de la diferencia de medias relacionadas de los adolescentes intervenidos, así como sus intervalos de confianza, sus grados de libertad (gl) y el valor de $p \leq .05$. Con la finalidad de establecer si realmente hubo diferencia alguna, se procedió a realizar la comprobación de la hipótesis planteada entre el pre-test y el pos-test de la escala de Resiliencia. Los resultados se expresaron en tablas o cuadros.

7.7 Consideraciones éticas.

La presente investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su título quinto, capítulo único, artículo 100⁴⁹ fracción I, II, III y V. En la Declaración de Helsinki en sus apartados sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica, considerada como una investigación de bajo riesgo, ya que, sus procedimientos no fueron invasivos y no dañaron la integridad, física, mental y social de los sujetos de estudio. Además de que la investigación médica estuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales en su precepto que es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano⁵⁰.



8. RESULTADOS

Resultados de la primera etapa.

8.1 Características sociodemográficas de los adolescentes del CESSA de Tierra Colorada. Análisis univariado.

Etapa de Diagnóstico (Medición basal, PRE-TEST).

En la tabla 3, se puede observar que las mujeres representaron el 51.2% en relación con los hombres. La media de edad fue de \bar{X} = 14.9 años, con una moda de M_o =17, una mediana de M_d =15, una desviación estándar de gl =1.985, una edad mínima de 12 años y edad máxima de 19 años. El grupo de edad que predominó fue el de 12 a 15 años representando un 52.4%, mientras que la edad de 16 a 19 años representó el 47.6%.

En cuanto a la escolaridad los estudiantes de preparatoria representaron el 51.2%, mientras que el grupo de estudiantes de secundaria representa el 48.8%.

La religión que predominó en los adolescentes fue la protestante con un 52.4%, seguido de la religión católica representada por el 45.1%.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017.

Variables	F	%	$\hat{s}\pm$
Sexo			
Masculino	40	48.8	
Femenino	42	51.2	
Edad			1.985
Edad de 12 a 15	43	52.4	
Edad de 16 a 19 años	39	47.6	



Escolaridad		
Secundaria	40	48.8
Preparatoria	42	51.2
Religión		
Agnóstico	2	2.4
Católico	37	45.1
Protestante	43	52.4
Total	82	100.0

Fuente: Cuestionario de Resiliencia en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada.

1. Funcionalidad familiar en los adolescentes.

En la Tabla 4, se observa la esfera de adaptación, en la cual los adolescentes están contentos de contar *casi siempre* con una familia que le proporciona ayuda en el 59.8% de ellos.

En la esfera de compromiso, se obtuvo que los adolescentes están satisfechos *casi siempre* con el modo que tiene su familia de hablar las cosas con ellos y de cómo comparten sus problemas, en el 52.4% de ellos.

En la esfera de crecimiento, se obtuvo que a los adolescentes *casi siempre* les agrada pensar que su familia acepta y apoya sus deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección, en el 61% de ellos.

En la esfera de afecto, se obtuvo que a los adolescentes *algunas veces* les satisface el modo que tiene su familia de expresar su afecto y cómo responden a sus emociones, como cólera, tristeza y amor, en el 56.1 % de ellos.

En la esfera de resolución de problemas, se obtuvo que a los adolescentes les satisface *casi siempre* la forma en que su familia y ellos pasan el tiempo juntos, en el 57.3% de ellos.



Tabla 4. APGAR de la familia de los Adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2017.

Variables	f	%
Adaptación		
Estoy contento de contar con mi familia p/ayuda		
Casi siempre	49	59.8
Algunas veces	32	39.0
Casi nunca	1	1.2
Compromiso		
Estoy satisfecho con mi familia el compromiso para los problemas		
Casi siempre	43	52.4
Algunas veces	39	47.6
Crecimiento		
Mi familia, acepta y apoya nuevas actividades		
Casi siempre	50	61.0
Algunas veces	32	39.0
Afecto		
Mi Fam. expresa afecto		
Casi siempre	36	43.9
Algunas veces	46	56.1
Resolución de problemas		
Mi Fam. y yo pasamos tiempo juntos		
Casi siempre	47	57.3
Algunas veces	35	42.7
Total	82	100.0

Fuente: Cuestionario APGAR en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, Julio 2017.

En la tabla 5, se observa que la mayoría de los adolescentes estudiados tiene una familia disfuncional.

Tabla 5. Percepción de Nivel de Funcionamiento Familiar de los Adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2017

Nivel de Funcionalidad Familiar	f	%	\bar{X}	\hat{s}	Valor min	Valor máx.
Familia moderadamente funcional	29	35.4	7.27	1.65	5	10
Familia disfuncional	42	51.2				
Familia altamente funcional	11	13.4				
Total	82	100				

Fuente: Cuestionario APGAR en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, Julio 2017.



En la tabla 6, se muestra la variable funcionalidad familiar en forma dicotómica, en la que se observa que los adolescentes que viven con una familia disfuncional representaron el 51.2%.

Tabla 6. Percepción de funcionalidad familiar en Adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2017.

Percepción de funcionalidad familiar	<i>f</i>	%
Familia funcional	40	48.8
Familia Disfuncional	42	51.2
Total	82	100.0

Fuente: Cuestionario APGAR en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, Julio 2017.

2. Apoyo social en los adolescentes

En la tabla 7, se observó que la mayoría de los adolescentes manifestaron tener entre 1-10 personas que los apoyan, entre amigos y familiares, los cuáles representaron el 57.3%.

Tabla 7. Cuestionario MOS de apoyo social en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017

Número de amigos y familiares	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	1	1.2
1-10	47	57.3
11-20	21	25.6
21-30	8	9.8
31-40	3	3.7
41-50	2	2.4
Total	82	100.0

Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, julio 2017.

En la tabla 8, se observó que predominaron los adolescentes con apoyo social escaso en el 52.4% de ellos.



Tabla 8. Cuestionario MOS de apoyo social en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017

	<i>f</i>	%	\bar{X}	<i>s</i>	<i>Valor min</i>	<i>Valor max</i>
Con Apoyo social escaso	43	52.4	68.41	20.86	21	95
Con Apoyo social	39	47.6				
Total	82	100.0				

Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, julio 2017.

3. Resiliencia en los adolescentes

En la tabla 9, se observa en la esfera de *tengo* en el rubro de *autoestima*, que los adolescentes respondieron negativamente en el 64.6% de ellos. En la esfera *soy* en el rubro de *confianza en sí mismo*, los adolescentes respondieron positivamente en el 58.5% de ellos.

En la esfera *Estoy* en el rubro de *autonomía*, los adolescentes respondieron positivamente en el 58.5% de ellos. En la esfera *puedo* en el rubro de *competencia social*, los adolescentes no la presentan en el 52.4% de ellos.

En la esfera *tengo* en el rubro de *introspección*, los adolescentes respondieron positivamente en el 64.6% de ellos. En la esfera *estoy* en el rubro de *introspección*, los adolescentes respondieron positivamente en el 61% de ellos.

En la esfera *soy* en el rubro de *independencia*, los adolescentes respondieron positivamente en el 65.9% de ellos. En la esfera *tengo* en el rubro de *capacidad para relacionarse*, los adolescentes respondieron positivamente en el 56.1% de ellos.

En la esfera *estoy* en el rubro de *capacidad para relacionarse*, los adolescentes respondieron positivamente en el 54.9% de ellos. En la esfera *puedo* en el rubro de *iniciativa*, los adolescentes respondieron positivamente en el 64.6% de ellos.

En la esfera *soy* en el rubro de *humor*, los adolescentes respondieron positivamente en el 69.5% de ellos. En la esfera *puedo* en el rubro *humor*, los adolescentes respondieron positivamente en el 67.1% de ellos.

En la esfera *soy* en el rubro de *moralidad*, los adolescentes la presentan en el 63.4% de ellos.



Tabla 9. Dimensiones de la Resiliencia de los Adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2017.

Variables	f	%
Tengo autoestima		
Si	29	35.4
No	53	64.6
Tengo confianza		
Si	48	58.5
No	34	41.5
Estoy autonomía		
Si	48	58.5
No	34	41.5
Puedo competencia social		
Si	39	47.6
No	43	52.4
Tengo introspección		
Si	53	64.6
No	29	35.4
Estoy introspección		
Si	50	61.0
No	32	39.0
Soy independencia		
Si	54	65.9
No	28	34.1
Tengo capacidad		
Si	46	56.1
No	36	43.9
Estoy capacidad		
Si	45	54.9
No	37	45.1
Puedo iniciativa		
Si	53	64.6
No	29	35.4
Soy humor		
Si	57	69.5
No	25	30.5
Puedo humor		
Si	55	67.1
No	27	32.9
Soy moralidad		
Si	52	63.4
No	30	36.6
Total	82	100.0

Fuente: Cuestionario de resiliencia en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, Julio 2017.

En la tabla 10, se observa que predominaron los adolescentes poco resilientes en el 53.7% de ellos.



Tabla 10. Resiliencia en Adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2017.

Resiliencia	<i>f</i>	%
Resiliente	38	46.3
Poco resiliente	44	53.7
Total	82	100

Fuente: Cuestionario de resiliencia en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, Julio 2017.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



8.2 Análisis bivariado del diagnóstico basal. Prueba de χ^2 de Pearson.

Resiliencia y apoyo social en los adolescentes del CESSA de Tierra Colorada

En la tabla 11, se muestra que de los adolescentes que no tienen apoyo social (52.4%; 43) se encontraron poco resilientes el 37.2% (16), comparados con aquellos que si tienen resiliencia (62.8%; 27). Por otro lado, se observó que aquellos que tuvieron apoyo social (47.6%; 39), presentaron poca resiliencia el 71.8% (28), comparados contra los que si refirieron resiliencia (28.2%, 11), con una $\chi^2 = 9.838$, con $gl=1$ y un valor de $p = .002$ estadísticamente significativa.

Tabla 11. Resiliencia y apoyo social en Adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

Apoyo Social	ADOLESCENTES RESILIENTES CESSA TC		Total	χ^2	gl	p<.05	RP	IC95%
	Poca resiliencia	Resiliencia						
No tiene apoyo social	16 37.2% 36.4%	27 62.8% 71.1%	43 100.0% 52.4%	9.838	1	0.002	2.226	1.283; 3.863
Tienen apoyo social	28 71.8% 63.6%	11 28.2% 28.9%	39 100.0% 47.6%					
Total	44 53.7% 100.0%	38 46.3% 100.0%	82 100.0% 100.0%					

Fuente: Cuestionario de Resiliencia y funcionalidad familiar en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, Julio del 2017.

Medición de la magnitud de la asociación con la Razón de Prevalencias entre Resiliencia y Funcionalidad Familiar.

Aquellos adolescentes que no tienen apoyo social presentaron una razón de prevalencia de $RP=2.226$ veces más probabilidad de no tener resiliencia, comparados con aquellos que tienen apoyo social, con un $IC95\%:1.283-3.863$ y un valor de $p=0.002$.

Con estos resultados, se puede decir que la razón de prevalencia se encuentra contenida en el intervalo de confianza y que dicha asociación se puede explicar por la



ausencia del apoyo social, con una significancia del valor de $p = .05$, por lo que se puede decir que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

H_a: El apoyo social actúa como un factor protector en la resiliencia en los adolescentes.

Resiliencia y funcionalidad familiar en Adolescentes del CESSA de Tierra Colorada

En la tabla 12, se muestra que los adolescentes que tuvieron disfuncionalidad familiar tienen poca resiliencia el 93.2% comparado con aquellos que tiene una familia funcional, con una $X^2 = 3.557$, $gl = 1$, con un valor de $p \leq .05$, siendo estadísticamente significativo.

Tabla 12. Resiliencia y Funcionalidad Familiar en Adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

Percepción de funcionalidad familiar	ADOLESCENTES RESILIENTES CESSA TC		Total	X^2	gl	p<.05	RP	IC95%
	Poca resiliencia	Resiliencia						
Familia Disfuncional	41	30	71	3.557	1	.05	1.721	1.095; 2.707
	57.7%	42.3%	100.0%					
	93.2%	78.9%	86.6%					
	50.0%	36.6%	86.6%					
Familia funcional	3	8	11					
	27.3%	72.7%	100.0%					
	6.8%	21.1%	13.4%					
	3.7%	9.8%	13.4%					
Total	44	38	82					
	53.7%	46.3%	100.0%					
	100.0%	100.0%	100.0%					
	53.7%	46.3%	100.0%					

Fuente: Cuestionario de Resiliencia y funcionalidad familiar en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, Julio del 2017.

Medición de la magnitud de la asociación con la Razón de Prevalencias entre Resiliencia y Funcionalidad Familiar.

Basándose en las cifras observadas en la tabla 10, se puede expresar que aquellos adolescentes que presentaron disfuncionalidad familiar tienen una razón de prevalencia de $RP = 1.721$ veces más probabilidad de tener poca resiliencia comparado con aquellos que tienen una familia funcional, con un $IC: 1.095-2.707$ y un valor de $p = 0.05$.



Con los resultados siguientes se puede decir que la razón de prevalencia se encuentra contenida entre las cifras del intervalo de confianza y que dicha asociación se explica por la presencia de la familia disfuncional, con una significancia del valor de $p = .05$, se puede decir que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

H_a: La funcionalidad familiar actúa como factor protector en la resiliencia de los adolescentes.

Resultados de la segunda etapa.

De las familias estudiadas el tipo de familia que predominó por su conformación fue la nuclear con el 90% (n=9), seguida de la extensa en el 10% (n=1). En cuanto a la clasificación por su tipo de integración, las familias resultaron ser integradas en el 90% (n=9). De acuerdo a si presentaron alguna complicación, las familias que no presentaron fue del 90% (n=9). Según su desarrollo, son tradicionales en el 60% (n=6), son modernas en el 40% (n=4). Según su demografía, son urbanas en el 50% (n=5), y son sub-urbanas en 50% (n=5). De acuerdo a la ocupación del Padre de familia, resultaron ser de tipo obrera en el 100% (n=10) de ellas (véase tabla 13).

Tabla 13. Datos de Tipología Familiar en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

Conformación	f	%
Nuclear	9	90
Extensa	1	10
Integración		
Integrada	9	90
Desintegrada	1	10
Complicaciones		
Ninguna	9	90
Interrumpida	1	10
Desarrollo		
Tradicional	6	60
Moderna	4	40
Demografía		



Urbano	5	50
Sub-urbano	5	50

Ocupación del jefe de familia

Obrera	10	100
--------	----	-----

Fuente: Estudio de Salud Familiar realizado a familias de pacientes con baja resiliencia del CESSA Tierra Colorada 2018.

Para determinar el ciclo vital de la familia, según Geyman, las familias se encuentran en etapa de Dispersión en el 100% (n=10) de ellas (véase tabla 14).

Tabla 14. Fase del Ciclo Vital en Adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

Geyman	f	%
Dispersión	10	100

Fuente: Estudio de Salud Familiar realizado a familias de pacientes con baja resiliencia del CESSA Tierra Colorada 2018.

Para determinar el tipo de crisis que estaban presentando las familias, en 10 familias se identificaron crisis de tipo normativo por estar transitando en el ciclo de familias con adolescentes, nueve familias presentaron alguna crisis de tipo paranormativo (véase tabla 15).

Tabla 15. Jerarquización de problemas en Adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

Crisis	Saturación
Normativa	10
Paranormativa	9

Fuente: Estudio de Salud Familiar realizado a familias de pacientes con baja resiliencia del CESSA Tierra Colorada 2018.

Antes de iniciar la intervención de Trabajo con Familia, se identificó que 9 familias se encontraban moderadamente funcionales, 1 familia se encontró altamente funcional, al término de la intervención las 10 familias obtuvieron un test altamente funcional. Antes de iniciar la intervención de Trabajo con Familia, se identificó que 9 familias se



encontraban con buen apoyo social, 1 familia se encontró con apoyo social escaso, al término de la intervención las 10 familias obtuvieron un test de buen apoyo social. Antes de iniciar la intervención de Trabajo con Familia, se identificó que 10 familias se encontraban con resiliencia baja, al término de la intervención las 10 familias obtuvieron un test de resiliencia alto (véase tabla 16).

Tabla 16. Test inicial y final de APGAR, MOS y Resiliencia en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

Test	Inicial	Final
APGAR		
Moderadamente funcional	9	0
Altamente funcional	1	10
MOS		
Escaso	1	0
Bueno	9	10
Resiliencia		
Baja	10	0
Alta	0	10

Fuente: Estudio de Salud Familiar realizado a familias de pacientes con baja resiliencia del CESSA Tierra Colorada 2018.

Las 10 familias identificaron los recursos con los que cuenta (véase tabla 17).

Tabla 17. La familia identificó los recursos y los utilizó en los Adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

Si	No
10	0

Fuente: Estudio de Salud Familiar realizado a familias de pacientes con baja resiliencia del CESSA Tierra Colorada 2018.



Resultados de la tercera etapa.

8.3 Resultados de la Intervención (POS-TEST).

Análisis de las características Sociodemográficas

En la tabla 18, se muestra que el sexo femenino fue el que predominó en la intervención con el 70%, el grupo de edad que mayor participación tuvo fue el de 16-19 años con el 60%, la escolaridad que más se observó fue secundaria con 60%, la religión que predominó en el grupo fue la católica con el 60%.

Tabla 18. Características sociodemográficas de los Adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2018.

Variables	f	%
Sexo		
Masculino	3	30
Femenino	7	70
Edad		
Edad de 12 a 15	4	40
Edad de 16 a 19 años	6	60
Escolaridad		
Secundaria	6	60
Preparatoria	4	40
Religión		
Agnóstico	0	0
Católico	6	60
Protestante	4	40
Total	10	100.0

Fuente. Cuestionario de Resiliencia en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.

En la siguiente tabla 19, se muestra comparativamente la calificación porcentual pre-test y pos-test de la escala de Funcionalidad Familiar después de la intervención



realizada en los adolescentes que presentaron resultados relacionados con poca resiliencia del CESSA Tierra Colorada.

Tabla 19. Funcionalidad familiar de los adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2018.

Funcionalidad familiar	Pre-test		Pos-test	
	f	%	f	%
Altamente funcional	1	10	10	100
Moderadamente funcional	9	90	0	0
Disfuncional	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario de Funcionalidad familiar en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.

Posterior a la intervención, se observó un cambio importante en la funcionalidad familiar, ya que en el pos-test se encontró que el 100% de los adolescentes modificaron su comportamiento y su dinámica familiar pues las familias alcanzaron una funcionalidad alta (n=10).

Comprobación de la diferencia de las medias, a través de la prueba *t* de Student. Para la escala de funcionalidad familiar pre-test y pos-test.

Con la finalidad de establecer si realmente hubo diferencia alguna, se procedió a realizar la comprobación de la hipótesis planteada, a través de la prueba *t* de Student, para datos relacionados (o emparejados), entre el pre-test y el pos-test de la escala de funcionalidad familiar.

En la siguiente tabla 20, una vez realizada la prueba *t* de Student, se observó que las medias obtenidas en la funcionalidad familiar en el pre-test fueron de $\bar{X}=5.70$ con una $\hat{s}\pm.949$ y en el pos-test de $\bar{X}=9.50$ con una $\hat{s}\pm.527$.

Tabla 20. Funcionalidad familiar de los adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2018.

APGAR	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
APGAR pre-test	5.70	10	.949	.300
APGAR pos-test	9.50	10	.527	.167

Fuente: Cuestionario de Funcionalidad familiar en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.



En la siguiente tabla 21, después de comparar el pre test y el pos-test de la escala de funcionalidad familiar, se obtuvo una diferencia de las medias $\bar{X}=3.8$, con una $\hat{s}\pm.789$, un IC 95%: 3.236;4.364, con una t de Student = 15.234 y $gl=9$, así como un valor de $p=.000$, estadísticamente significativo.

Tabla 21. Diferencia de las medias de Funcionalidad familiar de los adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2018.

	Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior				Superior
APGAR pre-test	3.800	.789	.249	3.236	4.364	15.234	9	.000
APGAR pos-test								

Fuente: Cuestionario de Funcionalidad familiar en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.

Con los resultados anteriores, podemos concluir que la funcionalidad familiar en los adolescentes y sus familias, se mejoró posterior a la intervención del trabajo con familia realizado. Con estos resultados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Prueba t de Student, para la diferencia de medias para el Apoyo social.

Una vez realizada la prueba t de Student, se observó que las medias obtenidas en el pre-test de apoyo social y el pos-test fueron de $\bar{X}=79.70$ con una $\hat{s}\pm.15.246$ y en el pos-test de $\bar{X}=81.50$ con una $\hat{s}\pm.12.067$ (tabla 22).

Tabla 22. Apoyo social de los adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2018.

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Cuestionario MOS pre-test	79.70	10	15.246	4.821
Cuestionario MOS pos-test	81.50	10	12.067	3.816

Fuente: Cuestionario de Apoyo social en 82 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.

Se pudo observar, después de comparar el pre test y el pos-test de la escala de apoyo social, que se encontró una diferencia de las medias de $\bar{X}=1.8$, con una $\hat{s}\pm 21.524$, un



IC 95%: -13.597;17.197, con una t de Student = .264 y $gl=9$, así como un valor de $p=.797$, sienta estadísticamente no significativo (tabla 23).

Tabla 23. Apoyo social de los adolescentes del Centro de Salud de Tierra Colorada, 2018.

Apoyo social	Media	Desviación estándar	Diferencias emparejadas		t	gl	Sig. (bilateral)	
			Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la Superior Inferior				
Cuestionario MOS pre-test	1.8	21.524	6.807	-13.597	17.197	0.264	9	0.797
Cuestionario MOS pos-test								

Fuente: Cuestionario de Apoyo social en 10 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.

Toma de decisión para la prueba de hipótesis.

Con un valor de t de Student = .264 y $gl=9$, así como un valor de $p\leq.797$, por consiguiente, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Interpretación. Los adolescentes que no se encontraron con apoyo social en la fase diagnóstica del estudio, modificaron muy poco el apoyo social escaso al inicio, posterior a la intervención realizada con el trabajo con familia.

Comprobación de la diferencia de las medias, a través de la prueba t de Student para la escala de Resiliencia: pre-test y pos-test.

En la tabla 24 se observan las medias obtenidas de resiliencia en adolescentes, en primer término en el pre-test se obtuvo un valor $\bar{X}=55.50$ con una $\hat{s}\pm 8.236$ y en el pos-test de $\bar{X}=146.00$ con una $\hat{s}\pm 13.275$ (tabla 24).

Tabla 24. Media de Resiliencia en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

	Estadísticas de muestras emparejadas			
	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Resiliencia pre-test	55.50	10	8.236	2.604
Resiliencia pos-test	146.00	10	13.275	4.198

Fuente: Cuestionario de Apoyo social en 10 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.



Posteriormente, después de comparar el pre test y el pos-test de la escala de resiliencia, se obtuvo una diferencia de las medias $\bar{X}=90.500$, con una $\hat{s}\pm.13.906$, un IC 95%: 80.552;100.448, con una t de Student = 20.579 y $gl=9$, así como un valor de $p=.000$, estadísticamente significativo. (Tabla 25).

Tabla 25. Diferencia de las medias de Resiliencia en adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia Inferior Superior				
Resiliencia pre-test	90.500	13.906	4.398	80.552	100.448	20.579	9	.000
Resiliencia pos-test								

Fuente: Cuestionario de Apoyo social en 10 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.

Interpretación. Los adolescentes que se encontraron con poca resiliencia en la fase diagnóstica del estudio, una vez realizada la intervención de trabajo con familia, modificaron positivamente la resiliencia encontrada al inicio del estudio (el 100% alta).

Con estos resultados, se puede afirmar que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna en la que: El modelo de trabajo con familias es eficaz en el mejoramiento de la funcionalidad familiar y su efecto en la resiliencia de los adolescentes, siendo mínimo en el apoyo social.

A continuación se muestran los resultados representativos del trabajo con la familia de los adolescentes con poca resiliencia que abarcan el plan de manejo integral, cumplimiento de tareas, sesiones realizadas y evolución de la familia. (Ver en anexos cada una de las 10 familias).

Familia 10	
Tipología familiar: Nuclear, moderna, urbana, desintegrada, obrera, y por complicaciones de tipo interrumpida. En fase de ciclo vital de dispersión.	
Jerarquización de problemas: Crisis paranormativa de desmoralización, por divorcio de sus padres.	
APGAR inicial: Moderadamente funcional	APGAR final: Altamente funcional



Apoyo social: Bueno	Apoyo social: Bueno
Resiliencia inicial: Baja	Resiliencia final: Alta
La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos)	
Plan de manejo integral: Como Médico Familiar, sesión de trabajo con familia para ayudar a la aceptación de la Crisis de desmoralización por divorcio de sus Padres. Sesión individual de seguimiento con Psicología, para completar proceso de aceptación de divorcio de sus Padres y otorgar el perdón. Promoción de la salud: educación para el cuidado de la salud y actividad física, salud bucal y prevención de accidentes. Enfermería: actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental, prevención. Prevención y control de enfermedades. Identificación de recursos sociales.	
Cumplimiento de tareas: Fomentar independencia emocional en los hijos. Establecer el contrato emocional, educativo, económico, social, cultural, espiritual, médico de la familia. Apoyar las iniciativas de los jóvenes en cuanto estudio, trabajo y matrimonio.	
No. De sesiones realizadas: 2 visitas domiciliarias, 10 sesiones educativas, 10 sesiones de trabajo con familia, 5 sesiones de Psicología.	
Evolución: Mejoro el estado de ánimo y hubo perdón por la separación de sus Padres, mejoraron las relaciones interpersonales con todos los integrantes de la familia. Consiguió trabajo y también obtuvo más independencia, realiza ejercicio 3 veces por semana y con ello mejoró el estado de ánimo.	



9. DISCUSIÓN

Según la funcionalidad familiar en los adolescentes que participaron en esta investigación se observó que fue similar a la investigación de Pérez y cols. en Lima, Perú; ya que ellos concluyeron que la funcionalidad familiar y resiliencia poseen una relación directamente proporcional leve estadísticamente significativa, y en esta investigación también se encontró que la funcionalidad familiar y resiliencia tienen una relación estadísticamente significativa.

Los resultados sobre el apoyo social observado en la investigación de Cruz y colaboradores, determinaron que existe una correlación significativa entre apoyo social con la resiliencia en las adolescentes embarazadas, mientras que en la presente investigación se observó una relación débil, entre apoyo social y la resiliencia en los adolescentes, la cual fue debido al azar, pues no se alcanzó la significancia estadística.

Según la resiliencia en los adolescentes que participaron en esta investigación se observó fue similar a la Del Toro y cols., ya que en sus resultados obtuvieron niveles bajo y medio bajo en los cinco factores que mide la escala de resiliencia como son: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura personal; en los resultados de esta investigación, la esfera de la resiliencia que estuvo más afectada fue la de tengo en el rubro de autoestima, así como la esfera de puedo, en el rubro de competencia social.

Las dimensiones que necesitaron ser reforzadas en los adolescentes que participaron en esta investigación, fue similar a la observada por Del Toro y cols., ya que ellos consideraron necesario promover la resiliencia y los factores que la conforman, para fortalecer su capacidad y superar la adversidad, y así incidir en su sano desarrollo integral y su adecuado ajuste psicosocial. En esta investigación se reforzó el autoestima, así como la competencia social a través del trabajo con familia.

Algo que se pudo evidenciar en este estudio, fue que se observó que los adolescentes mejoraron su resiliencia, a través del trabajo con familia, con la intervención realizada mediante estrategias educativas y un manejo integral, se logró mejorar la funcionalidad



familiar en las esferas de adaptación, cuidado, crecimiento, como expresar afecto y resolución de problemas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran el efecto positivo del trabajo con familia para mejorar la resiliencia mediante la funcionalidad familiar y el apoyo social.

No se encontró relación entre resiliencia, edad, religión o grado académico.

Los adolescentes con una familia disfuncional presentaron menor resiliencia.

Los adolescentes que presentaron apoyo social escaso resultaron con mayor resiliencia.

Las dimensiones de la resiliencia que necesitaron ser reforzadas en los adolescentes fueron: tengo en la dimensión de autoestima y puedo en la dimensión de competencia social.

La intervención a través de trabajo con familia en los adolescentes poco resilientes ayudó a mejorar la funcionalidad familiar en la esfera de afecto y resolución de problemas, con ello también una resiliencia alta.

Se observó que el apoyo social ayudó a mejorar la resiliencia, aunque en una escala mínima, ya que la relación fue débil, lo que se puede atribuir al tamaño de la muestra, pues no alcanzó la significancia estadística.



11. RECOMENDACIONES

A los servicios de salud

1. Seguir brindando atención en los módulos de servicios amigables a los adolescentes en atención primaria, ya que fomentan los grupos de autocuidado; y en las unidades hospitalarias otorgar una atención diferenciada a las adolescentes embarazadas, para otorgar una atención integral.
2. Propiciar que se realicen talleres y foros de resiliencia dirigidos a los adolescentes y sus familias.
3. Contar con un módulo de Medicina Familiar (Trabajo con Familia) en cada Centro de Salud con Servicios Ampliados.
4. Aprovechar las nuevas formas de comunicarse de los adolescentes, como son las redes sociales informáticas, implementando aplicaciones electrónicas amigables para este fin que permitan de manera sencilla el abordaje médico familiar.

A los médicos familiares

Retomar el expediente médico familiar en cada núcleo básico el cual contenga los instrumentos de medición de funcionalidad familiar, medición del apoyo social, resiliencia y familiograma.

Fortalecer las tareas del desarrollo de acuerdo al ciclo vital, mediante guías anticipadas y darles seguimiento.

Al equipo de salud

1. Crear un programa de atención multidisciplinaria para los adolescentes y sus familias con el fin de fomentar la resiliencia y hablar de los problemas de salud más comunes entre los adolescentes.
2. Implementar de forma habitual visitas domiciliarias a los adolescentes con algún problema de salud de riesgo, en compañía del personal de enfermería y trabajo



social, con el objetivo de conocer el entorno familiar para detectar factores de riesgo.

3. Dar seguimiento a las familias intervenidas para continuar evaluando los logros y alcances de este modelo.
4. Se considera que es necesario continuar con la investigación en materia de resiliencia, explorando la percepción que de ella tienen los diferentes miembros de la familia y como repercuten en la salud física, mental y social del adolescente.

A las familias intervenidas:

Es necesario hacer énfasis en las guías anticipadas, tales como:

1. Reajuste de la relación conyugal.
2. Permitir y apoyar al joven con sus iniciativas de estudio, trabajo o matrimonio.
3. Mantener el hogar como base de apoyo para la independencia de los hijos adolescentes.
4. Mantener relaciones satisfactorias con la generación anterior y posterior.
5. Ajustarse al retiro y a la disminución de ingresos económicos.
6. Ajustarse a vivir solos.

Para que las familias estén preparadas para transitar a la siguiente etapa de independencia, y en la medida de lo posible se cumplan las funciones afectivas donde los integrantes de la familia se sientan amados y aceptados, y las funciones instrumentales para que su vida familiar se desarrolle de una manera ordenada, cubriendo las necesidades de cuidado. Fomentar el ejercicio, tareas recreativas, actividades culturales y espirituales, alimentación balanceada, acercar y hacer disponibles los servicios de salud, entre otras cosas.



ANEXOS

Anexo 1. Descripción de variables empleadas en la investigación.

VARIABLE	TIPO/ ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL O INDICADOR	DIMENSIÓN	CATEGORÍA	FUENTE	INSTRUMENTO
Edad	Cuantitativa/ discreta	Tiempo de existencia desde el nacimiento de una persona	Años cumplidos	Características socio-demográficas. ITEM (1)		Paciente	Cuestionario sociodemográfico
Sexo	Cualitativo/ nominal	Conjunto de características biológicas que distinguen al macho de la hembra.	Características biológicas que diferencia al sexo masculino del femenino.	Características socio-demográficas. ITEM (2)	1. Hombre 2. Mujer	Paciente	Cuestionario sociodemográfico
Escolaridad	Cualitativo/ nominal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.	Grado de conocimiento escolar.	Características socio-demográficas. ITEM (3)	1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Otras	Paciente	Cuestionario sociodemográfico
Ocupación	Cualitativa/ ordinal	Hace referencia a lo que la persona le dedica cierto tiempo y que recibe una remuneración económica	Tipo de actividad a la que se dedica	Características socio-demográficas. ITEM (4)	1) Obrero 2) Empleado 3) Campesino 4) Comerciante 5) Estudiante 6) Ninguno	Paciente	Cuestionario sociodemográfico
Religión	Cualitativa/ ordinal	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y formas de	Tipo de creencia que práctica	Características socio-demográficas. ITEM (5)	1) Agnóstico 2) Católico 3) Protestante	Paciente	Cuestionario sociodemográfico



		adoración que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).					
--	--	--	--	--	--	--	--

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo 2: Cuestionario socio demográfico y Resiliencia

ENCUESTA DE RESILIENCIA

1. Edad: _____
2. Sexo: () 1) Masculino 2) Femenino
3. Escolaridad:
 - 1) Analfabeta
 - 2) Primaria
 - 3) Secundaria
 - 4) Preparatoria
 - 5) Otras
4. Ocupación:
 - 1) Obrero
 - 2) Empleado
 - 3) Campesino
 - 4) Comerciante
 - 5) Estudiante
 - 6) Ninguno
- 5.- ¿Qué tipo de religión practicas?
 - 1) Agnóstico
 - 2) Católico
 - 3) Protestante



TENGO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1.-Personas alrededor en quien confié y quienes me quieren sin juzgar si soy bueno o malo.					
2.-Personas que enseñan lo necesario para evitar peligros y problemas					
3.-Personas que mediante su ejemplo me enseñan la manera correcta de proceder					
4.-Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando tengo dudas					
5.-Personas que muestren interés a mis problemas					
6.-Personas que me invitan a realizar tareas para mi comunidad y/o familia					
7.-Personas que me orientan con palabras de aliento					
8.-Personas que confían en mí y me lo dicen					
9.-Una(s) persona(s) en mi familia, en mi comunidad o en la escuela que me valora(n) y me aprecia(n)					



SOY	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NNCA
10.Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño					
11.Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto					
12.Respetuoso de mi mismo y mi prójimo					
13.Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan					
14.Agradable y comunicativo con mis familias y mis vecinos					
15.Capaz de ver las diferencias entre mis ideas con las de mis amigos					
16.Capaz de encontrar lo divertido a mis fracasos y errores y mirarlos de diferente manera					
17.Una persona que se siente acompañada y apoyada aun cuando estoy solo (a)					
ESTOY					
18.Dispuesto a responsabilizarme de mis actos					
19.Seguro de que todo saldrá bien					
20.Triste lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo					
21.Rodeado de compañeros que me aprecian					
22.Dispuesto ayudar y estoy seguro que será valorada mi ayuda					
23.Seguro de que algo o alguien me cuida y me ayuda a superarme					
PUEDO					
24.Hablar de las cosas que me asustan y me inquietan					
25.Buscar la manera de resolver mis problemas					
26.Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien					
27.Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar					
28.Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito					



29. Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres					
30. Sentir afecto y respeto					
31. Tomar con buen humor mis problemas para enfrentarlos de mejor forma					
32. Buscar varias formas para resolver un problema					

VARIABLES:

Variable Dependiente:

Resiliencia

Variable Independiente:

Sociodemográficas: Edad, Escolaridad, Ocupación y Religión.

Variables de la Escala por dimensiones:

Tengo: Autoestima, Introspección, Capacidad de relacionarse

Soy: Confianza en sí mismo y el Entorno, Moralidad, Humor, Independencia

Estoy: Autonomía, Capacidad de Relacionarse, Introspección

Puedo: Competencia Social, Humor, Iniciativa

Tabla 2. Operacionalización de Variables del Cuestionario de Resiliencia

	VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN/ ITEMS	ESCALA/ PONDERACIÓN	FUENTE
Variables Sociodemográfica	EDAD	CUANTITATIVO	TIEMPO QUE UNA PERSONA HA VIVIDO DESDE SU NACIMIENTO	AÑOS CUMPLIDOS EXPRESADO POR ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EL ITEM (1)	AÑOS CUMPLIDOS	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
	ESCOLARIDAD	CUANTITATIVO	PERIODO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ASISTE A LA ESCUELA O CENTRO DE ENSEÑANZA	PREPARACIÓN ACADÉMICA CON LA QUE CUENTA EL ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ITEM (2)	1. ANALFA 2. BETA 3. PRIMARIA 4. SECUNDARIA 5. PREPARATORIA 6. OTROS	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA



OCUPACIÓN	CUALITATIVO	TRABAJO OFICIO O ACTIVIDAD QUE EMPLEA TIEMPO EN SE EL	ACTIVIDAD LABORAL A LA QUE SE DEDICA	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS ITEM (3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. OBRERO EMPLEADO 2. CAMPESINO 3. COMERCIANTE 4. ESTUDIANTE 5. NINGUNO 6. 	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
RELIGIÓN	CUALITATIVO	CREENCIAS DOGMAS Y PRACTICAS QUE LOS INDIVIDUOS CONSIDERAN DIVINO O SAGRADO	CREENCIAS, DOGMAS Y PRACTICAS QUE LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN DIVINO O SAGRADO	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS ITEM (4)	<ol style="list-style-type: none"> 1. NO CREO EN DIOS 2. CREO EN DIOS 3. EN DIOS CATÓLICO 4. EVANGELISTA 7. TESTIGO DE JEHOVA 8. ADVENTISTA 	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA

Modelo Grotberg	AUTOESTIMA (TENGO)	CUALITATIVO	LA ACEPTACIÓN INCONDICIONAL DE NOSOTROS MISMOS COMO INNATAMENTE VALIOSOS E IMPORTANTES A PESAR DE ERRORES, DERROTAS Y FRACASOS	JUICIO PERSONAL DE DIGNIDAD DEL ADOLESCENTE QUE SE EXPRESA EN LA FORMA DE PENSAR, AMAR, ESTUDIAR, SOCIALIZARSE, TRABAJAR Y COMPORTARSE	* TENGO ITEMS (1,2,3,4,6)	1-37 RESILIENTE 38-45 RESILIENTE NO	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
-----------------	--------------------	-------------	--	--	----------------------------------	---	-----------------------------



CONFIANZA EN SI MISMO Y EN EL ENTORNO (SOY)	CUALITATIVO	CAPACIDAD DE CONFIAR EN UNO MISMO Y EN NUESTRAS CAPACIDADES	CAPACIDAD DEL ADOLESCENTE PARA CONFIAR EN SI MISMO	* SOY ITEMS (10,11,12,13,14)	1-33 NO RESILIENTE 34-40 RESILIENTE	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
AUTONOMIA (ESTOY)	CUALITATIVO	CONDICIÓN Y ESTADO DEL INDIVIDUO, COMUNIDAD O PUEBLO CON INDEPENDENCIA Y CAPACIDAD DE AUTOGBIERNO	CAPACIDAD DEL ADOLESCENTE PARA REALIZAR ACCIONES Y TOMAR DECISIONES POR SI MISMO	* ESTOY ITEMS (18,19,20,21)	1-26 NO RESILIENTE 27-30 RESILIENTE	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
COMPETENCIA SOCIAL (PUEDO)	CUALITATIVO	RIVALIDAD, OPOSICIÓN ENTRE QUIENES ASPIRAN A CONSEGUIR LO MISMO	CAPACIDAD QUE TIENE EL ADOLESCENTE PARA COMPETIR POR ALGO QUE DESEA	* PUEDO ITEMS (24,25,26,27,28,29,30)	1-36 NO RESILIENTE 37-45 RESILIENTE	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
INTROSPECCION Y (TENGO ESTOY)	CUALITATIVO	ARTE DE PREGUNTARSE ASI MISMO Y DARSE UNA RESPUESTA HONESTA	CAPACIDAD DEL ADOLESCENTE PARA SER HONESTO CONSIGO MISMO	<ul style="list-style-type: none"> TENGO ITEMS (5,8) ESTOY ITEM(22) 	1-37 NO RESILIENTE 38-45 RESILIENTE	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA



INDEPENDENCIA (SOY)	CUALITATIVO	CAPACIDAD DE ESTABLECER LÍMITES ENTRE UNO MISMO Y LOS AMBIENTES ADVERSOS	CARACTERÍSTICA DEL ADOLESCENTE PARA NO DEPENDER DE OTRA PERSONA	• SOY ITEM (17)	1-33 RESILIENTE 34-40 RESILIENTE	NO NO	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
---------------------	-------------	--	---	--------------------	---	--------------	-----------------------------

CAPACIDAD DE RELACIONARSE (TENGO ESTOY)	CUALITATIVO	HABILIDAD PARA ESTABLECER LAZOS ÍNTIMOS Y SATISFACTORIOS CON OTRAS PERSONAS PARA BALANCEAR LA PROPIA NECESIDAD DE SIMPATÍA Y APTITUD PARA BRINDARSE A OTROS	CAPACIDAD QUE TIENE EL ADOLESCENTE PARA VINCULARSE CON OTRAS PERSONAS	*TENGO ITEMS (7,9) *ESTOY ITEM (23)	1-37 RESILIENTE 38-45 RESILIENTE 1-26 RESILIENTE 27-30 RESILIENTE	NO NO	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
INICIATIVA (PUEDO)	CUALITATIVO	PLACER DE EXIGIRSE Y PONERSE A PRUEBA EN TAREAS PROGRESIVAMENTE MÁS EXIGENTES	CAPACIDAD DEL ADOLESCENTE PARA INICIAR UNA ACCIÓN SIN QUE SE LE INDIQUE	*PUEDO ITEM (32)	1-36 RESILIENTE 37-45 RESILIENTE	NO	CUESTIONARIO DE RESILIENCIA



INSTRUMENTO

El cuestionario se estructuró en tres partes con 36 ítems: la primera se desarrolló con una ficha de identificación integrada por 4 ítems (edad, Escolaridad, Ocupación, Religión) y la segunda por 21 reactivos adaptados del modelo de Grotberg (1995) donde se caracterizó al adolescente Resiliente (tengo, soy, estoy y puedo); y la tercera con la adición de la escala de características personales propuestas por Wolin y Wolin integrada por 11 ítems (Introspección, Independencia, Capacidad de relacionarse, Iniciativa, Humor, Creatividad, Moralidad). (Anexo I)

El modelo de Grotberg para medir Resiliencia se integró por 4 dimensiones, la primera: TENGO, consta de 5 ítems (que miden Autoestima): 1.-Personas alrededor en quien confió y quienes me quieren sin juzgar si soy bueno o malo.

2.-Personas que enseñan lo necesario para evitar peligros y problemas. 3.Personas que mediante su ejemplo me enseñan la manera correcta de proceder. 4.-Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando tengo dudas. 5. Personas que me invitan a realizar tareas para mi comunidad y/o familia.

Cuyas respuestas constaron de 5 opciones donde Siempre=5, Casi siempre=4, Algunas veces=3, Casi nunca=2 y Nunca=1. Considerando un puntaje total óptimo para la dimensión de 25 puntos.

La segunda dimensión SOY: consta de 5 ítems (que mide Confianza en sí mismo y el entorno): 1. Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño. 2. Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto. 3. Respetuoso de mí mismo y mi prójimo. 4. Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan. 5. Agradable y comunicativo con mis familias y mis vecinos. Cuyas respuestas constaron de 5 opciones donde Siempre=5, Casi siempre=4, Algunas veces=3, Casi nunca=2 y Nunca=1. Se consideró un puntaje total óptimo para la dimensión de 25 puntos.

La tercera dimensión: ESTOY, consta de 4 ítems (que mide Autonomía):

1.Dispuesto a responsabilizarme de mis actos. 2. Seguro de que todo saldrá bien. 3. Triste lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo. 4. Rodeado de compañeros que me aprecian. Cuyas respuestas constaron de 5 opciones donde



Siempre=5, Casi siempre=4, Algunas veces=3, Casi nunca=2 y Nunca=1. Para esta dimensión se consideró un puntaje total óptimo de 20 puntos.

La cuarta y última dimensión: PUEDO, consta de 7 ítems (que califica competencia social): 1. Hablar de las cosas que me asustan y me inquietan. 2. Buscar la manera de resolver mis problemas. 3. Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien. 4. Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar. 5. Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito. 6. Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres. 7. Sentir afecto y respeto. Cuyas respuestas constaron de 5 opciones donde Siempre=5, Casi siempre=4, Algunas veces=3, Casi nunca=2 y Nunca=1. Considerando un puntaje total óptimo para la dimensión de 35 puntos.

Del modelo de Wolin y Wolin, se tomaron 11 ítems, que se combinaron con las dimensiones de Grotberg. En la dimensión TENGO: se anexaron 4 ítems (que califican introspección y capacidad de relacionarse): 1. Personas que muestren interés a mis problemas. 2. Personas que me orientan con palabras de aliento. 3. Personas que confían en mí y me lo dicen. 4. Una(s) persona(s) en mi familia, en mi comunidad o en la escuela que me valora(n) y me aprecia(n). Las respuestas constaron de 5 opciones donde Siempre=5, Casi siempre=4, Algunas veces=3, Casi nunca=2 y Nunca=1. Considerando un puntaje total óptimo para la dimensión de 20 puntos.

En la dimensión SOY: se anexaron 3 ítems (que califica Moralidad, Humor e independencia): 1. Capaz de ver las diferencias entre mis ideas con las de mis amigos. 2. Capaz de encontrar lo divertido a mis fracasos y errores y mirarlos de diferente manera. 3. Una persona que se siente acompañada y apoyada aun cuando estoy solo (a). Las respuestas constaron de 5 opciones donde Siempre=5, Casi siempre=4, Algunas veces=3, Casi nunca=2 y Nunca=1. Considerando un puntaje total óptimo para la dimensión de 15 puntos.

En la dimensión ESTOY, se anexaron 2 ítems (que califica Introspección y Capacidad de relacionarse): 1. Dispuesto ayudar y estoy seguro que será valorada mi ayuda. 2. Seguro de que algo o alguien me cuida y me ayuda a superarme. Las respuestas constaron de 5 opciones donde Siempre=5, Casi siempre=4, Algunas



veces=3, Casi nunca=2 y Nunca=1. Considerando un puntaje total óptimo para la dimensión de 10 puntos.

Por último, en la dimensión PUEDO: se anexaron 2 ítems (que califica Humor e iniciativa): 1. Tomar con buen humor mis problemas para enfrentarlos de mejor forma. 2. Buscar varias formas para resolver un problema. Las respuestas constaron de 5 opciones donde Siempre=5, Casi siempre=4, Algunas veces=3, Casi nunca=2 y Nunca=1. Considerando un puntaje total óptimo para la dimensión de 10 puntos.

Para obtener el puntaje final, se consideraron treinta y dos ítems, los cuales tienen una respuesta que va de mayor a menor, (Siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca), ponderándose en 5, 4, 3, 2 y 1 respectivamente. Que en estado ideal (100%) equivale a 160 puntos.

Una vez construida la escala, la calificación óptima esperada fue de 160 puntos.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo 3. Cuestionario APGAR familiar.

APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente la Enfermera (o) obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando a la Enfermera una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares.

La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias.

La enfermera utiliza datos procedentes del estado de salud para formular un “perfil de salud”, el que a su vez proporciona los datos necesarios para establecer un diagnóstico de enfermería y planificar intervenciones de enfermería apropiadas, encaminadas a promover un óptimo estado de salud mediante la modificación del estilo de vida.

El cliente anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera:

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia altamente funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente funcional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia disfuncional.



CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			



Anexo 4. Cuestionario MOS de apoyo social

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre)

Escriba el no. De amigos íntimos y familiares cercanos: _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tengas que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5



12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si estas enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5



Resultados de Cuestionario APGAR de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017.

PRE-TEST	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.	8	2
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.	9	1
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.	9	1
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.	9	1
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.	8	2

Fuente. Cuestionario APGAR en 10 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, julio 2017.



Resultados de Cuestionario APGAR de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

POS-TEST	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.	7	3
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.	8	2
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.	10	0
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.	9	1
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.	10	0

Fuente. Cuestionario APGAR en 10 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.



Resultados de Cuestionario MOS de apoyo social de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2017.

PRE-TEST	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Alguien que le ayude cuando tengas que estar en la cama		1	1		8
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar		1	3	1	5
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas			1	4	5
4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita		2	1	2	5
5. Alguien que le muestre amor y afecto	1	1		1	7
6. Alguien con quién pasar un buen rato			2		8
7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación		1		5	4
8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	1	2	2	4
9. Alguien que le abrace		1	1		8
10. Alguien con quien pueda relajarse		1	1	3	5
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	1	1		7
12. Alguien cuyo consejo realmente desee		1	1	4	4
13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas		2	1	3	4
14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si estas enfermo		1	2	3	4
15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos		3	2	4	1
16. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales			1	2	7
17. Alguien con quien divertirse				3	7
18. Alguien que comprenda sus problemas		2	1	2	5
19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido			1	1	8

Fuente. Cuestionario MOS de apoyo social en 10 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, julio 2017.



Resultados de Cuestionario MOS de apoyo social de los adolescentes del CESSA Tierra Colorada, 2018.

POS-TEST	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Alguien que le ayude cuando tengas que estar en la cama			1	5	4
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar			2	1	7
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas			2	3	5
4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita			2	3	5
5. Alguien que le muestre amor y afecto			1	4	5
6. Alguien con quien pasar un buen rato			2	3	5
7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación			1	4	5
8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones			1	6	3
9. Alguien que le abrace			2	3	5
10. Alguien con quien pueda relajarse			1	6	3
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo			2	3	5
12. Alguien cuyo consejo realmente desee			2	3	5
13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas			2	4	4
14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si estas enfermo			2	3	5
15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos			3	2	5
16. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales			2	4	4
17. Alguien con quien divertirse			3	3	4
18. Alguien que comprenda sus problemas			2	3	5
19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido			3		7

Fuente. Cuestionario MOS de apoyo social en 10 adolescentes del CESSA Tierra Colorada, diciembre 2018.



Resultados de la Intervención de Trabajo con familia (10 familias)

Familia 1	
Tipología familiar: Nuclear, tradicional, sub-urbana, integrada, obrera. En fase de ciclo vital, dispersión.	
Jerarquización de problemas: Crisis paranormativa. Crisis de desmoralización por infidelidad, por parte del padre de familia.	
APGAR inicial: Altamente funcional	APGAR final: Altamente funcional
Apoyo social: Escaso	Apoyo social: Bueno
Resiliencia inicial: Baja	Resiliencia final: Alta
La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos y educativos)	
Plan de manejo integral: Como médico familiar apoyar en la crisis de desmoralización. Se ofreció apoyo emocional, estabilizando los procesos emocionales al igual que se ayudó a recuperar el proceso adaptativo y funcionalidad cotidiana. Sesión individual de seguimiento con Psicología, para la atención de la poscrisis en la pareja. Por parte de enfermería, actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental. Prevención de enfermedades. Identificación de sus recursos familiares.	
Cumplimiento de tareas: Adaptarse al envejecimiento, mantener el funcionamiento individual de la pareja. Fortalecer las conductas de autocuidado. Permitir y apoyar al joven con sus iniciativas de estudio, trabajo o matrimonio. Mantener el hogar como base de apoyo para la independencia de los hijos adolescentes. Reajuste de la relación conyugal.	
No. De sesiones realizadas: 1 visita domiciliaria, 10 sesiones educativas, 10 sesiones de trabajo con familia.	
Evolución: Se aprecia mayor adaptación y ayuda por parte de la familia para resolver juntos sus problemas. Se aprecia mejor expresión de su afecto y emociones, mejoró el estado de ánimo. Se resolvió la crisis de desmoralización. Mejoraron las relaciones interpersonales de los integrantes de la familia, así como de sus relaciones con amigos, conocidos y compañeros.	

Familia 2	
Tipología familiar: Nuclear, tradicional, sub-urbana, integrada, obrera. En fase de ciclo vital, dispersión.	
Jerarquización de problemas: Crisis paranormativa. Crisis de status. Padre no cuenta con empleo formal.	
APGAR inicial: Moderadamente funcional	APGAR final: Altamente funcional
Apoyo social: Bueno	Apoyo social: Bueno
Resiliencia inicial: Baja	Resiliencia final: Alta



La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos y sociales)
Plan de manejo integral: Como médico familiar, ayudar a identificar su red de apoyo social, brindar estrategias para que la familia pueda obtener recursos económicos extras. Por parte de enfermería, actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental. Prevención de enfermedades. Identificación y utilización de sus recursos familiares.
Cumplimiento de tareas: Adaptarse al desarrollo de los hijos, adaptarse al desarrollo de los hijos, adaptarse al incremento de las necesidades, fortalecimiento de las conductas de auto cuidado.
No. De sesiones realizadas: 1 visita domiciliaria, 10 sesiones educativas, 10 sesiones de trabajo con familia.
Evolución: Se aprecia mayor tolerancia a la frustración, se adaptan a las circunstancias y resuelven juntos sus problemas económicos. Pasan más tiempo juntos y también tienen convivencia de calidad. La familia utilizó su red de apoyo social, pidieron un préstamo entre sus familiares y conocidos; con ese recurso económico abrieron un negocio para tener ganancias extras.

Familia 3	
Tipología familiar: Extensa, tradicional, sub-urbana, integrada, obrera. En fase de ciclo vital, dispersión.	
Jerarquización de problemas: Crisis paranormativa, de desmoralización por insuficiencia renal crónica por parte del Padre de familia.	
APGAR inicial: Moderadamente funcional	APGAR final: Altamente funcional
Apoyo social: Bueno	Apoyo social: Bueno
Resiliencia inicial: Baja	Resiliencia final: Alta
La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos y religiosos)	
Plan de manejo integral: Como médico familiar brindar consulta médica al esposo para valoración médica integral, derivar oportunamente a los servicios de salud con el fin de brindar una atención de calidad al paciente en este proceso de su enfermedad. Sesión individual de seguimiento con Psicología, mejorar autoestima. Por parte de enfermería, actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental. Prevención de enfermedades. Identificación de sus recursos sociales.	
Cumplimiento de tareas: Hacer vigentes las tareas de la familia, fomentar la autonomía de los hijos, fomentar la resiliencia en el esposo, adaptarse al incremento de las necesidades de la familia.	
No. De sesiones realizadas: 2 visitas domiciliarias, 10 sesiones educativas, 8 sesiones de trabajo con familia, 2 sesiones de terapia familiar.	



Evolución: Se aprecia mayor capacidad de afrontamiento en el esposo con respecto a la aceptación de su enfermedad así mismo aumento la autoestima en el. Mejoró la relación en general en la familia. La familia ha aprendido a adaptarse y aceptar la enfermedad del Padre, han utilizado sus recursos sociales, asintiendo con mayor frecuencia a la iglesia y a conseguir ayuda económica en los organismos de ayuda social.

Familia 4

Tipología familiar: Nuclear, tradicional, urbana, integrada, obrera. En fase de ciclo vital, dispersión.

Jerarquización de problemas: Crisis normativa. Menopausia por parte de la Madre.

APGAR inicial: Moderadamente funcional

APGAR final: Altamente funcional

Apoyo social: Bueno

Apoyo social: Bueno

Resiliencia inicial: Baja

Resiliencia final: Alta

La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos y culturales)

Plan de manejo integral: Como médico familiar brindar atención medico integral a la Madre, referencia a Climaterio, seguimiento al plan de alimentación y rutina de actividad física. Vigilar que acuda a las citas programadas de Climaterio. Sesión en pareja para reforzamiento del matrimonio. Por parte de enfermería, actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental, prevención y control de enfermedades. Nutrición: control del sobrepeso.

Cumplimiento de tareas: Adaptarse al desarrollo de la autonomía de los hijos, adaptarse al envejecimiento, adaptarse al desarrollo de la autonomía de los hijos.

No. De sesiones realizadas: 1 visitas domiciliarias, 10 sesiones educativas, 10 sesiones de trabajo con familia, 1 sesión de nutrición.

Evolución: Se aprecia mayor apego al tratamiento, mejoraron los hábitos alimenticios, realiza actividad física, se adaptaron a la enfermedad de la Madre y mejoraron las relaciones interpersonales.

Familia 5

Tipología familiar: Nuclear, tradicional, sub-urbana, integrada, obrera, según su complicación es de tipo interrumpida. En fase del ciclo vital, dispersión.

Jerarquización de problemas: Crisis normativa. Cónyuge dependiente afectivamente de los Padres. Crisis paranormativa del padre de familia, por diagnóstico reciente de Diabetes mellitus tipo 2.

APGAR inicial: Moderadamente funcional

APGAR final: Altamente funcional

Apoyo social: Bueno

Apoyo social: Bueno



Resiliencia inicial: Baja Resiliencia final: Alta
La familia identificó los recursos y los utilizó: Sí (médicos)
Plan de manejo integral: Cómo médico familiar ayudar a resolver la crisis paranormativa de aceptación de la Diabetes mellitus tipo 2, continuar con el control de la misma, seguimiento al plan de alimentación y rutina de actividad física. Vigilar que acuda a las citas programadas de Medicina Interna y Oftalmología. Sesiones conjuntas de terapia individual para aceptación de su enfermedad, así mismo sesiones de trabajo con familia, para completar proceso de desapego de la familia e origen. Promoción de actividades recreativas en familia, delimitación de roles, y funciones los integrantes de la familia. Por parte de Nutrición brindar educación alimentaria. Guías anticipadas para presencia de climaterio y enfermedad prostática. Identificación de recursos sociales.
Cumplimiento de tareas: Redefinir con las relaciones de la familia de origen, mantener una relación conyugal sólida y gratificante, reforzar la unión, adaptarse al proceso de evolución de la enfermedad.
No. De sesiones realizadas: 2 visitas domiciliarias, 10 sesiones educativas, 2 sesiones de terapia individual, 10 sesiones de trabajo con familia, 1 taller de nutrición.
Evolución: Se aprecia aceptación de la enfermedad, mejoró la autoestima, se aprecia mayor apego al tratamiento, mejoraron los hábitos alimenticios, mejoró las relaciones con sus familias de origen, realiza actividad física 5 días a la semana, la familia en general apoya en las tareas domésticas, mejoró el rendimiento escolar, la esposa aporta económicamente, acuden 1 vez por semana a la iglesia, la pareja tiene un día conyugal, y los fines de semana tienen tiempo de calidad familiar.

Familia 6	
Tipología familiar: Nuclear, moderna, sub-urbana, integrada, obrera. En fase de ciclo vital de dispersión.	
Jerarquización de problemas: Crisis paranormativa. La Madre refiere que recientemente le diagnosticaron Diabetes Mellitus tipo 2, posterior a ello inicio con estado depresivo.	
APGAR inicial: Moderadamente funcional APGAR final: Altamente funcional	
Apoyo social: Bueno Apoyo social: Bueno	
Resiliencia inicial: Baja Resiliencia final: Alta	
La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos)	
Plan de manejo integral: Como médico familiar realizar ejercicio de contención a la Madre de familia para aceptar la enfermedad, realizar un plan de alimentación, rutina de actividad física, referencia a Nutrición para educación de la alimentación a Psicología para dar seguimiento al estado depresivo. Vigilar a que acuda a las citas programadas de Endocrinología y Oftalmología. Sesión individual de seguimiento con Psicología para aceptación de su enfermedad. Promoción de	



la salud: educación para el cuidado de la salud y actividad física, salud bucal y prevención de accidentes. Nutrición: control de sobrepeso. Enfermería: actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental, prevención y control de enfermedades. Guías anticipadas para presencia de climaterio y enfermedad prostática. Identificación de recursos sociales.

Cumplimiento de tareas: Fomentar independencia emocional de los hijos, hacer vigente contrato emocional de la pareja. Apoyar las iniciativas de los jóvenes en cuanto al estudio, trabajo y matrimonio.

No. De sesiones realizadas: 2 visitas domiciliarias, 10 sesiones educativas, 10 sesiones de trabajo con familia, 1 taller de nutrición.

Evolución: Se logró mayor apego al tratamiento, mejoraron los hábitos alimenticios, suprimió la sal y los refrescos embotellados de su alimentación, mejoró el estado de ánimo, sale a caminar 30 minutos cada tercer día, se refiere con ganas de vivir, mejoraron las relaciones interpersonales con todos los integrantes de la familia.

Familia 7

Tipología familiar: Nuclear, moderna, urbana, integrada, obrera. En fase de ciclo vital de dispersión.

Jerarquización de problemas: Crisis paranormativa. Adolescente embarazada y crisis de status por problemas económicos.

APGAR inicial: Moderadamente funcional **APGAR final:** Altamente funcional

Apoyo social: Bueno **Apoyo social:** Bueno

Resiliencia inicial: Baja **Resiliencia final:** Alta

La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos)

Plan de manejo integral: Como Médico Familiar ayudarlos a la delimitación de roles y funciones de los integrantes de la familia. A la Madre adolescente brindar consejería informativa acerca de métodos anticonceptivos, control del niño sano, estimulación temprana, hablar acerca de los 5 lenguajes del amor, taller de aprendiendo a ser Padres. Ayudarlos a que reconozcan su red de apoyo social para poder utilizarla en pro de la economía familiar. Promoción de la salud: educación para el cuidado de la salud y actividad física, salud bucal y prevención de accidentes. Enfermería: actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental, prevención y control de enfermedades.

Cumplimiento de tareas: Adaptarse al desarrollo de los nuevos integrantes de la familia, permitir la socialización de los hijos, mantener una relación conyugal sólida, fomentar las conductas de auto cuidado, adaptarse al proceso de desarrollo evolutivo y de ser Padres.



No. De sesiones realizadas: 2 visitas domiciliarias, 10 sesiones educativas, 10 sesiones de trabajo con familia, 1 taller de aprendiendo a ser Padres.

Evolución: Se aprecia que los integrantes de la familia han delimitado los roles y las funciones que a cada uno le corresponde, participan en las tareas del hogar, la paciente realiza ventas por catálogo para aportar a los gastos familiares y del nuevo integrante de la familia. La Madre adolescente ha sabido adaptarse correctamente al nuevo rol de Madre, cumpliendo con la alimentación del nuevo integrante de la familia, así como con el cuidado en su desarrollo psicomotor y de la aplicación de sus vacunas. Mejoraron las relaciones interpersonales entre los integrantes de la familia.

Familia 8

Tipología familiar: Nuclear, moderna, urbana, integrada, obrera. En fase de ciclo vital de dispersión.

Jerarquización de problemas: Crisis paranormativas por no independencia emocional y económica de la familia de origen. Crisis de status.

APGAR inicial: Moderadamente funcional

APGAR final: Altamente funcional

Apoyo social: Bueno

Apoyo social: Bueno

Resiliencia inicial: Baja

Resiliencia final: Alta

La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos y sociales)

Plan de manejo integral: Como Médico Familiar ayudarlos a la delimitación de roles y funciones de los integrantes de la familia. A la adolescente recién casada brindar consejería informativa acerca de métodos anticonceptivos, hablar acerca de los 5 lenguajes del amor. Ayudarlos a que reconozcan su red de apoyo social para poder utilizarla en pro de la economía familiar. Promoción de la salud: educación para el cuidado de la salud y actividad física, salud bucal y prevención de accidentes. Enfermería: actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental, prevención. Prevención y control de enfermedades. La familia demostró mucha disponibilidad para la resolución de sus problemas.

Cumplimiento de tareas: Redefinir las relaciones con las familias de origen, mantener una relación conyugal sólida y gratificante, fortalecer las conductas de autocuidado.

No. De sesiones realizadas: 2 visitas domiciliarias, 10 sesiones educativas, 10 sesiones de trabajo con familia.

Evolución: Inicio un negocio pequeño en su casa obteniendo ganancias extras, acude a un centro recreativo 3 veces por semana, se observa alegre y con mejora del estado de ánimo, con su pareja existe una buena relación conyugal.



Familia 9

Tipología familiar: Nuclear, tradicional, urbana, integrada, obrera. En fase de ciclo vital de dispersión.

Jerarquización de problemas: Crisis paranormativa de pérdida por fallecimiento de su novia, estado depresivo.

APGAR inicial: Moderadamente funcional **APGAR final:** Altamente funcional

Apoyo social: Bueno **Apoyo social:** Bueno

Resiliencia inicial: Baja **Resiliencia final:** Alta

La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos, culturales y religiosos)

Plan de manejo integral: Como Médico Familiar trabajo con familia para completar proceso de duelo, referencia a Psicología para manejo de la depresión. Promoción de la salud: educación para el cuidado de la salud y actividad física, salud bucal y prevención de accidentes. Enfermería: actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental, prevención. Prevención y control de enfermedades. Identificación de recursos sociales.

Cumplimiento de tareas: Fortalecer las conductas de autocuidado.

No. De sesiones realizadas: 1 visita domiciliaria, 10 sesiones educativas, 10 sesiones de trabajo con familia, 5 sesiones de Psicología.

Evolución: Aceptación del proceso de duelo por la pérdida de su novia. Se inscribió a un dojo de Tae Kwon do para realizar actividad física lo que le ayudo a mejorar su estado de ánimo, además empezó a ir a la Iglesia con más frecuencia lo que ayudó a aceptar la pérdida de su novia. Se refiere con deseo de seguir estudiando y seguir con su vida.

Familia 10

Tipología familiar: Nuclear, moderna, urbana, desintegrada, obrera, y por complicaciones de tipo interrumpida. En fase de ciclo vital de dispersión.

Jerarquización de problemas: Crisis paranormativa de desmoralización, por divorcio de sus padres.

APGAR inicial: Moderadamente funcional **APGAR final:** Altamente funcional

Apoyo social: Bueno **Apoyo social:** Bueno

Resiliencia inicial: Baja **Resiliencia final:** Alta

La familia identificó los recursos y los utilizó: si (médicos)

Plan de manejo integral: Como Médico Familiar, sesión de trabajo con familia para ayudar a la aceptación de la Crisis de desmoralización por divorcio de sus Padres. Sesión individual de seguimiento con Psicología, para completar proceso de aceptación de divorcio de sus Padres y otorgar el perdón. Promoción de la salud: educación para el cuidado de la salud y actividad física,



salud bucal y prevención de accidentes. Enfermería: actualización de cartillas de vacunación, dotación de cartillas de la mujer y adolescentes, acciones de saneamiento ambiental, prevención. Prevención y control de enfermedades. Identificación de recursos sociales.

Cumplimiento de tareas: Fomentar independencia emocional en los hijos. Establecer el contrato emocional, educativo, económico, social, cultural, espiritual, médico de la familia. Apoyar las iniciativas de los jóvenes en cuanto estudio, trabajo y matrimonio.

No. De sesiones realizadas: 2 visitas domiciliarias, 10 sesiones educativas, 10 sesiones de trabajo con familia, 5 sesiones de Psicología.

Evolución: Mejoró el estado de ánimo y hubo perdón por la separación de sus Padres, mejoraron las relaciones interpersonales con todos los integrantes de la familia. Consiguió trabajo y también obtuvo más independencia, realiza ejercicio 3 veces por semana y con ello mejoró el estado de ánimo.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Barrio R, Roldan B, Martín-Frías M. Introducción de la pubertad. Rev Esp Endocrinol Pediatr (España). 2015; 6(suppl): 39-44.
- ² Güemes-Hidalgo M, González – Fierro MJ, Hidalgo-Vicario MI. Pubertad y adolescencia. Rev de formación continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (España). 2017; 5(1): 7-22.
- ³ Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry. (England). 1985;147: 598-611.
- ⁴ Werner EE, Smith RS. Vulnerable but invincible: A study of resilient children. New York: McGraw-Hill; 1982.
- ⁵ Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health. 1993;14(8): 626-631.
- ⁶ Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The international Resilience Project. La Haya, Holanda: Bernard Van Leer Foundation; 1995.
- ⁷ Suárez EN. Perfiles de Resiliencia: Resiliencia tendencias y perspectivas. Argentina: Fundación Bernard van Leer; 2004.
- ⁸ Manciaux M, Vanistendael S, Lecomte J, Cyrulnik B. La resiliencia: estado de la cuestión. Barcelona: Gedisa; 2003.
- ⁹ Mateu R, Gil JM, García-Renedo M. ¿Hacia una escuela resiliente? Un estudio a través del profesorado de educación infantil y primaria. Trabajo final de máster no publicado: Universitat Jaume I; 2009.



- ¹⁰ Forés A, Grané J. La resiliencia: Crecer desde la adversidad. Barcelona: Plataforma Editorial; 2010.
- ¹¹ Wolin SJ, Wolin S. The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity. Nueva York: Villard Books; 1993.
- ¹² Theis A. La resiliencia en la literatura científica: La resiliencia resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa; 2003.
- ¹³ Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatric (England). 1985; 147, 598-611.
- ¹⁴ Kotliarenco, MA; Cáceres I, Álvarez C. Resiliencia: Construyendo en adversidad. Chile: CEANIM; 1996.
- ¹⁵ D' Alessio L. Mecanismos neurobiológicos de la resiliencia. Ed. Argentina: Polemos; 2008.
- ¹⁶ Aranda B, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista IIPSI Facultad de Psicología (México). 2013; 16(1): 233-245.
- ¹⁷ Garza-Elizondo T, Gutiérrez-Herrera R. Trabajo con familias abordaje medico e integral. 3ª. Ed. México: Manual moderno; 2015.
- ¹⁸ Anzures CR, Chávez-Aguilar V. Medicina familiar. Ed. México: Corinter; 2008.
- ¹⁹ Soto-Acevedo F, León-Corrales IA, Castañeda-Sánchez O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora. Elsevier (México). 2015; 22(3) :63-93.



- ²⁰ Garza-Elizondo T, Gutiérrez-Herrera R. Trabajo con familias abordaje medico e integral. 3^a. Ed. México: Manual moderno; 2015.
- ²¹ Garza-Elizondo T, Gutiérrez-Herrera R. Trabajo con familias abordaje medico e integral. 3^a. Ed. México: Manual moderno; 2015.
- ²² Baz-Álvarez JC, Bazo-Álvarez OA, Águila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennet IM. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES III: un estudio en adolescentes peruanos. Rev Perú Exp Salud Publica (Perú). 2016; 33(3): 462-474.
- ²³ Ruiz-Rodríguez AV, Rivas-Gómez AM. Disfunción familiar en pacientes con intento de suicidio en el área de urgencias pediátricas. Salud pública de México (México). 2017; 59(3): 209-210.
- ²⁴ Irigoyen-Coria A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. 5^a ed. México: MFM editorial; 2014.
- ²⁵ Garza-Elizondo T, Gutiérrez-Herrera R. Trabajo con familias abordaje medico e integral. 3^a. Ed. México: Manual moderno; 2015.
- ²⁶ Membrillo-Luna A. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. 1^a ed. México: ETM; 2008.
- ²⁷ Minuchin S. Familias y terapia familiar. 4^a. Ed. España: Gedisa; 1989.
- ²⁸ Membrillo-Luna A. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. 1^a ed. México: ETM; 2008.
- ²⁹ Garza-Elizondo T, Gutiérrez-Herrera R. Trabajo con familias abordaje medico e integral. 3^a. Ed. México: Manual moderno; 2015.



- ³⁰ Departamento de Medicina Familiar del CESSA Tierra Colorada Secretaría de Salud de Tabasco, México, 2015.
- ³¹ García-Cortes JM, García-Méndez MR. Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol. Acta Colombiana de Psicología (Colombia). 2015; 18(2):163-172.
- ³² Villalta-Paucar MA, Delgado Vásquez AE, Ecurra Mayaute LM, Torres Acuña W. Resiliencia y rendimiento escolar en adolescentes de Lima y de Santiago de Chile de sectores vulnerables. Universitas Psychologica de Colombia (Colombia). 2017; 16(4): 1-11.
- ³³ Ulloque-Caamaño L, Monterrosa-Castro A, Arteta-Acosta C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. Rev Chil Ginecol (Chile). 2015; 80(6): 462-474.
- ³⁴ Cárdenas – Vásquez MV. Funcionamiento familiar, soporte social percibido y afrontamiento del estrés como factores asociados al bienestar psicológico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo-La Libertad. Rev Psicol (Perú). 2016; 18(1): 72-85.
- ³⁵ Rodríguez-Fernández A, Ramos-Díaz E, Ros I, Fernández-Zabala A. Relaciones de resiliencia con el auto concepto y el apoyo social percibido en una muestra de adolescentes. Acción Psicol (España). 2015; 12(2): 1-14.
- ³⁶ García-Zavala GP, Canseco-Briceño ML. Influencia de la estructura y funcionalidad familiar en la resiliencia de adolescentes en situación de pobreza. Perú: Universidad Católica San Pablo; 2016.



- ³⁷ Rodríguez – Fernández A, Ramos-Díaz E. Ros I, Fernández-Zabala A, Revuelta L. Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de resiliencia, el auto concepto y el apoyo social percibido. Elsevier (España). 2016; 23: 60-69.
- ³⁸ Rodríguez-Villalta MJ. Clima social familiar y resiliencia en adolescentes que sufren violencia en una Institución educativa, Sullana. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2017.
- ³⁹ Dias PC, Cadime I. Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation. *Psicol educativa (España)*. 2017; 23(1): 37-43.
- ⁴⁰ Villasana M, Alonso-Tapia J, Ruiz M. Procesos de afrontamiento y factores de personalidad como predictores de la resiliencia en adolescentes: validación de un modelo estructural. Elsevier (España). 2017; 22(2): 85-164.
- ⁴¹ Rodríguez-Orellana CM, Velásquez-Quito DA. Capacidad de resiliencia adolescente en estudiantes de 12 a 16 años. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017.
- ⁴² Del Toro-Valencia MP, Chávez-López JK. Adolescentes: El estudio de la resiliencia en un contexto escolarizado. Facultad de Psicología, Univ Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (México). 2017; 1-12.
- ⁴³ Borrero-Sánchez AN, Solano-Carvajal SA. Factores de resiliencia en adolescentes de 11 a 19 años vulnerables al consumo de sustancias psicoactivas. Colombia: Universidad cooperativa de Colombia; 2017.
- ⁴⁴ Mori-Neyra. Resiliencia y agresividad en adolescentes del nivel secundario del AAHH Juan Pablo II en Carabayllo. Perú: Facultad de Humanidades, Univ César Vallejo; 2017.
- ⁴⁵ Pérez-Siguas RE, Guevara-Morote DR, Canales-Rimachi R, Matta-Solis HH. Funcionalidad familiar y resiliencia en adolescentes de una institución educativa de



Lima Sur. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en enfermería (Cuba). 2018; 1-9.

⁴⁶ Barbosa-Martínez RC, Benavides-Torres RA, Onofre-Rodríguez DJ, Márquez-Vega MA. Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería (Cuba). 2018; 1-9.

⁴⁷ Santa Cruz-Cáceres KM, Soriano-Novoa MJ, Hernández-Torres AM. Apoyo social y resiliencia en adolescentes embarazadas del Centro de Salud Huambocancha Baja-Cajamarca. Rev Perspectiva (Perú). 2018; 19(1): 71-84.

⁴⁸ Estudio de Salud familiar. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. Disponible en <http://consejomedfam.org.mx/estudio-de-salud-familiar/>

⁴⁹ Gobierno de la República Mexicana. Ley General de Salud. 2013.

⁵⁰ Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. Disponible en :<http://www.medicosypacientes.com/gestor/plantillas/articulos/archivos/imagenes/Declaracion%20Helsinki.pdf>.