

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, R.R. I.I. Y CS. DE LA
COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**COHESIÓN FAMILIAR, ADAPTABILIDAD Y RESILIENCIA EN HIJOS
ADOLESCENTES DE MUJERES MALTRATADAS EN LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA “MARÍA AUXILIADORA” - PUNO**

PRESENTADO POR:

**NOELIA JULIA CÁRDENAS
CARCAUSTO**

Para optar el título Profesional de
Psicóloga.

Arequipa – Perú

2017

DEDICATORIA

A mi familia, mi papá Hilario y mi mamá Teresa que me apoyan en cada una de mis decisiones y me animan a crecer como persona, y a mi hermano Juan Carlos que están siempre presentes a pesar de la distancia transformando mis días en felicidad.

A cada uno de mis maestros, que me guiaron por medio de sus conocimientos y las horas dedicadas a compartir de su sabiduría haciendo que mi interés por el aprendizaje aumentara para lograr ser una mejor profesional y persona.

AGRADECIMIENTO

Culminar el presente trabajo de investigación ha significado acceder a una de mis metas, lo cual no hubiera sido posible si no hubiera contado con el invaluable apoyo y colaboración de numerosas personas a las cuales mencionare en señal de agradecimiento.

A mi asesor, por su interés, aliento y asesoría constante siempre que surgiera alguna dificultad.

Al Director de la Escuela Profesional de Psicología, por su revisión y apoyo.

A los Directores y profesores de la Institución Educativa “María Auxiliadora” Puno, por brindarme las facilidades en la recolección de la información.

A los padres de familia y alumnos que contribuyeron para que este estudio pudiera ser realizado.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la cohesión familiar, adaptabilidad familiar y la resiliencia en los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la Institución Educativa Emblemática “María Auxiliadora” – Puno. Teniendo en cuenta la importancia de la formación recibida en el hogar y el papel fundamental que posee la familia sobre los adolescentes, esta investigación pretende conocer su relación con la resiliencia que muestran. Según algunos estudios, ambos estarían relacionados, aunque no hay suficientes evidencias, por lo que 120 Adolescentes de ambos sexos fueron evaluados con el cuestionario de Resiliencia y el FACES III para determinar si existe relación entre la cohesión, adaptabilidad familiar y la resiliencia que perciben; ya que las investigaciones mencionan la importancia de fomentar y enseñar desde el seno familiar durante la niñez y adolescencia la habilidad para recuperarse de las adversidades. Contrario a lo esperado la cohesión, adaptabilidad familiar no tuvieron una relación significativa con la resiliencia total, sin embargo, si con algunos factores de la resiliencia (Factores Protectores Externos y Empatía) junto con la cohesión real. Por último, cabe mencionar la importancia de la habilidad de cada individuo para enfrentar las adversidades.

Palabras clave: Resiliencia, cohesión, adaptabilidad familiar, violencia familiar en mujeres e hijos., adolescentes

ABSTRACT

The aim of the present study was to determine the relationship between family cohesion, family adaptability and resilience in the adolescent children of battered women in the "María Auxiliadora" Emblematic Educational Institution - Puno. Taking into account the importance of the training received in the home and the fundamental role that the family has over adolescents, this research intends to know its relation with the resilience they show. According to some studies, both would be related, although there is insufficient evidence, so 120 adolescents of both sexes were evaluated with the Resilience questionnaire and FACES III to determine if there is a relationship between cohesion, family adaptability and the resilience they perceive; Since the investigations mention the importance of fomenting and teaching from the family during childhood and adolescence the ability to recover from adversity. Contrary to expected cohesion, familial adaptability did not have a significant relationship with total resilience, however, if with some factors of resilience (External Protective Factors and Empathy) together with real cohesion. Finally, it is important to mention the importance of each individual's ability to face adversity.

Key words: Resilience, cohesion, family adaptation, domestic violence on women and children, adolescents.

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
PROBLEMA DE ESTUDIO	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. OBJETIVOS	7
1.3. HIPÓTESIS	7
1.4 JUSTIFICACIÓN	8
1.5. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	10
1.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	15
1.7 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:	15
1.8. VARIABLES E INDICADORES	17
CAPÍTULO II	18
REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
2.1. VIOLENCIA FAMILIAR O DOMÉSTICA	18
2.1.1. La familia como entorno potencialmente conflictivo	20
2.1.2. Violencia familiar hacia la mujer y trauma.....	21
2.1.3. Consecuencias psicológicas de la exposición de los hijos a la violencia familiar	23
2.1.4. La violencia familiar como modelo de aprendizaje	23
2.2. ADOLESCENCIA	26
2.2.1. El adolescente de 11 a 17 años de edad	28
2.3. COHESIÓN FAMILIAR Y ADAPTABILIDAD	30
2.3.1. El modelo circumplejo de Olson	37
2.4. RESILIENCIA	39
2.4.1. Concepto y Origen del término Resiliencia.....	39
2.4.2 Dos enfoques complementarios	45
2.4.3 Factores de riesgo, factores protectores y resiliencia.....	46

2.4.4. Definiciones básicas.....	46
2.4.5 Factores Protectores y Factores de Riesgo:	55
2.5. EMPATÍA	60
2.5.1. Empatía y Adolescencia.....	61
2.5.2. Género y Empatía	63
2.6. RESILIENCIA, COHESIÓN FAMILIAR Y ADAPTABILIDAD	63
CAPÍTULO III	70
METODOLOGÍA.....	70
3. 1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO.....	70
3. 2. SUJETOS	70
3. 3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS	71
CAPÍTULO IV	80
4.1 RESULTADOS	80
CONCLUSIONES.....	98
RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	106

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Histograma de frecuencias de la Cohesión Real según sexo	80
Gráfico N° 2 Histograma de frecuencias de la Cohesión Ideal según sexo.....	82
Gráfico N° 3 Histograma de frecuencias de la cohesión total según sexo.....	83
Gráfico N° 4 Histograma de frecuencias de la Adaptabilidad Real según sexo.....	84
Gráfico N° 5 Histograma de frecuencias de la Adaptabilidad Ideal según sexo	85
Gráfico N° 6 Histograma de frecuencias de la Adaptabilidad Total según sexo.....	86
Gráfico N° 7 Histograma de frecuencias de los Factores Protectores Internos según sexo.....	87
Gráfico N° 8 Histograma de frecuencias de los Factores Protectores Externos según sexo.....	88
Gráfico N° 9 Histograma de frecuencias de la Empatía según sexo.....	89
Gráfico N° 10 Histograma de frecuencias de la Resiliencia Total según sexo.....	90

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1 Tabla de frecuencias de la cohesión Real según sexo	80
Tabla N° 2 Tabla de frecuencias de la cohesión Ideal según sexo	82
Tabla N° 3 Tabla de frecuencias de la cohesión total según sexo	83
Tabla N° 4 Tabla de frecuencias de la Adaptabilidad Real según sexo.....	84
Tabla N° 5 Tabla de frecuencias de la Adaptabilidad Ideal según sexo.....	85
Tabla N° 6 Tabla de frecuencias de la Adaptabilidad Total según sexo	86
Tabla N° 7 Tabla de frecuencias de los Factores Protectores Internos según sexo	87
Tabla N° 8 Tabla de frecuencias de los Factores Protectores Externos según sexo	88
Tabla N° 9 Tabla de frecuencias de la Empatía según sexo	89
Tabla N° 10 Tabla de frecuencias de la Resiliencia Total según sexo	90
Tabla N° 11Correlaciones entre cohesión, adaptabilidad y dimensiones de la resiliencia	91
Tabla N° 12 Correlación entre Cohesión, adaptabilidad familiar y resiliencia total	92
Tabla N° 13 Tabla de correlación entre Cohesión Real e Ideal	93
Tabla N° 14 Tabla de correlación entre Adaptabilidad Real e Ideal	94

INTRODUCCIÓN

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, “es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de ésta y del Estado”. Así mismo es un factor importante en la formación de personas sanas física y psíquicamente. Si un niño posee sus necesidades básicas satisfechas, tiene más opciones de éxito en el futuro, al añadir a esto el contacto físico y el respeto de sus padres o familiares, se obtendrá un desarrollo armónico (Fiorentino, 2008).

Entre las funciones principales de la familia, Garibay Rivas (2013) presenta el cuidado y apoyo de sus miembros, la educación de los hijos, satisfacción de sus necesidades y la procreación. La familia puede valer como un agente organizador de hábitos que proporciona el centro de exploración, desarrollo, mantenimiento y modificación de un gran número de conductas y aprendizajes para sus integrantes, los cuales crearán patrones de conductas.

La dependencia vital del ser humano en la infancia y la necesidad que posee de aprender de forma significativa para crecer, desarrollarse y organizar sus experiencias, involucran la participación de la familia, tanto en lo particular como en la sociedad, de este modo, el conocimiento de la familia es un elemento necesario para el entendimiento y comprensión del individuo (Garibay Rivas, 2013).

Para Minuchin y Fishman (1989) la familia se encuentra en un proceso permanente de ajuste y cambios junto a sus contextos sociales. En la etapa de creación del grupo familiar,

Ochoa de Alda (1995) propone que son necesarios diferentes cambios, ajustes y aprendizajes para adaptarse a las etapas que viven cada uno de sus miembros desarrollando las habilidades de negociación, comunicación o fijación de reglas, ya que se presentan momentos críticos que pueden desestabilizar a la familia. Sin embargo, para Garibay Rivas (2013) si los conflictos familiares no se resuelven por medio de la adaptación, pueden presentarse dificultades aún mayores.

Durante las adversidades de la vida es justamente el momento en que se estimula el desarrollo de los recursos internos y la capacidad para enfrentar situaciones

desfavorables de riesgo y estrés, de este modo se da lugar al proceso que permite realizar intervenciones basadas en la resiliencia (Anthony, Alter y Jenson, 2009).

En el caso de la adaptabilidad familiar se define, según Olson (1989) como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo», es decir que la estructura familiar puede verse afectada en un cambio, la desintegración de una familia nuclear (no logra la adaptabilidad el padre o la madre), hay cambios en las reglas y roles que los hijos muchas veces no están acostumbrados a realizar y para poder lograr esta habilidad tratan de adaptarse. Por ello se quiere determinar cómo funciona la familia en casa, sus roles y relaciones lo cual contempla David Olson en su teoría, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Para Haase (2004), la resiliencia se define como un proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores estresantes a fin de alcanzar resultados positivos. Asimismo, la resiliencia es entendida como la capacidad de rebote o de enfrentar con éxito una situación a pesar de la adversidad (Becoña, 2006).

La resiliencia es un proceso en el que interactúan factores sociales, emocionales, cognitivos y ambientales que permiten conseguir una adaptación positiva en medios que amenazan el desarrollo humano saludable (Melillo y Suárez Ojeda, 2001; Torre de Carvalho, Araujo de Moraes, Koller y Piccinini, 2007).

Para Vanistendael (2003), la resiliencia estimula a salir de los esquemas clásicos para reconstruir la vida, lo que le otorga mayor profundidad al concepto que solamente reparar los daños, por lo cual la importancia de este está en concentrarse en la reanudación del proceso de crecimiento de la vida.

Es así que la resiliencia, como un proceso y estado que se construye, está influenciada por el rol que juega la familia, la escuela y la comunidad como fuentes generadoras de factores protectores. De esta forma se pueden elaborar estrategias de intervención y programas preventivos a fin de promover actitudes y comportamientos saludables y resilientes en los adolescentes mediante la estimulación cognitiva, afectiva y conductual. Por lo cual es importante que se reconozcan y estimulen permanentemente sus comportamientos saludables que permitan el desarrollo

psicosocial de los mismos promoviendo la salud y la calidad de vida de los miembros de la comunidad (Fiorentino 2008).

La investigación de la resiliencia en adolescentes resulta ser útil en varios sentidos, González Arratia y Valdez (2012) mencionan la importancia de su estudio para conocer cuáles son los recursos psicológicos que poseen para salir adelante. También sugieren que no basta con estudiar la adversidad y el trauma, sino que también se debe realizar un análisis de los recursos positivos enfocándose en la prevención y promoción de la salud mental, lo cual puede servir de base para la acción y así promover la implementación de programas de apoyo o soporte en los individuos para fortalecer sus habilidades sociales y por ende prevenir conductas de riesgo. Del mismo modo Mackey et al. (2011) evaluaron la interrelación de los jóvenes y sus familias y también constataron que, en la adolescencia temprana, mediante la influencia de la cohesión familiar, se pueden observar efectos positivos que demuestran relación con la resiliencia.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es un grupo social natural, que determina las reacciones de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior, es así que su forma de organización y estructura tamizan las posibles experiencias de los miembros de la familia (Minuchin, 1990).

En el Perú encontramos muchas veces que las mujeres maltratadas no llevan una familia saludable. Sin embargo, en la sociedad actual la importancia de conocimiento en base a temas relacionados a la familia es de mucho valor ya que en esta radica la responsabilidad de formar a los jóvenes que integrarán el mundo del mañana.

La forma de establecerse que posee la familia está entendida desde una perspectiva sistémica y relacional ante los cambios que la confrontan con el adolescente, y la forma como cumple las tareas relacionadas con esta etapa del ciclo vital determinará que se originen o culminen conflictos relacionados a diversos ámbitos de la vida del adolescente, teniendo en cuenta que la adolescencia trae circunstancias que demanda reacomodos y adaptaciones por lo cual es fundamental poder adaptarse a las diferentes situaciones (Ugarte Díaz, 2001).

En el período de la adolescencia y la niñez se toman muchas de las decisiones que afectarán la vida adulta. Las tareas del desarrollo en esta etapa se centralizan en el logro de la identidad, un proceso importante en el cual la familia tiene un rol central, al otorgar seguridad y apoyo, observando al adolescente como un ser diferente, que también necesita de límites. Aquellos jóvenes sin este soporte y sin recursos previos de personalidad presentan factores de riesgo los cuales podrían llevar a expresar problemas conductuales (Florenzano, Sotomayor y Otava, 2001).

La cohesión familiar se define como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen varios conceptos o variables específicas para establecer y medir las dimensiones de cohesión familiar como la ligazón emocional y

las fronteras, las coaliciones, tiempo y espacio, relaciones, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de la cohesión se pueden diferenciar cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta) (Olson et al., 1979).

La adaptabilidad familiar se define como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en consecuencia, al estrés situacional o del ciclo familiar. La adaptabilidad familiar en su descripción y medición, incluye conceptos como poder, relacionado con la capacidad de control y disciplina, estilos de negociación, reglas y roles de relación en la familia. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se pueden observar son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta) (Olson et al., 1979).

La familia tiene un rol importante en la formación de personas sanas física y psíquicamente en el que cumple el papel de promotor de habilidades que permitan el desarrollo psicosocial. Esta es una fuente generadora de recursos personales y sociales de un individuo, como los vínculos afectivos significativos, la autoestima, la creatividad, el humor, una red social de pertenencia, una ideología que permita dar un sentido al sufrimiento, y la posibilidad de elaborar alternativas de solución frente a la adversidad, a esto llamamos resiliencia (Fiorentino, 2008).

La resiliencia posibilita el ajuste exitoso ante eventos adversos o traumáticos, esta ha sido definida como la capacidad de adaptarse y recuperarse exitosamente frente a eventos que se presentan como altamente estresantes, hostiles o potencialmente traumáticos (Rodríguez, Fernández, Pérez y Noriega, 2011).

Los hallazgos de Oliva et al. (2008) indican de forma clara que los acontecimientos vitales estresantes son un significativo factor de riesgo para el ajuste adolescente tanto interno como externo. Sin embargo, observaron que no todos los jóvenes se ven afectados de la misma forma lo cual asociaron con la presencia de relaciones familiares positivas, caracterizadas por la cohesión y la adaptabilidad, que actuaron como un factor protector de su ajuste comportamental en presencia de una dosis importante de adversidad.

Las secuelas psicológicas de los modelos relationales caracterizados por insuficiencias afectivas y mal manejo interaccional entre los miembros de una familia

pueden privar u obstruir el intento de los miembros por conseguir su pleno potencial para un desarrollo psicosocial pleno. Por este motivo el fortalecimiento emocional de las familias es de suma importancia para superar los patrones disfuncionales y conseguir una vida saludable para sus miembros (Oros y Vargas Rubilar, 2012).

De esta forma se puede decir que las relaciones familiares constituyen uno de los principales factores que protegen a niños y niñas de los efectos adversos de los acontecimientos estresantes. Y del mismo modo que los protegen durante la niñez también pueden protegerlos durante la adolescencia media y tardía, lo cual indica que la familia continúa teniendo un importante efecto protector sobre el ajuste conductual durante la etapa crucial de la adolescencia (Oliva et al., 2008).

Por otro lado, en la adolescencia y con el aporte de la familia se forman aspectos predictores del éxito, uno de los cuales es la resiliencia, una de las variables desarrolladas en este trabajo. González Arratia López Fuentes y Valdez Medina (2012) concuerdan que es de importancia hacer énfasis en la investigación en niños y adolescentes, ya que a partir de estas etapas de desarrollo se pueden promover aprendizajes fundamentales para la vida.

Mediante este estudio se busca aportar por medio de la investigación una exposición de relaciones entre variables que pueda ser de interés y utilidad para futuras investigaciones y la sociedad, para que por medio de esta se obtenga conocimiento que pueda ser utilizado como guía para saber de qué forma la cohesión familiar influye en los hijos de las mujeres maltratadas, especialmente para educadores y en la psicología social, para que se pueda hacer un programa específico para los estudiantes afectados por la violencia familiar, ya que como se sabe esta afecta en varias esferas de la vida, como en sus estudios.

Los adolescentes y niños son los futuros hombres y mujeres de la sociedad en la que vivimos y la formación que estos reciban en sus hogares será la herramienta con la que se enfrentarán a los problemas y desafíos futuros. La adolescencia, como la etapa entre la niñez y la edad adulta, es un periodo en el que el joven debe hacer frente a las tareas de establecer una identidad satisfactoria para poder enfrentarse al mundo. Por lo

cual el propósito de esta investigación es el de analizar la relación entre la cohesión, adaptabilidad familiar y la resiliencia de los adolescentes.

Teniendo en cuenta la importancia de la formación recibida en el hogar y el papel fundamental que posee la familia sobre los adolescentes, esta investigación busca dar respuesta al siguiente problema: ¿Cuál es la relación entre la cohesión familiar, adaptabilidad familiar y la resiliencia en hijos adolescentes de mujeres maltratadas?

1.2. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Correlacionar la cohesión familiar, adaptabilidad familiar y resiliencia en los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la Institución Educativa Emblemática “María Auxiliadora”.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la relación entre la cohesión, la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” y los factores protectores internos de la resiliencia.
- Determinar la relación entre la cohesión, la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” y los factores protectores externos de la resiliencia.
- Determinar la relación entre la cohesión, la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” y el nivel de empatía de la resiliencia.
- Determinar la relación entre la cohesión, la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” y el nivel de resiliencia total.

1.3. HIPÓTESIS

En la investigación se tienen en cuenta las siguientes hipótesis:

A. HIPÓTESIS GENERAL

La cohesión y la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” tienen una relación significativa con la resiliencia.

B. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- 3.1 La cohesión y la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” tienen una relación significativa con los factores protectores internos de la resiliencia.
- 3.2 La cohesión y la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” tienen una relación significativa con los factores protectores externos de la resiliencia.
- 3.3 La cohesión y la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” tienen una relación significativa con el nivel de empatía de la resiliencia.
- 3.4 La cohesión y la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” tienen una relación significativa con el nivel de resiliencia total.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En la sociedad actual la importancia de conocimiento en base a temas relacionados a la familia es de mucho valor ya que en esta radica la responsabilidad de formar a los jóvenes que integrarán el mundo del mañana. Por otro lado, en la adolescencia y con el aporte de la familia se forman aspectos predictores del éxito, uno de los cuales es la resiliencia, una de las variables desarrolladas en este trabajo. González Arratia López Fuentes y Valdez Medina (2012) concuerdan que es de importancia hacer énfasis en la investigación en

niños y adolescentes, ya que a partir de estas etapas de desarrollo se pueden promover aprendizajes fundamentales para la vida.

La resiliencia es un proceso en el que interactúan factores sociales, emocionales, cognitivos y ambientales que permiten conseguir una adaptación positiva en medios que amenazan el desarrollo humano saludable (Melillo y Suárez Ojeda, 2001; Torre de Carvalho, Araujo de Morais, Koller y Piccinini, 2007).

Para Vanistendael (2003), la resiliencia estimula a salir de los esquemas clásicos para reconstruir la vida, lo que le otorga mayor profundidad al concepto que solamente reparar los daños, por lo cual la importancia de este está en concentrarse en la reanudación del proceso de crecimiento de la vida.

Es así que la resiliencia, como un proceso y estado que se construye, está influenciada por el rol que juega la familia, la escuela y la comunidad como fuentes generadoras de factores protectores. De esta forma se pueden elaborar estrategias de intervención y programas preventivos a fin de promover actitudes y comportamientos saludables y resilientes en los adolescentes mediante la estimulación cognitiva, afectiva y conductual. Por lo cual es importante que se reconozcan y estimulen permanentemente sus comportamientos saludables que permitan el desarrollo psicosocial de los mismos promoviendo la salud y la calidad de vida de los miembros de la comunidad (Fiorentino 2008).

Acorde a varias investigaciones epidemiológicas sociales mencionadas en González Arratia López Fuentes, Valdez Medina, Oudhof van Barneveld y González Escobar (2009) han observado que muchas personas en situaciones de riesgo superan los apremios saliendo fortalecidos de estos, es por este motivo que se considera pertinente realizar un análisis desde la postura de la resiliencia y salud, ya que por medio de esta es posible hacer una redefinición del rol de los niños y adolescentes para que logren por medio de sus facultades una adaptación positiva. En este caso, dejan de ser sujetos pasivos-beneficiarios que reciben información para ser reconocidos como actores de su propio desarrollo.

En este contexto la investigación se justifica tanto en el ámbito teórico como práctico. Desde el punto de vista teórico es importante, pues se va a contribuir con un enfoque metodológico que permita incrementar y profundizar el conocimiento respectivo de algunos patrones de conductas familiares y sociales que tipifican a las familias donde la madre es maltratada.

En el ámbito práctico, la información generada contribuirá a mejorar las estrategias de prevención e intervención propuestas para modificar tales patrones familiares y sociales que influyen en la resiliencia, contribuyendo y beneficiando tanto a la práctica profesional del psicólogo, como la de los educadores y la familia de los afectados.

1.5. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En esta investigación presentamos los siguientes antecedentes:

El psicólogo del desarrollo Werner (1982) en su estudio de cuatro décadas con niños en la isla Kauai en Hawái, constituye el tercer estudio más importante en la literatura de la resiliencia. De 698 niños estudiados, un tercio de ellos tenían cuatro veces más factores de riesgo presentes en sus vidas e identificados como “alto riesgo” (Werner y Smith, 1982).

Sin embargo, significativamente un tercio de los niños de alto riesgo (72 de 101) demostraron buenos resultados en la adolescencia. Adicionalmente por el tiempo que los participantes habían comenzado el principio de los 30 años, dos tercios de aquellos que habían presentado problemas durante la adolescencia estaban llevando vidas adultas exitosas (Werner & Smith, 1982).

Con frecuencia los desajustes y las crisis en la adolescencia tienen más que ver con la percepción de la situación que con la situación en sí misma y, en todo caso, las acciones que se emprenden con la finalidad de solucionar un determinado problema van a depender, del modo en que se interpreta y valora esa situación. Si se valora que la situación es difícil y además irresoluble, es posible que una consecuencia de esta percepción sea la resignación, la depresión y desilusión (Musitu y Cava, 2007). Pero también al afrontar estos desafíos se hace uso de los recursos psicológicos en función de las exigencias que la situación plantea y es precisamente el optimismo, un factor que permite a los individuos afrontar mejor los problemas de la vida ya que está directamente relacionado con la resiliencia (Salgado, 2009; González Arratia, 2011).

A fines de los setenta se iniciaron en la Universidad de Minnesota estudios que intentaban observar los aspectos principales del funcionamiento familiar. Por medio del análisis de la literatura presentada sobre terapia familiar se identificaron entre las dimensiones más importantes en la dinámica de la familia, la cohesión y adaptabilidad familiar (Olson et al., 1986).

Por otra parte, según Pérez Marín, Molero Zafra y Aguilar Alagarda (2008) para lograr a cohesión familiar suele ser primordial que las familias implanten algún tipo de vinculación emocional que sea confortable y funcional para poder ser capaces de crear lazos y una identidad familiar que logre un marco seguro desde el que afrontar las dificultades que puedan surgir en la dinámica de la familia.

Cuando se presentan grandes niveles de adaptabilidad y cohesión en la familia, también se presentan altos niveles de apoyo y comunicación (Lehan, Stevens, Arango Lasprilla, Díaz Sosa y Espinosa Jove, 2012).

Malamud (1987) fue la primera investigadora en trabajar con el FACE II de Olson, realizó una validación del cuestionario para familias del Cono Norte de Lima. La investigadora buscó describir las características de las estructuras familiares según el modelo de Olson para comprobar la relación existente entre los enfoques de los padres y el de los hijos y qué tipo de familia permite mayor discrepancia entre padres e hijos adolescentes. Este trabajo solo uso el cuestionario para medir la percepción real de la familia. Algunas de las conclusiones establecen que el modelo sirve para describir a toda la familia o a un solo miembro de la misma y permite conocer el funcionamiento familiar.

Quintana (1990) investigó acerca de la reconstrucción familiar, por línea materna, sus características y funcionalidad en un sector socioeconómico bajo de Lima Metropolitana. Utilizó el instrumento FACES II realizado por Malamud (1987), y trabajó con una muestra de 20 familias reconstituidas. Concluyó que las familias reconstituidas tienen características diferentes, no necesariamente son disfuncionales y, que sirve para describir el funcionamiento familiar, pero que no indica las razones de esa disfuncionalidad.

Bernos (1991) realizó una investigación sobre la disfuncionalidad familiar con miembro esquizofrénico, trabajó con una muestra de 32 familias con un miembro esquizofrénico y aplicó el cuestionario FACES III de Olson. El estudio dio como resultado que en relación padre-hijo hay mayor discrepancia que en relación madre-hijo.

Raéz (1992) realizó una investigación sobre familias, adolescentes y modelo ideal familiar, utilizó el cuestionario FACES III en un sector socioeconómico medio de Lima, fue una investigación con 384 adolescentes en 1ro. y 5to. de secundaria, siendo una de las conclusiones que la percepción familiar varía según el sexo y la edad. La familia ideal es caótica en adaptabilidad, y conectada, amalgamada o separada en cohesión. La percepción real o ideal de la familia se ubica, en general en el rango medio, tiene alta satisfacción familiar. Las familias de tipo rígido - disgregado son escasas.

Reusche (1994) realizó un estudio exploratorio en familias de adolescentes de nivel socioeconómico medio, residentes en Lima. Trabajó con una muestra de 443 adolescentes y se estudiaron los resultados del FACES III de Olson según el número de hermanos, la ubicación entre hermanos, el sexo de los hermanos, el estado civil de los padres, el tipo de familia, si convive con padres y abuelos, y el ciclo evolutivo de la familia.

Algunos de los resultados fueron que los adolescentes describen a su familia como con pocos lazos afectivos y desean más vínculo afectivo. La adaptabilidad que perciben es flexible o estructurada, y desean que sea caótica. Tienen alta satisfacción en cohesión y adaptabilidad. Otra de las características de las familias de estos adolescentes es: El hijo mayor y el hijo único describen a su familia como de menor afecto y desean más afecto. Los que tienen muchos hermanos están más satisfechos del afecto familiar. El hijo único describe a su familia como de adaptabilidad rígida, y al igual que cuando hay muchos hermanos, están insatisfechos con la autoridad familiar. El hijo mayor describe a su familia con mayor afecto, y el intermedio con menor afecto. El mayor desea familias disgregadas. El tipo familiar amalgamado rígido se presenta con mayor frecuencia en los hijos únicos. El menor describe a su familia como más caótica. Cuando sólo son hermanas, hay mayor afecto en la familia, y describen a su familia como

flexible o caótica. Cuando son sólo hombres, describen a su familia como de menor afecto, también la desean más disgregada y la autoridad familiar es más flexible o estructurada, y son los que la desean más rígida. Cuando los hermanos son del mismo sexo, están más satisfechos con su funcionamiento familiar. Cuando los padres están casados, los hijos describen a la familia como de mayor afecto y están más satisfechos de sus vínculos afectivos, que cuando están divorciados o viudos.

Reusche (1995) estudio la estructura y funcionamiento familiar y el bajo rendimiento escolar en un grupo de estudiantes de secundaria de nivel socioeconómico alto. Los resultados más significativos fueron que los adolescentes que tienen mejor rendimiento académico tienen mayor contacto afectivo y más autonomía que los de bajo rendimiento. Los de alto rendimiento están más satisfechos de sus familias. Los de bajo rendimiento tienden a describir a su familia como rígida.

Blondet (1995) realizó un estudio exploratorio sobre la mujer de mediana edad de un nivel socioeconómico medio alto, en la ciudad de Lima, en la dinámica de su vida familiar. Aplicó el FACES III de Olson en 100 mujeres de mediana edad, entre 39 y 51 años, de nivel sociocultural medio alto, considerando algunas variables como: estado civil, edad, persona con la que vive, y si vive con los hijos. Los resultados más significativos fueron que la mujer de mediana edad generalmente tiene familia de cohesión conectada, y la distribución es similar en los otros tres tipos de cohesión. Pero la mayoría (80%) la desea conectada o amalgamada. Con la mayor edad de la mujer hay una tendencia a decrecer en afecto y aumentar las familias disgregadas y separadas, pero desea mayor afecto. Las mujeres divorciadas o viudas tienen baja y moderada cohesión, no así las casadas que tienen moderada o alta cohesión.

Cuando conviven tres generaciones, la cohesión es separada generalmente, cuando viven con su esposo e hijos, conectada. Si están solas con hijos, puede ser conectada y también hay un alto porcentaje en disgregada. En adaptabilidad describe a su familia como flexible, pero la desea caótica. Las mujeres casadas describen a su familia como adaptada flexible, en cambio las viudas la definen como rígidas, y las divorciadas, como flexible o caótica. La mujer que vive con

sus padres, esposos e hijos, o solamente con esposo e hijos, describe a su familia como flexible, pero las que viven solas con sus hijos, las describen caóticas. Las casadas, divorciadas y separadas tienen alta satisfacción en cohesión y adaptabilidad, en cambio, las viudas tienen baja satisfacción en cohesión y alta y media en adaptabilidad.

Ferreira (2000) realizó una investigación sobre la influencia del soporte social y la interacción familiar en la conducta adictiva a la PBC. En esta investigación se caracterizan y comparan las variables cohesión y adaptabilidad familiar y soporte social en dos grupos claramente definidos, adictos y no adictos. Se trabajó con una muestra de 54 familias de adictos y no adictos donde se aplicó el FACES III de Olson a las familias.

Algunos de los resultados fueron que las familias de los no adictos presentan una mejor adaptabilidad como familia donde se tiene la habilidad para cambiar las estructuras de poder, sus roles y sus reglas de relación en respuesta a una demanda situacional.

Ferreira (2003) investigó el sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. Trabajó con una muestra de 160 menores. 80 en abandono moral y 80 sin abandono moral. Los menores tenían una edad entre los 12 a 17 años víctimas de abandono moral o prostitución que se encontraban en las comisarías de los distritos de La Victoria. San Juan de Lurigancho y el Cercado de Lima (Alfonso Ugarte). en los clubes nocturnos y calles del Cercado de Lima que son cubiertos por la ONG INPPARES (Instituto Peruano de Paternidad responsable). así como por menores que tienen las mismas características socioeconómicas y demográficas en situación de riesgo pero que no ejercen la prostitución. Una de las conclusiones de esta investigación da como resultado que, en el grupo sin abandono moral, en donde hay una adecuada interacción familiar expresada en la cohesión y la adaptabilidad. así como una adecuada autoestima en comparación con el grupo con abandono moral. Es decir, los menores que se encuentran en abandono moral o inmersos en la prostitución tendrán una inadecuada interacción familiar (cohesión y adaptabilidad) e inadecuada valoración de sí mismos (autoestima).

Condori (2002) Realizó una investigación sobre funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores de Lima Metropolitana. Su muestra estuvo constituida por menores que se encuentran internados en calidad de infractores en el Centro Juvenil de Lima, utilizó el Cuestionario Faces III de Olson midiendo la cohesión y adaptabilidad del funcionamiento familiar tipificando los tipos de familia de los adolescentes, del estudio realizado se desprenden las siguientes conclusiones: Los adolescentes infractores tienen familias cuyo funcionamiento interno (cohesión y adaptabilidad) es precario, teniendo un nivel bajo de respuesta ante situaciones de crisis.

1.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El alcance de los resultados de la presente investigación, pudo ser limitado por lo siguiente:

La naturaleza humana es tan compleja que los métodos de análisis y medición son todavía inadecuados para la satisfacción de nuestras necesidades, lo cual afecta considerablemente la medición de las variables del estudio, pues independientemente de no tener definiciones idénticas sobre un tema, la muestra utilizada no permite la generalización de los resultados obtenidos a otras realidades debido al tamaño de muestra y el alcance a otras

Durante la realización del estudio, muchos adolescentes que fueron evaluados eran llevados al área de Psicología por mala conducta o indisciplina, por lo que muchas veces las madres de los adolescentes evaluados tuvieron que venir al colegio para informarse de la situación, por lo cual el recojo de información no pudo llevarse a cabo en el área de Psicología, teniendo que ser llevado a cabo en otro ambiente, en el cual el ruido de otros salones pudo afectar la concentración de los estudiantes evaluados.

1.7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- a) Resiliencia: Capacidad humana universal que se manifiesta cuando un individuo se ve expuesto a condiciones de riesgo o adversidades, que permite afrontar de modo efectivo dichos eventos y salir fortalecido o transformado

positivamente por ellos. Este proceso se da en una interacción recíproca entre las influencias del ambiente y el individuo, a través de la adaptación o la transformación constructiva y conduce a un desarrollo sano y productivo (Peña Flores, 2009).

- b) Cohesión Familiar: Unión entre miembros de una familia para reflexionar sobre valores, mantener vivo un legado filantrópico familiar, actuar en favor de una misma causa o iniciativa y celebrar logros obtenidos por alguno de ellos. Esta también se define como el vínculo emocional que tienen entre sí los miembros de la familia (Salvo y Melipillán, 2008).
- c) Adaptabilidad Familiar: Esta se puede definir como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, los roles en la relación, y las reglas en respuesta al estrés situacional y al desarrollo vital (Olson et al., 1985; Olson, Russell y Sprenkle, 1989).

1.8. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INSTRUMENTO	INDICADORES	DIMENSIONES	CALIFICACIÓN
Resiliencia	Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes de González Arratia López Fuentes (2011)	Factores protectores internos	Funciones que se relacionan con habilidades para la solución de problemas	Escala Likert
		Factores protectores externos	Posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo	
		Empatía	Comportamiento altruista y prosocial	
Funcionamiento Familiar y Cohesión Familiar	Escala de Evaluación de Adaptabilidad Y Cohesión Familiar - FACES III	Cohesión (Real e Ideal)	No relacionada Semirrelacionada Relacionada Aglutinada	Escala Likert
		Adaptabilidad (Real e Ideal)	Rígida Estructurada Flexible	
			Caótica	

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. VIOLENCIA FAMILIAR O DOMÉSTICA

La violencia doméstica es un fenómeno que se experimenta en todo el mundo. Se ha observado que se produce en todas las culturas, en todos los niveles sociales y de género, y en toda la duración de la vida que afecta tanto a jóvenes y ancianos (Band-Winterstein y Eisikovits, 2009; Koenig, Ahmed, Hossain, y Mozumder, 2003; Morrison, Luchok, Richter, y Parra-Medina, 2006; Umberson et al., 1998).

Aunque los hombres han comenzado a informar de que han sido víctimas de violencia, se estima que el 85% de las personas víctimas son mujeres y de los jóvenes, las mujeres entre las edades de 16-24 experimentan las mayores tasas de violencia doméstica (Rennison, 2001).

Teniendo en cuenta puntos de vista históricos de las mujeres en todas culturas (por ejemplo, "débil" o "emocional") no es sorprendente que las personas con mayor riesgo de que experimenten los crímenes violentos y el abuso son mujeres.

Por otro lado, el término violencia familiar hace referencia a cualquier forma de abuso, ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar en la relación entre los miembros de una familia (Corsi, 1994). Como todo abuso, implica un desequilibrio de poder, y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin último de ejercer un control sobre la relación. Tradicionalmente, en nuestra sociedad, dentro de la estructura familiar jerárquica actualmente predominante, los dos principales ejes de desequilibrio los han constituido el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia.

El fenómeno de la violencia doméstica o familiar se ha convertido en las últimas décadas en un asunto de máximo interés institucional y social atendiendo,

principalmente, a razones como su elevada incidencia y la gravedad de las consecuencias que de él se derivan, según la encuesta demográfica y de salud familiar del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2013) señala que el 74.1% de los hogares del país es afectado por la violencia familiar. El conocimiento real de la incidencia de este tipo de violencia se ve principalmente obstaculizado por la gran ocultación social que tradicionalmente ha ido asociada al sufrimiento de malos tratos por parte de una figura perteneciente al ámbito familiar. Según el Ministerio de la Mujer en el año 2015 se registraron 125 809 denuncias por violencia familiar en la Policía Nacional del Perú, de las cuales 50 485 casos fueron atendidos en los Centros de Emergencia Mujer (CEM).

Por lo que respecta a la violencia familiar contra la mujer, y aunque existen estadísticas realizadas sobre el número de denuncias por maltrato por parte del cónyuge, se estima que los casos denunciados representan entre un 10-30% de los casos reales.

Respecto a los hijos de mujeres que han sido maltratadas por sus parejas, según un estudio realizado por Corbalán y Patró (2003) sobre una muestra de mujeres maltratadas residentes en centros de acogida, el 85% de los hijos fueron testigos de la violencia ejercida sobre sus madres, y en un 66,6% de los casos también ellos fueron maltratados, mayoritariamente de manera física y psicológica.

Debido a una mayor sensibilidad desde todos los ámbitos de la sociedad en los últimos años, el estudio, atención e intervención sobre las víctimas de esta violencia es hoy mayor y más efectiva. En el caso de la violencia doméstica hacia la mujer, además de la creación de un mayor número de recursos y ayudas institucionales, los programas de intervención sobre las consecuencias psicológicas que padecen las víctimas de este tipo de violencia han experimentado un mayor desarrollo y aplicación. Sin embargo, la situación de los hijos de estas mujeres, testigos del maltrato hacia sus madres y, a menudo, acompañantes en la salida de éstas del hogar, todavía no ha recibido una amplia atención. Las investigaciones llevadas a cabo hasta la actualidad sobre los hijos de estos hogares violentos, muestran la necesidad de una intervención específica sobre las

repercusiones que conlleva para ellos la exposición a una situación altamente traumática y desestabilizadora.

2.1.1. La familia como entorno potencialmente conflictivo

La familia como institución se ha considerado, históricamente, un ámbito privado donde el comportamiento de sus miembros se situaba fuera del control social. Las creencias y mitos culturales asociados al sistema patriarcal han legitimado desde tiempos remotos el poder y la dominación del marido hacia la mujer y los hijos, despojando a éstos de todo derecho legal, económico o social (Lorente y Lorente, 1998). Tanto la mujer como sus hijos carecían de individualidad, absorbidos por la del hombre cabeza de familia, a cargo de quien legalmente estaban y que tenía plenos derechos para usar las medidas que creyera convenientes para mantener el control sobre ellos.

Actualmente puede resultar difícil aceptar, debido a determinados estereotipos ideales del concepto de familia (agente socializador básico, garante de seguridad, apoyo y afectos), que la familia es uno de los grupos sociales en los que se dan más comportamientos violentos. Straus y Gelles (1986), basándose en los resultados de una de las encuestas de victimización más amplias realizadas hasta entonces en población norteamericana, afirmaron que es más probable que una persona sea golpeada o asesinada en su propio hogar por otro miembro de su familia, que en ningún otro sitio o por ninguna otra persona.

Según Straus y Gelles (1986), uno de los factores más relevantes a la hora de explicar la elevada incidencia de la violencia familiar es el hecho de que la familia posee una serie de características que la hacen potencialmente conflictiva, con el correspondiente riesgo de que los conflictos puedan resolverse de manera violenta. Entre estas características destacan:

- a) La alta intensidad de la relación, determinada por la gran cantidad de tiempo compartido entre sus miembros, el alto grado de

confianza entre ellos, el derecho a influir sobre los demás y el elevado conocimiento mutuo que se deriva de la convivencia diaria.

b) La propia composición familiar, integrada por personas de diferente sexo y edad, lo que implica la asunción de diferentes roles a desempeñar, y que se traduce en unas marcadas diferencias de motivaciones, intereses y actividades entre sus miembros.

c) El alto nivel de estrés al cual está expuesta la familia como grupo, debiendo hacer frente a distintos cambios a lo largo del ciclo vital y a exigencias de tipo económico, social, laboral o asistencial.

d) El carácter privado que posee todo aquello que ocurre en el interior de una familia y que, tradicionalmente, la ha hecho situarse fuera del control social.

2.1.2. Violencia familiar hacia la mujer y trauma

Uno de los mitos adscritos a la violencia contra la mujer es el que asume que la conducta violenta del maltratador hacia la que es su pareja no representa un riesgo relevante para los hijos de esos hogares. Sin embargo, tanto el hecho de que los niños sean testigos de la violencia como el que, además, puedan ser víctimas de ella conlleva toda una serie de repercusiones negativas tanto para su bienestar físico y psicológico como para su posterior desarrollo emocional y social.

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos 25 años han puesto de manifiesto la existencia de una estrecha asociación entre la violencia en la pareja y el maltrato infantil.

Esta co-ocurrencia se ha encontrado en diversos estudios entre el 30 % y el 60% de los casos evaluados (Edleson, 1999).

Los casos más frecuentes son aquellos en que el maltratador agrede tanto a la mujer como a los niños, pero también se dan los casos en que la agresión se ejerce del hombre hacia la mujer, y de ésta o de ambos hacia los niños (Appel y Holden, 1998). Las investigaciones sobre distintos tipos de víctimas han demostrado claramente que la violencia física, psicológica o sexual, ejercida sobre una persona, causa en ésta toda una serie de

repercusiones negativas a nivel físico y psicológico. Además del posible daño físico, tras una experiencia traumática se produce una pérdida del sentimiento de invulnerabilidad, sentimiento bajo el cual funcionan la mayoría de los individuos y que constituye un componente de vital importancia para evitar que las personas se consuman y paralicen con el miedo a su propia vulnerabilidad (Janoff-Bulman y Frieze, 1983; Perloff, 1983). En el caso de los niños que no sólo son testigos del maltrato hacia su madre, sino que, a la vez, también son víctimas de esa violencia, la pérdida es todavía, si cabe, mucho más desequilibrante, pues afecta a un componente absolutamente necesario para el adecuado desarrollo de la personalidad del menor, el sentimiento de seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean.

Máxime cuando el agresor es su propio padre, figura central y de referencia para el niño y la violencia ocurre dentro de su propio hogar, lugar de refugio y protección. La toma de conciencia por parte del menor de tales circunstancias frecuentemente produce la destrucción de todas las bases de su seguridad. El menor queda entonces a merced de sentimientos como la indefensión, el miedo o la preocupación sobre la posibilidad de que la experiencia traumática pueda repetirse, todo lo cual se asocia a una ansiedad que puede llegar a ser paralizante. Desafortunadamente, en el caso de la violencia familiar, la experiencia temida se repite de forma intermitente a lo largo de muchos años, constituyendo una amenaza continua y muchas veces percibida como incontrolable.

Los efectos producidos por la experimentación de un acontecimiento traumático de forma crónica pueden ser mucho más profundos puesto que llevan asociados la afectación, en mayor o menor medida, de los significados cruciales de la vida de una persona (Lazarus, 2000). En el caso de los niños que experimentan la violencia dentro de su propia familia, algunos de los significados que resultan minados por esta experiencia son sentimientos tales como los de merecimiento, la creencia de ser querido y atendido o la percepción de control sobre los acontecimientos y la vida en general.

De todo ello no sólo se derivan efectos directos a nivel sintomatológico, sino que, además, supone un importante factor de vulnerabilidad de cara al posterior ajuste psicológico del individuo.

2.1.3. Consecuencias psicológicas de la exposición de los hijos a la violencia familiar

La exposición a la violencia familiar constituye un grave riesgo para el bienestar psicológico de los menores, especialmente si, además de ser testigos, también han sido víctimas de ella. Resultados hallados en diversos estudios muestran que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan más conductas agresivas y antisociales (conductas externalizantes) y más conductas de inhibición y miedo (conductas internalizantes) que los niños que no sufrieron tal exposición (Fantuzzo, DePaola y Lambert, 1991; Hughes, 1988; Hughes, Parkinson y Vargo, 1989). Los niños de estos hogares violentos también suelen presentar una menor competencia social y un menor rendimiento académico que los niños de familias no violentas (Adamson y Thompson, 1998; Rossman, 1998), además de promedios más altos en medidas de ansiedad, depresión y síntomas traumáticos (Hughes, 1988; Maker, Kemmelmeier y Peterson, 1998; Stenberg et al., 1993). Se estima que entre el 25% y el 70% de los niños de familias en las que se producen episodios de violencia, manifiestan problemas clínicos de conducta, especialmente problemas externos como conductas agresivas y antisociales (McDonald y Jouriles, 1991). Similares conclusiones se extraen de un estudio llevado a cabo en nuestro país por Corbalán y Patró (2003), quienes administraron un cuestionario específico a una muestra de 40 mujeres maltratadas, residentes en centros de acogida, sobre la existencia de alguna forma de maltrato de su pareja hacia sus hijos y sobre los principales síntomas y comportamientos problemáticos apreciados en ellos.

2.1.4. La violencia familiar como modelo de aprendizaje

Existen otros efectos, más a largo plazo, que se pueden asociar a la exposición de los niños a situaciones de violencia familiar. El más importante es que este tipo de situaciones constituye un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar, algo que junto a

factores tales como los estilos de crianza punitivos, el abuso de sustancias y la presencia de trastornos de conducta en la adolescencia, han demostrado poseer un papel relevante en el riesgo de ejercer violencia contra la pareja en la edad adulta. Ehrensaft, Cohen, Brown, Smailes, Chen y Johnson (2003) realizaron un estudio longitudinal sobre un periodo de 20 años en una muestra de 543 niños, concluyendo que entre los factores predictores del riesgo de ejercer violencia contra sus parejas se encontraban, en primer lugar, los trastornos de conducta, seguidos por la exposición a la violencia doméstica entre los padres y los sistemas de castigo basados en el poder.

La vivencia por parte de los niños de situaciones de violencia y abuso de poder cobra un significado crucial puesto que las experiencias vividas en la infancia constituyen un factor de vital importancia para el posterior desarrollo y adaptación de la persona a su entorno. Los niños aprenden a definirse a sí mismos, a entender el mundo y cómo relacionarse con él a partir de lo que observan en su entorno más próximo.

De este modo, la familia es considerada como el primer agente socializador del niño y el más determinante a la hora de la instauración de modelos apropiados de funcionamiento social. Las relaciones familiares, especialmente los estilos de crianza y la relación entre los padres, influyen sobre la capacidad del niño para la autorregularización de sus conductas y emociones y sobre el significado que atribuirá a las relaciones interpersonales (Gilliom, Shaw, Beck, Schonberg y Lukon, 2002; Siegel, 1999).

Los niños que han experimentado alguna forma de rechazo parental o maltrato tienden a presentar sesgos atribucionales hostiles y aprenden a anticipar y a evitar las conductas de rechazo, generalizando esta anticipación a contextos interpersonales. Distintos estudios han constatado la alta probabilidad de que estos niños presenten déficits en el procesamiento de la información social (Dogde, Bates y Pettit, 1990; Downey y Feldman, 1996). Por otra parte, los estilos parentales excesivamente punitivos o coercitivos pueden servir de modelo para la

resolución coercitiva de los conflictos, que se generalizan desde las relaciones padres-hijos a las relaciones con los otros, facilitando el desarrollo de déficits en el funcionamiento interpersonal (Cohen y Brook, 1995). Estos primeros patrones de funcionamiento social, aprendidos y reforzados dentro de la familia, se aplican después a las interacciones con los iguales. De esta forma, los niños que exhiben estrategias interpersonales agresivas e inconsistentes con aquellas del grupo de iguales normativo tienen una alta probabilidad de no ser aceptados entre sus compañeros, con el consiguiente riesgo de aislamiento o de gravitar hacia grupos de iguales desviados o agresivos (Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner, 1991). La pertenencia a estos grupos desviados en la adolescencia, junto con el reforzamiento parental continuado de estrategias interpersonales coercitivas o violentas pueden llegar a ser un importante obstáculo que limite las oportunidades de aprender a relacionarse con los otros de manera constructiva (Cohen y Brook, 1995; Dishion, Andrews y Crosby, 1995).

Con la repetición, esos patrones de interacción y de resolución coercitiva de los conflictos se generalizan y se aplicarán, posteriormente, a las relaciones familiares y de pareja en la edad adulta (Connolly y Goldberg, 1999). A ello contribuye, por otro lado, las percepciones del carácter privado y relativamente impune del entorno familiar y la influencia de los estereotipos y creencias tradicionales acerca del uso y reparto del poder dentro de la familia.

La supervivencia intergeneracional de la violencia, y concretamente de la violencia de género, está determinada en gran medida por la influencia de factores de tipo cultural y educacional. Entre ellos, cobra especial relevancia los sistemas de valores que atribuyen una superioridad innata en los hombres respecto a las mujeres y la aceptación de la violencia como un medio válido para la resolución de conflictos.

Tales sistemas de valores juegan un papel fundamental en el potencial desarrollo de conductas sexistas y/o violentas en nuestros menores.

Los hijos de mujeres maltratadas se ven expuestos no sólo a la influencia de factores de su entorno sociocultural, sino también a la propia experiencia de sufrir, bien como testigo o como víctima, la violencia dentro de su entorno familiar.

Así, los niños que crecen en hogares violentos aprenden e interiorizan una serie de creencias y valores negativos sobre las relaciones con los otros y, especialmente, sobre las relaciones familiares y sobre la legitimidad del uso de la violencia como método válido para la resolución de conflictos, fruto todo ello de la interacción tanto de factores culturales y sociales (socialización diferencial de género y aceptación social del uso de la violencia) como situacionales (historia de violencia intrafamiliar) (Patró, Limiñana y Martínez, 2003)

2.2. ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa de la vida entre el momento en que empieza la pubertad y se aproxima la adultez, cuando los jóvenes se preparan para asumir nuevas responsabilidades y funciones dependiendo de su cultura (Jensen Arnet, 2008).

Según Jensen Arnet (2008), los adultos y los preadolescentes también experimentan cambios en sus estados anímicos, pero no con la misma intensidad y frecuencia que los adolescentes. Esto coincide con la teoría de Erikson (1950), uno de los especialistas más destacados en la historia del estudio del desarrollo adolescente, quien en su teoría sobre el desarrollo humano expone que cada etapa de la vida tiene un problema central y en la adolescencia el conflicto es la identidad frente a la confusión de identidad. La formación de la identidad, exige reflexionar en cuáles son los rasgos, intereses y habilidades de la persona, examinar cuidadosamente cuáles son las posibilidades de acuerdo a la cultura, probar diferentes alternativas y al final, comprometerse (Jensen Arnet, 2008).

Entre los numerosos cambios por los que pasa y experimenta el adolescente en la creación de su identidad, se pueden mencionar: (a) el desarrollo físico, sobre

el cual los jóvenes presentan un grado considerable de turbación y malestar en la búsqueda de coherencia como reto para la adaptación (Coleman y Hendry, 2003); también se presenta un cambio en el (b) pensamiento y razonamiento, que según Inhelder y Piaget (1958) se lo observa de forma cualitativa en la naturaleza de la capacidad mental ya que el pensamiento operacional formal se hace posible, en el cual el joven obtiene a su disposición la capacidad para construir suposiciones contrarias a los hechos; y también se producen cambios en relación a (c) la familia y los amigos, sobre los cuales Youniss y Smollar (1985) exponen que en esta etapa los amigos razonan juntos para organizar la experiencia y entenderse a sí mismos y la autoridad parental se llega a ver como un área de relación completamente diferente que está abierta al debate y la negociación.

La maduración del adolescente, produce cambios en la familia, pero las alteraciones en el comportamiento de los padres y el funcionamiento familiar al mismo tiempo tienen efectos sobre este y su desarrollo (Coleman y Hendry, 2003).

Se considera que la familia promueve bienestar y favorece el desarrollo de los hijos. La familia pasa por un momento crítico que coincide con la adolescencia de cada uno de los hijos; en relación a esto, distintas teorías hablan de esta etapa singular de tránsito entre la niñez y la edad adulta, sabiendo que en la adolescencia se producen cambios físicobiológicos, psicológicos y sociales. Por este motivo, es un período vulnerable al estrés, en el que los adolescentes inician y experimentan su relación con conductas de riesgo y consumo de sustancias. Pero gracias a las investigaciones, se comprueba que, a mejor funcionamiento y comunicación familiar, menor será la implicación del adolescente en conductas de riesgo por la presencia de factores protectores que esta promueve (Alonso Fernández, 2005).

La resiliencia presentada como la capacidad humana de salir fortalecido ante la adversidad ha replanteado la forma de mirar la adolescencia. La vida de los adolescentes hoy no está predeterminada por las experiencias de la infancia; la presencia de flexibilidad y resiliencia les otorgan una segunda oportunidad (Silber y Maddaleno, 2001).

2.2.1. El adolescente de 11 a 17 años de edad

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

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

Busca una identidad propia, distinta, que lo distinga del padre y de la madre. Los conflictos familiares se incrementan. Los adolescentes cuestionan las normas paternas, se resisten a vestirse como los adultos sugieren o indican, no aceptan las opiniones de los padres sobre sus amistades: buscan la diferencia para llegar a la afirmación de lo propio, lo que puede estereotiparse o agudizarse como una rebeldía que genera dificultades en la vida cotidiana.

El grupo de pares cobra un significado particular, persistiendo tendencias a agruparse por sexo. El amigo, idealizado, es compañía inseparable, apoyo y confidente. Las características de los adolescentes que atraviesan esta etapa pueden pasar desapercibidas en comunidades donde el pasaje de la infancia a la vida adulta es más gradual y donde el joven encuentra un lugar de inserción social. En las grandes ciudades los conflictos pueden exacerbarse. Es decir, el contexto influye en las características de la etapa. Los complejos mecanismos sociales que dificultan la inserción laboral de los jóvenes y aumentan la deserción escolar que se produce en la escuela media, dividen a la población adolescente en

tres grandes grupos:

Los que se escolarizan y tienen mejores oportunidades para capacitarse laboralmente, grupo que corresponde a la menor proporción de los adolescentes de los países latinoamericanos.

Los que ingresan al mercado laboral, generalmente en condiciones precarias por no tener capacitación.

Los que aumentan el número de desocupados

Los problemas socio-económicos han contribuido a que la adolescencia se haya transformado en una etapa cada vez más compleja y difícil de resolver. Para los jóvenes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en un medio social que los obliga a prolongar situaciones dependientes con respecto a los adultos. Los afectos y conflictos se amplían El mundo afectivo familiar sigue siendo un apoyo que ayuda al adolescente en esta etapa. El joven puede tener una culpa inconsciente por su conflicto con los padres y quiere diferenciarse de ellos, aunque los ame. Frente a eso, los padres deben responder con un afecto incondicional, más allá de los enfrentamientos que se produzcan. Los adultos deben reiterar su amor a sus hijos, a pesar de no estar siempre de acuerdo con ellos. Es necesario comprender que el conflicto no está dirigido a destruir a sus padres reales, sino a la imagen de los padres. En el grupo de adolescentes que concurre a la escuela media, las dificultades con los padres pueden ser desplazadas hacia los profesores. Estos, además, reviven situaciones con sus propios hijos. Situaciones similares, de conflicto con adultos, pueden presentarse con otros miembros de la comunidad que trabajan con jóvenes. Es muy importante para los jóvenes encontrar figuras de adultos que les sirvan de puente para la salida del círculo familiar, sea en la escuela, en el trabajo, en el deporte o en otras actividades comunitarias.

El adulto significativo ha sido descrito como un componente esencial de la resiliencia. Cuando esos adultos logran comprender los conflictos del joven, y no se distancian de él para transformarse en censor, logran establecer vínculos afectivos que los adolescentes necesitan.

2.3. COHESIÓN FAMILIAR Y ADAPTABILIDAD

Toda familia supone un gran desafío para lograr la adaptación familiar. Cuando se habla del funcionamiento familiar se refiere a un proceso dinámico y cambiante que supone un gran reto en todo el sistema para mantener su equilibrio y modificar sus límites, en la forma más funcional posible.

En este proceso se hallan involucradas principalmente dos dimensiones:

- (a) La cohesión familiar, por medio de la cual las familias establecen para su funcionamiento un modelo que regula la separación y unión emocional entre cada uno de sus miembros
- (b) La adaptación familiar, relacionado con las estrategias y recursos utilizados por las familias ante los diferentes acontecimientos de la vida diaria, analizando el grado en que el sistema familiar es flexible y capaz de adaptarse a los cambios provocados de forma interna o externa a la familia a lo largo del ciclo vital (Olson et al., 1986; Olson et al., 1989).

Según David Olson (1996), la categoría de cohesión familiar es un modelo que tiene dos componentes: el vínculo emocional y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia. En la cohesión podemos distinguir hasta 4 tipos, que pueden ser No relacionada (muy baja), Semirrelacionada (baja a moderada), Relacionada (moderada a alta) o Aglutinada (muy alta).

Cohesión no relacionada: Se presenta en familias donde prima el "yo", por lo cual hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, falta de lealtad a la familia y alta independencia personal, así como extrema separación emocional, muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, una correspondencia afectiva infrecuente en sus miembros y predomina la separación personal

Cohesión familiar Semirrelacionada: Aunque prima el "yo", existe la representación de un "nosotros", donde también se puede ver una unión afectiva entre sus miembros, lealtad e interdependencia entre ellos, con una leve inclinación a la independencia.

Cohesión Relacionada o unida, se presenta el "nosotros" y también el "yo", en estas familias se puede notar una unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros no obstante con una tendencia hacia la dependencia.

Cohesión Aglutinada o enredada, resalta el "nosotros", donde se observa una máxima unión afectiva entre los familiares, con una fuerte presencia de exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, también se ve un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común (Olson, Sprenkle y Russell, 1979).

La adaptabilidad familiar puede presentarse en cuatro niveles: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta).

La adaptabilidad rígida apunta a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y dificultad para los cambios.

La adaptabilidad estructurada, se observa como aquella en que el liderazgo y los roles algunas veces son compartidos, donde se presenta cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.

Por otra parte, la adaptabilidad flexible se refiere a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática con presencia de cambios cuando son necesarios.

La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios fortuitos de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes (Olson et al.1979).

Por otra parte, según Pérez Marín, Molero Zafra y Aguilar Alagarda (2008) para lograr la cohesión familiar suele ser primordial que las familias implanten algún tipo de vinculación emocional que sea confortable y funcional para poder ser capaces de crear lazos y una identidad familiar que logre un marco seguro desde el que afrontar las dificultades que puedan surgir en la dinámica de la familia.

Cuando se presentan grandes niveles de adaptabilidad y cohesión en la familia, también se presentan altos niveles de apoyo y comunicación (Lehan, Stevens, Arango Lasprilla, Díaz Sosa y Espinosa Jove, 2012).

Al estudiar técnicas de terapia en intervención familiar, Pérez Marín et al. (2008) presentan la importancia de lograr adaptabilidad en la familia. Observaron entre los principales indicadores de esta, la capacidad para expresar a los demás la propia opinión, de comunicarse claramente y de escuchar, sin generar reactividad; también el autocontrol, la disciplina y el establecimiento de normas y reglas de interacción; los estilos y estrategias de afrontamiento; y, por último, la capacidad para intercambiar y modificar roles y reglas.

Las familias establecen reglas y límites en el proceso de adaptación, que separan la experiencia familiar de las influencias externas perjudiciales, por esto, cuanto más flexible y adaptativo sea el sistema familiar más capacidad tiene la familia y sus miembros para la negociación, el buen funcionamiento y el trato eficiente de las situaciones conflictivas que surjan (Pérez Marín et al., 2008). De acuerdo con esto Garibay Rivas (2013), Minuchin, (1990) y Watzlawick, Beavin y Jackson (1976) mencionan que la familia es un sistema abierto en proceso de permanente transformación que recibe y envía descargas desde el interior del sistema al medio extrafamiliar y viceversa, por lo cual debe adaptarse a las demandas y teniendo en cuenta las etapas de desarrollo que viven sus miembros.

Los límites, reglas y estrategias son de utilidad para filtrar la información que recibe la familia y para regular la distancia con otros sistemas, así como la distancia entre cada uno de los miembros entre sí; esto es fundamental para afrontar los conflictos, tanto internos como externos (Pérez Marín et al., 2008).

En investigaciones basadas en el rol familiar sobre la cohesión, se encuentra que las percepciones de los padres se hallan indirectamente ligadas al bienestar adolescente por medio de la cohesión familiar lo que otorga un soporte empírico para conocer la existencia de uniones bidireccionales entre los rituales de la familia y la cohesión. Estos fueron hallazgos importantes que muestran que el esfuerzo de los padres puede contribuir a una visión positiva de la familia y a un

bienestar general para el futuro cercano de sus adolescentes (Lindahl y Malik, 2011).

De acuerdo con Álvarez Zúñiga, Ramírez Jacobo, Silva Rodríguez, Coffin Cabrera y Jiménez Rentería (2009) elementos del clima familiar como la relación entre padres e hijos, y los recursos afectivos dentro del sistema familiar, se relacionan con la sintomatología depresiva en los adolescentes lo cual puede impactar en su estado emocional llevando a problemáticas sociales. Por esto mismo Pérez Marín et al. (2008) mencionan la importancia de la comunicación familiar que será la dimensión que facilite el aumento de cohesión o adaptación según las necesidades familiares.

Al observar investigaciones en familias latinas en Mexico, también se observa la relación entre la parentalidad positiva, la cohesión familiar y las competencias sociales de los hijos, en la que un estudio mixto fue llevado a cabo, mediante el cual los resultados mostraron que la cohesión familiar predijo una mejora en los problemas sociales de los niños, los cuales obtuvieron destrezas sociales por medio de esta (Leidy, Guerra y Toro, 2012). Para Piñero Ruiz, Arense, Fuensanta y Cerezo Ramírez (1013) es también de importancia la presencia del contexto familiar como agente socializador y mediador de conductas agresivas o de victimización entre escolares.

Evidencia empírica también muestra que existe una relación entre la naturaleza del subsistema de relaciones familiares sobre la adaptación de los niños (Lindahl y Malik, 2011), lo cual corresponde con una investigación de Crespo, Kielpikowski, Pryor y Jose (2011) que demuestra que participantes de un grupo en un estudio de competencias reconocen la importancia de la cohesión familiar y las técnicas positivas de educación que utilizan los padres para con sus hijos.

Al estudiar la relación entre la autoestima y la cohesión familiar en los hijos, por medio de una investigación, se pudo observar que los hijos que presentan escaso soporte familiar tienden a puntuar con bajos niveles de autoestima. La cohesión familiar también se observó.

Jiménez Rentería (2009) elementos del clima familiar como la relación entre padres e hijos, y los recursos afectivos dentro del sistema familiar, se relacionan con la sintomatología depresiva en los adolescentes lo cual puede impactar en su estado emocional llevando a problemáticas sociales. Por esto mismo Pérez Marín et al. (2008) mencionan la importancia de la comunicación familiar que será la dimensión que facilite el aumento de cohesión o adaptación según las necesidades familiares.

Al observar investigaciones en familias latinas en México, también se observa la relación entre la parentalidad positiva, la cohesión familiar y las competencias sociales de los hijos, en la que un estudio mixto fue llevado a cabo, mediante el cual los resultados mostraron que la cohesión familiar predijo una mejora en los problemas sociales de los niños, los cuales obtuvieron destrezas sociales por medio de esta (Leidy, Guerra y Toro, 2012). Para Piñero Ruiz, Arense, Fuensanta y Cerezo Ramírez (2013) es también de importancia la presencia del contexto familiar como agente socializador y mediador de conductas agresivas o de victimización entre escolares.

Evidencia empírica también muestra que existe una relación entre la naturaleza del subsistema de relaciones familiares sobre la adaptación de los niños (Lindahl y Malik, 2011), lo cual corresponde con una investigación de Crespo, Kielpikowski, Pryor y Jose (2011) que demuestra que participantes de un grupo en un estudio de competencias reconocen la importancia de la cohesión familiar y las técnicas positivas de educación que utilizan los padres para con sus hijos.

Al estudiar la relación entre la autoestima y la cohesión familiar en niños, por medio de una investigación, se pudo observar que los niños que presentan escaso soporte familiar tienden a puntuar con bajos niveles de autoestima. La cohesión familiar también se observó que influye en el desarrollo del autoconcepto del niño ya que cuando los niños perciben conflicto entre los padres o entre ellos y sus padres se espera un declinamiento en su autoestima relacionado a la poca comunicación y aislamiento en la familia que no brinda apoyo ni promueve la felicidad (Cooper, Holman y Braithwaite, 1983).

Harris y Molock (2000), en un estudio sobre cohesión familiar y soporte familiar en ideación suicida y depresión en estudiantes universitarios, encontraron que la buena cohesión familiar y el soporte se asociaron a bajos niveles de ideación suicida y depresión. Acorde a esto, también Meyerson, Long, Miranda y Marx (2002), en un estudio sobre abuso sexual en la niñez, encontraron que el conflicto familiar y la poca cohesión son factores de riesgo para el desarrollo de tensión psicológica y depresión en la adolescencia.

También Salvo y Melipillán (2008) aportan a este tema mencionando que los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan una tasa mayor de suicidio. Estos resultados ratifican la idea que es durante la etapa de la adolescencia donde cobra importancia la adquisición de un sentido o imagen personal positiva, el logro de una adecuada integración de los impulsos, el sentido de pertenencia a una estructura familiar con capacidad de cohesión que ayudarán a la adaptación a los cambios propios del adolescente.

La familia se define como un elemento central en la prevención del consumo de drogas, por medio de los procesos de socialización familiar se constituye la base que predispone a las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores, y las habilidades de comunicación, en los adolescentes. Las variables del ámbito familiar más relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes son, la presencia de un clima familiar negativo que incluye el estrés o el rechazo, también el conflicto familiar asociado a la hostilidad, el exceso de protección y la falta de comunicación adecuada. Por otro lado, se señala que es menos probable que los adolescentes con familias cohesionadas acepten ofertas de drogas u otras sustancias, lo que comprueba que la familia actúa como factor protector frente a factores de riesgo para los adolescentes y en este sentido es de suma importancia promover la buena comunicación dentro de la familia (Cid-Monckton y Pedrão, 2011). Se encontró también la presencia de mayor probabilidad de dependencia de sustancias entre los jóvenes cuya familia presenta pautas disfuncionales de adaptabilidad y cohesión y que padecen alto estrés relacionados con disgragaciones familiares y problemas de comunicación (Díaz-Negrete, Arellanez-Hernández, Pérez-Islas y Wagner, 2009).

En un estudio con pacientes postquirúrgicos se observó una fuerte relación entre el comportamiento familiar y la recuperación. Se encontró que los pacientes con una mayor cohesión familiar mostraron una mejor recuperación postquirúrgica, lo cual indica la importancia de disponer de un buen apoyo familiar en momentos de gran incertidumbre ya que tiene efectos beneficiosos sobre la salud física y mental (Cardoso, Ramos, Vaz, Rodríguez y Nieves Fernández, 2012).

Teniendo en cuenta los resultados de su investigación, Luna Bernal (2012) concluye en que el nivel de frecuencia de conflictos que presente una familia tendrá un efecto positivo o negativo sobre la satisfacción de sus miembros con la vida, dependiendo del grado de cohesión familiar que presenten, por lo cual la importancia de la familia como fuente de apego y ayuda emocional durante la adolescencia es una condición para que la percepción de los adolescentes sobre la satisfacción de su vida sea positiva.

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar.

Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circumplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) en 1980.

Desde entonces han surgido cuatro versiones diferentes, algunas de las cuales han sido traducidas al español y empleadas en diversas investigaciones, como veremos más adelante. No obstante, las diversas versiones realizadas plantearon serias dudas sobre la adaptación de las mismas a nuestro contexto cultural, dejando el problema de la ausencia de un instrumento de evaluación sin resolver.

2.3.1. El modelo circumplejo de Olson

El modelo circumplejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Olson, Russell y Sprenkle (1983) incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora.

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988). Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback.

Las familias cohesionadas, según David Olson (1996), son las que presentan criterios de unidad en estas familias y tratan de mejorar la autonomía y la individualidad de los diversos miembros de la familia, al respecto sobre esta característica se han hecho numerosos estudios, es interesante las investigaciones de Wynne y Cols (1958) que fueron los primeros en informar que algunas familias particularmente las que conviven con un paciente esquizofrénico, muestran un excesivo interés por la unión familiar, lo describieron con el término de Pseudo-Mutuality, en esta situación se seguían afirmando las divergencias de un miembro respecto de algún aspecto concreto de las expectativas familiares, esto es vivido como una ruptura global y no como lo que es, apenas un distanciamiento respecto de tal aspecto concreto que, por lo demás, es algo sólo personal.

Para Steerling (1974), la alta cohesión familiar en algunos casos analizados puede ser atendida como una fuerza centrípeta que lleve entre sí, intelectualmente y emocionalmente, a los miembros de la familia esta cohesión contrasta con la

fuerza centrífuga, que empuja hacia afuera a los miembros de la familia del sistema familiar.

Karpol (1976) propuso un modelo para descubrir las relaciones interpersonales y las diversas etapas por las que atraviesan los conceptos del “yo” y “nosotros”. En este sentido, el primer estudio de inmadurez estaría caracterizado por la ausencia de distancia entre el yo y el nosotros, cuya relación es una pura fusión de las personas; más tarde, en la etapa de la madurez, los cónyuges sostienen en relación interpersonal mediante el diálogo y la comunicación, garantizando la distancia de ellos; a través de este proceso, las personas logran una relación más madura con los demás, a la vez que es consciente de su individualidad.

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración.

También Lavielle Sotomayor, Sánchez Pérez, Pineda Aquino y Amancio Chassin (2012) encontraron en su investigación que el consumo de tabaco por parte del adolescente fue asociado a la falta de calidez y de cercanía, así como una comunicación deficiente en la familia, afectando a la salud emocional del adolescente y contribuyendo a una baja autoestima y depresión. En este sentido la cohesión familiar es un indicador global del funcionamiento familiar,

potencialmente es uno de los atributos familiares que poseen la función de factor protector contra conductas de riesgo de los adolescentes.

2.4. RESILIENCIA

El interés por la resiliencia en el campo psicológico se presenta desde la antigüedad, pero en los últimos años ha cobrado gran relevancia debido a que diferentes estudios de seguimiento de varias décadas, revelan la existencia de niños que, habiendo pasado por circunstancias difíciles, extremas o traumáticas en la infancia, no desenvuelven problemas de salud mental, abuso de drogas o conductas criminales de adultos (Becoña 2006).

Desde hace mucho tiempo, la humanidad ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social. Durante mucho tiempo, en las distintas esferas de las ciencias humanas, la tendencia fue de dar el mayor énfasis a los estados patológicos. Por ese motivo, las investigaciones se centraron en la descripción exhaustiva de las enfermedades y en el intento de descubrir causas o factores que pudiesen explicar resultados negativos, o no deseados, tanto en lo biológico como en lo mental.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados con ese método, muchas interrogantes quedaron sin respuesta. A menudo, las predicciones de resultados negativos hechas en función de factores de riesgo que indicaban una alta probabilidad de daño, no se cumplían. Es decir, la gran mayoría de los modelos teóricos resultaron insuficientes para explicar los fenómenos de la supervivencia humana y del desarrollo psico-social.

2.4.1. Concepto y Origen del término Resiliencia

El concepto de resiliencia se viene estudiando aproximadamente desde los últimos 50 años, su origen proviene del latín de la palabra resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006).

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawái en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados. Este estudio, realizado en un marco ajeno a la resiliencia, ha tenido un papel importante en el surgimiento de la misma (Kotliarenko, Cáceres, & Fontecilla, 1997).

Así, frente a la creencia tradicional fuertemente establecida de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que son suposiciones sin fundamento científico y que un niño herido no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado (Vera, Carbelo & Vecina 2006). El término hasta el momento ha sido definido de diferentes formas dependiendo del área de conocimiento donde se ha estudiado.

En ingeniería, la resiliencia es la cantidad de energía que puede absorber un material, antes de que comience la deformación plástica, es decir, cuando a un material se lo somete a una carga excesiva. En física se utiliza para expresar la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones correspondiéndose, en este caso, con la energía que es capaz de almacenar el material cuando se reduce su volumen. En psicología este término también es utilizado –podría considerarse una analogía respecto de la palabra y su acepción en la física– y describe la capacidad de la persona o de un grupo para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de condiciones de vida adversas (Kotliarenko, Cáceres, & Fontecilla, 1997).

Investigaciones sobre resiliencia en adolescentes De acuerdo con lo anterior, a la par que se han adaptado y validado instrumentos sobre resiliencia se han venido desarrollando estudios sobre el tema en adolescentes. La mayoría de ellos se centran en la relación calidad - salud (CVRS) y el lugar de la resiliencia

como posible protector de las consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas de las enfermedades. La mayoría de los estudios plantean que las emociones negativas son factores de riesgo para la calidad de vida en general y, sobre todo, que están asociadas a muy bajos puntajes en dominios físicos y psicosociales. Por otro lado, el dolor fue evaluado como un estresor muy significativo que impedía ir al colegio y que afectaba las actividades sociales y recreativas tanto fuera como dentro del hogar. Se encontró además que las emociones negativas estaban asociadas con bajos niveles de adherencia al tratamiento médico, que en las enfermedades crónicas es esencial para el mantenimiento de la salud en el paciente. Además, se vio el rol importante que desarrolla la familia de origen del paciente en una época del ciclo vital muy sensible a los conflictos y a la búsqueda de identidad. Finalmente, estos estudios indican que la resiliencia como factor protector no alcanza a tener impacto en la salud de una forma significativa para lograr moderar los efectos del estrés sobre la calidad de vida y que la protección que proporciona es más de tipo cualitativo que cuantitativo, Alriksson-Schmidt, Wallander, & Biasini (2007); Fuggle, Shand, Gill, & Davies (1996); Hampel & Desman (2006); Van del Zaag, Grootenhuis, Last, & Derkx (2004); Graue, Wentzel, Bru, Hanestad, & Sovik (2004); Grey, Boland, Yu, Sullivan, & Tamborlane (1998).

De otro lado, Ahern (2006), en una revisión sobre su tema de tesis doctoral, encontró alrededor de 20 investigaciones con otro tipo de muestras no clínicas que hacían referencia a adolescentes afroamericanos y a otros grupos minoritarios con amplio énfasis en factores transculturales asociados con la resiliencia. En otros contextos, la resiliencia en sí misma ha sido ampliamente estudiada desde sus orígenes en poblaciones marginales desde la infancia en Centroamérica y Suramérica fundamentalmente. Fergusson & Lynskey (1996) constataron que aquellos niños y niñas que eran más pobres en la población, tenían alta probabilidad de llegar a ser adolescentes con problemas múltiples en comparación con niños de clases sociales más elevadas. Además, los autores dan cuenta de una serie de factores que actúan en calidad de protectores y, por tanto, pueden proteger o mitigar los efectos de la privación temprana, promoviendo a su vez los comportamientos resilientes en niños que viven en ambientes considerados de alto riesgo. Entre estos factores se encuentran: inteligencia y habilidad de resolución de

problemas. Se ha observado que los adolescentes resilientes presentan una mayor inteligencia y habilidad de resolución de problemas que los no resilientes. Según los autores, esto significa que una condición necesaria, aunque no suficiente para la resiliencia es poseer una capacidad intelectual igual o superior al promedio. Además, los autores señalan que aquellos que en la actualidad presentaban características resilientes habían sido catalogados como niños fáciles y de buen temperamento durante su infancia. Al respecto, investigaciones que se desarrollaron con niñas que se criaron en orfanatos, encontraron que aquellas que tenían una buena capacidad para elegir pareja y planificar el matrimonio, tuvieron una menor tasa de embarazo adolescente.

Los mismos autores mostraron además que hay algunos factores que distinguen entre un adolescente que se comporta en forma resiliente de aquel que no lo hace. Así, indican que, en la etapa de la adolescencia, la diferencia entre ambos radica en que aquellos que a la edad de los ocho años han estado menos expuestos a la adversidad familiar, tenían mejor rendimiento escolar, mostraban menor cantidad de relaciones con pares que hubiesen realizado actos delictivos y, según las entrevistas, con menor frecuencia a los 16 años de edad buscaban participar en actos novedosos que pudieran implicar algún tipo de riesgo. Así mismo, le daban gran importancia a la protección contra la adversidad familiar.

Por último, un estudio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, realizado en 1998 por el Centro Nacional de Consultoría en todo el país, con 1.200 niños de todas las zonas geográficas, investigó los factores que favorecen una respuesta sana y adaptativa frente a los factores adversos de la pobreza. El resultado fue sorprendente: en un 80% de los casos esos factores brindaban una protección alta entre los encuestados. El estudio investigó, dentro del conjunto de los factores protectores, la resiliencia (Amar, Kotliarenko, & Abello, 2003).

De acuerdo con los anteriores estudios y las revisiones desarrolladas por Kotliarenko, Cáceres, & Fontecilla (1997) entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños resilientes se encuentran: una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas o quien el niño haya desarrollado un vínculo afectivo; ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el afrontamiento

constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo: flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes.

La aplicación del enfoque de riesgo, ampliamente difundido en los programas de salud y en diversas investigaciones basadas en ese modelo, mostró la existencia de numerosos casos que se desarrollaban en forma normal a pesar de constelaciones de factores que, en otros individuos, determinaban patologías severas.

Un hito lo marcó Werner (1992), quien estudió a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los 40 años. La investigadora notó que algunos niños que estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro— de considerarse todos los factores de riesgo que presentaban— llegaron a ser exitosos en la vida, a constituir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad. Algunos de ellos procedían de los estratos más pobres, de madres solteras adolescentes y de grupos étnicos postergados, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. La observación de estos casos condujo a la autora, en una primera etapa, al concepto de "niños invulnerables" (Werner, 1992). Se entendió el término "invulnerabilidad" como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas. Posteriormente se vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y que podía cargarse de connotaciones biologicistas, con énfasis en lo genético. Se buscó, entonces, un concepto menos rígido y más global que reflejase la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos; se encontró el de "capacidad de afrontar".

Desde el decenio de los años ochenta ha existido un interés creciente por tener información acerca de aquellas personas que desarrollan competencias a

pesar de haber sido criados en condiciones adversas, o en circunstancias que aumentan las posibilidades de presentar patologías mentales o sociales. Se concluyó que el adjetivo resiliente, tomado del inglés resilient, expresaba las características mencionadas anteriormente y que el sustantivo "resiliencia" expresaba esa condición. En español y en francés (*résilience*) se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora.

Así, el término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos.

A continuación, se exponen algunas definiciones de la palabra "resiliencia" propuestas por diversos autores:

Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994).

Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Koferl, 1989).

Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas (Grotberg, 1995).

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

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida "sana" en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, 1992).

La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos (Suárez Ojeda, 1995).

Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños (Osborn, 1996).

A lo largo de la historia aparecen ejemplos de individuos destacados que hicieron aportaciones significativas para la humanidad, quienes debieron enfrentar severas circunstancias adversas (desde Demóstenes hasta Rigoberta Menchú, pasando por Piaget). Asimismo, pueblos enteros y grupos étnicos han demostrado capacidades sorprendentes para sobreponerse a la persecución, a la pobreza y al aislamiento, así como a las catástrofes naturales o a las generadas por el hombre (judíos, indígenas latinoamericanos, etc.).

2.4.2 Dos enfoques complementarios

Es conveniente diferenciar entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo. Ambos son consecuencias de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales.

Sin embargo, se refieren a aspectos diferentes pero complementarios. Considerarlos en forma conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano.

El enfoque de riesgo se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Ha sido ampliamente utilizado en programas de atención primaria, y el personal de los mismos está familiarizado con sus conceptos y aplicaciones.

2.4.3 Factores de riesgo, factores protectores y resiliencia

El uso tradicional de factores de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se lo ha relacionado, en particular, con resultados adversos, mensurables en términos de mortalidad.

Por ejemplo, un factor de riesgo asociado con enfermedades cardiovasculares es el consumo de tabaco.

Esa concepción restringida no resulta suficiente para interpretar aspectos del desarrollo humano, ya que el riesgo también se genera en el contexto social y, afortunadamente, la adversidad no siempre se traduce en mortalidad. Una aportación significativa a la conceptualización de riesgo la brindó la epidemiología social y la búsqueda de factores en el ámbito económico, psicológico y familiar. Eso permitió reconocer la existencia de una trama compleja de hechos psico-sociales, algunos de los cuales se asocian con daño social, y otros sirven de amortiguadores del impacto de éste. Los factores protectores pueden actuar como escudo para favorecer el desarrollo de seres humanos que parecían sin esperanzas de superación por su alta exposición a factores de riesgo.

2.4.4. Definiciones básicas

Factor de riesgo: es cualquier característica o calidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Por ejemplo, se sabe que una adolescente tiene mayor probabilidad que una mujer adulta de dar a luz a un niño de bajo peso; si además es analfabeta, el riesgo se multiplica. En este caso, ambas condiciones, menor de 19 años y madre analfabeta, son factores de riesgo.

Factores protectores: son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Así, la familia extendida parece tener un efecto protector para con los hijos de las adolescentes solteras. En lo que concierne a los factores protectores, se puede distinguir entre externos e internos.

Los Factores protectores externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral.

Los Factores protectores internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.

Individuos resilientes: Son aquellos que, al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Esto último permite elaborar, en sentido positivo, factores o circunstancias de la vida que son desfavorables. Uno puede estar más que ser resiliente. Es necesario insistir en la naturaleza dinámica de la resiliencia.

Nuestro conocimiento de las condiciones, procesos y resultados de la resiliencia está lejos de ser exhaustivo. Sin embargo, ya es posible identificar elementos de resiliencia y factores de protección en relación con algunos daños.

Acorde a lo mencionado anteriormente, para Anzola (2003) la resiliencia es definida como la capacidad que demuestran individuos provenientes de entornos desfavorecidos para sobreponerse a la adversidad en beneficio del crecimiento personal. Fiorentino (2008) también señala que en muchos estudios se ha relacionado la resiliencia con el modo sorprendente en que muchos niños que pasaron por maltrato o situaciones de alto riesgo (en comunidades de extrema pobreza, zonas de guerra o de desastre natural) pudieron sobreponerse a las dificultades manteniendo su salud y bienestar psicológico.

En base a resultados de su investigación, Peña Flores (2009) concuerda con otros autores en que la resiliencia es una característica innata y universal, que

poseen todos los individuos desde su nacimiento, siendo, por lo tanto, en general, una característica común en los niños.

Según Fiorentino (2008) diferentes autores consideran la resiliencia, no como un rasgo de la personalidad, sino como un estado, producto de un proceso dinámico entre factores protectores y de riesgo que edifican desde las fortalezas del ser humano potenciando las competencias y recursos. Acorde a esto Fergus y Zimmerman (2005) mencionan que en los últimos años la resiliencia ha sido redefinida como una dinámica y proceso modificable.

Complementando a lo mencionado en los párrafos anteriores, para Herrenkohl, Herrenkohl y Egolf (1994), la resiliencia es un constructo que implica la interacción entre las particularidades biológicas del niño, su personalidad, las influencias del ambiente en donde se desenvuelve y sus experiencias, además de su habilidad y maduración psicológica.

La resiliencia se enfatiza también como producto de un proceso dinámico entre factores protectores y de riesgo que puede ser desarrollado, construido y promovido desde la familia, la escuela y la comunidad con el objetivo de desarrollar estilos efectivos de afrontamiento para las circunstancias difíciles y otorgarle un sentido al sufrimiento. En ciencias humanas se utiliza el concepto de resiliencia para designar la capacidad de transformación y enriquecimiento personal que permite a las personas enfrentar situaciones adversas (Fiorentino, 2008).

La adversidad es el antecedente que desencadena este proceso y es justamente la que estimula el desarrollo de los recursos internos y la capacidad para enfrentar situaciones desfavorables de riesgo y estrés, este último enfoque permite el desarrollo de las intervenciones basadas en la resiliencia (Anthony et al., 2009). Peña Flores (2009) infiere que la pobreza también actúa como variable generadora de resiliencia ya que conlleva a la utilización de fortalezas personales para enfrentar sus desafíos.

Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida diaria. En contraste

con aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia vivida (Bonanno, 2004).

Las intervenciones para desarrollar la resiliencia implican la estimulación de las personas para que pongan en juego sus capacidades y recursos cuando se enfrentan a circunstancias adversas. Las reacciones de cada individuo son diferentes, algunas personas enferman y se desequilibran manifestando trastornos, mientras que otras, se desenvuelven y salen fortalecidas. Por esta razón, el concepto de resiliencia involucra un conjunto de habilidades y actitudes que promueven un proceso de adaptación y transformación exitosa a pesar de los peligros y el infortunio (Fiorentino, 2008).

La resiliencia no es un concepto nuevo, pero actualmente se dedican muchas investigaciones a su estudio. La resiliencia es entendida como la capacidad de las personas de superar las adversidades de la vida y aprender de ellas. Sin embargo, en algunos estudios las adversidades no son consideradas de la misma forma para las distintas personas (Bernalte Benazet et al., 2009).

Diferentes investigaciones (Grotberg, 1996; Peña Flores, 2009) indican que existen diferencias significativas en los niveles de las fuentes de resiliencia entre varones y mujeres a nivel general, teniendo en cuenta la percepción de la adversidad e infiriendo que las niñas tienen una mayor competencia social que los niños, ya que pueden expresar sus emociones y pensamientos en libertad social lo que les ayuda a ser más empáticas y asertivas durante la interacción con otros y de esta forma logran sus objetivos y solucionan conflictos con de forma más efectiva que los varones, y en consecuencia pueden ser más resilientes en momentos de adversidad, sobre todo cuando la crisis está relacionada a conflictos de tipo interpersonal. Estas diferencias se observan por la presencia de fortalezas personales y habilidades interpersonales ligeramente más elevados en las niñas que los varones quienes tienden a ser más pragmáticos.

Muchas evidencias muestran que la resiliencia es necesaria para responder a diferentes adversidades ya tengan que ver con eventos cotidianos o con eventos

de vida más grandes (Fletcher y Sarkar, 2013). En relación a esto Vanistendael (1994) distingue dos componentes en la resiliencia: (a) la resistencia frente a la destrucción, como la capacidad de proteger la propia integridad bajo situaciones de apremio, y (b) la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo a pesar de circunstancias difíciles teniendo en cuenta lo que cada uno puede lograr de acuerdo a sus talentos o capacidades. Esto sirve como motivación para involucrarse en actividades que desarrollen los recursos y destrezas, que pueden ser utilizados en momentos de situaciones difíciles para salir fortalecidos.

La resiliencia es conceptualizada como la influencia interactiva de características psicológicas sin el contexto del proceso de estrés (Fletcher y Sarkar, 2013). Para Garmezy (1991), el concepto de resiliencia no implica tanto una invulnerabilidad al estrés sino la destreza para recuperarse de eventos negativos. Fletcher y Sarkar (2013) también exponen que existe una necesidad de desarrollar el ambiente inmediato de las personas para promover factores protectores y promotores que los individuos pueden usar para construir las habilidades necesarias para la resiliencia.

Para Anzola (2003), en el proceso de resiliencia es imprescindible el encuentro con una persona significativa y la inserción en una actividad que tenga sentido ya que cuando esto está presente, las personas parecen responder a consecuencia de la aceptación grupal que perciben; del mismo modo, cualquier comportamiento que sea generado por la agresión es incompatible con una vida de realización si se posee la ayuda y soporte necesarios.

En un estudio se ha encontrado que los jóvenes con resiliencia poseen un “proyecto futuro” lo cual fue considerado como rasgo característico. Algunos de los mayores anhelos mencionados fueron continuar con su educación media, terminar una carrera universitaria, obtener un buen trabajo, tener hijos y en su porcentaje mayor reivindicarse con la familia (Anzola, 2003). También Omar (2005) enfatiza en su investigación la importancia del apoyo emocional dentro del hogar, la autoconfianza y los intercambios sociales positivos con los grupos de pertenencia para afrontar situaciones amenazantes y salir fortalecidos. A su vez la orientación hacia el futuro fue considerada un nuevo factor protector ya que la

presencia de una perspectiva positiva y planes definidos acerca del futuro aumentan la sensación de bienestar repercutiendo sobre los comportamientos resilientes.

Para Cyrulnik (2002), exteriormente hay quienes superan el trauma y se adaptan a su entorno por medio de la sumisión renunciando a sí mismos, otras veces persuadiendo al agresor, las cuales no son consideradas respuestas resilientes; sin embargo, la resiliencia se basa en la búsqueda del desarrollo personal de quien la requiere, no en la de la satisfacción de esquemas deseables de comportamientos sociales de un grupo particular. De este modo el camino personal de un proceso de resiliencia debe ser de crecimiento continuo.

En un estudio basado en el acontecimiento del 11 de septiembre se pudo observar que las personas que se mostraron resilientes recordaron sus experiencias de forma menos traumática reduciendo la evaluación negativa del evento (Dekel y Bonanno, 2013). Esto concuerda con un estudio de Elad-Strenger, Fajerman, Schiller, Besser y Shahar (2013), que dice que entre la resiliencia y el bienestar psicológico hay una relación consistente. También relacionaron la resiliencia con factores ideológicos y el distres psicológico, en el que se observa la vulnerabilidad y la resiliencia en las dinámicas de relaciones entre diferentes aspectos de ideologías y salud mental y sobre todo con la religión y el soporte social.

Otros autores (Gentile y Bushman, 2012) encontraron que el abordaje de riesgo y resiliencia ayuda a entender los efectos de la violencia, el cual no es el único factor asociado con la agresión, pero es un factor importante, este lleva a comprender mediante las hipótesis como la violencia trabajaría en conjunto con otros factores de riesgo para predecir la agresión. Foran, Adler, McGurk y Bliese (2012), realizaron una investigación con soldados que presentaban problemas de salud mental, tales como síntomas de estrés post traumático, problemas con el alcohol, también problemas de salud física, en el que se ofreció entrenamiento en resiliencia como un programa de prevención primaria el cual dio buenos resultados demostrando la efectividad de esta en la mejoría de salud mental.

Zerubavel y Wright (2012) sugieren que el campo de la salud mental se moviliza buscando apertura y apoyo en relación al “sanador herido” y provee recomendaciones para cultivar la seguridad necesaria para promover la resiliencia y el crecimiento después de un acontecimiento postraumático. El sanador herido representa no solo dolor y sufrimiento, sino la posibilidad de resiliencia, crecimiento y la habilidad de usar el conocimiento adquirido por medio de su propio sufrimiento para ayudar a sus clientes a recuperarse, por lo que mencionan que el objetivo de la psicoterapia es sanar al herido.

Los participantes en un estudio de experiencias relacionales de sobrevivientes de un trauma complejo que se encontraban en tratamiento, expresaron su frustración con repetidas, dolorosas y traumáticas relaciones y al mismo tiempo reconocieron el deseo de seguir adelante con un sentido de autenticidad y actitud positiva. La coexistencia de estas dos contradictorias experiencias es muy notoria en el desarrollo de un entendimiento complejo de la tenacidad del estrés postraumático y el poder de la resiliencia en este (Tummala-Narra, Kallivayalil, Singer y Andreini, 2012).

Numerosos investigadores se han dedicado a explorar aquellos factores afectivos que favorecen una mejor resistencia frente a las situaciones estresantes. En la actualidad se sabe que las emociones positivas establecen un importante recurso para la salud. Sin embargo, aunque sea de suma importancia detectar los recursos que influyen para que una persona sea resiliente, también es necesario sumar a esto esfuerzos centralizados para la realización de esta labor, ya que la mera identificación de los recursos tiene escaso valor si no se la utiliza como fundamento para la prevención del desajuste o promoción de la salud psicológica. En base a esto se puede decir que las emociones positivas ayudan a una valoración más saludable de los conflictos y un afrontamiento más funcional de los mismos, incrementando aspectos cognitivos involucrados en la prevención de fracaso e impulsando a poseer actitudes más tolerantes y persistentes ante las frustraciones (Oros, 2009).

En consonancia con Oros (2009), también González Arratia López Fuentes et al. (2009) mencionan que en la actualidad por el aumento de iniquidad en un mundo globalizado y la distribución de bienes en forma desigual se debe actuar

desde la resiliencia cuando se piense en políticas de salud. Estos autores exhiben que en México se han desarrollado esfuerzos tanto gubernamentales como de instituciones civiles para ofrecer servicios de salud, sin embargo, la extensión de la cobertura en materia de asistencia social es cada vez más insuficiente. En base al perfil actual de este país y la existencia de padecimientos asociados a la pobreza, el análisis de causa de muerte de los últimos años, indica que, aunque algunos padecimientos se han controlado con el uso de medicamentos, las enfermedades que han pasado a ser las primeras causas de muerte involucran en gran medida al comportamiento humano, individual, familiar o colectivo. Particularmente los indicadores de conducta patológicos como las adicciones, violencia, depresión, trastornos en la conducta alimentaria, ansiedad, angustia, estrés, conductas de trasgresión y evasión, embarazos precoces, suicidio, entre los más comunes, ante los cuales la prevención podría ser la solución más factible.

En la vida está presente el sufrimiento y los problemas, pero en el concepto de resiliencia se entiende la posibilidad de tomarse a uno mismo y a las cosas que acontecen con humor. El sentido de humor permite sobrellevar los infortunios por medio de la aceptación madura de los fracasos y la confianza aún frente a la adversidad (Fiorentino, 2008).

En un estudio de resiliencia y humor, se presenta mediante evidencias que existe un importante rol del humor en la resiliencia frente al estrés y el trauma. Estudios de caso, investigaciones y trabajo de evaluación cognitiva en el humor, todos convergen en que el aumento del este puede ofrecer ayuda en situaciones de trauma. También al estudiar la relación con un enfoque a la resiliencia se observó que el aumento del humor puede contribuir al aumento de experiencias de vida positivas y conducir a un bienestar psicológico y afecto positivo (Kuiper, 2012).

En la actualidad se considera que la investigación sobre el optimismo resulta de gran importancia debido a diversas razones, entre las cuales se puede mencionar que es una pieza clave para el conocimiento del porqué algunas personas que inician la vida con poco éxito, son capaces de lograr mucho, ya que el optimismo puede presentarse como un factor de estimulación a la acción orientada a objetivos porque aumenta las probabilidades de recobrarse logrando que los sucesos sean incluso mejores que antes. De este modo González Arratia

López Fuentes y Valdez Medina (2012) consideran al optimismo como punto inicial de la resiliencia ya que con una visión positiva y adaptación las personas pueden obtener mejores resultados en situaciones en las que otros no ven posibilidades.

Según Omar (2005), los adolescentes resilientes tienen puntos de vista positivos acerca de su futuro lo cual los hace ser más optimistas; de acuerdo con esto, Hervás (2009) también encontró evidencia de que los adolescentes resilientes son más optimistas ya que muestran capacidad para afrontar las dificultades. Así, Seligman (2006) asevera que en la medida de que los adolescentes tengan mayor optimismo tienden a salir fortalecidos y a hallar beneficios en situaciones de estrés; esto apunta a que donde el pesimista ve problemas, el optimista ve desafíos (Seligman, 2006).

Estos hallazgos permiten afirmar que el optimismo que poseen los adolescentes resilientes funciona también como factor protector de la depresión potenciando los recursos psicológicos de los individuos, ya que sin negar sus problemas tienen esperanzas, creando estrategias de acción para afrontar el futuro esperando resultados favorables, pero sin alejarse de la realidad, y así perseverando en sus metas (González Arratia López Fuentes y Valdez Medina, 2012).

En un estudio de resiliencia y contexto social se observó que la resiliencia predice de manera indirecta al rendimiento académico, por medio de las metas académicas (Gaxiola Romero, González Lugo y Contreras Hernández, 2012). Investigaciones realizadas con estudiantes muestran que, a mayor nivel de resiliencia presentado por los jóvenes, estos presentan menos cansancio emocional y una mayor realización personal (Ríos Rísquez, Carrillo García y Sabuco Tebar, 2012).

Con frecuencia las crisis y los desajustes en la adolescencia tienen más que ver con la percepción que tiene el joven que con la situación en sí misma y a su vez, las acciones que se promueven con la finalidad de solucionar un determinado problema van a depender, de la interpretación y el valor o importancia que se

otorgue esa situación. Si se evalúa que la situación es difícil y además irresoluble, existe la posibilidad de que como consecuencia de esta percepción se actúe con resignación o desilusión (Gil Lacruz, 2007).

Los individuos resilientes ponen en juego sus habilidades para la resolución de problemas, así como la confianza en sí mismos y por medio de esto pueden analizar las circunstancias con el fin de buscar las oportunidades para llevar a cabo acciones eficaces. Por otro lado, los individuos no resilientes manifiestan mayor pesimismo lo cual podría deberse a la forma de definir las situaciones pensando en ellas de forma restringida como algo catastrófico para sus vidas (Siebert, 2007).

Para González Arratia López Fuentes et al. (2009), la promoción de la resiliencia puede servir de complemento a las intervenciones que hacen énfasis en las posibilidades de cada persona para enfrentar las dificultades durante todo el ciclo vital, estos autores proponen que para lograr esto es necesario: (a) manejar la situación: tomando conciencia para darle la verdadera dimensión de importancia a las cosas, reconocer las limitaciones, afianzar el autocontrol y propiciar el buen humor; (b) superar la experiencia: elaborando las pérdidas afectivas y posibles cambios en el rol social, desarrollando la capacidad de hablar, pedir ayuda y la búsqueda de independencia a su vez participando de forma activa en los programas comunitarios, promoviendo una filosofía de vida positiva y (c) potencializar recursos psicológicos: desarrollando la autoestima, autoeficacia, modos de enfrentamiento y encontrar el propósito de vida.

Trabajar con la resiliencia significa asumir una cosmovisión diferente del mundo, apostando a crear mejores condiciones de vida para las generaciones futuras (González Arratia López Fuentes et al., 2009).

2.4.5 Factores Protectores y Factores de Riesgo:

Factores Protectores: son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Algunos ejemplos de ellos son:

Factores de Riesgo: son las acciones ya sea pasivas o activas, que involucren peligro para el bienestar del individuo o que acarrean directamente consecuencias negativas para su salud o comprometen aspectos de su desarrollo.

Algunos ejemplos de ellos son: Factores Protectores se detallan a continuación:

Adulto Significativo: modelo de rol en la vida diaria. Personas de las cuales los niños o adolescentes pueden aprender. Que reafirme la confianza en sí mismo del individuo, que lo motive, y por sobre todo le demuestre cariño y aceptación incondicional.

Alta Autoestima: La autoestima es el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo adopta hacia sí mismo. Distintos autores coinciden en cuanto a la relación existente entre el nivel de autoestima y la tolerancia al estrés; esta relación se vincula con la incidencia que tiene la autoestima sobre algunas de las variables que reflejan el tipo de transacción que los sujetos mantienen con su ambiente y la respuesta de ellos a determinadas y exigencias; así como con la posibilidad o expectativas de control de los contextos o situaciones de estrés.

La familia como elemento central: En la familia se reflejan los rasgos macrosociales o distales de la sociedad. Es entendida como la mediadora entre la situación macrosocial y la microsocial o proximal en la cual ocurre la cotidianidad de la vida, convirtiéndose en instancia de riesgo o bien de protección Fergusson y Lynskey (1996). Este enfoque señala que la familia puede ser transmisora no solo inconducente a una buena calidad de vida, sino depositaria de una rica fuente de factores protectores que sí permitan enriquecer la vida de los hijos, además de entregarles conductas a partir de las cuales, un grupo importante de personas, ha logrado espontáneamente alcanzar una adecuada calidad de vida.

Apoyo social: se ha acentuado el valor de los contactos sociales positivos como elemento protector para el ser humano. En resumen, el apoyo social actúa como un importante modulador del estrés, su presencia y su percepción aumenta la sensación de control y dominio ante situaciones estresoras, ofrece una guía y orientación para la acción, contribuye a identificar recursos personales y sociales y

ofrece retroalimentación sobre conductas que mejoran la competencia personal. Por ello es sumamente importante fomentar y desarrollar factores protectores a través de conductas que tengan que ver con el enriquecimiento de los vínculos; fijar límites claros y firmes; enseñar habilidades para la vida, como cooperación, resolución de conflictos, estrategias de resistencia y asertividad, destrezas comunicacionales; brindar afecto y apoyo, respaldo y aliento incondicional. Brindar oportunidades de participación significativa. Otorgar a los adolescentes una alta cuota de responsabilidad, dándoles oportunidades de resolver problemas, tomar decisiones, planificar, fijar metas y ayudar a otros.

Un factor de riesgo hace referencia a situaciones contextuales o personales que incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud (Rutter, 1985, 1999).

Fernández (2004) señala que identificar y reconocer los riesgos de un individuo, grupo o comunidad significa poder estimar la probabilidad de que se produzcan daños (Hein, 2004; Jessor; 1993). El enfoque de riesgo asume que entre mayor es el conocimiento acerca de los eventos negativos, mayor probabilidad hay de actuar sobre ellos anticipadamente para así evitarlos cambiando las condiciones que exponen a un individuo o un grupo a adquirir enfermedades o sufrir daños (Rutter, 1985, 1999). En especial, el concepto de riesgo en el periodo juvenil se destaca por la posibilidad de que conductas o situaciones específicas pueden provocar daños en el desarrollo, afectar al conjunto de potencialidades y deteriorar el bienestar psicológico y la salud mental (Córdova, 2006).

En cuanto a los factores protectores, estos son entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, disminuyen la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño. Se consideran como tales las fuerzas internas y externas que contribuyen a que la persona resista los efectos del riesgo, e implican variables genéticas, disposiciones personales y factores psicológicos, situacionales y sociales.

Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo, no actúan de manera aislada sino ejerciendo un efecto de conjunto, donde se establecen complejas relaciones funcionales que traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y los eventos estresantes; este proceso de

amortiguación del estrés y su conocimiento es imprescindible para comprender los mecanismos que subyacen a los factores protectores y a la resiliencia en general (Rojas, 2007).

Además, ambos permiten conocer resultados negativos y positivos en el desarrollo psicológico de los individuos (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996; Rutter, 1985). En tal sentido, una misma variable puede actuar bajo distintas circunstancias como factor de riesgo o de protección. Asimismo, se debe destacar que una situación puede ser de alto riesgo en un momento del ciclo vital y dejar de serlo en otro periodo, lo que se debe al propio desarrollo del individuo y la adquisición de capacidades biológicas, psicológicas y sociales, las cuales influirán tanto como las condiciones del entorno y en el grado en que sean protectoras o de riesgo (Córdova, 2006).

En términos generales, podría considerarse que, así como los factores de riesgo no son el resultado del azar ni surgen espontáneamente, lo mismo ocurre con los factores protectores. Ambas clases de factores son muchas veces el resultado de procesos iniciados tiempo atrás, los que en ocasiones se han incorporado a los valores culturales (Rojas, 2007).

Dentro de los factores protectores considerados internos es posible distinguir variables tales como la autoestima, el locus de control, los estilos de afrontamiento y los hábitos de salud, que están presentes en las personas resilientes (Manciaux, 2003; Suárez, 1997; Wolin y Wolin, 1993).

Entre los factores protectores externos o ambientales que promueven la resiliencia se destaca fundamentalmente la familia (Munist, Santos, Kotliarenco y cols., 1998). La inclusión de estas variables se debe a que estudios recientes han dejado en claro que la autoestima está estrechamente asociada a la resiliencia, ya que una alta autoestima y una buena dosis de eficacia personal hacen más probable el éxito en la superación de las dificultades (Bourne, 2003; Davey, Goettler y Walters, 2003; Dumont y Provost, 1999; González-Arratia, 2007; Lösel, Bliesener y Kferr, 1989; Rutter, 1985; Salami, 2010; Walsh, 2004).

Otros estudios también refieren que el afrontamiento adaptativo está asociado positivamente con la resiliencia, y han encontrado que los niveles bajos

de resiliencia muestran altos puntajes en las estrategias de afrontamiento no adaptativo; en cambio, los individuos con alta resiliencia usan en mayor medida el afrontamiento adaptativo (Aparicio, Cámpora, Ruiz y Guidet, 2005; Dumont y Provost, 1999; Milgram y Palti, 1993; Patterson, 1995; Rudmann, 1991; Yi-Frazier, Smith, Vitaliano y cols., 2009).

En cuanto a locus de control, también se ha encontrado un pequeño efecto sobre la resiliencia, especialmente académica (Gizir, 2009), y además se ha comprobado que el locus de control interno actúa como un factor protector que ayuda al niño y al adolescente a desarrollar resiliencia (Kotliarenco y cols., 1996; Mothner, 1995; Steese, Dollette, Phillips y cols., 2006).

Otra de las variables bajo estudio es la familia, la cual es considerada como un elemento socializador cuyo objetivo es educar y formar al individuo para que sus miembros puedan desarrollarse y sean personas autónomas capaces de enfrentarse a la vida. Y así, para un desarrollo favorable, es necesario un entorno familiar afectivo que proteja al niño y le proporcione el apoyo y los recursos suficientes para su crecimiento. Cuando las relaciones armónicas se rompen y hay maltrato en la familia, se interrumpe la motivación para establecer relaciones firmes y seguras con los adultos y para explorar el mundo aprendiendo habilidades, lo que perturba el desarrollo de la socialización (González-Arratia, en prensa). El amor y afecto de los padres facilitan la socialización y la autoestima, mientras que el rechazo y la hostilidad a menudo se relacionan con una baja autoestima, sentimientos de incompetencia y conductas antisociales (Secadas y Román, 1984). En el caso de la familia, se puede considerar que puede convertirse en factor de protección o de riesgo, dependiendo de que se desarrolle de manera equilibrada o desequilibrada, o que contribuyan positiva o negativamente a incrementar o evitar los factores de riesgo.

La investigación de factores de riesgo y de protección en cuanto al consumo de drogas en los adolescentes (Rojas, 1999) ha concluido que la relación familiar desempeña un rol decisivo en el comportamiento adictivo, y que la falta de comprensión y comunicación es un factor de riesgo de dicho consumo; en el sentido opuesto, un medio familiar en el que la comunicación y el intercambio de opiniones son la norma aparece como un factor de protección. Por ello, en el

ámbito de los factores protectores externos la familia ha sido reportada como un factor protector para la resiliencia (Bernard, 1994; Campbell y Demi, 2000; González-Arratia, 2007; Walsh, 2004; Wright, Watson y Bell, 1996).

Como otro punto importante, durante las últimas décadas se ha venido observando que las características psicológicas pueden estar vinculadas con la enfermedad y el comportamiento deficiente en cuanto a la salud, en cuanto que la ansiedad, la depresión, la neurosis y la hostilidad están asociadas con elevados niveles de consumo de alcohol y tabaco, dietas, nulos hábitos de ejercicio físico y trastornos del sueño (Marks, Murray, Evans y cols., 2008). Además, la mala salud y el pobre desarrollo es un tema crucial en las instituciones dado que acentúan la inequidad y la exclusión social de amplios sectores de la población, siendo el de los jóvenes uno de los sectores más vulnerables en tal sentido (Cardozo, 2005; Fiorentino, 2008; González-Arratia, Valdez, Oudhof y González, 2009).

2.5. EMPATÍA

Fenichel (citado en Davis, 1996) habla de la empatía como identificación con el otro. En esta línea de pensamiento, Hogan (1969) definió la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás o, en otras palabras, como la construcción que uno mismo tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales ajenos.

Los estudios interesados en la visión cognitiva de la empatía han empleado diferentes instrucciones diferenciando las que se referían a imaginarse a sí mismo en una situación e imaginarse al otro en una situación. Stotland (1969) empezó a realizar estos estudios, y encontró que mientras en el primer conjunto de instrucciones la gente podía llegar a sentir ansiedad, no ocurría lo mismo en el segundo.

Posteriormente, Davis (1996) encontró que los sujetos que tendían a puntuar más alto en adopción de perspectiva puntuaban más alto en la condición imaginarse al otro. Asimismo, existen datos que indican que el componente cognitivo de la empatía, esto es, la toma de perspectiva, se relaciona inversamente con el nivel de agresividad (Richardson y Malloy, 1994).

Como puede apreciarse, la mayor parte de los autores mencionados hasta este punto se sitúan en una visión cognitiva de la empatía, al considerar que ésta consiste fundamentalmente en la adopción de la perspectiva cognitiva del otro (cognitive role-taking). En realidad, esta visión de la empatía la sitúa muy cerca del constructo de teoría de la mente, definido por Gallagher y Frith (2003) como la habilidad de explicar y predecir el comportamiento de uno mismo y de los demás atribuyéndoles estados mentales independientes, tales como creencias, deseos, emociones o intenciones.

Desde finales de los años 60, se empezó a consolidar una visión distinta de la empatía, que concedía más importancia a su componente afectivo que al cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario. Stotland (1969) se sitúa entre los primeros autores en definir la empatía desde este punto de vista, considerando ésta como “la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción” (1969, p.272). Por su parte, Hoffman (1987) define la empatía como una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia. En la misma línea, Mehrabian y Epstein (1972) hablan de la empatía como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente. Consideran que se trata de una disposición para la que existen diferencias individuales. Una aportación importante es la realizada por Wispé (1978), quien llamó la atención sobre la importancia de los estados emocionales positivos como un aspecto a incluir en el concepto de empatía.

2.5.1. Empatía y Adolescencia

La adolescencia es el período del ciclo vital en el que comienzan y/o incrementan sustancialmente las conductas externalizantes, por ejemplo, agresividad, maltrato y violencia; e internalizantes, como la timidez y ansiedad social (Inglés, 2007). Es por esto que, en las dos últimas décadas del siglo XX, se ha desarrollado un interés creciente por demostrar empíricamente una relación significativa entre empatía y conducta prosocial y conducta agresiva, en los adolescentes (Fuentes et al., 1993; López et al., 1994).

En relación a la empatía, para algunos autores (Deutsch & Madle, 1975; Regan & Totten, 1975) es fundamentalmente un proceso cognitivo que consistiría en la habilidad cognitiva para reconocer e interpretar los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de los demás. En cambio, para Richaud de Minzi (2008), la empatía es fundamentalmente un proceso afectivo, que debe ser definido como la respuesta afectiva vicaria de los sentimientos de otra persona.

Es decir que, por un lado, la empatía puede definirse cognitivamente en relación a la toma de perspectiva o la comprensión de los otros, sin experimentar realmente los sentimientos de esa persona. Y, por otra parte, la empatía se ha definido también como una reacción emocional o simpatía en respuesta a los sentimientos o experiencias de otros.

No obstante, en el estudio de la empatía hay un enfoque integrativo que toma conjuntamente ambos aspectos. Desde este enfoque, Davis (1983) propone una perspectiva multidimensional de la empatía, definiéndola, de acuerdo a dos componentes cognitivos y dos emocionales, como una reacción a la experiencia observada en él (la) otro(a). Los factores cognitivos que intervienen en este constructo son: la toma de perspectiva tendencia a adoptar espontáneamente el punto de vista psicológico del otro(a), es decir, capacidad para ponerse en el lugar del otro(a) e identificarse con él y la fantasía tendencia del sujeto a introducirse imaginativamente en los sentimientos y acciones de personajes ficticios de libros, películas o juegos. Los factores emocionales son: la preocupación empática sentimientos de simpatía y preocupación orientados al otro(a) que se encuentra en una situación negativa y, el malestar personal, sentimientos de ansiedad personal que se producen en situaciones de tensión interpersonal.

Por su parte, Bandura (1991) también ha concedido interés al tema de la empatía, señalando que la activación emocional empática es un factor afectivo que interactúa con reguladores cognitivos y variables situacionales y sociales, influyendo en el tipo de respuesta que se da ante las reacciones emocionales de los demás. En general, se admite el supuesto que la empatía favorecerá el altruismo y reprimirá la agresión, influyendo en las acciones altruistas otros determinantes como: los inductores sociales, las limitaciones que impone la situación, los costos potenciales, la disponibilidad de habilidades y de recursos necesarios para ayudar

al otro, la atribución de responsabilidad, las características de la víctima y su relación con el observador.

Estudios realizados (Singh-Manoux, 2000; Sobral, Romero, Luengo & Marzoa, 2000) consideran que los individuos empáticos son menos agresivos por su sensibilidad emocional y su capacidad para comprender las consecuencias negativas potenciales para él mismo y los otros, que se pueden derivar de la agresión.

2.5.2. Género y Empatía

Algunos estudios (Del Barrio, Moreno & López, 1997, 2001; Farrell, Kung, White & Valois, 2000), refirieren diferencias de género en empatía, constructo íntimamente ligado a la ira, señalando que estas diferencias no sólo se refieren al nivel de agresividad, mayor en los varones, sino también, en lo referente a las distintas formas de agresividad, manifestando las mujeres mayores conductas agresivas “indirectas” o cerradas mientras los varones presentan mayores conductas agresivas “directas” o abiertas.

En concordancia con esto, González y Del Barrio (2005) refieren la influencia de la variable género en la empatía, señalando que tanto las mujeres como los varones manifiestan empatía, sólo que distintamente.

Asimismo, Archer (2004) reportó que la agresividad física y verbal, es más común en hombres que en mujeres. Considerando que la conducta agresiva se percibe mejor en el grupo de iguales durante la adolescencia que durante la edad madura.

Por otro lado, una investigación de agresividad en la infancia (Mestre et al., 2005), muestra diferencias significativas entre ambos géneros, señalando que los varones puntúan más alto en agresividad e inestabilidad emocional que las mujeres.

2.6. RESILIENCIA, COHESIÓN FAMILIAR Y ADAPTABILIDAD

El ser humano se ve expuesto a numerosas tragedias a lo largo de su vida. Los investigadores de las ciencias sociales deliberaron por largo tiempo que las dificultades perturbaban negativamente el desarrollo y el crecimiento personal,

pero en la actualidad por medio de nuevas teorías y el estudio de la resiliencia se ha tomado conciencia de que muchos individuos ven en sus tragedias una oportunidad de superación y mejora (Peña Flores, 2009).

La familia también se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión externa que las instituciones sociales ponen sobre cada uno. En respuesta a esto, según Minuchin (1990), se produce una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer y acomodarse a las nuevas situaciones. La resiliencia, para Quintero Velásquez (2005), es un cambio de paradigma ya que privilegia el enfoque en las fortalezas, no en el déficit o problema; así alega la necesidad de que se involucre a los individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones a que sean parte de la solución por medio de recursos internos y externos que permitan enfrentar situaciones críticas de todo tipo. Con su enfoque Quintero Velásquez (2005) supera la noción de resiliencia individual y se conceptualiza en América Latina sobre la resiliencia familiar o relacional, comunitaria y empresarial.

Según Torrico Linares, Santín Vilariño, Villas, Menéndez Álvarez-Dardet y López López (2002), Lewin (1936) fue uno de los pioneros que sostuvo que la conducta surge en función del intercambio que se produce entre la persona y el ambiente.

Siguiendo con el mismo concepto, se le suma Bronfenbrenner (1979), quien postula el modelo ecológico, el cual presenta una serie de componentes relacionados a la familia con énfasis en las interconexiones ambientales (microsistema, mesosistema, exosistema, y macrosistema) y el impacto que estas pueden tener en la persona y su desarrollo psicológico.

Su postulado básico se funda en que los ambientes naturales son la fuente principal de influencia sobre la conducta humana, pero además de esto Bronfenbrenner tiene en cuenta el ambiente “ecológico” que contiene al sujeto; por tal motivo considera que el desarrollo humano es una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos que también cambian, por lo

cual la persona irá adaptándose a los ambientes que le rodean y forman parte de su vida cotidiana como la familia o amigos y viceversa.

La funcionalidad de la familia, según Minuchin (1990), se ve influenciada por cuatro fuentes de estrés. La primera menciona puede originarse en el contacto de un miembro con fuerzas extrafamiliares, ya que una de las principales funciones de la familia reside en brindar apoyo a sus miembros, por lo cual cuando uno de sus integrantes se encuentra afectado por estrés, los otros miembros de la familia sienten la necesidad de adecuarse a sus nuevas circunstancias. La familia también puede tener contacto estresante en su totalidad con fuerzas extrafamiliares, y verse recargada por circunstancias que los afecten como sistema. El estrés puede también aparecer en momentos de transición de la familia, donde deben negociarse nuevas reglas para lograr adaptabilidad a una nueva situación. Y por último el estrés puede ser referente a problemas de idiosincrasia, como ser un miembro con una discapacidad, lo cual puede encontrar solución por medio de la flexibilidad de los límites de los subsistemas para substituir las funciones del miembro afectado.

En la familia se han detectado factores protectores incondicionales por al menos una persona significativa y emocionalmente estable de esta que promueven la unidad familiar y ayudan a encontrar significados en momentos de crisis (Fiorentino, 2008).

Greenspan y Benderly (1997) enumeran una serie de condiciones familiares que favorecen la resiliencia entre los niños y jóvenes entre los cuales se encuentran: la estructura y reglas claras dentro del hogar, el sustento entre los cónyuges, destrezas familiares de afrontamiento, las prácticas de cuidado y crianza firmes, la interacción y estima entre padres e hijos, las expectativas positivas de los padres sobre el futuro de sus hijos, las obligaciones compartidas en el hogar, el sustento de los padres en las actividades escolares de los hijos y las redes familiares y de apoyo externas.

El valor de este enfoque de la resiliencia, como un estado que se construye, es que se constituye como notable el rol que juega la familia, la escuela y la comunidad como fuentes generadoras de factores preventivos. La resiliencia es

una habilidad que se puede promover en niños y adolescentes mediante la estimulación en las áreas cognitiva, afectiva y conductual por lo cual es importante que desde pequeños los niños se sientan amados y valorados, que tengan reconocimiento y estimulación mediante el refuerzo de conductas que permitan su desarrollo psicosocial (Fiorentino, 2008).

En un estudio sobre la importancia de la familia para estudiantes universitarios latinos, se encontró que la marginación entre los grupos era un predictor del ajuste en el colegio, la resiliencia y también el crecimiento. La importancia de la familia y el soporte social se encontró como mediador de las relaciones de los estudiantes (Llamas y Morgan Consoli, 2012). Acorde a esto, para Quintero Velásquez (2005), la resiliencia familiar implica un vínculo emocional significativo, la presencia de conductas éticas un soporte espiritual y contexto ecológico presentando como factores resilientes de la familia: la cohesión, la comunicación, la adaptación y la afectividad.

El modelo de resiliencia sexual supone que las conductas sexuales de riesgo están integradas por la protección de la familia, esta funciona como apoyo ya que amortigua los efectos de los riesgos sexuales y presenta una relación positiva (Castillo Arcos y Benavides Torres, 2012).

La resiliencia es considerada como un proceso de identificación y desarrollo de recursos para tratar factores de riesgo a fin de obtener resultados positivos. Los adolescentes poseen factores de protección que los ayudan a desarrollar sus capacidades de resiliencia y de esta forma sus conductas son más sanas. La familia y la sociedad cumplen un rol importante en la protección de los adolescentes. La familia por consiguiente protege al adolescente de los factores psicosociales de riesgo (Llamas y Morgan Consoli, 2012).

En un principio es importante la aceptación tras cualquier tipo de agresión que la persona reciba, luego debería existir una cooperación institucional y familiar de resonancia afectiva para lograr resiliencia la cual también se construye por medio de acciones y palabras genuinas de apoyo y acompañamiento que permiten el desarrollo de un sujeto en un medio y una cultura. Por tanto, cada niño

presenta su resiliencia en el modo en que evoluciona y procesa su propia historia (Cyrulnik, 2002).

También Ungar (2010) presenta un modelo social de la resiliencia que demuestra la relación que esta presenta con la familia y la habilidad de esta en la búsqueda de bienestar.

En un estudio de pobreza llevado a cabo con familias, se menciona que, a pesar de las condiciones de vida desfavorables, estas pueden alcanzar un bienestar que les ayuda a superar obstáculos con resiliencia. Las familias resilientes presentan algunas características que los identifican, algunas de ellas tienen que ver con la experiencia y la expresión adecuada de las emociones, especialmente las emociones positivas como el amor, la ternura, la gratitud, la simpatía, la serenidad, la satisfacción con uno mismo y el buen humor (Oros y Vargas Rubilar, 2012).

Estudios anteriores demuestran que para fortalecer el vínculo paterno filial es necesario fortalecer la experiencia emocional de los niños y por otro lado también se presenta la importancia del sostén y la educación para construir emociones positivas y del mismo modo la resiliencia (Oros y Vargas Rubilar, 2012).

Por medio de un análisis centrado en el sujeto, Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija

(2008) revelaron que los adolescentes resilientes constaban de relaciones familiares de mayor calidad que los adolescentes mal adaptados, mediante lo cual concluyeron que las relaciones familiares positivas durante esta etapa pueden ayudar a enfrentar acontecimientos vitales estresantes.

Hansson et al. (2008) también mencionan la importancia de los factores genéticos y ambientales en la construcción de la resiliencia, por lo cual la familia cumple un papel importante en esta. Según Tsibidaki y Tsamparli (2009), las familias que crían un niño con una discapacidad, aunque se enfrentan a grandes

problemas día a día, se mantienen unidas y de este modo desarrollan resiliencia frente a las situaciones crisis.

Análisis correlacionales de una investigación indicaron asociaciones positivas entre resiliencia y las dimensiones del bienestar subjetivo en relación al apoyo percibido por parte del grupo familiar, como también correspondencia entre expectativas y logros, relaciones con el grupo primario y confianza al afrontar dificultades. Las vinculaciones de cada una de las facetas estudiadas de la resiliencia con el bienestar subjetivo demostraron la influencia e importancia del apoyo emocional dentro del hogar y los intercambios sociales positivos para ayudar a los adolescentes a afrontar situaciones amenazantes y a pesar de ellas salir fortalecidos (Omar, 2005).

Los resultados obtenidos en la investigación de González Arratia López Fuentes, Valdez Medina y Zavala Borja (2008) muestran que los adolescentes engloban la resiliencia en seis factores: seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia. Una de las dimensiones del instrumento en la que se obtuvo la media más alta es la que corresponde a la familia; en consecuencia, la familia, a pesar de la evolución que ha tenido a lo largo del tiempo, sigue siendo el grupo social que ofrece más equilibrio y seguridad emocional al adolescente, por lo cual se presenta como un factor protector en la resiliencia de los individuos.

Según Olson y sus colaboradores (Olson, Bell y Portner, 1982; Olson, Russell y Sprenkle, 1980; Olson, Sprenkle y Russell, 1979; Sprenkle y Olson, 1978), en el extracto de la familia se pueden observar dos variables que constituyen un eje vertebrador en las relaciones familiares: la cohesión y la adaptabilidad y una tercera variable que facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones: la comunicación.

La cohesión, según Olson et al. (1980), se define como los lazos emocionales que los miembros de la familia poseen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan. En la cohesión familiar se vinculan los

conceptos de lazos familiares, coaliciones padres-hijos, implicación familiar y fronteras internas y externas entre otros.

También Olson et al. (1980) definen la adaptabilidad como la habilidad del sistema familiar para alterar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo; con esta se relacionan los conceptos de liderazgo, disciplina, roles, reglas y negociación. Según el modelo circunflejo presentado por Olson et al. (1979), las familias con niveles medios de cohesión y adaptabilidad familiar son las más ajustadas.

Según Camacho Palomino, León Nakamura y Silva Mathews (2009), el adolescente y su familia necesitan mantener una relación de interacción en su dinámica. En su investigación observaron que un funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad familiar evidencia hogares con falta de armonía y carencia de manifestaciones afectivas, en donde la opinión del adolescente no cuenta; en este caso, la ausencia prolongada de los padres en el hogar sumada a las complicaciones propias de la adolescencia se puede decir que contribuyó al quiebre en las relaciones.

El mejor agente de socialización lo constituye la familia a partir de ella se desarrollan normas de conducta para relacionarse con los demás. Por medio de esta el adolescente aprende y asume roles, hábitos, normas, costumbres, actitudes en general y tradiciones de la sociedad y comunidad. Así la familia a través de la práctica de estilos y pautas educativas influye directamente en la presencia o ausencia de riesgo en la conducta del adolescente según sea la percepción que este tenga (Ramírez Ruiz y de Andrade, 2005).

Los cambios culturales de los últimos siglos produjeron cambios profundos en la vida familiar de los jóvenes, las funciones de la familia se redujeron a medida que nuevas instituciones fueron emergiendo asumiendo roles que antes le pertenecían y eran parte del sistema familiar, aun así la familia sigue siendo la piedra angular de la vida de los jóvenes de todo el mundo (Jensen Arnet, 2008).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3. 1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO

Se utilizó un enfoque cuantitativo transversal, específicamente de tipo correlacional. Las variables serán medidas por dos instrumentos: el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III) para medir la cohesión y adaptabilidad real e ideal percibida por los adolescentes, y el Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes, que evalúa el grado de resiliencia. Participaron de este estudio 120 sujetos, los cuales son descritos posteriormente. Para comprobar la prueba de hipótesis se utilizó la prueba de correlación de Pearson.

3. 2. SUJETOS

La población estuvo compuesta por los hijos adolescentes de mujeres maltratadas que acuden al servicio de Psicología de la Institución Educativa María Auxiliadora, además de aquellos referidos por el Centro de Emergencia de la Mujer – Sede Puno.

Posteriormente se procedió a obtener el tamaño muestral y por conveniencia para la investigación, la muestra fue seleccionada por accesibilidad. Se usó una muestra de tipo no probabilística de tipo “intencional o por conveniencia”, siendo definida por Canales (1994), el investigador decide según sus objetivos los elementos que integrarían la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población que desea conocer.

Para lo cual propongo como criterios de inclusión y exclusión los siguientes:

Criterios de inclusión:

Hijos de mujeres maltratadas
Adolescentes de 11 a 15 años
De sexo femenino y masculino
Nivel de instrucción: Nivel Secundario
Nivel socioeconómico indistinto
Tiempo de exposición a la violencia indistinto

Criterios de exclusión:

Personas de 16 a más años de edad

3. 3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

El protocolo completo de esta investigación estuvo conformado por las siguientes pruebas:

- Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes de González Arratia López Fuentes (2011)
- Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), de Olson et al. (1985)

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Autor:

González Arratia López Fuentes.

Adaptación realizada en Chile por el Dr. Eugenio Saavedra Guajardo (2012), aún no se realiza una adaptación peruana, por lo que en el presente estudio se realizó un estudio piloto y juicio de expertos, los que se encuentran en anexos.

Tiempo de administración: No se tiene un tiempo límite, pero el promedio es de 20 minutos.

Administración:	Este instrumento fue diseñado para ser autoadministrado. Se puede administrar de manera individual o grupal.
Ámbito de aplicación:	Aplicable a partir de los 9 a los 15 años
Material:	Contiene 1 hoja la cual contiene 32 ítems con 5 alternativas cada uno.
Puntaje:	“Muy de acuerdo o siempre” = 5 a “Muy en desacuerdo” = 1

Descripción de la prueba:

El Cuestionario de Resiliencia fue desarrollado por González Arratia López Fuentes en el año 2011. Este es un cuestionario que es un instrumento de autoinforme desarrollado en México con niños y adolescentes que mide tres factores específicos de la resiliencia.

Consta de 32 reactivos de opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre). Posee un coeficiente de confiabilidad muy alto medido por el alfa de Cronbach ($\alpha = .9192$).

El cuestionario está dividido en tres dimensiones o sub escalas que son:

- (a) Factores protectores internos: denota funciones que se relacionan con habilidades para la solución de problemas ($\alpha = .8059$, con 14 reactivos)
- (b) Factores protectores externos: Se refiere a la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ($\alpha = .7379$, con 11 reactivos),
- (c) Empatía: denota comportamiento altruista y prosocial ($\alpha = .7800$, con 7 reactivos).

El Cuestionario de Resiliencia ha sido utilizado en diversas investigaciones entre las cuales se encuentran estudios de resiliencia en madres e hijos con cáncer (2011), resiliencia y personalidad (2011), resiliencia y factores

protectores en menores infractores y en situación de calle (2012) y de resiliencia y maternidad adolescente (2013), entre otros. Los ítems se miden en una escala Likert de cinco opciones: Siempre con 5 puntos, La mayoría de las veces, 4, Indeciso, 3, Algunas veces, 2 y Nunca, 1.

CALIFICACIÓN:

Los puntajes directos se consiguen sumando los ítems correspondientes para cada uno “muy de acuerdo” = 5 a “muy en desacuerdo” = 1. El puntaje máximo es de 135 puntos y el puntaje mínimo es de 32 puntos.

Las 3 dimensiones se califican como sigue:

- (a) Factores protectores internos: (ítems 25, 21, 20, 27, 24, 18, 17, 30, 28, 26, 23, 29, 31 y 32). El puntaje mínimo es de 14 puntos y el puntaje máximo es de 70 puntos; de 14 a 32 puntos se considera nivel bajo, de 32 a 50 puntos se considera puntaje medio y de 50 a 70 puntos se considera nivel alto.
- (b) Factores protectores externos (ítems 13, 15, 12, 4, 14, 16, 10, 6, 1, 11, y 5) El puntaje mínimo es de 11 puntos y el puntaje máximo es de 55 puntos; de 11 a 25 Puntos se considera puntaje bajo, de 25 a 40 puntos se considera nivel medio, de 40 a 55 puntos se considera nivel alto.
- (c) Empatía (ítems 22, 19, 7, 8, 9, 2 y 3). El puntaje mínimo es de 7 puntos y el puntaje máximo es de 35 puntos; de 7 a 16 puntos se considera nivel bajo, de 16 a 25 puntos se considera nivel medio, de 25 a 35 puntos se considera nivel alto.

La sumatoria de los puntajes dados a cada uno de las dimensiones se sumarán, dando como puntuación mínima probable de obtener 32 puntos y puntuación máxima probable de obtener 160 puntos (resiliencia baja: 32-74 puntos, resiliencia media: 75-117 puntos y resiliencia alta: 117- 160 puntos).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD EN NUESTRO MEDIO:

La validez del instrumento fue calculada a través de un análisis de validez de contenido realizado a través de jueces expertos que calificaron la pertinencia y claridad de los ítems. Así mismo se realizó el análisis de validez de constructo en una muestra piloto de 70 personas, se aplicó un análisis factorial exploratorio a una muestra de 32 ítems. Dicho análisis nos indicó que la prueba constaba de tres

factores, los cuales son completamente validos en la muestra de evaluados puneños. Luego de ello se procedió a generar un análisis de la confiabilidad del instrumento, se realizó un análisis de consistencia interna por medio del índice Alpha de Cronbach, en el cual hallamos que el primer factor ($\alpha=0.829$), el segundo factor ($\alpha=0.819$) y el tercer factor ($\alpha=0.817$) son plenamente confiables; por lo cual la prueba puede aplicarse en la población puneña (véase Anexo A).

Luego del análisis de validez y confiabilidad el instrumento final queda conformado de la siguiente forma:

Factores protectores internos: 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32

Factores protectores externos: 1, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

Empatía: 2, 3, 7, 8, 9, 19, 22

FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALES (ESCALA DE EVALUACIÓN DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR) - FACES III

Autor: Olson, Portner y Lavee (1985). Universidad de Minnesota, St. Paul, En Perú el FACES II fue corregido y aplicado el instrumento a una muestra de 65 familiares del Cono Norte de Lima por Malamud (1987), concluyendo que el instrumento era altamente confiable. La adaptación realizada en el Perú fue aplicada por Reusche (1994), a través del sistema de jueces y de un análisis cualitativo.

Tiempo de administración: Promedio de 15 minutos.

Administración: Este instrumento fue diseñado para ser autoadministrado. Se puede administrar de manera individual y grupal.

Ámbito de aplicación: Aplicable a partir de la pubertad, 11 o 12 años, en ambos sexos.

Material: Contiene 2 hojas.

Descripción de la prueba:

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar fue desarrollada por Olson, Portner y Lavee en el año 1985 en la Universidad de Minnesota, St. Paul.

Su marco teórico está basado en el modelo circumplejo del autor, centrado en una tipología de familias (extremas y balanceadas) y las variables de cohesión y adaptabilidad. Esta es una escala de administración individual y colectiva para adolescentes y adultos que sepan leer y escribir.

La escala consta de 40 ítems que evalúan dos de las dimensiones del modelo circumplejo de sistemas familiares y maritales: la cohesión y la flexibilidad familiar. Cada uno de los 20 reactivos posee una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en subescalas. La parte I, compuesta por 20 ítems, evalúa el nivel de cohesión (10 ítems impares) y adaptabilidad de la familia (10 ítems pares) tal como el sujeto la percibe en ese

momento (Familia Real) y la parte II, compuesta por 20 ítems, refleja el nivel de cohesión (10 ítems impares) y adaptabilidad (10 ítems pares) que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia (Familia Ideal).

El FACES III ha sido utilizado en investigaciones de familias con problemas de abuso sexual (1989), con esquizofrénicos y neuróticos (1984), alcohólicos (1984) y delincuentes juveniles (1986).

CALIFICACIÓN:

COHESIÓN TOTAL

Contiene 20 ítems que van del 1 al 5, comprende tanto cohesión real (Situación familiar actual) como cohesión ideal (Situación familiar ideal). El Puntaje mínimo es de 20 puntos y el máximo es de 100 puntos.

COHESIÓN TOTAL	PUNTAJE
No relacionada o Desvinculada	20 a 69
Semirrelacionada o Separada	70 a 81
Relacionada o Conectada	82 a 91
Aglutinada o Enmarañada	92 a 100

Cohesión Real: Contiene 10 ítems. El puntaje mínimo es de 10 Puntos y el máximo de 50 Puntos.

Cohesión Ideal: Contiene 10 ítems. El puntaje mínimo es de 10 Puntos y el máximo de 50 Puntos.

COHESIÓN REAL O IDEAL	PUNTAJE
No relacionada o Desvinculada	10 a 34
Semirrelacionada o Separada	35 a 40
Relacionada o Conectada	41 a 45
Aglutinada o Enmarañada	46 a 50

ADAPTABILIDAD TOTAL

Contiene 20 ítems que van del 1 al 5, comprende tanto adaptabilidad real (Situación familiar actual) como adaptabilidad ideal (Situación familiar ideal). El Puntaje mínimo es de 20 puntos y el máximo es de 100 puntos.

ADAPTABILIDAD TOTAL	PUNTAJE
Rígida	20 a 39
Estructurada	40 a 49
Flexible	50 a 57
Caótica	58 a 100

Adaptabilidad Real: Contiene 10 ítems. El puntaje mínimo es de 10 Puntos y el máximo de 50 Puntos.

Adaptabilidad Ideal: Contiene 10 ítems. El puntaje mínimo es de 10 Puntos y el máximo de 50 Puntos.

ADAPTABILIDAD REAL E IDEAL	PUNTAJE
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

Validez y confiabilidad:

Una de las mayores metas al desarrollar FACES III, fue reducir la correlación entre cohesión y adaptabilidad, para llevarla tan cerca a cero (0) como fuera posible. En la Faces II ($r = .65$). Esta correlación se redujo casi a cero en Faces III ($r = .03$). Así resultaron dos dimensiones claramente independientes. Esto resultó en dos dimensiones claramente independientes, y ocasionó una buena distribución de los valores de estas dos dimensiones.

La adaptación realizada en el Perú fue realizada por Reusche (1994), a través del sistema de jueces y de un análisis cualitativo

Se usó el coeficiente Alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones: cohesión y adaptabilidad, se compararon dos muestras y se obtuvieron puntajes que demuestran la

consistencia interna de la prueba. La confiabilidad, determinada por Test-retest, con intervalos de 4 a 5 semanas, arrojó para cohesión: $r = 0.83$; y para adaptabilidad $r = 0.80$.

3.4. PROCEDIMIENTO

Esta investigación se realizó con una sola muestra, y se llevó a cabo en el Instituto Educativo “María Auxiliadora” – Puno.

En primera instancia se procedió a realizar la evaluación por el sistema de jueces del instrumento “Cuestionario de resiliencia” para obtener su confiabilidad y validez. Se usó el coeficiente Alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones: Factores Protectores Internos, Factores Protectores Externos y Empatía.

Posteriormente se solicitó la autorización correspondiente al director de la Institución Educativa, además de los apoderados de los adolescentes intervenidos con un documento de Consentimiento informado. Una vez conseguido el permiso se procedió a realizar la evaluación a los hijos de las mujeres maltratadas que acuden al servicio de psicología de la Institución Educativa.

La aplicación de las pruebas fue individual mayormente, en el ambiente de la Unidad de Psicología, una vez culminada la fase de recolección de datos se procedieron a analizar los datos obtenidos cuantitativamente

Para el análisis de datos se siguieron las siguientes especificaciones:

Para analizar la variable “Resiliencia”, se usó el Cuestionario de Resiliencia, que consta de 32 ítems correspondientes a sus tres dimensiones:

- (a) Factores protectores internos (ítems 25, 21, 20, 27, 24, 18, 17, 30, 28, 26, 23, 29, 31 y 32).
- (b) Factores protectores externos (ítems 13, 15, 12, 4, 14, 16, 10, 6, 1, 11, y 5) y
- (c) empatía (ítems 22, 19, 7, 8, 9, 2 y 3).

Las variables cohesión y adaptabilidad familiar fueron medidas con la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión familiar (FACES III), desarrollada por Olson, Portner y Lavee (1985), que consta de 40 ítems que evalúan la cohesión y adaptabilidad

real y cohesión y adaptabilidad ideal, por medio de dos subescalas de 20 ítems cada una, valorados con una escala tipo Likert de cinco opciones (5: siempre; 4: muchas veces; 3: a veces sí, a veces no; 2: pocas veces; 1: nunca). La cohesión total y la adaptabilidad total corresponden a la suma de la cohesión real e ideal, así como la adaptabilidad real e ideal respectivamente.

Se evaluaron un total de 120 adolescentes, contando con 65 mujeres y 55 varones en total.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

a) Confidencialidad:

Se garantizó que la información obtenida de los participantes, durante la ejecución de la investigación sería accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información y al responsable del estudio.

b) Privacidad:

En todo momento de la evaluación a los adolescentes, se buscó su privacidad y comodidad durante todo el desarrollo de esta.

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO COHESIÓN (FACES III)

Gráfico N° 1 Histograma de frecuencias de la Cohesión Real según sexo

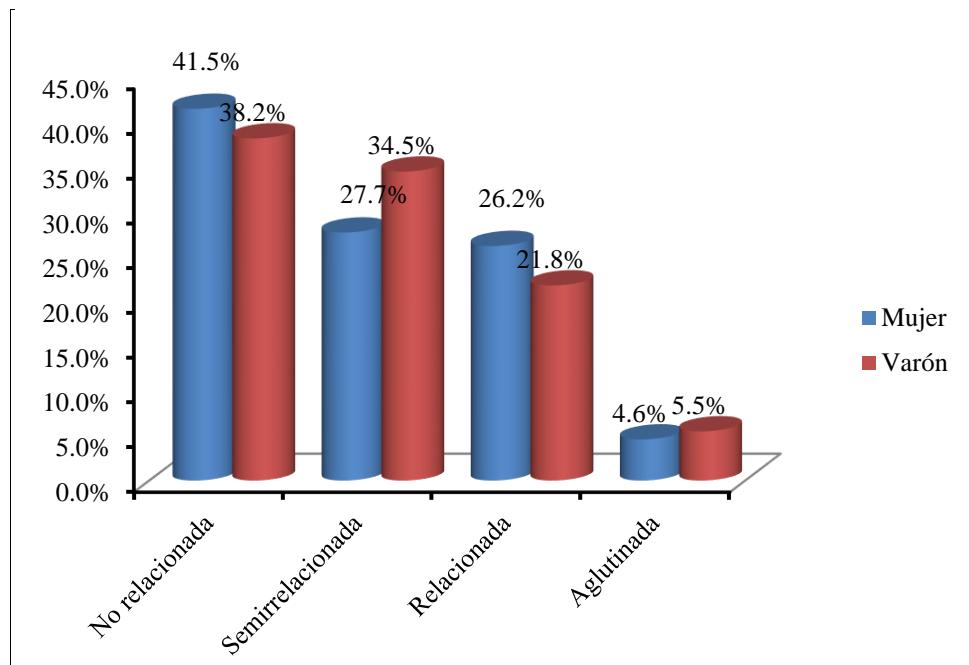


Tabla N° 1 Tabla de frecuencias de la cohesión Real según sexo

Tabla de contingencia Sexo			* Cohesión Real				
Sexo	Mujer	Recuento	Cohesión Real				Total
			No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	
Sexo	Mujer	Recuento	27	18	17	3	65
		% dentro de Sexo	41,5%	27,7%	26,2%	4,6%	100,0%
Varón	Varón	Recuento	21	19	12	3	55
		% dentro de Sexo	38,2%	34,5%	21,8%	5,5%	100,0%
Total		Recuento	48	37	29	6	120
		% dentro de Sexo	40,0%	30,8%	24,2%	5,0%	100,0%

Observamos que la cohesión real, es decir cómo perciben ahora las familias de los adolescentes, es mayormente tanto en mujeres (41.5%) como en varones (38.2%) no relacionada; lo cual confirma la teoría de Olson (1996) que familias que sufren de violencia escasean de unión familiar. Por otro lado el 27.73% de mujeres perciben una familia con una cohesión semirrelacionada; además del 34.5% de varones percibe lo mismo.

Gráfico N° 2 Histograma de frecuencias de la Cohesión Ideal según sexo

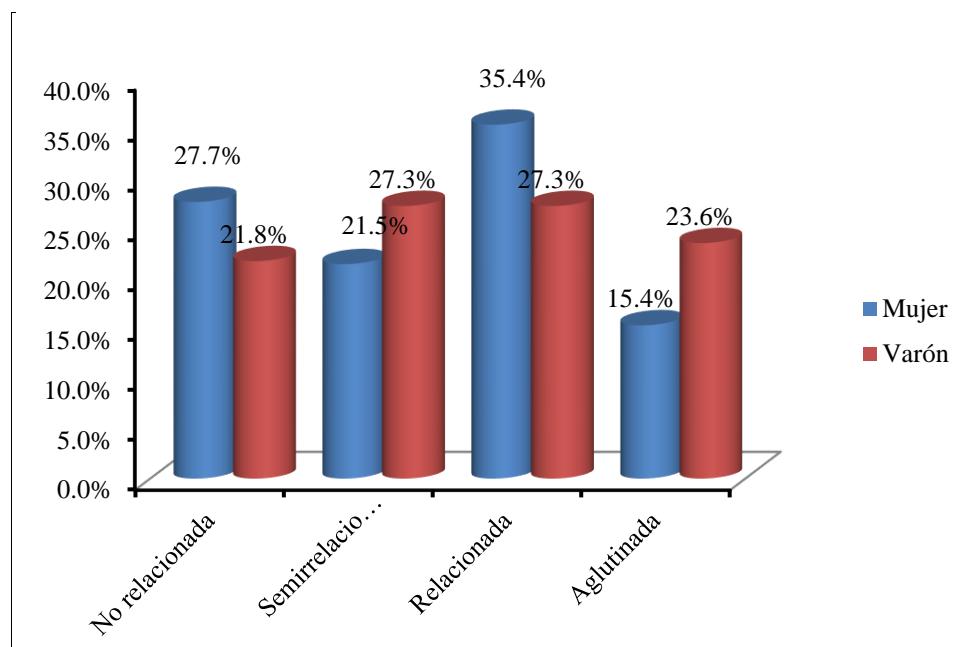


Tabla N° 2 Tabla de frecuencias de la cohesión Ideal según sexo

Tabla de contingencia Sexo			* Cohesión Ideal					
Sexo			Cohesión Ideal				Total	
			No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada		
Sexo	Mujer	Recuento	18	14	23	10	65	
		% dentro de Sexo	27,7%	21,5%	35,4%	15,4%	100,0%	
	Varón	Recuento	12	15	15	13	55	
		% dentro de Sexo	21,8%	27,3%	27,3%	23,6%	100,0%	
Total		Recuento	30	29	38	23	120	
		% dentro de Sexo	25,0%	24,2%	31,7%	19,2%	100,0%	

Observamos que la cohesión ideal, es decir la cohesión deseada por los adolescentes es en su mayoría tanto en mujeres (35.4%) como en varones (27.3%) **relacionada**; por otro lado, el 27.7% de mujeres desea una familia con una cohesión no relacionada; mientras que el 27.3% de varones desea una familia semirrelacionada. Podemos observar que algunos adolescentes desean cambiar el tipo de cohesión que perciben en sus familias, es decir desean una unión más afectiva en su familia.

Gráfico N° 3 Histograma de frecuencias de la cohesión total según sexo

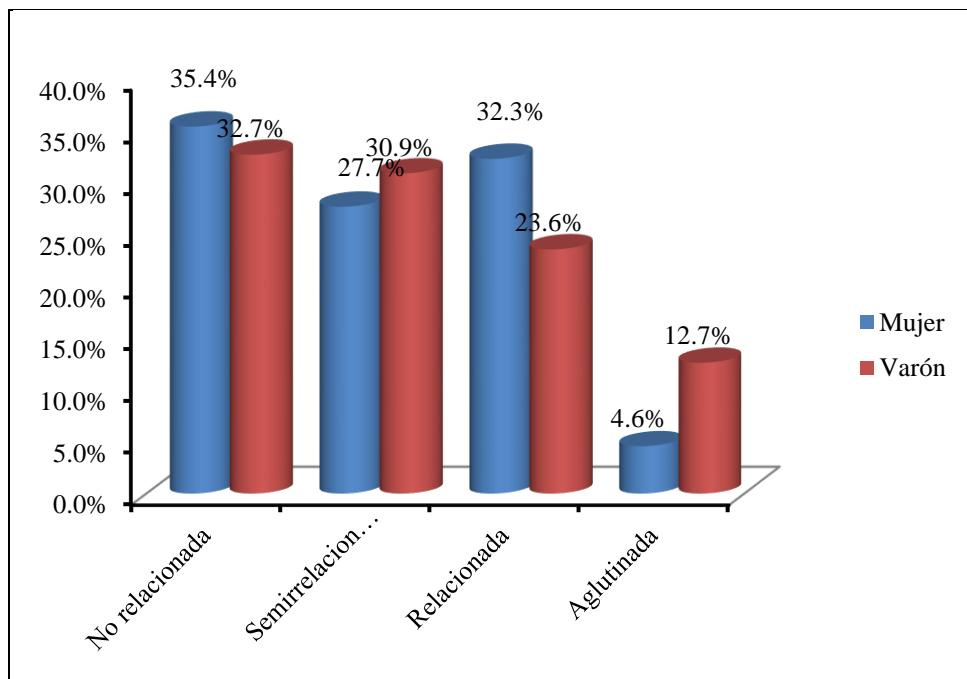


Tabla N° 3 Tabla de frecuencias de la cohesión total según sexo

Tabla de contingencia Sexo * Cohesión total

Sexo	Mujer	Cohesión total					Total		
		No relacionada		Semirrelacionada		Relacionada			
		Recuento	% dentro de Sexo	Recuento	% dentro de Sexo	Recuento	% dentro de Sexo		
Sexo	Mujer	23	35,4%	18	27,7%	21	4,6%	65	
								100,0%	
Varón	Varón	18	32,7%	17	30,9%	13	23,6%	55	
								100,0%	
Total		41	34,2%	35	29,2%	34	28,3%	120	
								100,0%	

Observamos que la cohesión total, es decir la suma de la cohesión real e ideal, percibida por los adolescentes es no relacionada mayormente, tanto en mujeres en un 35.4%, como en varones en un 32.7%; por otro lado el 32.3% de mujeres percibe una familia con una cohesión **relacionada**; mientras que el 30.9% de varones percibe una familia semirrelacionada. Algunos adolescentes desean más unión familiar, mientras otros no desean cambiar su situación.

ADAPTABILIDAD (FACES III)

Gráfico N° 4 Histograma de frecuencias de la Adaptabilidad Real según sexo

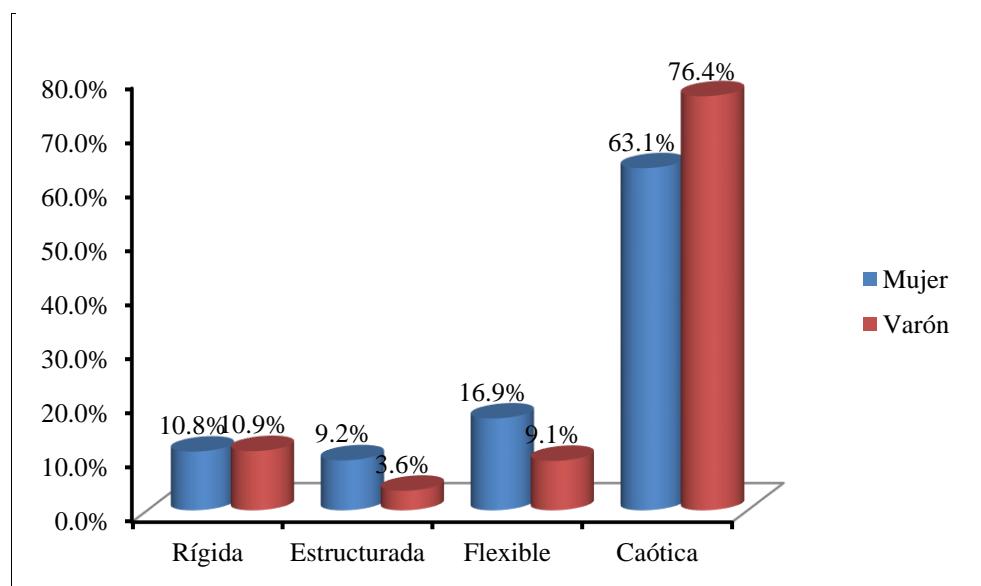


Tabla N° 4 Tabla de frecuencias de la Adaptabilidad Real según sexo

Tabla de contingencia Sexo			* Adaptabilidad Real					
Sexo	Mujer	Recuento	Adaptabilidad Real				Total	
			Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Sexo	Mujer	Recuento	7	6	11	41	65	
		% dentro de Sexo	10,8%	9,2%	16,9%	63,1%	100,0%	
Sexo	Varón	Recuento	6	2	5	42	55	
		% dentro de Sexo	10,9%	3,6%	9,1%	76,4%	100,0%	
Total		Recuento	13	8	16	83	120	
		% dentro de Sexo	10,8%	6,7%	13,3%	69,2%	100,0%	

Encontramos que la adaptabilidad real que perciben los adolescentes es mayormente caótica tanto en mujeres (63.1%) como en varones (76.4%); con esto corroboramos lo dicho por Rakel (1990) ya que cuando existe violencia, caos al interior de la familia, ocasiona la inexistencia de roles y reglas definidas, es decir la adaptabilidad caótica. Por otro lado el 16.9% de mujeres percibe una familia con una adaptabilidad flexible; mientras que el 10.9% de varones proviene de familias rígidas.

Gráfico N° 5 Histograma de frecuencias de la Adaptabilidad Ideal según sexo

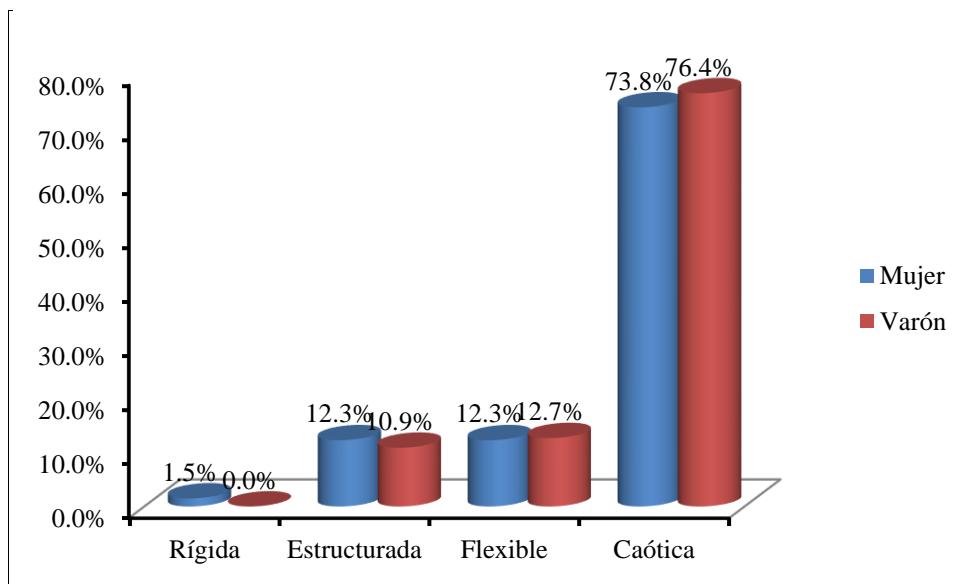


Tabla N° 5 Tabla de frecuencias de la Adaptabilidad Ideal según sexo

Tabla de contingencia Sexo			* Adaptabilidad Ideal				
Sexo			Adaptabilidad Ideal				Total
			Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica	
Sexo	Mujer	Recuento	1	8	8	48	65
		% dentro de Sexo	1,5%	12,3%	12,3%	73,8%	100,0%
	Varón	Recuento	0	6	7	42	55
		% dentro de Sexo	,0%	10,9%	12,7%	76,4%	100,0%
Total		Recuento	1	14	15	90	120
		% dentro de Sexo	,8%	11,7%	12,5%	75,0%	100,0%

Encontramos que la adaptabilidad ideal, es decir la adaptabilidad que desean los adolescentes, es mayormente caótica tanto en mujeres (73.8%) como en varones (76.4%); por otro lado el 12.3% de mujeres desea una familia con una adaptabilidad flexible; mientras que el 12.7% de varones desea el mismo tipo de familia. Podemos observar que los adolescentes no desean cambiar la inexistencia de roles en su familia.

Gráfico N° 6 Histograma de frecuencias de la Adaptabilidad Total según sexo

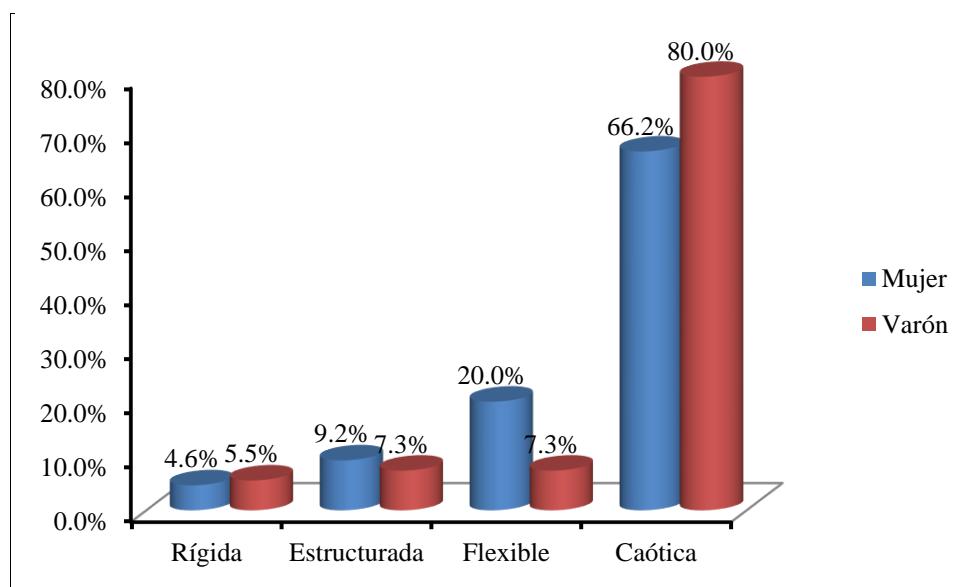


Tabla N° 6 Tabla de frecuencias de la Adaptabilidad Total según sexo

Tabla de contingencia Sexo			* Adaptabilidad total						
Sexo			Adaptabilidad total					Total	
			Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica			
Sexo	Mujer	Recuento	3	6	13	43	65	65	
		% dentro de Sexo	4,6%	9,2%	20,0%	66,2%	100,0%		
	Varón	Recuento	3	4	4	44	55	55	
		% dentro de Sexo	5,5%	7,3%	7,3%	80,0%	100,0%		
Total		Recuento	6	10	17	87	120		
		% dentro de Sexo	5,0%	8,3%	14,2%	72,5%	100,0%		

Encontramos que la adaptabilidad total percibida por los adolescentes es mayormente caótica tanto en mujeres (66.2%) como en varones (80%); por otro lado, el 20% de mujeres percibe una familia con una adaptabilidad flexible; mientras que el 7.3% de varones percibe el mismo tipo de familia. Observamos que no existen muchas diferencias entre la situación que desean los adolescentes frente a la que tienen ahora.

RESILIENCIA (Cuestionario de Resiliencia)

Gráfico N° 7 Histograma de frecuencias de los Factores Protectores Internos según sexo

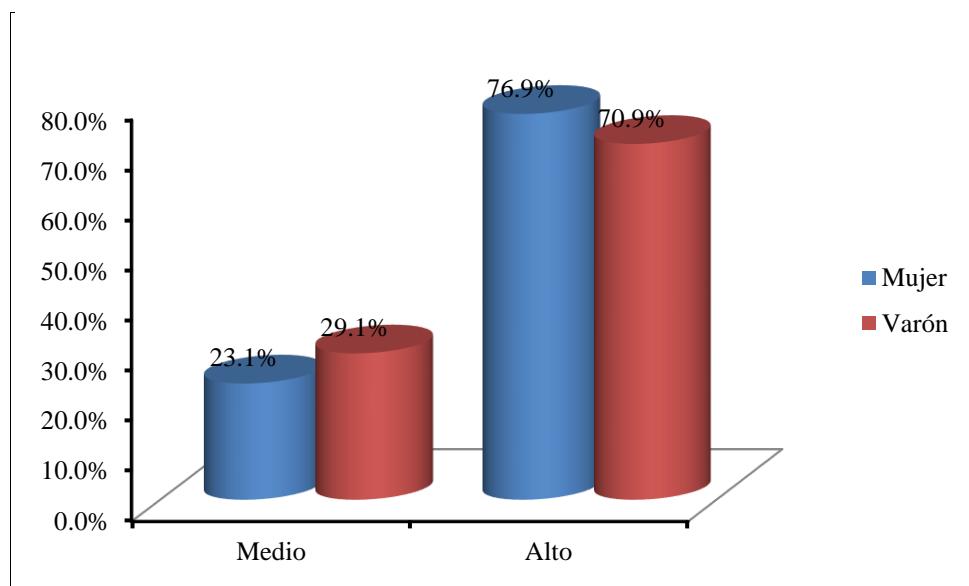


Tabla N° 7 Tabla de frecuencias de los Factores Protectores Internos según sexo

		* Factores protectores internos				
		Factores protectores internos				
				Medio	Alto	Total
Sexo	Mujer	Recuento		15	50	65
		% dentro de Sexo		23,1%	76,9%	100,0%
	Varón	Recuento		16	39	55
		% dentro de Sexo		29,1%	70,9%	100,0%
Total		Recuento		31	89	120
		% dentro de Sexo		25,8%	74,2%	100,0%

En cuanto a los factores protectores internos de la resiliencia, observamos que tanto mujeres (76.9%) como varones (70.9%) tienen mayormente un nivel alto; esto quiere decir que cuentan con habilidades para la solución de problemas, mientras que el 23.1% de mujeres y 29.1% de varones tiene un nivel medio.

Gráfico N° 8 Histograma de frecuencias de los Factores Protectores Externos según sexo

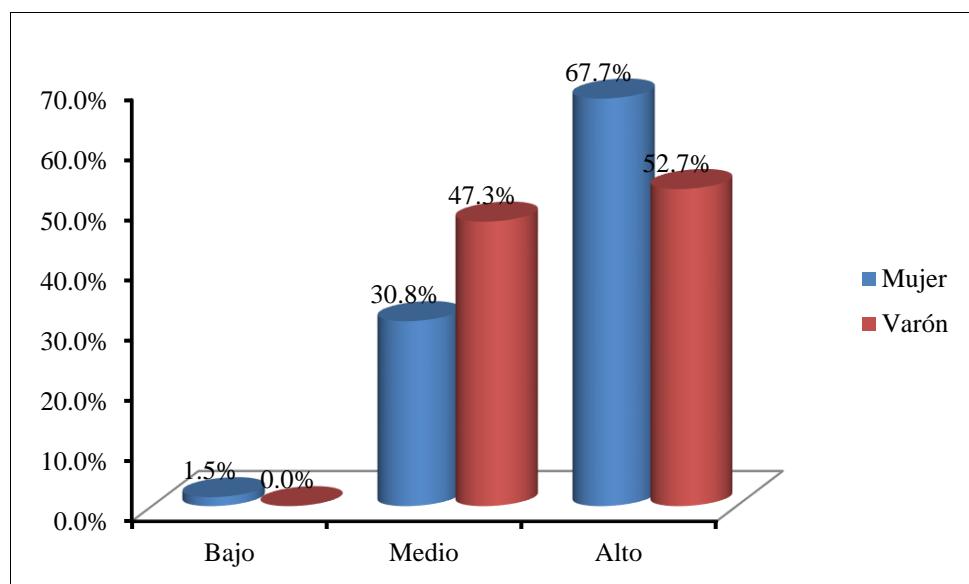


Tabla N° 8 Tabla de frecuencias de los Factores Protectores Externos según sexo

Tabla de contingencia Sexo		* Factores protectores externos					
Sexo	Mujer	Factores protectores externos				Total	
		Bajo	Medio	Alto			
Sexo	Mujer	Recuento	1	20	44	65	
		% dentro de Sexo	1,5%	30,8%	67,7%	100,0%	
Varón	Varón	Recuento	0	26	29	55	
		% dentro de Sexo	,0%	47,3%	52,7%	100,0%	
Total		Recuento	1	46	73	120	
		% dentro de Sexo	,8%	38,3%	60,8%	100,0%	

Para el caso de los factores protectores externos de la resiliencia, observamos que tanto mujeres (67.7%) como varones (52.7%) perciben un nivel alto; es decir que cuentan con el apoyo de alguien de la familia o de personas significativas para el adolescente; mientras que el 30.8% de mujeres y 47.3% de varones percibe un nivel medio.

Gráfico Nº 9 Histograma de frecuencias de la Empatía según sexo

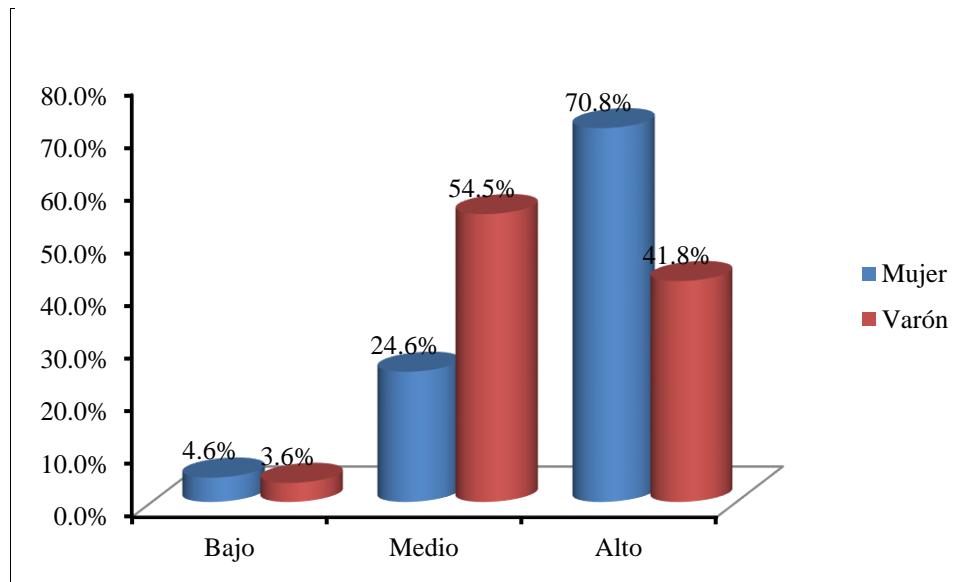


Tabla Nº 9 Tabla de frecuencias de la Empatía según sexo

Tabla de contingencia Sexo			* Empatía				
Sexo	Mujer		Empatía				
			Bajo	Medio	Alto	Total	
Sexo	Mujer	Recuento	3	16	46	65	
		% dentro de Sexo	4,6%	24,6%	70,8%	100,0%	
	Varón	Recuento	2	30	23	55	
		% dentro de Sexo	3,6%	54,5%	41,8%	100,0%	
Total		Recuento	5	46	69	120	
		% dentro de Sexo	4,2%	38,3%	57,5%	100,0%	

En cuanto la empatía, observamos que las mujeres, en un 70.8% perciben un nivel alto; mientras que el caso de los varones 54.5% percibe un nivel medio. Observamos que de acuerdo a investigaciones como las realizadas por Carrera (2010) los análisis diferenciales para hombres y mujeres evidencian que éstas presentan mayor empatía.

Gráfico N° 10 Histograma de frecuencias de la Resiliencia Total según sexo

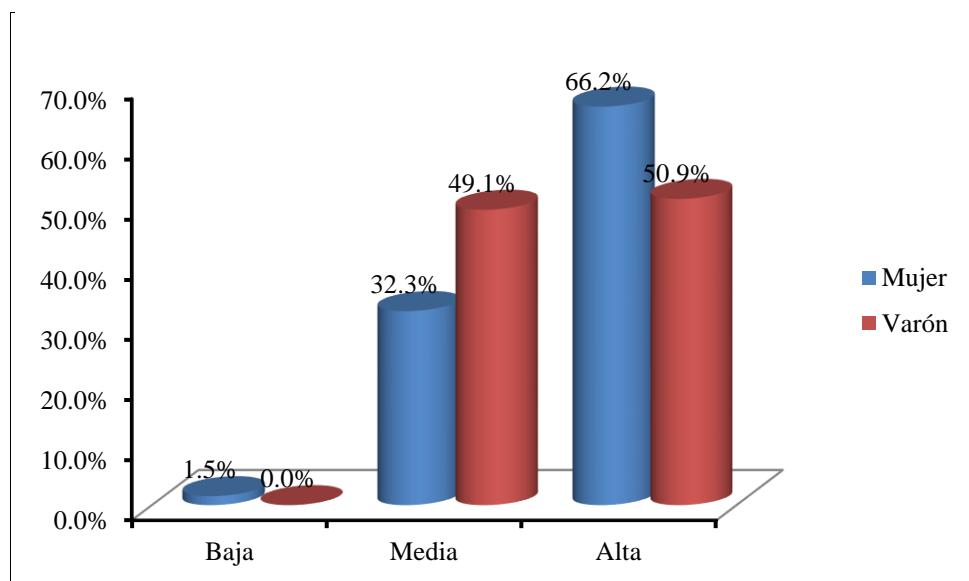


Tabla N° 10 Tabla de frecuencias de la Resiliencia Total según sexo

Tabla de contingencia Sexo			* Resiliencia				
Sexo	Mujer	Recuento	Resiliencia				
			Baja	Media	Alta	Total	
Sexo	Mujer	Recuento	1	21	43	65	
		% dentro de Sexo	1,5%	32,3%	66,2%	100,0%	
	Varón	Recuento	0	27	28	55	
		% dentro de Sexo	,0%	49,1%	50,9%	100,0%	
Total		Recuento	1	48	71	120	
		% dentro de Sexo	,8%	40,0%	59,2%	100,0%	

Para el caso de la resiliencia, observamos que tanto mujeres (66.2%) como varones (50.9%) perciben mayormente un nivel alto; mientras que el 32.3% de mujeres y 49.1% de varones tiene un nivel medio, mientras que ningún varón tiene nivel bajo. Podemos observar que los adolescentes evaluados en su mayoría son resilientes.

ESTADÍSTICOS CORRELACIONALES

Tabla N° 11 Correlaciones entre cohesión, adaptabilidad y dimensiones de la resiliencia

		Factores protectores internos	Factores protectores externos	Empatía
Cohesión total	Correlación de Pearson	,087	,144	,168
	Sig. (bilateral)	,345	,116	,066
	N	120	120	120
Cohesión Real	Correlación de Pearson	,089	,154	,189*
	Sig. (bilateral)	,335	,034	,039
	N	120	120	120
Cohesión Ideal	Correlación de Pearson	,055	,083	,084
	Sig. (bilateral)	,554	,368	,362
	N	120	120	120
Adaptabilidad total	Correlación de Pearson	-,085	,008	-,013
	Sig. (bilateral)	,358	,927	,885
	N	120	120	120
Adaptabilidad Real	Correlación de Pearson	-,054	,014	,003
	Sig. (bilateral)	,560	,876	,972
	N	120	120	120
Adaptabilidad Ideal	Correlación de Pearson	-,082	,000	-,024
	Sig. (bilateral)	,371	,995	,792
	N	120	120	120

Encontramos que existe una relación estadísticamente significativa entre la **cohesión real** y la **empatía** ($r=0.189$; $p<0.05$), siendo esta una relación directa, lo que nos indica que a mayor cohesión real en la familia de los evaluados, mayor empatía en los adolescentes evaluados, pudiendo decir que mientras más unión y autonomía en la familia de los evaluados tienen más probabilidades de ser empáticos. Así mismo se encontró una relación significativa entre la cohesión real y los factores protectores externos.

No se encontró que exista relación entre las otras formas de cohesión y la adaptabilidad con las dimensiones de la resiliencia ($p>0.05$).

Tabla N° 12 Correlación entre Cohesión, adaptabilidad familiar y resiliencia total

		Resiliencia
Cohesión total	Correlación de Pearson	,139
	Sig. (bilateral)	,130
	N	120
Cohesión Real	Correlación de Pearson	,149
	Sig. (bilateral)	,104
	N	120
Cohesión Ideal	Correlación de Pearson	,079
	Sig. (bilateral)	,394
	N	120
Adaptabilidad total	Correlación de Pearson	-,039
	Sig. (bilateral)	,675
	N	120
Adaptabilidad Real	Correlación de Pearson	-,018
	Sig. (bilateral)	,846
	N	120
Adaptabilidad Ideal	Correlación de Pearson	-,044
	Sig. (bilateral)	,633
	N	120

Aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la cohesión o adaptabilidad y la resiliencia total ($p>0.05$), encontramos que la cohesión real influye en un componente de la resiliencia, el cual es la empatía, por lo cual podemos decir que solo un componente de la resiliencia aumenta o disminuye a mayor cohesión real en los adolescentes evaluados.

Tabla N° 13 Tabla de correlación entre Cohesión Real e Ideal

		Estadísticos de muestras relacionadas					Sig. (bilateral)
Par 1		Media	N	Desviación típ.	t	gl	
	Cohesión Real	35,12	120	8,654	-5,416	119	,000
	Cohesión Ideal	40,34	120	6,996			

Hallamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre la cohesión real, es decir la que presentan actualmente e ideal, la que desean; en los evaluados ($t = -5.416$; $p < 0.05$), siendo así que la cohesión ideal es mayor que la real. Por lo que podemos afirmar que los adolescentes evaluados desean pertenecer a la cohesión relacionada de acuerdo a la media obtenida de 40,34; es decir que desean una considerable unión afectiva entre los familiares, cierta lealtad, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia; aunque con algún sesgo hacia la independencia, según Olson (1990).

Tabla N° 14 Tabla de correlación entre Adaptabilidad Real e Ideal

Estadísticos de muestras relacionadas								
		Media	N	Desviación típ.	t	gl	Sig. (bilateral)	
Par 1	Adaptabilidad Real	29,97	120	6,870	-4,460	119	,000	
	Adaptabilidad Ideal	33,33	120	7,113				

Hallamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre la adaptabilidad real e ideal en los evaluados ($t = -4.460$; $p < 0.05$), siendo así que la adaptabilidad ideal es mayor que la real, sin embargo, interesantemente la media obtenida tanto en la adaptabilidad real (29,97) y la adaptabilidad Ideal (33,33) pertenecen al mismo tipo de adaptabilidad, siendo esta la Caótica, lo que nos indica que la ausencia de liderazgo, los cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y demasiados cambios son constantes en la vida de los adolescentes, y ellos no desean cambiar esto en sus familias.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos mediante los instrumentos pudimos observar cómo la cohesión familiar y la adaptabilidad se relacionan con la resiliencia de los adolescentes evaluados.

Sobre un total de respuestas de 120 adolescentes, el promedio obtenido en la cohesión y adaptabilidad ideal fue de 75.86, en un rango observado de 41 a 100 puntos y una desviación estándar de 9.664.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se observó que el modelo de cohesión y adaptabilidad familiar percibida por los adolescentes evaluados no tienen relación significativa con la resiliencia total, por lo cual se rechazó la hipótesis general.

En el caso de la segunda hipótesis, es decir la primera hipótesis específica no se encontró relación entre la cohesión y la adaptabilidad familiar y los factores protectores externos.

En este caso podemos ver que, aunque la teoría indica que las personas resilientes generalmente tienen buenas relaciones familiares, al respecto López Sánchez (2008) dice que en la adolescencia socialmente, en esta edad se da un paso importante hacia una mayor autonomía, independencia de los padres y establecimiento de una red externa a la familia, por lo cual las relaciones de apego cambian y a su vez los vínculos con las personas, lo que produce un cambio en este.

Por otro lado, se encontró que la cohesión real, tienen una relación significativa con los factores protectores externos de la resiliencia, por lo cual se aceptó la segunda hipótesis específica.

Siguiendo este concepto, Guibert Reyes y Torres Miranda (2001) mencionan que la familia es uno de los factores psicosociales protectores de ayuda en la formación de conductas preventivas, ya que posee una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas y directas que actúan en el transcurso de la vida como agente modulador en relación con el medio; así, observaron que, en jóvenes que han tenido algún intento suicida, las relaciones familiares eran predominantemente disfuncionales, presentando como una de sus características la poca adaptabilidad.

Por último, en la relación entre la cohesión, la adaptabilidad familiar y el nivel de empatía, se encontró una relación directa entre la cohesión real y la empatía.

Del mismo modo Moreno Ruiz, Estévez López, Murgui Pérez, Musitu Ochoa (2009) observaron que la forma en que el adolescente percibe el clima familiar de su hogar tiene una influencia en su comportamiento. De esta manera encontraron que los adolescentes que tenían una interacción negativa con sus padres, presentando falta de cohesión afectiva y adaptabilidad familiar para los problemas, mostraban conflictos en otros niveles de relación social, porque no desarrollaron adecuadamente la habilidad empática, que, según Jolliffe y Farrington (2004), en buena medida se fomenta con la expresión de sentimientos en el seno familiar.

De esta forma se establecen vínculos de cohesión familiar que permiten por medio de la empatía obtener relaciones positivas con otras personas y encontrar la solución de problemas sociales, enfrentando la frustración asumiendo retos y hallando soluciones que permiten a pesar de los conflictos ejercer control sobre sus propias vidas (Amar Amar et al., 2003).

Carrera (2010) realizó una investigación donde los análisis diferenciales para hombres y mujeres evidencian que éstas presentan mayor empatía.

También encontramos que tanto la adaptabilidad ideal como la real son mayormente caóticas tanto en mujeres, como en varones; lo cual confirma datos de estudios como los realizados por Arnett (2008) que indica que un factor decisivo en la adaptación adecuada de los hijos, tiene relación con la unidad familiar y los conflictos familiares además que participen de una paternidad democrática, ya que de lo contrario se provoca que la comunicación padres-adolescentes decrezca y, como consecuencia, se experimente con nuevos patrones desadaptativos, los cuales el adolescente no desea cambiar.

Por otro lado, en la investigación realizada por Raéz (1992) sobre familias, adolescentes y modelo ideal familiar, se utilizó el cuestionario FACES III en un sector socioeconómico medio de Lima, con 384 adolescentes concluyó que la familia ideal es caótica en adaptabilidad, y conectada, amalgamada o separada en cohesión. La

percepción real o ideal de la familia se ubica, en general en el rango medio, tiene alta satisfacción familiar. Las familias de tipo rígido - disgregado son escasas.

Polk (1997) agrega que la flexibilidad y un adecuado locus de control interno son elementos que contribuyen en el proceso de resiliencia.

Según las observaciones de Amar Amar, Kotliarenko y Abello Llanos (2003), las personas resilientes tienden a ser suficientemente flexibles y adaptables como para acomodarse al enfrentar las circunstancias cambiantes. Friedman, Utada y Morrisey (1987) han encontrado que adolescentes abusadores de drogas, en un porcentaje alto, presentaban familias con estructuras rígidas en la dimensión de adaptabilidad familiar.

Por otro lado, Reusche (1994) realizó un estudio exploratorio en familias de adolescentes de nivel socioeconómico medio, residentes en Lima. Trabajó con una muestra de 443 adolescentes y se estudiaron los resultados del FACES III de Olson según el número de hermanos, la ubicación entre hermanos, el sexo de los hermanos, el estado civil de los padres, el tipo de familia, si convive con padres y abuelos, y el ciclo evolutivo de la familia.

Algunos de los resultados fueron que los adolescentes describen a su familia como con pocos lazos afectivos y desean más vínculo afectivo. La adaptabilidad es flexible o estructurada, y la desean caótica.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La cohesión familiar, adaptabilidad familiar y la resiliencia en los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la Institución Educativa Emblemática “María Auxiliadora” no tienen una relación significativa directa.

SEGUNDA:

La cohesión total percibida por estos es mayormente no relacionada tanto en mujeres, como en varones, lo que quiere decir que, aunque existe una ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, falta de lealtad a la familia y alta independencia personal, así como extrema separación emocional, muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la resiliencia que perciben es, en su mayoría alta, y media. No se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo.

TERCERA:

No existe una relación significativa entre la cohesión, la adaptabilidad familiar y los factores protectores internos de la resiliencia que perciben los adolescentes evaluados, lo que denota que funciones que se relacionan con habilidades para la solución de problemas no están directamente relacionadas a la unidad familiar, al menos estadísticamente.

CUARTA:

Aunque la cohesión real de las familias es mayormente no relacionada, la cohesión ideal de las familias es mayormente tanto en mujeres, como en varones relacionada, lo que indica que los adolescentes evaluados desean una familia con más involucramiento e interacción entre sus miembros, en cuanto a los factores protectores internos, observamos que tanto mujeres como varones presentan un nivel alto; y en menor medida tienen un nivel medio.

QUINTA:

Existe una relación significativa entre la cohesión real y los factores protectores internos, es decir que los adolescentes tienen la posibilidad de contar con apoyo de un integrante de la familia y/o personas significativas para este, como amigos, así como mientras más unión familiar, más posibilidad de contar con apoyo para poder resolver

sus problemas, no siendo así significativa la relación con los factores protectores externos de la resiliencia.

SEXTA

Existe una relación significativa entre la cohesión, la adaptabilidad familiar y el nivel de empatía de la resiliencia en los adolescentes evaluados, se encontró una relación directa entre cohesión real y la empatía. En cuanto la empatía, las mujeres tienen mayormente un nivel alto; mientras que en el caso de los varones presentan un nivel medio.

SÉPTIMA

La adaptabilidad total de las familias es mayormente caótica tanto en mujeres como en varones; por otro lado, una menor cantidad de mujeres tiene una familia con una adaptabilidad flexible. Aunque encontramos que la adaptabilidad real de las familias es mayormente caótica tanto en mujeres, como en varones; también es caótica idealmente, lo cual confirma datos de estudios como los realizados por Arnett (2008) que indica que un factor decisivo en la adaptación adecuada de los hijos, tiene relación con la unidad familiar y los conflictos familiares y participan de una paternidad democrática.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Aunque los estudios sobre cohesión y resiliencia han sido siempre centrados desde la niñez temprana asociadas con variables como pobreza, marginalidad, maltrato, vínculos familiares y los resultados a nivel general demuestran que los niños que están en mayor situación de riesgo son aquellos que se ven enfrentados a una acumulación de circunstancias adversas, tales como dificultades económicas, situación de pobreza, enfermedad mental de alguno de los padres, prácticas de crianza inconducentes a su desarrollo, o bien, abuso y conflictos familiares. (Amar et. al., 2003), no se han realizado estudios parecidos en adolescentes con las mismas situaciones, por lo que se recomienda a futuros investigadores que puedan realizar más estudios con adolescentes.

SEGUNDA

Aunque la resiliencia ofrece alternativas a todos los profesionales, pero todavía no es un concepto homogéneo, involucra a los individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones a que sean parte de la solución con el conjunto de recursos internos y externos que permitan enfrentar situaciones críticas de todo tipo (Quintero, 2005), por lo que se recomienda profundizar en investigaciones que involucren a familias, distintas comunidades e instituciones.

TERCERA

Es necesario profundizar las semejanzas y las diferencias tanto en la niñez como en la adolescencia entre la cohesión, adaptabilidad, factores protectores internos, factores protectores externos y empatía. Si se observan los componentes de estos constructos, se puede apreciar evidentes similitudes con resiliencia. En cada una de ellas habría algo de resiliencia.

CUARTA

Es necesario detectar precozmente a las familias disfuncionales de los escolares en centros educativos a fin de tomar las medidas preventivas y correctivas pertinentes, así como diseñar programas para los alumnos que provienen de familias con baja cohesión y adaptabilidad familiar para que puedan desarrollar autoestima, seguridad, assertividad y su personalidad en general.

QUINTA

Por último, las distintas dimensiones que encontramos en los instrumentos actualmente validados para medir la resiliencia tienen diferencias significativas, lo que hace que este constructo sea más difícil de definir operacionalmente. Es importante continuar desarrollando estudios de resiliencia en la adolescencia con poblaciones marginales y no marginales, así como seguir en la construcción, diseño y validación psicométrica de instrumentos de medición, ya que son pocos hasta el momento en nuestro medio, por lo que esta investigación puede aportar al área educativa y la social, al adaptar un instrumento para la medición de la resiliencia en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Fernández, M. (2005) Relaciones familiares y ajuste en la adolescencia (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
2. Amar Amar, J. J., Kotliarenko, M. A. y Abello Llanos, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y Desarrollo*, 11(1), 162-197.
3. Anthony, E. K., Alter, C. F. y Jenson, J. M. (2009). Development of a risk and resilience based, out-of-school time program for children and youths. *Social Work*, 54, 45-55.
4. Anzola, M. (2003). La resiliencia como factor de protección. *Educere: Investigación Arbitrada*, 7(22), 190-200.
5. Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
6. Bermúdez Ferreiro, M. T. y Lupiani Jiménez, M. M. (2009). Las dificultades en el proceso académico susceptibles de producir resiliencia, según alumnos de enfermería españoles. *Cultura de los Cuidados*, 13(26), 65-86.
7. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
8. Bragado Álvarez, C. B. (2010) Ajuste psicológico y resiliencia en niños y adolescentes con cáncer. *Infocop*, 47, 37-38
9. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
10. Camacho Palomino, P. León Nakamura, C. L. y Silva Mathews, I. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson en adolescentes. *Revista Enfermería Herediana*, 2(2), 80-85.
11. Cardoso, M. J., Ramos, M. I., Vaz, F. J., Rodríguez, L. y Fernández, N. (2012). Influencia del apoyo familiar en momentos de gran incertidumbre. *Prismasocial*, 8, 28-47.
12. Castillo Arcos, L. y Benavidez Torres, R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en adolescente: teoría de rango medio, *Aquichan*, 12(2), 169-182.

13. Cid-Monckton, P. y Pedrão, L. J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 19(4), 738-745.
14. Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4^a ed.). Morata: Madrid.
15. Cooper, J. E., Holman, J. y Braithwaite, V. A. (1983). Self-esteem and family cohesion: The child's perspective and adjustment, *Journal of Marriage and Family*, 45(1), 153- 159. doi:10.2307/351303
16. Cordini, M. (2011). La resiliencia en adolescentes del Brasil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 2-18.
17. Crespo, C., Kielpikowski, M. J., Pryor, J. y Jose, P. E. (2011). Family rituals in New Zealand families: Links to family cohesion and adolescents well-being. *Journal of Family Psychology*, 25(2), 184-193. doi:10.1037/a0023113
18. Cyrulnik, B. (2002). Los patitos feos: La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa.
19. Dekel, S. y Bonanno, G. A. (2013). Changes in trauma memory and patterns of post-traumatic stress (PTSD). *Psychological trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 26-34. doi:10.1037/a0022750
20. Díaz Negrete, D. B., Arellanez Hernández, J. L., Pérez Islas, V. y Wagner, F. A. (2009). Correlatos psicosociales del abuso y dependencia de drogas entre jóvenes mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(1), 13-20
21. Elad-Strenger, J., Fajerman, Z., Schiller A. M. y Besser, A. y Shahar, G. (2013). Riskresilience dynamics of ideological factors indistress after the evacuation from Gush Katif. *International Journal of Stress Management*, 20(1), 57-75. doi:10.1037/a0031431
22. Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
23. González Arratia López Fuentes, N. I. y Valdez Medina, J. L. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 941-955.

24. González Arratia López Fuentes, N. I., Valdez Medina, J. L. y Zavala Borja, Y. C. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
25. González Arratia López Fuentes, N. I., Valdez Medina, J. L., Oudhof van Barneveld, H. y González Escobar, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *CIENCIA Ergo Sum*, 16(3), 247-253.
26. López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
27. Malamud, F. (1987). Un modelo para la descripción de familia. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Psicología. PUCP. Lima. Perú
28. MIMP. (2015). Estadísticas sobre violencia familiar, violencia contra la mujer y feminicidio en el Perú. Recuperado el 14 de diciembre de 2016, de:
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/4D6FF68892487BCF05257E2E005F78D3/\\$FILE/INFTEM126-2014-2015.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/4D6FF68892487BCF05257E2E005F78D3/$FILE/INFTEM126-2014-2015.pdf)
29. Ministerio de Salud (2013) Encuesta Nacional de Salud
30. Minuchin, S. (1990). Familias y terapia familiar (5^a ed.). México: Gedisa.
31. Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1989). Técnicas de terapia familiar (5^a ed.). México: Paidós.
32. Organización Mundial de Salud. (2009) La salud mental en las familias: niños, adolescentes y familia.2009. [Consultado el 1 de mayo 2016]: Disponible en internet: <https://www.google.com.pe/search?q=A+Doula+Makes+the+Difference+por+Nugent%2C+publicado+en+Mothering+Magazine%2C+2009%2C&oq=A+Doula+Makes+the+Difference+por+Nugent%2C+publicado+en+Mothering+Magazine%2C2009%2C&aqs=chrome..69i57.2144j0j8&sourceid=chrome&essm=122&ie=UTF-8>
33. Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, A. y Sánchez Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.
34. Olson, D. H., Bell, R. y Portner, J. (1982). FACES II. St. Paul: Family Social Science, University of Minnesota.
35. Olson, D. H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). FACES III. St. Paul: University of Minnesota.

36. Olson, D. H., Russell, C. S. y Sprenkle, D. H. (1980). Circumplex model of marital and family systems II: Empirical studies and clinical intervention. En J. P. Vicent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment and theory I* (pp. 129-179). Nueva York
37. Olson D. H., Russell C. S., Sprenkle, D. H. (1989). *Circumplex model: Systemic assesment and treatment of families*. New York, NY: Hawthorm.
38. Olson, D. Potner, P. & Lavee. (1985). *Faces III Family Adaptability and cohesion evaluation scale*. New York, NY: Hawthorm.
39. Olson, D. y Col. (1989). *Inventarios sobre familia*. Universidad Santo Tomás.Bogotá. Colombia.
40. Olson, D., Mccubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. y Wilson, M. (1986). *Family inventories*. St. Paul: University of Minnesota.
41. Rentería, M. L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.
42. Salvo, L. y Melipillán, R. (2008). Cohesión familiar y adolescencia. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatrica*, 46(2), 115-123. doi:10.4067/S0717-
43. Sprenkle, D. H. y Olson, D. H. (1978). Circumplex model of marital systems: An empirical study of clinic and non-clinic couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(2), 59-74. doi:10.1111/j.1752-0606.1978.tb00513.x
44. Torre de Carvalho, F., Araujo de Morais, N., Koller, S. H. y Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033. doi:10.1590/S0102- 311X2007000900011

ANEXOS

ANEXO A

ANÁLISIS DE VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Análisis factorial exploratorio

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,910
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado Bartlett	2644,241
Gl	496
Sig.	,000

Varianza total explicada

Fact or	Total	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación			
		% de la varianza	acumula do	%	Total	% de la varianza	acumula do	%	Total	% de la varianza	acumula do
1	10,35 7	32,366	32,366	32,366	20,038	31,370	31,370	31,370	3,934	31,370	31,370
2	2,673	8,353	40,719	40,719	18,317	17,240	48,610	48,610	3,718	17,240	48,610
3	2,425	7,577	48,296	48,296	16,112	16,599	65,209	65,209	3,002	16,599	65,209
4	1,852	5,787	54,084	54,084							
5	1,546	4,832	58,915	58,915							

6	1,479	4,621	63,536
7	1,424	4,451	67,987
8	1,164	3,636	71,623
9	1,018	3,180	74,803
10	,848	2,651	77,454
11	,821	2,567	80,021
12	,676	2,114	82,135
13	,643	2,010	84,145
14	,573	1,791	85,936
15	,559	1,747	87,683
16	,509	1,591	89,274
17	,424	1,324	90,598
18	,398	1,245	91,843
19	,384	1,200	93,042
20	,327	1,021	94,064
21	,300	,936	95,000
22	,259	,811	95,811
23	,240	,750	96,561
24	,207	,647	97,208
25	,198	,618	97,825
26	,176	,551	98,377
27	,119	,371	98,748
28	,117	,365	99,113
29	,101	,315	99,428

30 ,072 ,224 99,652

31 ,061 ,192 99,844

32 ,050 ,156 100,000

Matriz de factores rotados^a

	1	2	3
ÍTEM 17		,521	
ÍTEM 18		,427	
ÍTEM 20		,524	
ÍTEM 21		,465	
ÍTEM 23		,546	
ÍTEM 24		,598	
ÍTEM 25		,465	
ÍTEM 26		,659	
ÍTEM 27		,625	
ÍTEM 28		,568	
ÍTEM 29		,536	
ÍTEM 30		,683	
ÍTEM 31		,539	
ÍTEM 32		,574	
ÍTEM 1		,697	
ÍTEM 4		,514	
ÍTEM 5		,717	
ÍTEM 6		,441	
ÍTEM 10		,469	
ÍTEM 11		,562	
ÍTEM 12		,594	
ÍTEM 13		,592	

ÍTEM 14	,449
ÍTEM 15	,524
ÍTEM 16	,513
ÍTEM 2	,548
ÍTEM 3	,457
ÍTEM 7	,462
ÍTEM 8	,541
ÍTEM 9	,652
ÍTEM 19	,528
ÍTEM 22	,525

Análisis de fiabilidad

Escala: Factores protectores internos

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,829	14

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ÍTEM 17	49,53	61,797	,457	,819
ÍTEM 18	49,72	62,457	,452	,819
ÍTEM 20	50,12	57,875	,653	,805
ÍTEM 21	50,12	62,759	,310	,830
ÍTEM 23	49,73	63,441	,382	,823
ÍTEM 24	50,12	63,841	,234	,836
ÍTEM 25	49,83	60,980	,499	,816
ÍTEM 26	49,74	63,773	,356	,825
ÍTEM 27	49,71	65,536	,238	,831
ÍTEM 28	50,20	57,708	,584	,809
ÍTEM 29	50,13	57,948	,622	,807
ÍTEM 30	49,94	59,635	,571	,811
ÍTEM 31	49,72	61,747	,477	,818

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ÍTEM 17	49,53	61,797	,457	,819
ÍTEM 18	49,72	62,457	,452	,819
ÍTEM 20	50,12	57,875	,653	,805
ÍTEM 21	50,12	62,759	,310	,830
ÍTEM 23	49,73	63,441	,382	,823
ÍTEM 24	50,12	63,841	,234	,836
ÍTEM 25	49,83	60,980	,499	,816
ÍTEM 26	49,74	63,773	,356	,825
ÍTEM 27	49,71	65,536	,238	,831
ÍTEM 28	50,20	57,708	,584	,809
ÍTEM 29	50,13	57,948	,622	,807
ÍTEM 30	49,94	59,635	,571	,811
ÍTEM 31	49,72	61,747	,477	,818
ÍTEM 32	49,79	56,183	,624	,805

Escala: Factores protectores externos

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,819	11

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ÍTEM 1	38,47	39,764	,553	,799
ÍTEM 4	38,84	43,395	,179	,833
ÍTEM 5	38,28	38,672	,488	,804
ÍTEM 6	38,53	39,008	,551	,798
ÍTEM 10	38,33	37,619	,598	,792
ÍTEM 11	38,64	39,576	,438	,809
ÍTEM 12	37,83	38,711	,549	,798
ÍTEM 13	38,42	40,245	,386	,814
ÍTEM 14	37,90	38,410	,652	,789
ÍTEM 15	37,53	40,739	,555	,800
ÍTEM 16	37,65	40,885	,486	,805

Escala: Empatía

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,817	7

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ÍTEM 2	22,25	21,601	,528	,798
ÍTEM 3	22,52	20,101	,510	,801
ÍTEM 7	23,12	19,112	,650	,775
ÍTEM 8	22,33	20,759	,534	,796
ÍTEM 9	22,52	20,185	,678	,775
ÍTEM 19	22,93	19,659	,488	,807
ÍTEM 22	22,69	19,442	,558	,792

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE RESILIENCIA

La validez del instrumento fue calculada a través de un análisis de validez de contenido realizado a través de jueces expertos que calificaron la pertinencia y claridad de los ítems. Así mismo se realizó el análisis de validez de constructo en una muestra piloto de 70 personas, se aplicó un análisis factorial exploratorio a una muestra de 32 ítems. Dicho análisis nos indicó que la prueba constaba de tres factores, los cuales son completamente validos en la muestra de evaluados puneños. Luego de ello se procedió a generar un análisis de la confiabilidad del instrumento, se realizó un análisis de consistencia interna por medio del índice Alpha de Cronbach, en el cual hallamos que el primer factor ($\alpha=0.829$), el segundo factor ($\alpha=0.819$) y el tercer factor ($\alpha=0.817$) son plenamente confiables; por lo cual la prueba puede aplicarse en la población puneña

Luego del análisis de validez y confiabilidad el instrumento final queda conformado de la siguiente forma:

Factores protectores internos: 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32

Factores protectores externos: 1, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

Empatía: 2, 3, 7, 8, 9, 19, 22

ANEXO B: INSTRUMENTOS USADOS

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
(González-Arratia, 2011)

INSTRUCCIONES.

A continuación se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (X) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Muchas gracias por tu colaboración.

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el numero indicado					
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	
1	2	3	4	5	
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.					
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.					
3. Soy agradable con mis familiares.					
4. Soy capaz de hacer lo que quiero.					
5. Confío en mí mismo.					
6. Soy inteligente.					
7. Yo soy acomedido y cooperador.					
8. Soy amable.					
9. Soy generoso.					
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente.					
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo.					
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.					
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar.					
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.					
15. Tengo deseos de triunfar.					
16. Tengo metas a futuro.					
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.					
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas.					
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás.					
20. Soy firme en mis decisiones.					
21. Me siento preparado para resolver mis problemas.					
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás.					
23. Enfrento mis problemas con serenidad.					
24. Yo puedo controlar mi vida.					
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.					
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.					
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.					
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos.					
29. Puedo cambiar cuando me equivoco.					
30. Puedo aprender de mis errores.					
31. Tengo esperanza en el futuro.					
32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar.					

“ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)”

Después de haber leído cada declaración, describa como es su familia AHORA. Es muy importante que responda todas las preguntas con sinceridad y en forma honesta. Muchas gracias.

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el numero indicado				
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5
1	Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si			
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas			
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia			
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina			
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos			
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad			
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la Familia			
8	La familia cambia de modo de hacer las cosas			
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia			
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos			
11	Nos sentimos muy unidos			
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones			
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente			
14	En nuestra familia las reglas cambian			
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia			
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros			
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones			
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad			
19	La unión familiar es muy importante			
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar			

Después de haber leído cada declaración, **describa como sería su familia IDEAL**. Es muy importante que responda todas las preguntas con sinceridad y en forma honesta.

Muchas gracias.

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el numero indicado				
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1 Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si				
2 En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
3 Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
4 Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
5 Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
6 Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
7 Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la Familia				
8 La familia cambia de modo de hacer las cosas				
9 Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
11 Nos sentimos muy unidos				
12 En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
13 Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
14 En nuestra familia las reglas cambian				
15 Con facilidad podemos planear actividades en familia				
16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
17 Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
18 En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad				
19 La unión familiar es muy importante				
20 Es difícil decir quien hace las labores del hogar				

Consentimiento Informado para apoderados de los Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Noelia Cárdenas, de la Universidad Nacional de San Agustín. La meta de este estudio es saber si existe una relación significativa de la cohesión y adaptabilidad familiar sobre la resiliencia mostrada en los hijos de madres maltratadas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Noelia Cárdenas. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es saber si existe una influencia significativa de la cohesión y adaptabilidad familiar sobre la resiliencia mostrada en los hijos de madres maltratadas.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas

sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Noelia Cárdenas al teléfono 950982744.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Noelia Cárdenas al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

DOCUMENTOS PRESENTADOS

SOLICITUD DE JUICIOS DE EXPERTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, R.R. I.I. Y CS. DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Estimado Validador:

A través de la presente guía, solicito su valiosa colaboración en la revisión y juicio como experto del instrumento que se anexa, con el propósito de determinar la validez del mismo, el cual es necesario para perfeccionar el cuestionario sobre RELACIÓN ENTRE LA COHESIÓN FAMILIAR, ADAPTABILIDAD Y LA RESILIENCIA DE HIJOS DE MUJERES MALTRATADAS QUE ACUDEN AL CEM – SEDE PUNO, como parte del proyecto de investigación en Psicología, realizada en la Universidad Nacional de San Agustín.

Agradeciendo su colaboración y receptividad, se despide

Atentamente,

Noelia Cárdenas Carcausto
Bachiller en Psicología

IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____, identificado con número de DNI _____, de profesión _____, ejerciendo actualmente como _____, en la Institución _____

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los Ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

Arequipa _____ del mes de _____ de 2016.

Firma

Cohesión familiar, Adaptabilidad y Resiliencia en hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la Institución Educativa “María Auxiliadora” – Puno – Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS Y VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre la cohesión familiar, adaptabilidad familiar y la resiliencia en hijos adolescentes mujeres maltratadas?	<p>A. OBJETIVO GENERAL</p> <p>Correlacionar la cohesión familiar, adaptabilidad familiar y resiliencia en los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la Institución Educativa Emblemática “María Auxiliadora”</p> <p>B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la relación entre la cohesión, la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” y el nivel de resiliencia total - Determinar la relación entre la cohesión, la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” y los factores protectores internos de la resiliencia. - Determinar la relación entre la cohesión, la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” y los factores protectores externos de la resiliencia. - Determinar la relación entre la cohesión, la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” y el nivel de empatía de la resiliencia. 	<p>En la investigación se tienen en cuenta las siguientes hipótesis:</p> <p>HIPÓTESIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - La cohesión y la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” son predictores significativos del nivel de resiliencia total. - La cohesión y la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” son predictores significativos de los factores protectores internos de la resiliencia. - La cohesión y la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” son predictores significativos de los factores protectores externos de la resiliencia. - La cohesión y la adaptabilidad familiar que perciben los hijos adolescentes de mujeres maltratadas en la I. E. E. “María Auxiliadora” son predictores significativos del nivel de empatía de la resiliencia. <p>VARIABLES:</p> <p>Variable : Resiliencia</p> <p>Variable Funcionamiento Familiar y Cohesión Familiar</p>	<p>DISEÑO Y MÉTODO</p> <p>Se utilizará un enfoque cuantitativo transversal, específicamente de tipo correlacional. Las variables serán medidas por dos instrumentos: el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III) para medir la cohesión y adaptabilidad real e ideal percibida por los adolescentes, y el Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes, que evalúa el nivel de resiliencia.</p> <p>Participaran de este estudio 120 sujetos. Para comprobar la prueba de hipótesis se utilizaran análisis de regresión múltiple.</p>

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INSTRUMENTO	INDICADORES	DIMENSIONES	CALIFICACIÓN
Funcionamiento Familiar y Cohesión Familiar	Escala de Evaluación de Adaptabilidad Y Cohesión Familiar - FACES III	<p style="text-align: center;">Cohesión</p> <p style="text-align: center;">Adaptabilidad</p>	<p>Límites</p> <p>Coaliciones</p> <p>Tiempo, espacio</p> <p>Adopción de decisiones intereses y recreación.</p> <p>Poder (Asertividad, control y disciplina)</p> <p>Estilos de negociación</p> <p>Possible intercambio y modificaciones de roles y reglas de las relaciones.</p>	Escala Likert
Resiliencia	Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes de González Arratia López Fuentes (2011)	<p style="text-align: center;">Factores protectores internos</p> <p style="text-align: center;">Factores protectores externos</p> <p style="text-align: center;">Empatía</p>	<p>Funciones que se relacionan con habilidades para la solución de problemas</p> <p>Posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo</p> <p>Comportamiento altruista y prosocial</p>	Escala Likert

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Coloque en la casilla de alternativas un número en las categorías a evaluar del 1 al 5 como sigue: **1** indica que el ítem debe **cambiar**, **2** indica que el ítem se debe **eliminar**, **3** indica que el ítem debe **mejorar**, **4** indica que el ítem es **bueno**, y **5** indica que el ítem es **excelente**.

Así, **1= CAMBIAR, 2= ELIMINAR, 3 = MEJORAR, 4= BUENO Y 5 = EXCELENTE**

En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia ya sea en redacción, contenido, congruencia y/o pertinencia.

Indicad	PREGUNTAS		ALTERNATIVAS				OBSERVACIONES
	Nº	Item	Redacción	Contenido	Congruencia	Pertinencia	
FACTORES PROTECTORES EXTERNOS	1	Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.					
	4	Soy capaz de hacer lo que quiero.					
	5	Confío en mí mismo.					
	6	Soy inteligente.					
	10	Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente.					
	11	Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo.					
	12	Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.					
	13	Cerca de mí hay amigos en quien confiar.					
	14	Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.					
	15	Tengo deseos de triunfar.					
	16	Tengo metas a futuro.					

EMPATÍA	2	Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.					
	3	Soy agradable con mis familiares.					
	7	Yo soy acomedido y cooperador.					
	8	Soy amable.					
	9	Soy generoso.					
	19	Estoy siempre tratando de ayudar a los demás.					
	22	Comúnmente pienso en ayudar a los demás.					
FACTORES PROTECTORES INTERNOS	17	Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.					
	18	Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas.					
	20	Soy firme en mis decisiones.					
	21	Me siento preparado para resolver mis problemas.					
	23	Enfrento mis problemas con serenidad.					
	24	Yo puedo controlar mi vida.					
	25	Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.					
	26	Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.					
	27	Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.					
	28	Puedo reconocer mis cualidades y defectos.					
	29	Puedo cambiar cuando me equivoco.					
	30	Puedo aprender de mis errores.					
	31	Tengo esperanza en el futuro.					
	32	Tengo fe en que las cosas van a mejorar.					

D.N.I.: _____ Firma: _____

IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, José Angel Roldán Huamán, identificado con número de DNI 29229292, de profesión _____, ejerciendo actualmente como Decente, en la Institución UNSA.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

Arequipa 29 del mes de septiembre del 2016.



Firma

IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

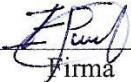
Yo, Edwin Voldivio Corpiño, identificado con número de DNI 29546927, de profesión Psicólogo, ejerciendo actualmente como Docente, en la Institución UNSA

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				✓
Amplitud de contenido			✓	
Redacción de los Ítems				✓
Claridad y precisión				✓
Pertinencia			✓	

Arequipa 04 del mes de octubre del 2016.


Firma

IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo,

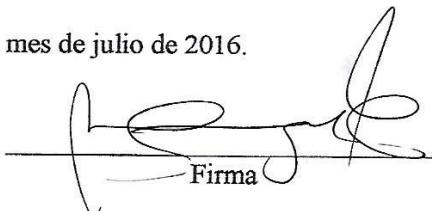
Lucio Portugal Catuora,
identificado con número de DNI 29458386, de profesión
Psicólogo ejerciendo
actualmente como Docente Universidad, en la
Institución FUNSA.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

Arequipa 12 del mes de julio de 2016.


Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, R.R. I.I. Y CS. DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SOLICITO: Permiso para realización de un estudio
de investigación en el colegio María Auxiliadora

Sr. Rubén Quispe

Director del colegio María Auxiliadora- Puno

Yo, Noelia Julia Cárdenas Carcausto, identificada con DNI 70379912, domiciliada en Jr. Túpac Catari N 153 en la ciudad de Puno, Bachiller de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín – Arequipa; ante usted, con todo el respeto a su autoridad, me presento y digo:

Que en el marco de la realización de mi tesis me es requisito indispensable obtener su permiso para la realización de mi proyecto de tesis, cuyo título es:

COHESIÓN FAMILIAR, ADAPTABILIDAD Y RESILIENCIA DE HIJOS ADOLESCENTES DE MUJERES MALTRATADAS EN EL COLEGIO MARÍA AUXILIADORA – PUNO, cuyo objetivo principal es conocer la relación entre la cohesión familiar, adaptabilidad familiar y la resiliencia en los hijos adolescentes de mujeres maltratadas; vale resaltar que el presente estudio no demandará costos, ni afectará de ninguna manera a la institución que usted dirige.

Ruego a Usted señor Director acceder a esta petición por ser justa y de ley.

Puno, 17 de agosto de 2016

Noelia Cárdenas Carcausto

Autorizado con el
permiso del docente
de área



Elsa C. C. sin Cálida
COORDINADORA DE TUTORÍA
I.E.S. E. "MARÍA AUXILIADORA" - PUNO

CASO

ANAMNESIS

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : L. Q. C.
Edad : 27 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Superior- Instituto incompleto
Sexo : Femenino
Dirección actual : Comité 24 Manzana K, Lote 4
N. de Historia Clínica : 1540-A
Informante : L. Q. C.
Lugar de la consulta : Centro de Salud “San Juan” - Ministerio de Salud
Fecha de consulta : 15 de setiembre 2015
Examinado por : Noelia Cárdenas Carcausto

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 27 años que viene a consulta debido a su impulsividad y ataques de cólera que afectan la relación con su hijo, siente que estos ataques podrían tener consecuencias negativas en su hijo, pues a pesar de que lo quiere y lo estima, no puede evitar golpearlo y perder el control ante sus travesuras, perdiendo este la confianza en su madre.

III. PROBLEMA ACTUAL

Paciente de 27 años que refiere que el problema de impulsividad lo percibe a partir de este año, debido al nacimiento de su hija de 8 meses, además que ahora debe hacerse cargo de su hijo de 7 años. Antes de vivir con su actual esposo y su familia, ella vivía con su madre, ya que el padre de su primer hijo no se responsabilizó de ninguno de los dos.

Se siente triste, ya que extraña trabajar y poder costearse sus gustos, salir a comprar sus alimentos, afirma no estar acostumbrada a cocinar o hacer las labores de ama de casa.

Manifiesta que no lleverse muy bien con la familia de su esposo, ya que le increpan que no sepa cocinar, ni que trate bien a sus hijos, además del hecho de

que su esposo se haga cargo de un hijo que no es suyo.

Por estas razones se siente frustrada, estresada y frecuentemente con cólera, la que descarga en su hijo ante la más mínima falta que este cometía, reforzada en el hecho que su hijo no le haga caso cuando ella le habla, por miedo a que le pegue, la evita y no le cuenta lo que hace en el colegio.

IV. HISTORIA PERSONAL

El embarazo no fue planificado ni deseado por los padres, fue concebida dentro del matrimonio, pero no tenían dinero. Refiere haber presentado un desarrollo normal en la gestación. Esta siguió su curso normalmente y nació por parto eutócico. Cuando nació, a la madre no le gustó que fuera una niña, esperaba tener un hijo varón.

En relación a su desarrollo motriz y formación de hábitos como caminar, usar sus manos, usar correctamente sus piernas; manifiesta que no tuvo ningún problema.

En su niñez, refiere haber sido una niña juguetona, inteligente, que quería mucho a su padre, pues él le decía que cuando sea grande iría a la universidad a estudiar una carrera que le guste. Un incidente que la marcó, fue cuando ella paseaba con su hermano menor en un empedrado, por una travesura, ambos deciden cruzar corriendo a pesar que parecía haber un desprendimiento, piedras se desprenden y caen ambos al abismo, ella sufre heridas leves, pero su hermano muere, por lo que madre la culpa, diciéndole que ella debía morir en vez de su único hijo.

Cuando ella cumple 9 años, refiere que su madre adopta un comportamiento extraño, al mismo tiempo que su padre empieza a sufrir de diabetes y no podía trabajar, madre consigue un trabajo, pero no aporta mucho dinero en casa, por lo que padre tiene que hacerse cargo de las labores domésticas. Paciente sigue a su madre un día, y la encuentra con otro hombre, engañando a su padre, también descubre que le daba regalos a su amante, pues se prestaba dinero para comprar medicinas que nunca compraba, sospecha que le daba a su amante, pues ve el carro que su padre compró en la casa del amante.

Posteriormente, madre amenaza a hija, diciéndole que no debe decir nada, pues de lo contrario su padre empeoraría, “es un viejo inútil y enfermo” que no aguantaría esa noticia, sin embargo, debido a varias rencillas que tenía con su madre, pues no la apoyaba en sus estudios, ni le daba dinero para otros gastos, decide irse de casa, por el tiempo en el que su padre descubre la infidelidad. Madre lo saca de casa, aduciendo que él no trae nada de dinero, paciente va a vivir junto con su padre, durante este tiempo, era muy cariñoso y trataba de darle todo lo que podía, pero debido a la tristeza que le causaban los rumores de su matrimonio, los constantes insultos de su esposa y encuentros con su amante, empeora su enfermedad y muere a causa de esta.

Al no haber otra opción, regresa con su madre, no la trata bien y no reconoce que su amante la quería solo por el dinero, ya que en ese momento estaba sola, sin nadie en casa, solo con sus hijos y sin el carro, ni muchos electrodomésticos en casa, no le recrimina mucho, pues cuando lo hace ella le saca en cara el incidente donde su hermano muere.

Con respecto a su sexualidad, manifiesta haber tenido un desarrollo normal para su edad, empieza sus relaciones sexuales a los 16 años, con su enamorado, que le promete que la sacará de casa donde no se hallaba a gusto con la madre, se va de casa a los 17 años y vive con su enamorado, se embaraza, pero este le dice que aborte, por lo cual se deprime y lo deja, regresando a casa de madre que no la apoya en estudios, si no que le dice que trabaje para mantenerse.

Ingresa a trabajar como ayudante en una empresa de taxis, luego se vuelve conductora, donde manifiesta haber pasado un tiempo agradable, tenía dinero y se iba de fiesta en fiesta con sus pares. Conoce a su segunda pareja que la embaraza, la trata bien durante un tiempo, hasta que cuando nace su hijo, se niega a reconocerlo y los abandona. Ella decide dejar a su hijo en manos de su madre y hermana, pues dice necesitar más dinero, madre y hermana se quejan de cuidar al niño, pero lo hacen por las propinas que esta les daba. Luego de un tiempo el padre da dinero para el mantenimiento del niño, a cambio de tiempo junto a este.

Pasa más tiempo trabajando sola y ganando dinero, hasta que conoce a un hombre que le ofrece apoyo así como hacerse cargo del niño, se embaraza nuevamente, por lo que deja de trabajar, como ya no aporta dinero en casa, madre la hecha, le dice que se “vaya con su marido”, ella deja la casa, muy resentida con su hermana y madre y se va a vivir con su pareja, en casa de los suegros, con los que no se lleva muy bien, ya que le increpan que no sepa cocinar ni que trate bien a sus hijos, además del hecho de que su esposo se haga cargo de un hijo que no es suyo.

Por estas razones se siente frustrada, estresada ya que extraña trabajar y tener dinero para sus compras diarias, salir a comer con su hijo, no tener que cocinar todos los días y poder salir de noche con sus compañeras de trabajo.

Ahora le molesta tener que pedir dinero para cocinar, cocinar y hacerse cargo de la casa donde vive, por lo que es más irritable y pega a su hijo ante la más mínima falta, pues le recuerda a su anterior pareja, así como le molesta su actitud que le hace recordar porque su madre y hermana se quejaban de él.

Cuando ella le pega, se siente culpable y aunque promete no volver a hacerlo, lo hace sintiéndose culpable nuevamente en un círculo vicioso.

V. HISTORIA FAMILIAR

La paciente es la segunda hija de padres casados, tenía un hermano y una hermana menor, así como su hermana mayor. La relación que tiene con la madre es disfuncional, la relación que tenía con el padre era mejor, sin embargo, él muere dejándola solo con la madre.

Ella dice que madre no la trata bien, le culpaba del incidente donde murió su hermano y en general trataba mejor tanto a su hermana mayor como a la menor a pesar que ellas no eran muy inteligentes y estudiaron cosmetología, ella tuvo que trabajar para mantenerse a ella y a sus hijos.

Este año deja la casa de madre y se va a vivir con su actual pareja, por lo que se siente sola y resentida con la madre. La relación con su hijo, no es muy buena, pues la saca de quicio y lo golpea a menudo, con su hija se lleva bien y aguanta mejor sus travesuras.

VI. HISTORIA SOCIO-ECONÓMICA

En general refiere que antes trabaja independientemente, pero que, al nacer su hija, deja de trabajar y solo depende de su esposo.

Habitan en una vivienda de material noble, la que cuenta con todos los servicios, como: Agua, desagüe y el servicio de luz y cable. Antes vivía con su madre donde vivía de manera similar, pero compartía la habitación con su hermana.

VII. RESUMEN

Paciente de 27 años que refiere tener un problema de impulsividad y manejo de ira.

El embarazo no fue planificado ni deseado por los padres, fue concebida dentro del matrimonio, pero no tenían dinero, en su niñez, refiere haber sido una niña juguetona, inteligente, un incidente que la marcó, fue cuando ella paseaba con su hermano menor en un empedrado, donde este último muere, por lo que madre la culpa, diciéndole que ella debía morir en vez de su único hijo.

Madre engaña a su padre, exacerbando la enfermedad que este tenía, ella se va a vivir junto a él, pero muere por algunas complicaciones, por lo que regresa a vivir con su madre, a los 19 años tiene a su primer hijo, no reconocido por su entonces pareja.

Trabaja y así conoce a su segunda pareja el cual ofrece ayudarla, debido a que su hija de 8 meses nace, debe ahora hacerse cargo de su hijo de 7 años. Antes de vivir con su actual esposo, ella vivía con su madre que la echa de la casa por algunos problemas.

Se siente triste, ya que extraña trabajar y poder costearse sus gustos, salir a comprar sus alimentos, ya que no está acostumbrada a cocinar o hacer las labores de ama de casa.

Manifiesta que no se lleva muy bien con la familia de su esposo, ya que piensa que le increpan que no sepa cocinar ni que trate bien a sus hijos, además del hecho de que su esposo se haga cargo de un hijo que no es suyo.

Por estas razones se siente frustrada, estresada y frecuentemente con cólera que

descarga en su hijo ante la más mínima falta que este cometa, reforzado por el hecho que su hijo no le haga caso cuando ella le habla, por miedo a que le pegue, la evita y no le dice lo que hace en el colegio.

Noelia Cárdenas Carcausto

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : L. Q. C.
Edad : 27 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Superior- Instituto incompleto
Sexo : Femenino
Dirección actual : Comité 24 Manzana K, Lote 4
N. de Historia Clínica : 1540-A
Informante : L. Q. C.
Lugar de la consulta : Centro de Salud “San Juan” - Ministerio de Salud
Fecha de consulta : 22 de setiembre 2015
Examinado por : Noelia Cárdenas Carcausto

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente de 27 años que viene a consulta debido a su impulsividad y ataques de cólera que afectan la relación con su hijo, siente que estos ataques podrían tener consecuencias negativas en su hijo, pues a pesar de que lo quiere y lo estima, no puede evitar golpearlo y perder el control ante sus travesuras, perdiendo este la confianza en su madre.

III. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO:

La paciente de 27 años de edad, aparenta su edad. Tiene cabello largo, de color negro, su tez es cobriza y es de contextura mediana con una talla aproximada de 1.55m. Su vestimenta es adecuada, así como su aseo personal, en el momento de la evaluación la paciente se mostró colaboradora, y en la primera entrevista al hablar de su madre y su padre, tenía los ojos llorosos y se negaba a hablar. hubo poco contacto visual, muestra respeto por la entrevista. Presenta buena posición al sentarse y responde correctamente alguna pregunta que se le realiza, no presenta rechazo y brinda cordialmente la información necesaria.

IV. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN:

Conciencia y estado de alerta: La paciente tiene conciencia de su estado, aunque niega algunos hechos o se niega a aceptarlos, como el hecho de que maltrate a su hijo físicamente.

Atención: presenta la atención conservada, no se distrae fácilmente.

Orientación: se da cuenta del tiempo y el espacio en el que se encuentra, a su vez está orientada en cuanto a su persona como por ejemplo quien es, cuál es su posición dentro de la familia, etc. indica el día, el mes y el año en que se encuentra.

V. LENGUAJE:

La evaluada hace uso de un lenguaje normal pero lento en ocasiones, responde levantando la voz. Presenta un lenguaje de acuerdo con su instrucción escolar, en cuanto al lenguaje expresivo y comprensivo son correctos, expresa sus ideas utilizando el lenguaje correcto y expresiones, aunque esporádicamente evidencia algunos episodios de labilidad determinados por factores emocionales, su tono de voz es alto; comprende los mensajes que se le dice.

VI. PENSAMIENTO:

Presenta un buen número de ideas, las relaciona correctamente, además responde adecuadamente a algunas de las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es eficiente y coherente. En cuanto al contenido de sus ideas, estas se encuentran dentro de la norma, ya que sus preocupaciones y angustias son parte de la realidad por la que atraviesa. Presenta pensamientos negativos contra su madre, tiene cierto rechazo hacia la madre presentando bastante vacío afectivo hacia esta. Mientras que con su padre sus pensamientos son más afectivos, expresa más estructurados sus sentimientos para con él.

VII. PERCEPCIÓN:

No presenta anomalías durante la entrevista, ya que no presenta alteración en la percepción, no presenta alucinaciones ni ilusiones de acuerdo a su persona ni en el medio en el que se desenvuelve.

VIII. MEMORIA:

La examinada responde con dificultad, ante hechos personales acerca de su infancia, o de su padre, dice no recordar detalladamente los hechos acerca de la muerte de su padre, sin embargo, tiene facilidad para contar hechos recientes. En cuanto a su memoria reciente está bien estructurada ya que recuerda con exactitud los hechos producidos para desencadenar el problema actual.

IX. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL:

Es capaz de comprender adecuadamente las semejanzas y diferencias entre dos elementos mostrados, al momento de la evaluación, posee conocimientos generales que recuerda con gran facilidad, emite juicios y realiza razonamientos lógicos de acuerdo a su edad.

X. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS:

Su expresión facial es congruente con sus estados de ánimo, es decir existe coherencia entre lo que dice y expresa, por tanto, sus respuestas emocionales tienen una expresión adecuada, en el momento de la evaluación se mostró

XI. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

La paciente interpreta adecuadamente la situación del problema que tiene y los efectos que causa en su vida personal y como madre, asume parte de su agresión.

XII. RESUMEN

La paciente de 27 años de edad, aparenta su edad. Tiene cabello largo, de color negro, su tez es cobriza y es de contextura mediana con una talla aproximada de 1.55m. Su vestimenta era adecuada, así como su aseo personal. En el momento de la evaluación la paciente se mostró colaboradora, y en la primera entrevista al hablar de su madre y su padre, tenía los ojos llorosos y se negaba a hablar.

Se presenta a consulta agresiva, en la primera entrevista tiene los ojos llorosos al hablar de temas difíciles. Prestaba atención y se sentía atacada rápidamente.

Se da cuenta donde está y también porque está ahí, en ocasiones su tono de voz es alto, su pensamiento es coherente y su memoria está conservada, aunque niega recordar algunos acontecimientos de la infancia.

Noelia Cárdenas Carcausto

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : L. Q. C.
Edad : 27 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Superior- Instituto incompleto
Sexo : Femenino
Dirección actual : Comité 24 Manzana K, Lote 4
N. de Historia Clínica : 1540-A
Informante : L. Q. C.
Lugar de la consulta : Centro de Salud “San Juan” - Ministerio de Salud
Fecha de consulta : 30 de setiembre 2015
Examinado por : Noelia Cárdenas Carcausto

II. OBSERVACIONES GENERALES:

Paciente de 27 años que viene a consulta debido a su impulsividad y ataques de cólera que afectan la relación con su hijo, siente que estos ataques podrían tener consecuencias negativas en su hijo, pues a pesar de que lo quiere y lo estima, no puede evitar golpearlo y perder el control ante sus travesuras, perdiendo este la confianza en su madre.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión
- Test de MCMI-II: Escala Clínica

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

A. Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión.

i. Análisis cuantitativo

ÁREAS	Muy Bajo	Bajo	Promedio - Bajo	Promedio	Promedio-Alto	Alto	Muy Alto
IRRITABILIDAD						X	
CÓLERA						X	
AGRESIÓN							X

ii. Análisis cualitativo

Se ve que en todas las categorías la paciente tiene puntajes altos, especialmente en la categoría de agresión (Muy Alto), en las demás categorías llega a puntajes altos como: Irritabilidad y Cólera. Al ser interrogada sobre algunos ítems, manifiesta que no le gusta ser pisoteada, aunque luego se retracta diciendo que está mal.

B. Test de MCMI-II: Escala Clínica

i. Análisis cuantitativo

PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	Puntaje Directo	Puntaje T
ESQUIZOIDE	15	60
EVITATIVO	20	63
DEPRESIVO	25	70
DEPENDIENTE	20	66
HISTRIÓNICO	21	60
NARCISISTA	12	46
ANTISOCIAL	14	55
AGRESIVO-SÁDICA	24	83
COMPULSIVA	8	8
PASIVO-AGRESIVA	25	85
AUTODESTRUCTIVA	15	45

PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	Puntaje Directo	Puntaje T
ESQUIZOTÍPICO	16	58
LÍMITE	37	85
PARANOIDE	15	60

ii. Análisis cualitativo

En este test se puede ver que las áreas que más resaltan son las siguientes.

En los patrones clínicos de la personalidad podemos ver que tiene un indicador elevado en agresivo- sádico, así como pasivo agresivo y en menor medida depresiva.

Por lo que se puede concluir que se relaciona con las demás personas de un modo obsequioso y se autosacrifica, en ocasiones piensa que merece ser humillada o avergonzada, con las personas con las cuales siente que tiene poder es dominante y pugna por seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los que él mismo tiene.

En el trastorno de personalidad límite tiene un indicador alto lo que nos indica que con frecuencia tiene fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia, no hay regulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo.

Muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros. En la entrevista también pudimos comprobar estos sentimientos simultáneos tanto de amor como odio al hijo, ya que le recuerda al padre.

V. RESUMEN

Podemos observar que la evaluada presenta altos niveles de irritabilidad y cólera, aumentando en agresión. En los patrones clínicos de la personalidad podemos ver que tiene un indicador elevado en agresivo- sádico, así como pasivo agresivo y en menor medida depresiva.

Por lo que se puede concluir que se relaciona con las demás personas de un modo obsequioso y se autosacrifica, en ocasiones piensa que merece ser

humillada o avergonzada, con las personas con las cuales siente que tiene poder es dominante y pugna por seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los que él mismo tiene.

En el trastorno de personalidad límite tiene un indicador alto

Noelia Cárdenas Carcausto

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : L. Q. C.
Edad : 27 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Superior- Instituto incompleto
Sexo : Femenino
Dirección actual : Comité 24 Manzana K, Lote 4
N. de Historia Clínica : 1540-A
Informante : L. Q. C.
Lugar de la consulta : Centro de Salud “San Juan” - Ministerio de Salud
Fecha de consulta : 7 de octubre 2015
Examinado por : Noelia Cárdenas Carcausto

2. MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente de 27 años que viene a consulta debido a su impulsividad y ataques de cólera que afectan la relación con su hijo, siente que estos ataques podrían tener consecuencias negativas en su hijo, pues a pesar de que lo quiere y lo estima, no puede evitar golpearlo y perder el control ante sus travesuras, perdiendo este la confianza en su madre.

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El embarazo no fue planificado ni deseado por los padres, fue concebida dentro del matrimonio, pero no tenían dinero, en su niñez, refiere haber sido una niña juguetona, inteligente, un incidente que la marcó, fue cuando ella paseaba con su hermano menor en un empedrado, donde este último muere, por lo que madre la culpa, diciéndole que ella debía morir en vez de su único hijo.

Madre engaña a su padre, exacerbando la enfermedad que este tenía, ella se va a vivir junto a él, pero muere por algunas complicaciones, por lo que regresa a

vivir con su madre, a los 19 años tiene a su primer hijo, no reconocido por su entonces pareja.

Trabaja y así conoce a su segunda pareja el cual ofrece ayudarla, debido a que su hija de 8 meses nace, debe ahora hacerse cargo de su hijo de 7 años. Antes de vivir con su actual esposo, ella vivía con su madre que la echa de la casa por algunos problemas.

Se siente triste, ya que extraña trabajar y poder costearse sus gustos, salir a comprar sus alimentos, ya que no está acostumbrada a cocinar o hacer las labores de ama de casa.

Manifiesta que no se lleva muy bien con la familia de su esposo, ya que piensa que le increpan que no sepa cocinar ni que trate bien a sus hijos, además del hecho de que su esposo se haga cargo de un hijo que no es suyo.

Por estas razones se siente frustrada, estresada y frecuentemente con cólera que descarga en su hijo ante la más mínima falta que este cometa, reforzado por el hecho que su hijo no le haga caso cuando ella le habla, por miedo a que le pegue, la evita y no le dice lo que hace en el colegio.

4. OBSERVACIONES GENERALES

Paciente de 27 años de edad que aparenta su edad. Tiene cabello largo, de color negro, su tez es cobriza y es de contextura mediana con una talla aproximada de 1.55m. Su vestimenta era adecuada, así como su aseo personal. En el momento de la evaluación la paciente se mostró colaboradora, y en la primera entrevista al hablar de su madre y su padre, tenía los ojos llorosos y se negaba a hablar.

Se presenta a consulta agresiva, en la primera entrevista tiene los ojos llorosos al hablar de temas difíciles. Prestaba atención y se sentía atacada rápidamente.

Se da cuenta donde está y también porque está ahí, en ocasiones su tono de voz es alto, su pensamiento es coherente y su memoria está conservada, aunque niega recordar algunos acontecimientos de la infancia.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión
- Test de MCMI-II: Escala Clínica
- Observación
- Entrevista

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Se ve que la paciente puntúa altamente, en la categoría de agresión, e: Irritabilidad y Cólera. Al ser interrogada, manifiesta que no le gusta ser pisoteada, aunque luego se retracta diciendo que está mal que casi siempre reaccione agresivamente.

En cuanto a los patrones clínicos de la personalidad podemos ver que tiene un indicador elevado en agresivo- sádico, así como pasivo agresivo.

Por lo que se puede concluir que se relaciona con las demás personas de un modo obsequioso y se autosacrifica, en ocasiones piensa que merece ser humillada o avergonzada, con las personas con las cuales siente que tiene poder es dominante y pugna por seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los que él mismo tiene.

En el trastorno de personalidad límite tiene un indicador alto lo que nos indica que con frecuencia tiene fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia, no hay regulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo.

Muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

En la entrevista también pudimos comprobar estos sentimientos simultáneos tanto de amor como odio al hijo, ya que le recuerda al padre de este.

7. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

De acuerdo a los recursos psico-diagnósticos utilizados como la entrevista, historia clínica, examen mental. La paciente a lo largo de su vida ha ido evidenciando: un intelecto conservado, normal- alto. Expresa irritabilidad teniendo una perspectiva de sí misma como asertiva, aunque luego reconoce sus problemas.

Se caracteriza por ser una mujer que experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia, no hay regulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo.

Se concluye que la paciente presenta un **episodio depresivo moderado (F32.1)** ya que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo. A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad.

Basándonos en estos rasgos podemos decir que la paciente podría presentar comorbilidad con el **Trastorno límite de la personalidad [301.83]** según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y Tratamiento (DSM IV-TR) y según el CIE 10 (F 60.3) que expone los siguientes criterios:

De 9 criterios evidencia 5:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado, a pesar de todos los abusos que sufría de parte de la madre, seguía apoyándola económicaamente.
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación, como con su anterior pareja
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable, a veces se siente bien y luego se ve no apta de afecto
- (4) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días
- (5) sentimientos crónicos de vacío expresados en el aburrimiento que siente en casa.
- (6). ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes) con su hijo, por ejemplo.

8. PRONÓSTICO

Reservado, sin embargo, el diagnóstico de la paciente tiene que seguir un seguimiento cuidadoso, pues se requieren más evaluaciones y un cambio en su ambiente familiar, para evitar situaciones estresantes que la puedan llevar a agredir a su hijo.

9. RECOMENDACIONES

- Se sugiere empezar con la relajación para controlarse cada vez que se encuentre irritable.
- Realizar un programa en habilidades sociales y silla vacía.
- Realizar la terapia Cognitiva Conductual (TCC)
- Realizar Terapia Racional.

Noelia Cárdenas Carcausto

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : L. Q. C.
Edad : 27 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Superior- Instituto incompleto
Sexo : Femenino
Dirección actual : Comité 24 Manzana K, Lote 4
N. de Historia Clínica : 1540-A
Informante : L. Q. C.
Lugar de la consulta : Centro de Salud “San Juan”
Examinado por : Noelia Cárdenas Carcausto

2. DIAGNÓSTICO

Se caracteriza por ser una mujer que experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia, no hay regulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Basándonos en estos rasgos podemos decir que la paciente presenta presentar un **episodio depresivo moderado (F32.1)**, el que puede presentar comorbilidad con el Trastorno límite de la personalidad [301.83] según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y Tratamiento (DSM IV-TR) y según el CIE 10 (F 60.3)

3. OBJETIVOS GENERALES

PRIMERO: Identificar y cambiar creencias fundamentales y/o los comportamientos poco precisos de sí misma y de otros, así como los problemas de la interacción con los demás.

SEGUNDO: Controlar las emociones intensas, reducir los comportamientos destructivos hacia su hijo, así como mejorar la relación con este.

TERCERO: Definir la relación que tiene con la madre, aclarar situaciones e historias.

4. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Se trabajarán 6 sesiones a lo largo de la terapia, en las cuales se recomienda que las haga sola al principio y con el pasar de las sesiones puede traer a su hijo.

Nº	TÉCNICAS	OBJETIVO	DURACIÓN
1	Introducción a las sesiones: Relajación, entrenamiento autógeno de Schultz	Identificar signos de irritabilidad y eliminarlos, enseñarle la manera correcta de respirar, sintiendo el proceso de la respiración.	45 minutos
2	Técnica del semáforo	Identificar qué situaciones y qué personas son las que nos hacen tener un peor autocontrol, para poder conseguir un mayor autocontrol	45 minutos
3	Terapia cognitivo conductual	Identificar los patrones de pensamiento mal adaptativos o erróneos que causan un comportamiento desadaptativo (que interfiere con su vida diaria) así como emociones “negativas” y modificar estos patrones.	45 minutos.

4	Silla vacía	Identificar a la persona a la que guarda rencor y de la que esta distanciada para que se pueda crear un diálogo que la ayude a liberar tensión.	45 minutos
5	Terapia de esquemas	Identificar los esquemas desadaptativos tempranos, como el temor a perder el control emocional (pegar a su hijo) o la culpa excesiva que siente por la muerte de su hermano menor en la infancia.	45 minutos
6	Terapia Racional Emotiva	Enfrentar a la paciente acerca de sus ideas irracionales, y que entienda la verdadera causa de sus problemas.	45 minutos

5. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

Los modelos que se usarán corresponden mayormente al Aprendizaje social y al modelo fenomenológico.

Nº de sesión: Primera sesión

Técnica: Relajación, entrenamiento autógeno de Schultz

Objetivo a alcanzar: Identificar signos de ansiedad y eliminarlos, enseñarle la manera correcta de respirar, sintiendo el proceso de la respiración.

Descripción de la sesión: Se identificó la forma de respirar de la paciente, para lo cual usaremos el entrenamiento autógeno de Schultz, para así lograr su relajación, se le indicó que debe realizar este proceso cada vez que sienta que no puede controlarse

Tiempo aproximado de la sesión terapéutica: 45 minutos

Materiales a utilizar: Silla

Nº de sesión: Segunda sesión**Técnica:** Técnica del semáforo

Objetivo a alcanzar: Identificar qué situaciones y qué personas son las que nos hacen tener un peor autocontrol, para poder conseguir un mayor autocontrol.

Descripción de la sesión: Explicamos que el semáforo es como el enfado o la ira, según nos vamos enfadando y la ira va apareciendo, pasamos de un estado verde, según nos vamos enfadando más pasamos al color naranja, hasta llegar al rojo, es lo que se llama el “efecto escalada” del enfado. Sin embargo, muchas veces pasamos del verde al rojo sin darnos cuenta, sin ese paso previo por el amarillo, directamente “explotamos”, para lo cual usaremos los ejercicios que se hicieron en la primera sesión, así como el tiempo fuera y las instrucciones positivas que ella misma use.

Tiempo aproximado de la sesión terapéutica: 45 minutos

Materiales a utilizar: Dibujo de un semáforo, papel y lapiceros.

Nº de sesión: Tercera sesión**Técnica:** Terapia cognitivo conductual

Objetivo a alcanzar: Identificar los patrones de pensamiento mal adaptativos o erróneos que causan un comportamiento desadaptativo (que interfiere con su vida diaria) así como emociones “negativas” y modificar estos patrones.

Descripción de la sesión:

Se intenta explorar los vínculos entre los pensamientos y las emociones que ocurren antes de las conductas disruptivas, como golpear a su hijo. Al establecer estas conexiones, que se escribirán en papel, ella aprenderá a identificar y cambiar patrones de pensamientos negativos o inapropiados (que su hijo se parece a su padre, que no la quiere), y como consecuencia podrá manejar los comportamientos relacionados con su impulsividad. Al modificar sus patrones de pensamiento podrá incrementar su capacidad de lidiar con los problemas con su hijo y con otros problemas.

Tiempo aproximado de la sesión terapéutica: 45 minutos

Materiales a utilizar: Hojas bond, lapiceros.

Nº de sesión: Cuarta sesión**Técnica:** Silla vacía

Objetivo a alcanzar: Identificar a la persona a la que guarda rencor y de la que esta distanciada para que se pueda crear un diálogo que la ayude a liberar tensión.

Descripción de la sesión: Cuando la paciente identificó a su madre como la persona a la que le tiene más rencor, pues no la apoyó y aunque ella la seguía ayudando, nunca se le reconoció su ayuda, se le dijo que piense que su madre estaba en la silla escuchándola y que le diga todo lo que no pudo decirle, sin embargo, no pudo continuar con esta sesión por el llanto y el odio que dice tenerle.

Tiempo aproximado de la sesión terapéutica: 45 minutos

Materiales a utilizar: silla.

Nº de sesión: Quinta sesión

Técnica: Terapia de esquemas

Objetivo a alcanzar: Identificar los esquemas desadaptativos tempranos, como el temor a perder el control emocional (pegar a su hijo) o la culpa excesiva que siente por la muerte de su hermano menor en la infancia.

Descripción de la sesión: Luego de que hubo identificado los esquemas desadaptativos tempranos, como el temor a perder el control emocional (pegar a su hijo) o la culpa excesiva que siente por la muerte de su hermano menor en la infancia. Se le enseñará que para cambiarlos ella tiene que afrontarlos, tener claro cuáles son los esquemas que le están causando un problema y trabajar muy duro y de forma continua para poder modificarlos, o que los enfrente de manera adecuada sin evitarlos.

Tiempo aproximado de la sesión terapéutica: 45 minutos

Materiales a utilizar: Hoja de papel bond, lapiceros.

Nº de sesión: Sexta sesión

Técnica: Terapia Racional Emotiva

Objetivo a alcanzar: Enfrentar a la paciente acerca de sus ideas irracionales, y que entienda la verdadera causa de sus enfermedades.

Descripción de la sesión: Luego que la paciente haya identificado sus ideas irracionales, más claramente su culpabilidad sobre la muerte de su padre, se logrará que, mediante la conversación y preguntas estratégicas, ella logre inferir

y darse cuenta de sus ideas irracionales, así como de sus creencias, se le dará un tiempo de preparación para que pueda reconocer que su pensamiento en conspiraciones no le traen consecuencias positivas.

Tiempo aproximado de la sesión terapéutica: 45 minutos

Materiales a utilizar: silla.

6. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tiempo de ejecución de la terapia es de 6 sesiones en las que se trabajaran primero solo con la paciente, cada una tendrá un tiempo aproximado de 45 minutos cada una.

7. LOGROS OBTENIDOS

La paciente está empezando a sentirse más relajada, menos tensa y ya no se siente muy irritada, debido a las situaciones de la vida diaria y las travesuras de su hijo, ya no lo golpea, si no que prefiere relajarse. Sin embargo, aún no identifica del todo sus esquemas desadaptativos.

8. CAMBIOS DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTOS

- La paciente se ve menos irritable
- Puede relajarse correctamente, no tiene pensamientos o emociones negativas ante su hijo
- Ante una situación de cólera y rabia, prefiere retirarse y relajarse antes que reaccionar con impulsividad.

INSTRUMENTOS USADOS

HOJA DE RESPUESTAS - MILLON-II

Nombres y Apellidos: L. Q. C. Edad: 27 8

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: Casada

Fecha de Evaluación: _____ Ocupación: Ama de casa

Grado de Instrucción: Secundaria Completa Evaluador: Noelia Cárdenas

**MARQUE CON ASPA LA RESPUESTA (V = VERDADERO; F = FALSO)
QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER**

V	F
X	
	X
X	
X	X
	X

V	F
	X
	X
	X
	X
	X

V	F
X	
X	
X	
X	
	X

V	F
	X
	X
	X
	X
	X

V	F
X	
X	
X	
X	
	X

V	F
X	
X	
X	
X	
	X

V	F
X	
X	
X	
X	
	X

V	F
X	
	X
X	
X	
	X

V	F
	X
	X
	X
	X
	X

V	F
---	---



Por la sonrisa de los niños

CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN (CIA)

Nombre: L. Q. C.

Institución: Casa Isabel ONG. PAZ PERÚ. Edad: 27 Fecha:

Instrucciones:

Este cuestionario está diseñado para saber sobre tu estado de ánimo. Usando esta escala que sigue a continuación selecciona tu respuesta marcando con una "X" uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N= nunca

RV: rara vez

AV= a veces

AM= a menudo

S= siempre

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuesta mala ni buena, asegúrate e contestar todas.

	N	RV	AV	AM	S
1.- Soy un(unha) renegón(a)				X	
2.- No puedo evitar ser algo tosco(a) con la persona que no me agrada	X				
3.- Siento como que me hiere la sangre cuando alguien se burla de mi		X			
4.- Paso mucho tiempo molesto(a) mas de lo que la gente cree		X			
5.- Cuando estoy molesto siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros			X		
6.- Me molesta que la gente se acerque mucho a mi alrededor	X				
7.- Fácilmente me molesto pero se me pasa rápido			X		
8.- Con frecuencia estoy muy molesto y a punto de explotar			X		
9.- No me molesto(a) si alguien no me trata bien	S	X			
10.- Yo soy muy comprensible con todas las personas	S		X		
11.- Yo no permito que cosas sin importancia me molesten	S	X			
12.- Es muy seguido estar muy amargo(a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo				X	
13.- Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarlo				X	
14.- Cuando estoy molesto(a) no puedo dejar de gritar; mientras que en otras veces no grito			X		
15- Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta	X				
16.- Hay momentos en la que estoy tan molesto(a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un cierto tiempo me siento bastante relajado			X		
17.- Normalmente me siento tranquilo y de pronto de un momento a otro, me enfurezco a tal punto que podría ser capaz a golpear cualquier cosa			X		
18.- Hay épocas en las cuales he estado tan molesto(a) que he explotado todo el día frente a los demás, pero luego me vuelvo más tranquilo			X		
19.- Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un puñete o una cachetada		X			
20.- Peleo con casi toda la gente que conozco	X				
21.- Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle	X				

22.- En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer año a otras personas			X		
23.- Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien			X		
24.- Pienso que cualquiera que me insulte o insulte a mi familia está buscando pelea		X			
25.- Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien			X		
26.- Si alguien me golpea primero, yo le respondo e igual manera				X	
27.- Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario			X		
28.- Yo golpeo a c tro(a) cuando el(ella) me insulta primero			X		
29.- Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema			X		
30.- No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo			X		
31.- Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él(ella)		X			
32.- Cuando la gente grita, yo también le grito				X	
33.- Cuando me enojo digo cosas feas				X	
34.- Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumple		X			
35.- Cuando discuto rápidamente alzo la voz			X		
36.- Aun cuando esté enojado(a), no digo malas palabras, ni maldigo	5	X			
37.- Prefiero darle la razón un poco a la persona para no discutir	5	X			
38.- Cuando está enojado(a) algunas veces golpeo la puerta			X		
39.- Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo				X	X
40.- A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa		X			
41.- Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos			X		
42.- Cuando me molesto mucho bato las cosas	X				

PERFIL DIAGNOSTICO DEL CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN (CIA)

Categorías		Muy bajo	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alto	Muy alto
Áreas	Puntaje							
Irritabilidad							X	
Cólera							X	
AGRESIÓN								X

RESULTADOS DE LA EVALUACION
