

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"FACTORES DE RESILIENCIA DE MADRES DE ADOLESCENTES QUE ASISTEN A AL-ANON."

TESIS DE GRADO

MARIELIS PEDROSO DIAZ

CARNET 23819-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"FACTORES DE RESILIENCIA DE MADRES DE ADOLESCENTES QUE ASISTEN A AL-ANON."

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
MARIELIS PEDROSO DIAZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LICDA. ANA CAROLINA SANTIAGO MORALES DE RODRIGUEZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LICDA. LIZA MARJORIE GONZALEZ MURALLES

Guatemala, 28 de mayo de 2014

Señores Consejo

Facultad de Humanidades

Ciudad

Respetables Señores:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para someter a su consideración la tesis "**Factores de resiliencia de madres de adolescentes que asisten al AL-ANON**" de la estudiante **Marielis Pedroso Díaz**, carné 2381909.

He revisado la misma, por lo que considero reúne las condiciones exigidas por la Facultad de Humanidades, tanto en el aspecto de contenido, metodología como redacción final, para los estándares de los trabajos de investigación de esta índole, por lo que me permito presentarlo a la revisión final respectiva.

Atentamente.



Licenciada

Carolina Santiago, MA

Asesora



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 05705-2015

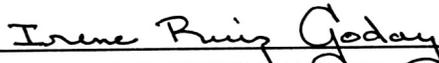
Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARIELIS PEDROSO DIAZ, Carnet 23819-09 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 0538-2015 de fecha 14 de enero de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"FACTORES DE RESILIENCIA DE MADRES DE ADOLESCENTES QUE ASISTEN A AL-ANON."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 28 días del mes de enero del año 2015.


MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARÍA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar



ÍNDICE

RESUMEN.....	4
I. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Alcoholismo	14
1.1.1 Definición.....	14
1.1.2 Causas	16
1.1.3 Efectos.....	17
1.1.4 Grupos de apoyo	21
1.2 Resiliencia	22
1.2.1 Definición.....	22
1.2.2 Características.....	24
1.2.3 Factores de resiliencia	26
1.3 Adolescencia	29
1.3.1 Definición.....	29
1.3.2 Corrección en los adolescentes	32
1.3.3 Relación madre y adolescente.....	35
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
2.1 Objetivos.....	38
2.1.1 Objetivo General.....	38
2.1.2 Objetivos Específicos.....	38
2.2 Variables.....	39
2.3 Definición de Variables	39
2.3.1 Definición conceptual.....	39
2.3.2 Definición operacional.....	39
2.4 Alcances y límites	40
2.5 Aportes	40
III. MÉTODO	41
3.1 Sujetos.....	41
3.2 Instrumento.....	42
3.3 Procedimiento.....	43
3.4 Tipo de Investigación	44

3.5 Metodología Estadística.....	45
IV. PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	46
V. DISCUSION.....	52
VI. CONCLUSIONES	58
VII. RECOMENDACIONES	60
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
IX. ANEXOS.....	69

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo, tuvo como objetivo identificar los factores de resiliencia que tienen las madres de adolescentes con problemas de alcoholismo que asisten a grupos de autoayuda Al-Anon de ciudad San Cristóbal y Vista Hermosa de la ciudad capital de Guatemala. La muestra investigada fue conformada por 10 mujeres ladinas que provienen del estatus económico medio – alto, sus edades oscilaban entre los treinta y cinco a cincuenta años de edad. Se eligieron tomando en cuenta si eran miembros activos de Al-Anon y si tenían hijos adolescentes alcohólicos sin importar si ellos formaban parte del grupo de apoyo para alcohólicos anónimos.

Se utilizó la escala SV-RES de resiliencia la cual es auto administrada, fue elaborada por Saavedra y Paucar de la Universidad Católica de Maule de Chile en el segundo semestre del año 2007. Consta de 60 ítems con doce factores de resiliencia, estos son: identidad, vínculos, afectividad, autonomía, redes, autoeficacia, satisfacción, modelos, aprendizaje, pragmatismo, metas y generatividad. Estos forman parte de las distintas modalidades de la interacción de los individuos las cuales serán consigo mismo, con los otros y con sus posibilidades.

Se concluyó que el 90% de la población se encuentra entre el rango alto de resiliencia y el 10% en un nivel promedio. El 34% de las participantes presentan los factores de identidad, autonomía, satisfacción y pragmatismo. Así mismo, los factores vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad cuentan con un 33% de incidencia. Se recomienda utilizar una muestra de mayor tamaño para realizar un estudio a profundidad, con el fin de conocer el impacto y los niveles de resiliencia que tienen las progenitoras de adolescentes alcohólicos de la ciudad de Guatemala y la implementación de talleres en estos grupos para la promoción de una cultura de resiliencia.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial los estudios de investigación humanista están orientados a conocer a fondo los factores que influyen en el desarrollo de características de personalidad, ya sean extrínsecos o intrínsecos. Para dichas investigaciones, los estudiosos de la psique y de la conducta, han desarrollado rutas de estudio diversas, en las que se encuentran las áreas conductuales, sociales, cognitivas, de desarrollo y las ectópicas.

Siguiendo estas líneas de investigación, en el área de adicciones, se encuentran comportamientos, características y conductas únicas y propias de los individuos implicados en el proceso, adictos y las diversas personas en relación a ellos (familiares, amigos, conocidos, co-trabajadores, entre otros), que han despertado el interés de diversos investigadores a nivel mundial, generando gran variedad de hipótesis y resultados útiles para el tratamiento y apoyo de las adicciones.

El campo de las adicciones es variado y se divide en dos ámbitos, las adicciones de sustancias legales y las adicciones de sustancias ilegales. Siendo las primeras un campo de batalla terapéutico, clínico, familiar y social, más arduo por el fácil acceso a las sustancias implicadas. El consumo de alcohol en diversas sociedades es una práctica común, social y algunas veces adecuada, según las circunstancias.

Sin embargo, tanto la investigación como la experiencia marcan el consumo del alcohol como uno de los primeros indicadores de accidentes, lesiones y enfermedades crónicas y agudas, especialmente en personas jóvenes.

En Guatemala, el consumo de alcohol también es común y habitual, sin embargo se observa que en los adolescentes es cada vez mayor, debido a la vulnerabilidad, fácil acceso y falta de alternativas de diversión para los jóvenes. Generando conflictos personales, familiares y sociales de diversas magnitudes.

Dentro el documento “Hojas de ruta para nuevos gobernantes” realizado por el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes aumenta cada día en las áreas urbanas y su incidencia es progresiva en las áreas rurales del país. Los jóvenes entre las edades de 15 a los 19 años, el 35% de los hombres y el 15% de las mujeres han ingerido bebidas alcohólicas.

Ante un consumo de alcohol frecuente y sin medida, la probabilidad de vivir situaciones adversas se acrecienta en los jóvenes guatemaltecos, afectando los diversos ámbitos sociales y culturales en los que estos individuos se desempeñan. Las personas que han vivido situaciones adversas generalmente enfrentan las consecuencias psicológicas. No obstante, hay personas que logran superar la adversidad y ser fortalecidos por ella, a este acto se le llama resiliencia. Esta habilidad puede ser una característica desarrollada por la persona que vive directamente la situación adversa, en este caso un adicto al alcohol, como las personas que conviven y son afectadas por sus comportamientos y conductas, como por ejemplo los familiares, amigos, compañeros de estudio/trabajo, entre otros.

Existen en el mundo diversas iniciativas para apoyar a las personas implicadas en procesos de adicción y a sus familiares. Una de las iniciativas en Guatemala, es la Asociación de Alcohólicos Anónimos (AA), la cual atiende a directamente a quien sufre de una adicción, como a sus familiares, a través de programas específicos de apoyo mutuo. Tomando en cuenta estos datos, se plantea la presente investigación la evaluación de los factores de resiliencia en las madres de adolescentes con problemas de alcoholismo en el departamento de Guatemala, estas asisten al programa de Al-Anon, que es un grupo de apoyo que brinda soporte emocional a todos los familiares o amigos de personas alcohólicas.

El consumo de alcohol de un adolescente es un problema que para resolverlo necesita de la intervención integral de los padres o tutor, profesores y profesionales.

Las relaciones paternas – filiales interfieren en la conducta de los jóvenes ya que según el tipo de comunicación, relación afectiva y apego pueden prevenir las conductas

antisociales así como el consumo de tabaco, drogas y el alcohol. Estas son una fuente de bienestar y satisfacción por el apoyo y afecto que le pueden brindar los padres o tutores del núcleo familiar (Musitu y García, 2004).

Cuando una familia es afectada por el consumo de alcohol por algunos de sus miembros, la dinámica entre ellos, pues se enfrentan a faltas de respeto, agresiones verbales y físicas, también problemas económicos, irresponsabilidad, hurto del alcohólico por problemas económicos y laborales.

Es por esta razón que surge el programa de Al-Anon, que apoya a todos aquellos familiares y amigos de los alcohólicos. Este grupo se basa en el programa de los “doce pasos de Alcohólicos Anónimos”, cuyo objetivo es brindarle apoyo y fortaleza a todo aquel que sea alcohólico que busque la recuperación dejando la bebida. En el grupo los miembros mantienen el anonimato entre si y comparten sus experiencias (Alcohólicos Anónimos, 1995).

Por lo anterior y la importancia del tema, a continuación se presentan las opiniones de otros autores nacionales que realizan investigaciones que se relacionan con la presente investigación:

Alba (2013) realizó la investigación en esposas de alcohólicos anónimos en el departamento de Sololá. Con el objetivo de establecer el nivel de resiliencia en las 45 mujeres que participaron en el estudio. La investigación de tipo exploratoria tenía como objetivo determinar los niveles y características de un sujeto resiliente, para luego aplicar la prueba de resiliencia que evalúa las categorías yo puedo, yo tengo, yo creo, yo estoy y yo soy. Como resultado se obtuvo un margen de error de 0.05 entre las cuatro categorías. También se propuso un programa “Mujer heroína protagonista de tu propio destino”, con el objetivo de aumentar los niveles y características resilientes de las sujetos.

Dentro de la investigación de Barrientos (2007) de tipo cualitativa, tenía como objetivo recabar aspectos personales de seis individuos, tres hombres y tres mujeres de la comunidad Maya 9 de Enero. Estos tenían 30 a 65 años de edad que fueron afectados

de cualquier manera por el conflicto armado de Guatemala y debían de hablar español. Para ello se utilizó un muestreo de casos típicos y como instrumento utilizó la entrevista individual semiestructurada. Los resultados obtenidos fueron que los sujetos sufrieron de pérdida de lazos familiares, red de apoyo y recursos materiales, estos son factores de riesgo más perjudiciales. El factor protector de los individuos más utilizado fue la iniciativa, ya que esta les permitió encontrar las soluciones a las dificultades que presentaron durante el conflicto armado.

También Gómez (2011) realizó una investigación de diseño cuasi experimental en la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala. Tenía como objetivo analizar desde una perspectiva positiva de la psicología el fenómeno de la salud mental. Que se refiere a que la resiliencia es la capacidad que tiene una persona para alcanzar su bienestar por medio de la adaptación y fortalecerse tras un evento importante en su vida. Para la investigación se requirió de un grupo de 20 participantes, los cuales se dividieron en grupo experimental y otro de control. Para su evaluación se creó y aplicó un programa de salud mental, que incluía las principales características que tiene una persona para aprender y mantener un balance en su conducta, pensamientos y emociones. Como resultados se encontró que por medio de la promoción de la salud mental y la aplicación de un programa impactan en la salud mental de los participantes, también se comprobó que aquellas mujeres que se involucraron dentro del programa tuvieron la capacidad de aprender y desarrollar nuevas habilidades para mejorar la calidad de su vida.

Así mismo en la investigación de Barrientos (2013) en la ciudad de Guatemala y requirió de la participación de cuatro mujeres entre las edades de 20 a 30 años de edad con un nivel universitario sin importar las carreras y las participantes tienen o mantuvieron una relación de noviazgo con manifestaciones de violencia física y psicológica. La investigación fue de enfoque mixto con un muestreo no probabilístico, el objetivo de esta era establecer los elementos que debe tener un taller para aumentar la resiliencia en mujeres que fueron o son víctimas de violencia física y psicológica en el noviazgo. Se utilizó la prueba de resiliencia de Wagnild y Young (1993) está compuesta

por 25 ítems, los cuales se evalúan con una escala de Likert de 7 puntos donde 1 es en desacuerdo y un máximo de acuerdo es 7. Esta escala tenía como componentes la confianza en sí misma, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal y sentirse bien sola. Se obtuvo como resultado que las participantes tenían una capacidad de insight adecuada para la expresión de sus sentimientos y pensamientos hacia la violencia en el noviazgo. También que tanto el hombre como la mujer hacen uso de la violencia en situaciones conflictivas entre ellos y las participantes consideran que el acompañamiento psicoterapéutico es necesario para trabajar las consecuencias de la relación. Sin embargo las mujeres carecían de iniciativa, independencia, sentido de humor y creatividad.

Dentro del trabajo de enfoque mixto realizado por Hernández y Morales (2010) que se realizó en el Centro Educativo Siervas de San José. Tenía como muestra 100 mujeres, la edad se comprendía entre 15 a 45 años, estas cursaban el grado de primaria por madurez y grados de básico. Las participantes tenían procedencia indígena y la mayoría laboran como trabajadoras domésticas o en la industria textil, siendo su condición económica baja. Como método recolección de datos fueron la observación directa, observación participante, y un taller de información. Para evaluar a las participantes se realizó un cuestionario, con preguntas para abordar el tema de la resiliencia de una manera más completa; este se aplicó en dos situaciones al inicio y al final. Los resultados que se obtuvieron de la aplicación del cuestionario indicaron que los factores internos (inteligencia emocional, auto concepto y la autoestima) y los factores externos (la comunidad, la escuela y los grupos de apoyo) son importantes en la vida de las participantes. Es por esta razón que los factores internos de resiliencia las hace capaz de superarse y mejorar las condiciones así como calidad de vida en la que se encuentran. También las mujeres que tenían una alta autoestima, seguridad, inteligencia emocional, comunicación y espiritualidad tenían altos índices de rasgos resilientes. Por último las participantes reconocieron que una persona resiliente debe de contar con todos aquellos factores externos que le ayuden a reducir las probabilidades de daño estos pueden ser las redes de apoyo, la familia, la comunidad o

un grupo tanto religioso como de apoyo y que si tienen actitudes negativas, apatía e inconciencia hacia sus actos no podrán desarrollar y/o fortalecer la resiliencia.

Rosales (2009) en su investigación tipo descriptiva, utilizó una muestra de tipo intencional dentro de la Escuela de Ciencias Psicológicas, de la ciudad de Guatemala. Su muestra fue de 24 estudiantes de ambos sexos comprendidos entre los 18 a 35 años de edad de primer a tercer año de la carrera, con el objetivo de observar hechos y realidades sociales presentes en los sujetos de estudio dentro del contexto en el que se desenvuelven. Como método estadístico se utilizó la técnica porcentual y análisis de graficas en el programa Excel 2007 para obtener los resultados del instrumento aplicado. Los resultados obtenidos a través de la observación participativa fueron que los factores interpersonales consumo familiar e influencia de grupo propician el consumo de alcohol y tabaco. Los participantes manifestaron el deseo de dejar de consumir tabaco por los daños que representa a la salud sin embargo el consumo de alcohol lo consideran como una práctica social aceptable.

Así mismo en la investigación descriptiva de Marroquín (2009) sus participantes eran miembros de un grupo de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Guatemala, en las reuniones asistían aproximadamente 15 de 80 miembros y sus edades oscilaban desde los 20 a 80 años de edad habían más hombres que mujeres. El objetivo de la investigación fue identificar el factor terapéutico relevante en la recuperación del enfermo alcohólico al observar las experiencias de vida de sus miembros, las sugerencias y orientaciones, donde no se pagan honorarios ni cuotas de ninguna clase y donde el único requisito para ser miembro es el deseo de dejar de beber.

El instrumento utilizado fue la observación directa con el objetivo de identificar directamente factores de recuperación que tienen los miembros de este grupo. Como resultados, se obtuvo que miembros del grupo de apoyo causan en el recién llegado cuando son aceptados, tienen sentido de pertenencia, apoyo y comprensión incondicional dándole como resultado un sentido de bienestar. La recuperación de los miembros del grupo proviene del testimonio de los demás participantes, sin embargo esto será posible si las personas tiene contacto constante con la comunidad de

Alcohólicos Anónimos y serán capaces de aprender nuevas maneras de pensamiento y conducta que se tienen a través de la sobriedad. Para finalizar los efectos dañinos del alcohol no tiene distinción de edades, sexo, ocupación, religión y estatus social, sino que es una enfermedad individual y social que para su total recuperación es alcanzar la completa sobriedad, asistir a grupo de auto ayuda o el acompañamiento de psicoterapia.

Hernández y Beteta (2005) dentro de su investigación tipo asociativa, tenían como fin identificar la relación del alcoholismo de los padres y la agresividad que presentaban los niños. Se trabajó con la población que asistió al Centro de Servicio Psicológico “Mayra Vargas Fernández” de la ciudad de Guatemala. Los participantes asistían de la jornada vespertina de los días lunes y miércoles de las 14:00 a 17:00 horas. Este grupo constaba de 18 niños y 12 niñas entre las edades de 7 a 14 años y 32 madres de familia y dos padres de familia, el total de la población era de 64 personas. Para recolectar los datos se utilizó la técnica de observación y se aplicó la técnica de Fábulas de Duss. Se obtuvo como resultados que cuando los padres alcohólicos se encuentran bajo los efectos del alcohol la mayoría tienden a mostrar conductas agresivas hacia su familia causándoles daño psicológico a los demás miembros de la familia. Los niños que tienen padres alcohólicos mostraron conductas de temor, indiferencia, agresividad, timidez, aislamiento o rechazo. Y en las madres se genera la codependencia que les provoca baja autoestima, frustración o en algunas situaciones agresividad hacia su pareja.

López (2011) tuvo como objetivo establecer la percepción de los estudiantes de un colegio privado de la ciudad de Guatemala de 4to y 5to bachillerato acerca del alcoholismo en jóvenes. Su diseño fue descriptivo y los sujetos para el estudio fueron 91 adolescentes que comprendían entre los 16 a 18 años de edad y fueron de ambos sexos. El método de selección de la muestra fue no probabilística a través de sujetos voluntarios. Para ello se realizó una Escala de Likert para establecer cuál era la percepción de los participantes. Los resultados obtenidos demostraron que los adolescentes perciben el alcoholismo como una actividad habitual, sin embargo

reconocen que existen consecuencias negativas al beberlo y a pesar que todos los sujetos lo han consumido en su mayoría han sido los hombres. Además se encontró que los adolescentes tienen bastante accesibilidad para su consumo y que en la mayoría de casos los padres lo aprueban. También los participantes determinaron que los factores que más influyen son la presión social, curiosidad y la aceptación de un grupo de pares.

También hay investigaciones internacionales que mencionan la resiliencia y otras el efecto dañino del alcoholismo en el ser humano, las cuales se citan a continuación:

González- Arratia, Nieto y Valdez (2011), en la publicación de la revista Psicooncología, publican una investigación que tenía como objetivo conocer el grado de relación e identificar las características de resiliencia entre las madres y sus hijos quienes han sido diagnosticados con cáncer.

Los sujetos de investigación eran 30 niños y niñas entre 8 a 17 años de edad junto a sus respectivas madres con una edad que oscilaba entre 28 y 60 años de edad. A estos se les aplicó un cuestionario de resiliencia para niños y Escala de Resiliencia (fuerza y seguridad personal) para adultos. Como resultado, se encontró que la resiliencia de materna es alta en el área del altruismo, luego niveles moderados de los mismos en la autoestima, familia, seguridad y afiliación. Se encontró también la existencia de empatía del hijo hacia su madre quien le proporciona seguridad. Además se obtuvo que la familia es un factor de protección vital para los niños pues favorece el desarrollo de la resiliencia infantil.

Castañeda y Guevara (2005), realizaron una investigación descriptiva interpretativa en Bogotá, Colombia. Esta tenía como objetivo conocer los factores de riesgo como los de protección que caracterizan el nivel de desarrollo de resiliencia en 6 niños y niñas de diez a diez y siete años de edad quienes se encuentran en situación de abandono, ellos han estado a cargo de un hogar de tres meses. Se utilizó la observación participante del test de factores resilientes de Grotberg y una entrevista estructurada.

Se obtuvo como resultado que la mayoría de la población se encuentra entre el nivel de resiliencia regenerativa y adaptativa, indicando que el hogar y el colegio no obstaculizan el desarrollo de la resiliencia. También se encontró que aquellos que estaban en nivel de resiliencia media o alta se destacan por tener metas definidas y como característica son independientes económicamente y no presentan repetición de patrones de maltrato ejercidos sobre ellos.

En la investigación con enfoque cualitativo de Reid, Riquelme y Rodríguez (2004) cuyo objetivo era conocer el mecanismo resiliente en pre adolescentes con Síndrome de Déficit de Atención sin apoyo farmacológico o psicoterapéutico mediante la intervención psicológica con enfoque de orientación Humanista Integral.

Se llevó a cabo en la Escuela Municipalizada de Santiago Centro, con una muestra de 10 alumnos de quinto y sexto básico luego de la aplicación del Test de Connors y un taller grupal de 10 sesiones de una hora cada uno los cuales trataban los mecanismos de la resiliencia. Los resultados obtenidos en la investigación, mostraron un aumento en la autoestima, interacción, conciencia moral, sentido de humor y creatividad todos estos son mecanismo de resiliencia.

Polo (2009) tuvo como finalidad en su trabajo medir la capacidad de resiliencia y los factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años de edad de sexo masculino, quienes pertenecen al programa de la Esquina a la escuela del Departamento de Junín de la provincia de Mendoza. Los requisitos de los sujetos era haber estado desempleados y sin estudiar durante un año. Por medio de una entrevista semi estructurada, se les realizaron a los participantes 18 preguntas abiertas y a los padres de los mismos 16 preguntas. Luego al finalizar con la entrevista semi estructurada los participantes fueron evaluados por medio de la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados concluyeron que la familia es el elemento más importante para el desarrollo positivo de los adolescentes pues favorece la capacidad de resiliencia de los mismos para el afrontamiento de las adversidades.

El estudio de Paz (2003) de tipo exploratorio descriptivo, tuvo como objetivo identificar los factores de resiliencia en una muestra no probabilística de 11 adolescentes residentes del Centro de Protección de la ciudad de Valparaíso. Utilizando la escala de Resiliencia SV-RES para niños y adolescentes (Saavedra y Villarta, 2008). Esta escala mide 12 factores de resiliencia: Identidad, Autonomía, Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos, Redes, Modelos, Metas, Afectividad, Autoeficacia, Aprendizaje y Generatividad. Como resultados se obtuvo que el factor "Identidad" tiene el 66 % de los 3 adolescentes del grupo de 14 años estos tienen un nivel inferior en este factor, sin embargo en el grupo de los adolescentes de 15 a 17 años, los resultados oscilaban entre Promedio y Alto, y no se presentaron sujetos que se encontraban debajo del promedio.

En la investigación tipo descriptiva realizada por Saavedra, Castro e Inostraza (2012) publicada para la revista Pequen, utilizaron la Escala de Resiliencia para jóvenes y adultos SV-RES (Saavedra y Villalta, 2008). Estudiaron dos grupos de 126 adultos de la VI, VII y VIII de Chile. El primer grupo estaba diagnosticado con depresión y el otro grupo sin este diagnóstico. Como resultados se obtuvo que habían diferencias según el grupo de edad pero no de sexo y si había una diferencia significativa entre aquellos sujetos que están diagnosticados con depresión y los que no.

También en la investigación descriptiva de Moñino (2007) realizada en la ciudad de Murcia, España se evaluó a un grupo de 2,290 niños y niñas con el fin de determinar la frecuencia y la distribución de alcohol en dicha región, para así analizar la relación entre el consumo del alcohol y la estructura familiar y también la composición familiar y las valoraciones de las relaciones familiares como actividades de ocio y deporte. Se evaluó utilizando el SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences), es un programa estadístico informático frecuente en las ciencias sociales y en el estudio de investigaciones tipo cuantitativas. Los resultados obtenidos en esta investigación fueron que el patrón de consumo varía según los sexos y el curso escolar en el que se encuentran. A los 15 años de edad el consumo de alcohol en las adolescentes

incrementa proporcionalmente. Las diferencias entre los varones y mujeres están presentes en todas las conductas que se relacionan con el consumo del alcohol.

Martínez (2011) en su investigación realizada en España, la cual es de diseño transversal descriptivo correlacional tomó como muestra a 533 adolescentes que oscilaban entre los 14 a los 17 años de edad, en los que 272 eran hombres y 261 mujeres. Tenía como hipótesis de identificar si el consumo de bebidas alcohólicas aumenta con la edad y es similar entre ambos sexos. También si los niveles de condición física se relacionan con la salud, siendo mejor el de todos aquellos adolescentes que no consumen alcohol y disminuirá si realizan algún deporte. Para realizarla utilizaron la Batería de Tests de condición física orientada a la salud (COFISA), este sería analizado por medio del paquete estadístico SPSS versión 15.0, utilizando pruebas ubicadas en la estadística descriptiva y la X^2 de Pearson. También se realizó un cuestionario de tipo escala de Likert con 17 ítems sobre la autopercepción del consumo de alcohol por parte de los adolescentes. Se obtuvo como resultados que el consumo de alcohol es altamente nocivo para la salud de los adolescentes, pues ocupa un papel importante en ella pues los jóvenes están en riesgo de consumirlo, sin embargo al realizar actividades deportivas reduce el interés por el consumo de bebidas alcohólicas.

Así mismo Valdez (2005) por medio de una investigación descriptiva, tuvo como objetivo comprobar si existía influencia de la autoestima y percepción de riesgo en el consumo de alcohol en los adolescentes estudiantes del Distrito Federal de México. La población objetivo fueron los estudiantes de enseñanza media y media superior de la ciudad de esta ciudad. Para la investigación se contó con 10,659 sujetos en el cual el 50.5% eran hombres y el 49.5% mujeres, sus edades oscilaban entre los 12 y 19 años. Como instrumento se utilizó un cuestionario, que abarcaba datos sociodemográficos y el consumo de alcohol, también se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg y la escala de percepción de riesgo. Como resultados se encontró que el consumo de alcohol se presenta de forma similar entre ambos sexos, sin embargo los hombres

presentan más abuso que las mujeres. También que su consumo es alto en toda la población y que existe una tendencia a aumentar.

En la investigación descriptiva y transversal de Gil (2012) se seleccionó una muestra de estudiantes de secundaria obligatoria y bachillerato de dos Institutos de Madrid de procedencia urbana. El muestro fue de manera aleatoria, estratificado por géneros (hombre y mujer), edad y el consumo de alcohol (intensivo, moderado y no consumo). Los adolescentes comprendían entre las edades de 12 a 19 años de edad, siendo el número total de sujetos 22, de ellos 97 eran mujeres y 126 hombres. Como objetivo se quería encontrar las relaciones entre el nivel de consumo de alcohol en adolescentes y perfiles de personalidad, rasgos psicopatológicos y rendimiento neurocognitivo en las tareas que evalúan las funciones ejecutivas y como estas influyen en su vida cotidiana. Para su evaluación se llevó acabo un cuestionario (Encuesta sobre actitudes en la juventud para estudiantes de Educación Secundaria -ESAJ-S-), la prueba de evaluación neuropsicológica que para realizarla se tomó una batería de memoria de Wechsler Memory Scale, 1997 (WMS-III), Test de Fluidez Verbal (TFV), Test del Trazado o Trail Making Test (TMT), Test Stroop de colores y palabras (TS), Test de los 5 dígitos (T5D), El cuestionario Disejecutivo (Dex-Sp), Cuestionario de Personalidad Big Five, Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente (CACIA), El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI) y la última prueba fue la Escala de Comportamiento de los Sistemas Frontales (FrSBBe-SP). Como resultados, se obtuvo que el consumo intensivo de alcohol se asocia con un rendimiento pobre académico, tabaquismo y la percepción de mayor presión social para su consumo, siendo los pares más cercanos y el entorno familiar la influencia de los adolescentes para consumir intensivamente alcohol. Se observaron diferentes rasgos de personalidad entre los bebedores y no bebedores, los primeros son más impulsivos y tienen menos capacidad de autocontrol, son inestables emocionales y necesitan experiencias nuevas para no aburrirse. También aquellos que beben presentan mayor sintomatología psicopatológica en indicadores obsesivos compulsivos, depresión y hostilidad. Por último no se observaron diferencias entre géneros relativo al consumo de alcohol.

Por último, Ávila (2012) tuvo como propósito en su estudio el determinar la relación y efecto de algunos factores personales (sociodemográficos y laborales) y psicosociales (autoestima, autoeficacia y motivos para el consumo de alcohol) con el consumo de alcohol en adolescentes que estudian en la preparatoria de la frontera norte de México. El diseño fue descriptivo, correlacional y predictivo. La población de estudio estuvo formada por 876 adolescentes de 15 a 18 años de edad de ellos 245 fueron mujeres y 174 hombres. Para su evaluación se utilizó una Cedula de Datos Personales y cinco instrumentos de medición: Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Autoeficacia, Escala de Evaluación de Cambio de la Universidad de Rhode Island URICA, Cuestionario de Motivos para el Consumo de alcohol y la Prueba de identificación de Desordenes por Uso de Alcohol. Como conclusión se obtuvo que la forma habitual de consumo de los adolescentes es en fiestas y reuniones y la media de edad de consumo es de 14.7 años de edad. La edad de los participantes se relacionaba con la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico, sin embargo quienes no consumían ligeramente tenían más alta su autoestima. En cuanto la relación entre la edad, sexo, estado marital, autoestima, autoeficacia, motivos de consumo, motivos de afrontamiento, motivos de reforzamiento, motivos de conformidad y motivos sociales dependen del consumo de alcohol. Existe una mayor prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes con 16 años de edad.

Las investigaciones anteriormente expuestas, han concluido que aquellas personas que tengan características resilientes son capaces de sobrellevar de manera adecuada las adversidades que enfrentan en su vida. Esto permite a las personas seguir adelante y encontrar diversas alternativas para encontrar un camino de bienestar ante la tragedia. Así mismo los investigadores han buscado como desarrollarlos y fomentarlos, para que las personas sean capaces de utilizarlos en su vida diaria.

Por último el alcoholismo es una patología que perjudica personalmente al individuo y a su entorno. Esta es una enfermedad puede darse en todos los niveles económicos y tienden a ser los hombres quienes la padecen con más frecuencia, sin embargo en los adolescentes no se presenta diferencia entre géneros. Por medio de grupos de apoyo,

proceso terapéutico, y algunos tratamientos farmacológicos le brindan bienestar a todos aquellos quienes padecen de alcoholismo, sin embargo esta no es una cura para esta enfermedad, es por esta razón que según la literatura de Alcohólicos Anónimos, también conocidos como “AA”, recomienda sobriedad absoluta de los enfermos alcohólicos para llevar una vida placentera.

1.1 Alcoholismo

1.1.1 Definición

El alcohol se obtiene por la fermentación de cereales, frutas o vegetales. Esta fermentación es un proceso que requiere de la presencia de levadura o bacterias para cambiar el azúcar de los alimentos a alcohol. Este proceso se utiliza para elaborar una extensa variedad de productos, como artículos de limpieza, antisépticos o sedantes (Borras, 2002).

Cuando su consumo es frecuente, en altas dosis y la persona no puede controlar su ingesta se le define como alcoholismo. Alonso-Fernández, Matilla y Matilla (1979) lo definen de dos maneras, una es aquel individuo que pierde su libertad ante el consumo del alcohol y la segunda definición se basa por medio de las consecuencias sociales, físicas y psíquicas que ocasiona el consumo regular e irregular del alcohol. Así mismo Martínez y Rubio (2002) utilizan la definición dada por Jellinek (1960) “cuando la ingestión de una discreta cantidad de alcohol provoca una reacción en cadena del bebedor... y continúa bebiendo más y más contrariamente su volición”. (pág. 334)

Consuegra (2010) menciona que según la OMS el alcoholismo es la ingestión diaria superior de 50 gramos en mujeres y 70 gramos en hombres. El alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva, la cual afecta diversas áreas de la vida de los enfermos. Dentro del área social, estos individuos pierden amistades debido a su consumo, familiar por la ruptura de las relaciones de pareja, hijos y demás familiares. También se presenta un alto deterioro físico y psicológico de los enfermos quienes tienen gran dificultad para dejar de consumir (Roxana, 2012).

Alcohólicos Anónimos (1995) se refiere al alcoholismo como una enfermedad que confunde a los individuos y causa daños significativos en diferentes áreas de la vida de una persona.

Ancira (2011) expone que es una patología derivada de la ingesta de bebidas alcohólicas. Esta insensibiliza los problemas que rodean a los individuos y por esta razón es que de cada diez personas, una cae en la enfermedad del alcoholismo. El individuo es incapaz de controlar sus movimientos y acciones causándole múltiples problemas en su entorno social, laboral y familiar.

La Asociación Americana de Psicología –APA- (2003) se basa en los siguientes parámetros para diagnosticar a un individuo de intoxicación por ingerir alcohol:

- a. Ingestión reciente de alcohol
- b. Cambios psicológicos comportamentales des adaptativos, clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral social) esto se presenta durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta del alcohol.
- c. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol.
 - Lenguaje farfullante
 - Incoordinación
 - Marcha inestable
 - Nistagmo
 - Deterioro de la atención o de la memoria
 - Estupor o coma
- d. Todos estos síntomas no se deben a una enfermedad médica, ni se explican mejor por otro trastorno mental.

En fin esta enfermedad compleja y crónica, es progresiva por el consumo en exceso de alcohol etílico, en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias. El alcoholismo a diferencia de un consumo excesivo o irresponsable, se ha

llegado a considerar como síntoma del estrés social o psicológico y también un comportamiento inadaptado y aprendido.

Para González (2006) existen cuatro tipos de bebedores o alcohólicos según la cantidad y el lugar donde beben:

a. Abstemios

Son aquellos bebedores que no disfrutan o tienen agrado al gusto y efecto del alcohol, estos tienden a persuadir a quienes los rodean para que se abstengan como ellos al consumo de la bebida.

b. Bebedores sociales

El consumo de alcohol para estos sujetos es parte de socializar en grupo. Ocasionalmente cuando existe un evento de celebración tienen a embriagarse, sin embargo no toleran el consumo en exceso en su cuerpo.

c. Alcohólicos sociales

En comparación a los otros dos tipos de bebedores, estos tienen a intoxicarse con frecuencia pero son capaces de controlar ligeramente su conducta. La mayoría de veces la ingesta de alcohol no repercute en su vida personal, social o en su salud.

d. Alcohólicos

Son aquellas personas que son dependientes del alcohol, su conducta y la frecuencia en la que beben interfieren en todo su entorno, repercute en su salud, relaciones interpersonales y laborales.

1.1.2 Causas

OMS (2013), afirma que el consumo del alcohol se relaciona con problemas severos de origen social y del desarrollo, debido a la violencia, descuido y maltrato de los menores de edad o la ausencia por parte de los padres.

También la personalidad mal integrada, desajustes emocionales, intelectuales y sociales, grado de madurez, angustia, el tipo de personalidad, la autoestima y la búsqueda de la identidad son factores que influyen para el desarrollo de una adicción.

Las consecuencias del consumo de la bebida sobre las enfermedades y traumatismos son determinados por la cantidad del alcohol ingerido y la manera en la que bebe el enfermo.

El alcoholismo para González (2006) es una enfermedad, que puede iniciarse por una combinación de factores físicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica pues tiene como consecuencias el daño cerebral progresivo que puede llevar a los individuos a la muerte.

En la publicación de Fernández (2007) hay una investigación realizada en Granada España, la cual afirma que el consumo de alcohol no afecta a todas las personas por igual, pero existen individuos que poseen los niveles de beta-endorfinas (es una hormona y neurotransmisor endógeno opiáceo que se produce en el sistema nervioso central. Esta tiene como función moderar el dolor cuando reduce su transmisión y eficacia de los estímulos sensoriales) menores a comparación de la población, siendo los individuos que presenten esto, quienes se encuentran en alto riesgo genético para desarrollar el alcoholismo.

Los factores de riesgo mencionados por Santrock (2009) que se asocian con el abuso del alcohol en los adolescentes dependen de la herencia, rasgos de la personalidad, relaciones interpersonales y familiares o las transiciones de la escuela a la universidad. Rossi (2000) agrega que en la adolescencia se presentan decisiones importantes para los sujetos, pues este deben de aprender a balancear los deseos y la vida diaria, siendo así el alto índice de vulnerabilidad que tienen a ser adictos a alguna sustancia, siendo esta un medio para evadir la realidad en la que viven. Las adicciones del enfermo están regidas por la necesidad de placer ante la realidad conflictiva que viven. En la mayoría de casos esto inicia en las vivencias infantiles, donde podría haber conflictos familiares por la presencia o no de miembro de la familia adicto o la exposición a sustancias o conductas ilícitas.

1.1.3 Efectos

Durante la adolescencia, los jóvenes presentan la necesidad de tener mayor seguridad en sí mismo, hay mayor desinhibición y disminución en la capacidad de juicio, al momento de ingerir altos niveles de alcohol. Esta droga actúa en todo el cuerpo del individuo como un depresor y causa letargo en las funciones del cerebro (Santrock, 2003).

El consumo de los adolescentes alrededor de los 14 y 15 años es porque generalmente es en este momento cuando los jóvenes empiezan a salir en la noche, tienen identificación con los ídolos donde la televisión, cine, la moda y los grupos de amigos. Por ello su consumo es mayor en grupos que acuden a fiestas o reuniones y se consume cerveza o sidra (Schaffer, Ariazaga, Albarenque y Haseitel, 2004).

Para Consuegra (2010) las consecuencias a largo plazo en el cuerpo del ser humano son severas en el hígado, problemas cardíacos, desordenes gastrointestinales y daños en el sistema nervioso. Las personas también pueden padecer de dependencia física y psicológica.

Según Mack, Franklin y Frances (2003) cerca del 25% de los ingresos hospitalarios, los pacientes presentan enfermedades relacionadas con el consumo crónico de alcohol, como la cirrosis, miocardiopatías o afecciones asociadas con la abstinencia (crisis comiciales, neumonía, insuficiencia hepática y hematomas subdurales).

También Elster y Kuznets (2007) mencionan que conductas de riesgo como la delincuencia, comportamiento sexual, y el rendimiento bajo escolar se asocian con el consumo del alcohol y las drogas. Aquellos adolescentes que tienen problemas con el consumo de alcohol y drogas afecta en la inhibición sexual y la falta de dinero para poder obtener tanto drogas o alcohol, puede llevar a los adolescentes a tener relaciones sexo genitales con varios individuos.

Moreno (2009) abarca los factores de riesgo para los jóvenes ya que es tanto la cultura tolerante de los padres hacia sus hijos, como la permisividad y los roles no estructurados de los padres o adulto responsable hacia el consumo de bebidas alcohólicas o drogas permite el desarrollo del alcoholismo en los menores. Los primeros síntomas inician con la preocupación por la disponibilidad y presencia del

alcohol, hace que el enfermo o enferma alcohólico busque relacionarse con cierto tipo de amistades o realización de actividades. Se considera el alcohol como una droga modificadora del estado del ánimo y se ha dejado de considerar como parte de la alimentación, costumbre social o un rito religioso.

Al inicio de la enfermedad, los alcohólicos tienden a aparentar una alta tolerancia a la bebida, su consumo es alto y esta deja de tener efectos nocivos en el individuo. Después el consumo es cada vez más importante en la vida del enfermo y las relaciones familiares, laborales y sociales se deterioran con rapidez por la pérdida de control al consumo del alcohol (González, 2006).

La OMS (2013) menciona que la ingestión nociva del alcohol es un factor definitivo para el desarrollo de trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y una diversidad de cánceres. También los enfermos alcohólicos se encuentran en alto riesgo porque su sistema inmunológico está debilitado por el consumo excesivo de la bebida, ellos son susceptibles de padecer de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis y todas las enfermedades de transmisión sexual. Otro dato relevante, es que se estima que el abuso del alcohol y su dependencia causan acerca de dos mil millones de muertes anuales a nivel internacional. De 320,000 jóvenes, esto representa el 9% de defunciones de los adolescentes a nivel mundial entre los 15 y 29 años de edad. En el año 2009 el consumo del alcohol ocupaba el tercer lugar de los factores de riesgo de carga mundial de morbilidad de los jóvenes alrededor del mundo. Ocupando el primer lugar en el Pacífico Occidental así como en todo el continente Americano y en segundo lugar en los países Europeos.

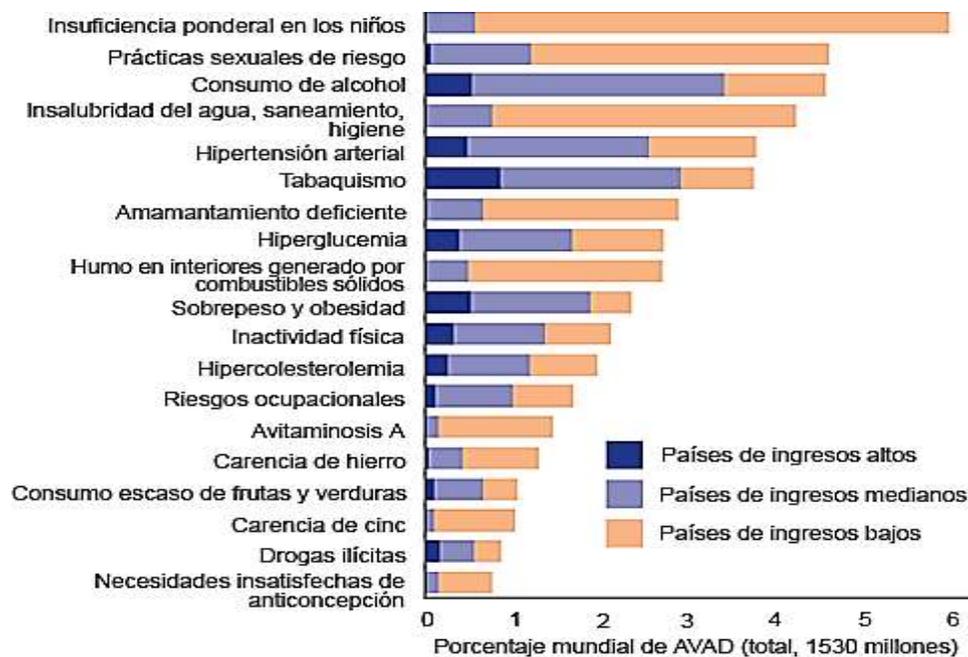


Figura. Porcentajes mundiales de AVAD atribuidos a los 19 factores de riesgo más importantes, por grupos de ingresos. Fuente: *Global Health Risks (2009)*. Citado en OMS (2013).

Las consecuencias del consumo continuo de esta bebida causa el deterioro cerebral y los efectos conductuales dependen de la forma en la que el cuerpo asimila el alcohol ingerido.

Para García – Rodríguez y López (2001) los síndromes psiquiátricos pueden asociarse con el alcoholismo, no solo como derivado de este si no como detonante o agravante de un síndrome. En su publicación también citan a Kosten y Ziedonis (1997) quienes enumeran todos los factores de riesgo para que un individuo sufra de una patología dual (es la combinación de un trastorno psiquiátrico junto a una adicción), estos son:

- Antecedentes de trastorno mental o una adicción alcohólica.
- Sexo masculino
- Adolescente o joven adulto
- Situaciones o trabajo precario, aislamiento social y/o relaciones interpersonales inestables o presencia de marginación.
- Antecedentes familiares de abuso de sustancias, inestabilidad y/o conflictos.
- Personalidad apática

También los autores citan a Negrete (1989) quien a su criterio los síndromes psiquiátricos pueden tener un origen preexistente de la historia clínica de un paciente al inicio de una enfermedad y como consecuencia pueden ser de cinco tipos:

- “Patente” se refiere a que el alcohol amplifica las consecuencias obtenidas de la ingesta del alcohol, serían algunas fobias o depresiones.
- “Latentes” y precipitados o desencadenados por el alcohol como una psicosis paranoide.
- “Predisponentes” o conducentes al alcohol son todos aquellos factores de riesgo nocivo que desencadenan fobias o psicosis.
- “Coexistentes” son los trastornos que aparecen dentro de la enfermedad del alcoholismo.
- “Ulteriores” se les conoce a todos los trastornos o secuelas que surgen después del alcoholismo de una persona.

1.1.4 Grupos de apoyo

El vínculo que se ve afectado de primero con daños severos, es la familia del enfermo alcohólico. Los hijos de los alcohólicos padecen de problemas emocionales, psicológicos, escolares y demás debido al alcoholismo de uno o varios miembros de la familia (Roxana, 2012). Ramírez y Darías (2009) agrega que en la familia se presentan las condiciones para que se desarrolle una adicción en un miembro. El grado de funcionamiento adecuado garantiza la seguridad y estabilidad que necesita el ser humano.

Boyd (2000) describe que los programas de los Doce Pasos están basados en la práctica de los Alcohólicos Anónimos. Estos consisten en principios de índole espiritual que con la práctica diaria se puede abolir la obsesión por la bebida o droga y la persona podrá recuperarse para ser feliz, íntegro y útil.

Actualmente esta asociación de personas se encuentra alrededor del mundo, donde existen una variedad de programas de auto ayuda que acogen individuos con diversas adicciones y también les brindan apoyo a la familia e hijos de los enfermos. La

asistencia de las reuniones diarias para los enfermos adictos y las semanas para los familiares o hijos permite ocupar el tiempo que utilizaban para beber u otras actividades, esto permite evitar las recaídas por frecuentar los lugares que asistía durante la enfermedad (Alcohólicos Anónimos, 1995).

Los Grupos de familia Al-Anon (2001) es un programa dirigido especialmente para los parientes y amigos de alcohólicos o adictos que comparten sus vivencias para encontrarle solución a la problemática similar que tienen. Debido a la enfermedad que padece el familiar, los miembros de la familia o amigos asisten para hallar respuesta a los problemas, sin embargo el entender el síntoma de la enfermedad esta no se cura, solo se puede tener un compromiso para comprenderla y tener una relación más sana con el enfermo. Este programa también se rige por los Doce Pasos de AA, pues los efectos de la adicción persisten y la única solución para ellos es por medio de la recuperación propia. Es por esta razón que el asistir a Al-Anon a las personas les ayuda a no enfocarse en la enfermedad de su familiar, en la que no se tiene control de ella si no en la propia.

1.2 Resiliencia

1.2.1 Definición

La palabra resiliencia proviene del latín “resilio” que significa volver atrás o rebotar (Kotliarenco, Cáceres, Fontecilla, 1997). Se asocia la resiliencia con la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (International Catholic Child Bureau, 1994).

La Real Academia Española define la resiliencia como la capacidad que tiene el ser humano de asumir con flexibilidad situaciones de límite y sobre ponerse a ellas. La resiliencia es un tema estudiado en la actualidad por la importancia de promover el desarrollo psicológico de las personas. Para Suárez (1996) la resiliencia es una combinación de factores que permiten al ser humano afrontar y superar dificultades.

Consuegra (2010) le agrega al concepto que es la capacidad para adaptarse la elasticidad y poder de recuperación ante las situaciones difíciles. Esta habilidad le permite a una persona adaptarse de manera favorable y tener un funcionamiento positivo a pesar de las condiciones de alto riesgo, el estrés crónico o después de un

trauma grave o largo en su vida. Le permitirá también recuperarse o regresar al nivel de funcionamiento que tenía antes que la adversidad

Para Cyrulnik (1999) existen dos palabras que ayudan a la comprensión del pasado de una persona el oxímoron y la resiliencia. La primera es una figura retórica que da unión a dos palabras antónimas para dar una razón diferente y la segunda se deriva del término “resiliency” proveniente la física, se define como la capacidad que tiene un cuerpo para resistir un choque, sin embargo este le atribuía mucha importancia a la sustancia. En el momento que esta palabra es adoptada por las ciencias sociales se dio a conocer como la capacidad que tiene el individuo para conquistar, vivir y desarrollarse positivamente en una sociedad tras pasar una adversidad o fatiga. La resiliencia es la aptitud que tiene el humano para resistir a la destrucción, para preservar la integridad en situaciones complejas y tener la actitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades (Vaniestendael, 1994).

Según Gordon y Kimberly (1996) es la habilidad de crecer, madurar e incrementarla competencia ante las circunstancias adversas y obstáculos, recurriendo a todos los recursos, tanto personales como ambientales y para Garmezy (1994) también son las habilidades, destrezas, conocimientos, introspección que las personas acumulan para afrontar la adversidad actuales o pasadas. Molina (2003) agrega la definición de resiliencia de Groterberg (2001), que es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad.

Henderson (2003) la define como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”. Está asociada con el desarrollo y crecimiento de las personas que incluyen las diferencias etarias y de género. Sin embargo Rutter (1992) la define como el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio violento y conflictivo. Todos estos procesos ocurren a través del tiempo, dando mejores resultados a los individuos pues da la unión de los atributos y su ambiente familiar, social y cultural. Es por esta razón que la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que las

personas nacen o adquieren durante su desarrollo, sino que es un proceso complejo dentro del sistema social, en un momento determinado del tiempo. Saleebey (1996) le agrega al concepto que no es solo una característica o una dimensión estática, es el conjunto de capacidades y conocimientos derivados a través de la interacción de riesgos y protecciones del ambiente. También la resiliencia es conocida como un proceso dinámico el cual tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad de las personas (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

Galeano (2005) en su debate titulado “Utopía y Política”, acude al concepto de resiliencia por a Suarez y Ojeda (2004) es una condición propiamente humana que da a los individuos la capacidad de sobreponerse a la adversidad y construir nuevas experiencias positivas de vida sobre ellas. Se define como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva de las personas aunque en un momento todavía se encuentren en contextos de adversidad

Obando, Villalobos y Arango (2010) mencionan a Colmenares (2006) quien plantea que “la resiliencia no nace del golpe como tal, sino como posibilidad del sujeto de entretejer en relación con la conservación de su identidad, sus valores, sentimientos y sueños. Es este proceso el que le permite conservarse en un lugar de dignidad, desde el cual puede desvictimizarse” (Pág. 21-46).

1.2.2 Características

Alba (2013) enumera las características más comunes de las personas resilientes por Vila (2003), las cuales dependen de diferentes factores tanto personales, comunitarios, familiares y culturales. Estas conductas no son estables en el tiempo si no que fluctúan a través de los contextos sociales en los que se presenten. Las características de personas resilientes son las siguientes:

- Aproximación activa hacia la solución de situaciones conflictivas durante la vida del sujeto.
- Son capaces de interactuar con afectividad ante situaciones emocionales y de riesgo.

- Examinan y obtienen la atención así como protección de las personas que las rodea.
- Tienen la capacidad de afrontar con actitud positiva las situaciones que les hayan causado dolor y sufrimiento.
- Conocen el sentido de trascendencia y visión positiva por medio de la fe de un poder superior.
- Son autónomos y autosuficientes.
- Se consideran seres sociables.
- Manejan sentido de humor
- Tienen motivación para alcanzar sus metas.
- Son responsables ante las consecuencias de la adversidad por las decisiones que han tomado.
- Pueden coordinar sus impulsos.
- Poseen esperanza
- Toman conciencia
- Su habilidad de afrontamiento se encuentra desarrollada adecuadamente.

También Wollin y Wollin (1993) expone las características de una persona resiliente y afrontar pericias, dificultades, tragedias para hacer de ellas algo positivo en las personas.

- Introspección o insight, es la aptitud que tiene un sujeto de cuestionarse y responderse de manera honesta.
- Independencia se refiere a la distancia emocional y física de un sujeto para no ser aislado. Serán todos los límites que coloca una persona hacia ella misma y la problemática social.
- Capacidad para relacionarse son todos los lazos de intimidad con otros. Se encuentra también la habilidad para balancear la necesidad de afecto y actitud con los demás.
- Iniciativa será que tan emprendedor es el individuo.
- Humor es encontrarle la gracia o lo positivo de una tragedia o dificultad.

- Creatividad del sujeto para instaurarse haciendo algo agradable sobre el conflicto.
- Moralidad para comprender y buscar el bienestar personal y social por medio de los valores.

Muniz y et al (1998) afirman dentro del “Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes” que diversos estudios han demostrado que una persona tiene que tener una asociación positiva para ser resiliente, algunos de ellos son el control de las emociones e impulsos, autonomía, sentido de humor, autoestima alta, empatía, capacidad de análisis y comprensión de las situaciones, competencia cognitiva y capacidad de atención y concentración.

1.2.3 Factores de resiliencia

Henderson (2003) el promover la resiliencia en el ciclo de vida permite desarrollar todos los factores que existen en cada etapa de vida de los seres humanos desde la niñez a la tercera edad. Según las diferencias de género y la resolución de problemas, son las mujeres quienes tienden a contar con habilidades interpersonales y fortaleza interna más desarrolladas que los hombres. Sin embargo son los varones quienes tienden a ser más pragmáticos que las mujeres. Los factores de riesgo se relacionan con los resultados de la adversidad. Esto no resulta suficiente para interpretar aspectos del desarrollo de los humanos, pues el riesgo también se presenta en la sociedad pero a veces no se relaciona con la muerte. Una persona puede ser generadora de riesgo, ya que busca o genera situaciones peligrosas, sin embargo los factores protectores favorecen el desarrollo de los seres humanos cuando se encuentran en momentos de adversidad. Son las condiciones o contexto que favorecen el desenvolvimiento de una persona o grupo, durante una situación negativa.

Los factores protectores se dividen en internos y externos. Los internos son las habilidades, cualidades y atributos propios de una persona, como su autoestima, seguridad, empatía, etc. En cambio los externos son las condiciones del medio que tienen como función reducir las probabilidades de daños hacia el individuo, como por

ejemplo apoyo de personas significativas, familia, grupos de apoyo, integración social y laboral (Munist et al, 1998).

Para Kalbermatter, Goyneche y Heredia (2006) es importante conocer las diferencias entre los factores de protección y los factores de resiliencia. Los primeros tienen como objetivo neutralizar y prevenir el riesgo para el sujeto. En cambio los factores de resiliencia inician con el “darse cuenta” de la adversidad para luego seleccionar una respuesta apropiada para aprender de la experiencia y obtener de manera positiva lo mejor de ella. Algunos factores de resiliencia son:

- La empatía interpersonal y social, en la cual el individuo puede ser parte de una red social.
- Insight o “Darse cuenta”, es la capacidad para reflexionar ante situaciones conflictivas y reducir la ansiedad para lograr tomar una decisión.
- Autonomía e iniciativa posibilita el logro de la toma de decisiones ante la presión social.

La resiliencia es un proceso que vive una persona en la que los aspectos internos como el autoestima, humor, empatía se unen con los aspectos externos como la política, familia, económico social y cultural en las que se desenvuelve el ser humano. Estos dependen del ser humano pues no es la capacidad de tolerar un conflicto si no a la habilidad que tiene para sobrellevar la adversidad y recuperarse, dándole un significado positivo a la experiencia. Es por ello que Grotberg (2001) dentro del artículo de Villalba (2004) expone las características que presenta una persona resiliente en cuatro esferas, que de ellas se derivan de las necesidades que necesita a través del lenguaje con las frases “yo tengo”, “Yo quiero”, “Yo soy” y “Yo puedo”.

1. YO TENGO

- Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder

-Personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo

-Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender

2. YO SOY

-Una persona por las que otros sienten aprecio y cariño

-Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto

-Respetuoso de mí mismo y del prójimo

3. YO ESTOY

-Dispuesto a responsabilizarme de mis actos

-Seguro de que todo saldrá bien

4. YO PUEDO

-Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan

-Buscar la manera de resolver los problemas

-Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien

-Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar

-Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito

Para sintetizar la revisión de los autores, se puede concretar que la resiliencia es un concepto reciente en el campo de humanidades, pues este inicia con el término “resiliency” proveniente la física, que es la capacidad que tiene un cuerpo para resistir un choque, sin embargo en psicología se le asocia con la capacidad de una persona para sobresalir o afrontar una adversidad en su vida. Se manifiesta como el proceso en el que diferentes factores de la persona se presentan su desarrollo personal, esta la

puede tener inherente o puede hacerla. Quienes son resilientes, utilizan sus propias herramientas internas (autoestima, empatía, entre otros) y externas (relaciones sociales, familiares, política y demás) para lidiar con las problemáticas habituales de su vida, conservando una actitud positiva ante la adversidad pues posee la confianza en sí misma para asumir responsabilidad de sus actos y la toma de decisiones.

1.3 Adolescencia

1.3.1 Definición

Monroy (2006) la define etimológicamente, “ad”: a, hacia y “adolescere”: crecer. Es decir que es la condición y el proceso de crecimiento del ser humano que implica un proceso de crisis vital, el cual también en griego “crisis” es el acto de hacer elección, de resolver y/o resolver para así llegar a la identidad personal. También el autor cita a (OPS, 1992) que menciona esta etapa desde el punto de vista biológico que se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios corporales, desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, desarrollo de los órganos sexuales y reproductivos. En cuanto a los aspectos psicosociales de esta etapa empieza la maduración cognoscitiva, la cual se va desarrollando al curso de los años del individuo. También el desarrollo psicosocial permite que las personas tengan una propia comprensión de sí mismo.

También a la adolescencia se le considera como un fenómeno psicosocial pues para la OMS (2014) es un periodo entre los 10 a los 19 años de edad y la juventud se encuentra entre los 19 a los 24 años. A pesar de ser una población joven y sana muchos mueren de manera bastante prematura debido a accidentes viales, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Los casos más numerosos son aquellos jóvenes que tienen problemas de salud o discapacidades. Sin embargo muchas enfermedades terminales y complicadas de la edad adulta inician en la etapa de la adolescencia. Estas pueden ser por el consumo de tabaco, infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA) y mala alimentación y el sedentarismo. Saavedra (2004) la define como un fenómeno exclusivamente humano

en el que se transita de la niñez a la edad adulta por medio de iniciaciones y ritos que difieren según la cultura.

Stassen (2006) la define como la etapa que se encuentra entre el aumento hormonal y el desarrollo físico completo del adulto. Esta etapa en el humano generalmente dura de tres a cinco años, sin embargo para alcanzar la madurez psicosocial deben de transcurrir más años. Las fuerzas de esta etapa desencadenan una secuencia de cambios visibles en ambos sexos. En las mujeres el crecimiento de sus pechos y del vello púbico, se pueden valorar por medio de los estadios de Tanner (Bajo, 2009), ensanchamiento de caderas, y el primer periodo menstrual que ocurre normalmente entre los 10 a 14 años de edad. En el hombre los cambios físicos visibles se dan en el crecimiento de sus testículos, el desarrollo del vello púbico, crecimiento del pene, primera eyaculación de líquido seminal, crecimiento de vello facial y la transformación de su voz siendo ésta más grave, todos estos cambios ocurren entre los 10 a 16 años de edad.

Mujeres	Edad promedio aproximada*	Hombres
Los ovarios aumentan la producción de estrógenos y progesterona*	9	
El útero y la vagina comienzan a crecer	9½	Los testículos aumentan la producción de testosterona*
Estadio del "botón" mamario	10	Los testículos y el escroto aumentan de tamaño
Aparece el vello púbico; comienza el aumento de peso	11	
Se produce el máximo crecimiento en estatura	11½	Aparece el vello púbico
Crecimiento máximo de la masa muscular y de los órganos (también las caderas se ensanchan en forma evidente)	12	Comienza el crecimiento del pene
Menarquia (primer periodo menstrual)	12½	Espermarquia (primera eyaculación); empieza el aumento de peso
Primera ovulación	13	Se produce el máximo crecimiento en estatura
La voz cambia a un tono más bajo	14	Crecimiento máximo de la masa muscular y de los órganos (también los hombros se vuelven más anchos en forma evidente)
El vello púbico adquiere la distribución definitiva	15	La voz cambia a un tono más bajo; aparece la barba
Las mamas se desarrollan por completo	16	
	18	El vello púbico adquiere la distribución definitiva

Figura 2. Aproximaciones de la pubertad de hombres y mujeres. Fuente: Stassen (2006).

Parolari (2005) le agrega que está marcada por factores biológicos, psíquicos y sociales. Estos se presentan cuando la persona se percata de la realizada en la que vive, los valores, tradiciones y forma en la que ha sido educado. Es cuando empieza a debatir las ideas de quienes lo rodean. La pubertad es la primera fase de la adolescencia, pues hay cambios físicos visibles, crecimiento de vello púbico y/o facial, desarrollo desproporcionado del cuerpo. Estos se deben a la glándula hormonal, la hipófisis, y los centros nerviosos del encéfalo.

Redondo, Galdó y García (2008) diferencian los conceptos de pubertad y adolescencia citando a Sahler y Wood (2002). La pubertad son los cambios que convierten al niño en una persona sexualmente madura y con la capacidad para reproducirse, este es un proceso biológico y que se desencadena por medio de las hormonas. La adolescencia es el proceso en el que se adapta la parte psicosocial del individuo a partir de los cambios sucedidos en la pubertad. La adolescencia es el resultado de tres etapas, estas son:

- a. Adolescencia temprana que va de los 10 a 13 años de edad.
- b. Adolescencia media que es de los 14 a 16 años y es aquí donde culminan todos los cambios del desarrollo sexual.
- c. Adolescencia tardía que va desde los 17 a los 19 años, finaliza el desarrollo corporal y la maduración personal.

<i>Etapas</i>	<i>Independencia</i>	<i>Identidad</i>	<i>Imagen</i>
Adolescencia temprana (10-13 años)	Menor interés en los padres. Intensa amistad con adolescentes del mismo sexo. Ponen a prueba la autoridad. Necesidad de privacidad	Aumentan habilidades cognitivas y del mundo de la fantasía. Estado de turbulencia. Falta de control de los impulsos. Metas vocacionales irreales	Preocupación por los cambios puberales. Incertidumbre acerca de su apariencia
Adolescencia media (14-16 años)	Periodo de máxima interrelación con los pares y del conflicto con los padres. Aumento de la experimentación sexual	Conformidad con los valores de los pares. Sentimiento de invulnerabilidad. Conductas omnipotentes generadoras de riesgo	Preocupación por la apariencia. Deseo de poseer un cuerpo más atractivo. Fascinación por la moda
Adolescencia tardía (17-19 años)	Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores. Las relaciones íntimas son prioritarias. El grupo de pares se vuelve menos importante	Desarrollo de un sistema de valores y metas vocacionales reales. Identidad personal y social con capacidad de intimar	Aceptación de la imagen corporal

Figura 3. Características del desarrollo psicológico en las tres etapas de la adolescencia. Fuente: Stahler y Wood (2002).

Citado por: Redondo, Galdó y García (2008)

1.3.2 Corrección en los adolescentes

Estévez, Jiménez y Musitu (2007) definen el estilo parental como el conjunto de actitudes que tienen los padres hacia sus hijos y con ella crean un ambiente en el hogar, es allí donde expresan las conductas de los padres, como las creencias y valores socialmente aceptables según su contexto. Según el grado de apoyo de los padres y control que ejercen sobre sus hijos se han creado una serie de modelos de estilos parentales. Citan a Musitu y García (2004) quienes propusieron una clasificación de estilos parentales a partir de los autores conocidos que han aportado al tema como Erikson en los años 60, Baumrind en la década de los 70 y Maccoby y Martin en los 80. Los autores establecieron dos elementos principales para distinguir los estilos: el grado

de implicación de los padres y la aceptación de los hijos, así como el nivel de coerción e imposición de las decisiones de los padres. El primero denota afecto y cuando las conductas no son adecuadas dialogan y razonan sobre el comportamiento. Sin embargo quienes tienen un nivel bajo de implicación y aceptación, muestran indiferencia ante las conductas no adecuadas, no razonan o expresan opiniones o juicios.

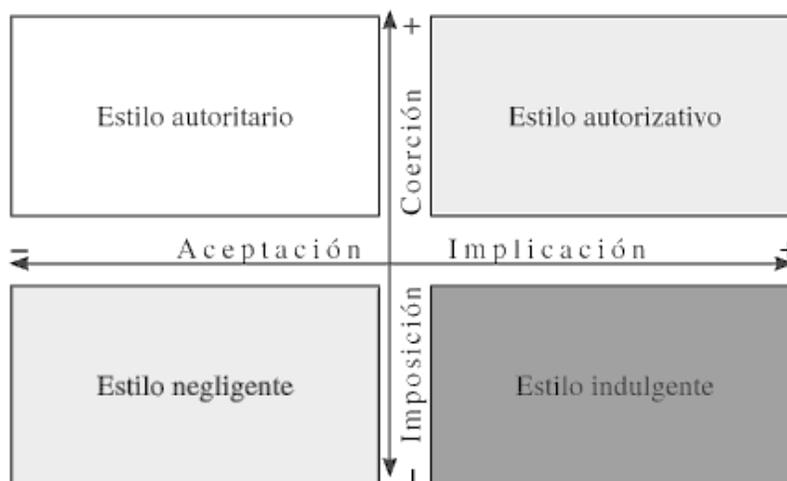


Figura 4. Modelo de socialización. Fuente: Musitu y García (2004) Citado por: Estévez, Jiménez y Musitu (2007).

También mencionan a Musitu y García (2004) que según el estilo utilizado por los padres para sus hijos causan efectos favorables o negativos en la conducta y la salud psicológica de los niños o adolescentes.

Existen cuatro tipos de crianza, estos son:

- Estilo autoritario:** Se exige obediencia ante la autonomía. Los padres utilizan su poder como adultos, proponen reglas rígidas y someten a sus hijos al control de ellos donde evalúan su conducta y las actitudes de ellos. En cuanto a la comunicación, esta es mínima y unilateral, no hay atención hacia la demanda de sus hijos también hay falta de apoyo y afecto, utilizan castigos severos que incluye lastimar el físico.
- Autorizativo:** Los límites se encuentran claros por lo que el control de conducta es altamente elevado. Cuando los hijos se comportan adecuadamente, sus padres demuestran agrado, ofrecen su apoyo, respeto, buena comunicación y diálogo hacia sus hijos.

- c. Negligente: Se caracteriza por una alta autonomía materia y afectiva ya que existen escasos límites, baja supervisión e indiferencia ante los comportamientos positivos y negativos de los hijos. Estos padres tienen escaso diálogo entre padre e hijos, también hay poco apoyo y afecto.
- d. Indulgente: Este tipo de crianza se caracteriza por elevada autonomía, apoyo y afecto. Los padres responden a las demandas de sus hijos por medio de buena comunicación y dialogo, sin embargo no hay presencia de reglas, límites y control a los hijos.

Stassen (2006) menciona a Baumrind (1978, 1991) quien observó ciertas características en hijos que habían tenido un mismo tipo de socialización. Esta autora estudio la crianza del desarrollo infantil, su trabajo de investigación aún tiene influencia en la actualidad. Como resultados obtuvo cuatro características importantes, estas son:

- Expresión de afecto, los progenitores variaban a ser muy afectuosos a fríos y críticos.
- Estrategias de disciplina, en las que el uso de explicación, crítica, persuasión aceptación y castigo físico se encontraban estrategias de crianza.
- Comunicación, se presentaba cuando los padres escuchaban a sus hijos o no les dejaban hablar.
- Expectativas de madurez, los estándares que ponían los padres a sus hijos eran de responsabilidad y autocontrol.

Estilo	Características				
	Afecto	Disciplina	Expectativas de madurez	Comunicación	
				Padre a hijo	Hijo a padre
Autoritario	Poco	Estricta, a menudo física	Muchas	Mucha	Escasa
Permisivo	Mucho	Escasa	Pocas	Escasa	Mucha
Disciplinado	Mucho	Moderada, con mucha discusión	Moderadas	Mucha	Mucha

Figura 5. Tipos de patrones de crianza por Baumrind (1978,1991). Fuente: Stasser (2006).

También Duque (2002) propone otras maneras para corregir a los niños o adolescentes menciona que la corrección debe de ser justa, dándole la importancia real de la

problemática y no darle brevedad a algo insignificante. Debe de ser imparcial, ya que es importante atribuir las consecuencias a quien cometió la falta. Es importante corregir sin ira para no herir o lastimar gravemente a la otra persona, también mantener la autoridad entre los padres o encargados de los menores. Es importante no generar rencor al momento de corregir, esto sucede al momento de utilizar frases hirientes o agredir físicamente al menor. Para finalizar para que la corrección tenga un resultado satisfactorio se debe de realizar en el momento oportuno, sin dejar que pase el tiempo después de la falta cometida.

1.3.3 Relación madre y adolescente

Para explicar las relaciones entre la madre y sus hijos Braumstein (2005) recurre a la definición dada por Freud (1923) del Complejo de Edipo. Esto se refiere a la relación inicial que le da estructura al infante tras el deseo de otra persona a través de la madre por medio del Padre el cual se considera como el Fallo. El hijo querrá ser parte de esa relación que tienen de pareja tomando el lugar de uno de ellos.

Gerring y Zimbardo (2005) mencionan a Melanie Klein (1975) quien difiere a Freud (1923) en relación del conflicto de Edipo y Electra como la razón principal de los síntomas neuróticos que provienen del periodo de Edipo que es de los 4 a 5 años de edad. Ella propone que existen dos fuerzas poderosas de la psique de las personas, estas son la agresión y el amor. La agresividad del mundo exterior crea rechazo en el infante y mantiene lo que más desea siendo esto el amor. La manera en la que el ser humano experimenta su alrededor son provenientes de las relaciones que se tienen con los objetos amados y los odiados.

Everingham (1997) explica la Teoría de las Relaciones Objetales propuestas por Klein (1975) quien debate la teoría propuesta por Freud (1923) acerca del complejo de Edipo y Electra. Esta se refiere a las acciones del niño o niña serán solo significativas si se

considera dicha relación para cubrir una necesidad primaria de una relación positiva. Aquellos objetos internalizados que los niños o niñas internalizan como “bueno” o “malo” son representaciones exageradas y de fantasía. También la autora incluye la interpretación de Hanna Segal (1979) de la teoría establecida de Klein (1975) esta se refiere que el infante tiene la capacidad de experimentar ansiedad desde su nacimiento y que ellos deberán de construir defensas ante el ambiente que los rodea durante los primeros años de vida, todas experiencias derivan de las primeras experiencias con la madre.

A partir de la revisión de los autores se puede concluir que la adolescencia es el resultado a partir de los tres estadios de la pubertad. Esta es el proceso de preparación para la adolescencia, ocurre aproximadamente entre los 12 a los 19 años. Se presentan una serie de cambios físicos y psicológicos en los seres humanos, algunos cambios difieren entre los hombres y mujeres. Sin embargo esta población se encuentra en riesgo ya que están expuestos a fallecer a temprana edad, debido a accidentes viales, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables y la intoxicación por las bebidas alcohólicas o el abuso de sustancias ilícitas. La relación de los adolescentes con sus padres o encargados se verá afectada dependiendo el modelo de crianza que hayan tenido con ellos desde la niñez. Baumrind (1978,1991) explica tres estilos de crianza a partir de la investigación que ella realizó, estos son: Autoritario, Permisivo y Disciplinado. El primero se caracteriza por la poca demostración de afecto que tienen los padres hacia sus hijos, pues su disciplina es estricta y a menudo utilizan la agresión física para demostrar insatisfacción hacia las acciones de sus hijos. Este tipo de padres esperan que la madurez de sus hijos sea más alta que la que se espera acorde a su edad, la comunicación se da solo de una vía esta es de padre a hijo. El segundo modelo se identifica por la presencia de alta demostración de afecto entre los padres y sus hijos. La poca expectativa de disciplina de los padres ocasiona que se espere mínimo de sus hijos siendo la comunicación del hijo hacia su padre muy alta. Por último, este estilo es el más acertado pues su disciplina es moderada y existe un espacio para la discusión

pues tanto la comunicación entre padres e hijos es alta permitiendo que las expectativas de madurez sean adecuadas para cada hijo.

Para finalizar la relación entre la madre e hijo para los autores, inicialmente se creía que los hijos deseaban y celaban la relación entre sus padres, queriendo formar parte de esa relación de pareja. Sin embargo Klein (1975) debate la ideología de Freud (1923) antes descrita, afirmando que las relaciones se construyen en base a la agresión que existe en el mundo del niño o niña y el amor que tiene hacia quienes le facilitan y velan de él.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes es más frecuente y cada vez se presenta en individuos más jóvenes, lo que puede deberse a la disfuncionalidad en las familias, factores de crianza, ausencia de los padres o los factores de riesgo que existen en la actualidad.

En la vida de las personas es necesaria la existencia de un ambiente familiar positivo donde haya vínculos entre los miembros, supervisión de los padres y comunicación de valores de la familia hacia la sociedad. Esto permite a los jóvenes estar prevenidos de conductas de riesgo tales como consumo de sustancias, la delincuencia y el embarazo adolescentes.

Los grupos de Doce Pasos brindan apoyo espiritual y sentido de pertenencia tanto a los enfermos de adicciones como a los demás miembros y amigos de la familia por medio de reuniones diarias o semanales, donde siguen un decálogo de formas de vida que les permite tratar con su propia enfermedad o la del familiar.

Así mismo cuando surge una adversidad algunas personas son capaces de sobreponerse a las dificultades y adaptarse con éxito al cambio. También pueden recuperarse de un trauma o problemática negativa que sufrieron en su vida, a este tipo de actitud se le llama resiliencia.

Esta investigación pretende responder la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores de resiliencia que tienen las madres que asisten a Al-Anon por tener un hijo o hija adolescente con problemas de alcoholismo?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Conocer los factores de resiliencia que tienen las madres de adolescentes alcohólicos que asisten a Al-Anon.

2.1.2 Objetivos Específicos

2.1.2.1 Identificar los factores de resiliencia de las madres.

- 2.1.2.2 Elaborar un medio informativo para las madres de adolescentes con problemas de alcoholismo y la institución acerca de la resiliencia.

2.2 Variables

- 2.2.1 Factores de resiliencia
- 2.2.2 Madres de adolescentes alcohólicos

2.3 Definición de Variables

2.3.1 Definición conceptual:

Factores de Resiliencia: Son conductas de una persona que son calificadas como resilientes. Son aquellas acciones e interpretación de estas que a partir de ellas exista la posibilidad de transformarlas para alcanzar un crecimiento personal (Saavedra y Villarta, 2008).

Madres de adolescentes: Progenitora biológica de un sujeto que abusa de las bebidas alcohólicas. Enfermedad ocasionada por tal abuso (Diccionario VOX lengua española escolar, pág. 31).

2.3.2 Definición operacional:

Factores de resiliencia: Son conductas que hace una persona para superar de manera positiva una adversidad. Para medir los doce factores de resiliencia se evaluaron por medio de una escala evalúa los siguientes doce factores: Identidad, Autonomía, Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos, Redes, Modelos, Metas, Afectividad, Autoeficacia, Aprendizaje y Generatividad. Esta determinó la presencia de los factores según los puntajes obtenidos en la escala.

Madre de adolescentes alcohólicos: Mujer que asiste a grupo de Al-Anon por ser progenitora de un adolescente que tiene dependencia física, emocional y social del alcohol.

2.4 Alcances y límites

Por medio de esta investigación se determinaron los factores de resiliencia de 10 madres de adolescentes que asisten al programa de Al-Anon situados en la ciudad de San Cristóbal y Vista Hermosa de la ciudad capital de Guatemala. Los resultados obtenidos únicamente pueden aplicarse a la población que participó en la investigación. Al aplicar el instrumento, se tuvo un tiempo limitado ya que las participantes se retiraban al finalizar la reunión.

También la participación de las progenitoras dependía del grupo ya que entre los miembros hacían un consenso previo para así decidir si participarían en la investigación, esta situación ocasionó atraso en el proceso de evaluación y modificación del total de participantes que se había estipulado.

2.5 Aportes

La investigación brindará antecedentes de factores de resiliencia en madres de adolescentes alcohólicos que asisten al grupo de autoayuda Al-Anon.

Los resultados de la investigación permitirán la elaboración de un documento de información de resiliencia para las madres y la institución de Al-Anon, este contendrá información sobre la resiliencia y estrategias para poner en práctica en situaciones problemáticas en su vida diaria enfocado en el programa de Al-Anon. Así mismo estos resultados pueden ser utilizados por los grupos de autoayuda para desarrollar y/o fortalecer la resiliencia de los miembros tanto en el grupo de Al-Anon como en AA.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Para la realización de esta investigación, se requirió la participación de madres de adolescentes alcohólicos que asisten al grupo de Al-Anon de ciudad San Cristóbal y Vista Hermosa de la ciudad capital de Guatemala. Sus edades oscilaban entre los

treinta y cinco años a cincuenta años de edad. Estas mujeres eran ladinas y provienen del estatus económico medio - alto. Se eligieron a las madres tomando en cuenta si eran miembros activos de Al-Anon y si tenían hijos adolescentes alcohólicos sin importar si ellos formaban parte del grupo de apoyo para alcohólicos anónimos.

La investigación requirió de 20-35 participantes, sin embargo se tuvo en consideración la posibilidad que disminuyera la cantidad de participantes pues los grupos de Al-Anon y AA practican el anonimato y confidencialidad de sus miembros.

SUJETO	EDAD	GRUPO	PAREJA ALCOHOLICA
1	49	*VH	SI
2	45	VH	SI
3	50	**SC	NO
4	42	SC	NO
5	48	SC	SI
6	38	VH	SI
7	44	VH	NO
8	39	VH	SI
9	42	SC	NO
10	35	VH	SI

*Vista Hermosa ** San Cristóbal

3.2 Instrumento

La escala SV-RES de Resiliencia que es auto administrada, fue creada por E. Saavedra y M. Paucar de la Universidad Católica de Maule de Chile en el segundo semestre del año 2007. Establecieron como objetivo describir y comparar los puntajes generales, por medio de factores de la variable resiliencia, en sujetos de ambos sexos entre las edades de 15 a 65 años.

Es un instrumento tipo cuestionario, construido de modo likert y otorga cinco opciones de respuesta. Saavedra y Villarta (2008) describen el instrumento por medio de la propuesta dada por Saavedra (2003) que agrupa cuatro ámbitos de resiliencia dentro del modelo emergente de estudios de casos. Este propone cuatro aspectos, el primero se denomina como la *Respuesta Resiliente*, que es la acción que se relaciona con los objetivos que tiene una persona, la segunda es la *Visión abordable del problema*, en

tercer lugar la *Visión de sí mismo* la cual se relaciona con todos aquellos elementos afectivos, cognitivos positivos o proactivos ante los problemas y por último la *Condición Base* que son todas las creencias y vínculos sociales que se relacionan con la respuesta hacia una acción y los resultados de la misma.

También los autores mencionan a Kotliarenco (1999) quien refiere a la propuesta de Grotberg sobre las tres maneras en las que la resiliencia de una persona se puede clasificar. Estas son las que el individuo confía en el apoyo que puede recibir “Yo tengo”, las fortalezas intrapsíquica y condiciones internas del individuo “Yo soy” y/o “Yo tengo”, por último las habilidades que tiene una persona para resolver sus problemas y relacionarse con los demás “Yo puedo”.

Consta de 60 ítems con doce factores de resiliencia, estos son la identidad, vínculos, afectividad, autonomía, redes, autoeficacia, satisfacción, modelos, aprendizaje, pragmatismo, metas y generatividad. Los doce ítems forman parte de las distintas modalidades de la interacción de los individuos las cuales serán consigo mismo, con los otros y con sus posibilidades.

Estas doce dimensiones comprenden puntajes que van desde 5 a 25, por lo que los ítems que conforman las dimensiones tienen una amplitud de respuesta que va desde 1= muy en desacuerdo a 5= muy de acuerdo; de esta manera los puntajes obtenidos en cada dimensión son analizados como variables escalares con un mínimo de 5 puntos y un máximo de 25 puntos. En la interpretación de puntajes se tomara en consideración los doce ítems de la prueba siendo los mayores los que indiquen que factor es el más alto en cada participante.

3.3 Procedimiento

1. Se solicitó apoyo de los grupos de Al-Anon para la obtención de documentos de información del programa.

2. Se solicitó información para la obtención de datos exactos de las madres de adolescentes alcohólicos a las oficinas de Al-Anon y AA por medio de un consentimiento informado.
3. Se seleccionó la escala SV-RES y se adaptará a las participantes.
4. Se solicitó la reunión de las participantes en sus respectivos grupos de apoyo para realizar la evaluación con la escala.
5. Se calificó la escala de resiliencia para identificar los factores resilientes de cada individuo.
6. Se elaboró la discusión de resultados, las conclusiones y recomendaciones de la investigación.
7. Se realizó el trifoliar en el que se comparte información sobre resiliencia.

3.4 Tipo de Investigación

La investigación es descriptiva y tiene como objetivo la descripción de un problema actual. Ya que especifica las características, propiedades y perfiles importantes de personas, grupos, comunidades u otro fenómeno que se someta a ser analizado.

Para Rodríguez (2005) este tipo de investigación se centra en las realidades y la característica de ellas, para así poder interpretarla de una manera correcta. Por ello, los investigadores pasan por una serie de etapas, estas son: la descripción del problema, definición y formulación de hipótesis, supuestos basados en la hipótesis, el marco teórico, la selección de técnicas de muestreo, las categorías de datos para facilitar las relaciones, validez de los instrumentos utilizados, la recolección de datos, la descripción de los resultados, su análisis e interpretación y por último las conclusiones obtenidas de la investigación.

Así mismo la elección de las participantes se realizó por medio de muestreo tipo No Probabilístico Intencional, en el cual no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Las desventajas de este tipo de muestreo es que los datos no se pueden generalizar a una población, limitando el valor del grupo seleccionado ya que los elementos de la población son elegidos cuidadosamente con ciertas características

específicas previamente en el planteamiento del problema (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

3.5 Metodología Estadística

Para medir los factores de resiliencia en las madres de adolescentes alcohólicos, se utilizó la desviación estándar y la media. Así se determinó cuales factores de resiliencia se presentaron con más frecuencia en las progenitoras.

Triola (2004) definió la media aritmética, también conocida como promedio, es una medida numérica de gran importancia, su función es describir datos. Se expresa con la letra griega \bar{x} para indicar que una serie de valores de datos tienen que sumarse y cuando es $\sum x$ representa la sumatoria de todos los valores de los datos. En cambio el signo n denota el tamaño de la muestra que se está trabajando.

La fórmula de la media es la siguiente:
$$\text{Media} = \frac{\sum x}{n}$$

La media también se denota como \bar{x} "x barra", si la muestra de la población es grande.

Se conoce como desviación estándar como una medida de variación de los valores con relación a la media. Su valor, también conocido como S , suele ser positivo, será cero (0) cuando todos los demás valores de los datos son el mismo número y si estos son grandes la variación será mayor.

El valor de S va a cambiar si hay una inclusión de uno o más datos distantes.

La fórmula de la desviación estándar es la siguiente:
$$s = \sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

IV. PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los factores de resiliencia con más presencia en las participantes fueron:

- Identidad: la capacidad de un individuo para evaluar una situación y resolverla.
- Autonomía: son los valores sociales que aporta una persona hacia la sociedad.
- Satisfacción: interpretación personal de una problemática.
- Pragmatismo: diferentes maneras de comprender las acciones de una persona.

Sin embargo, los que tienen menor existencia en la población fueron:

- Vínculos: relaciones interpersonales de confianza.
- Redes: vínculo afectivo y apoyo recibido por otras personas.
- Modelos: seguridad que aportan las relaciones interpersonales.
- Metas: resolución de un conflicto por medio del apoyo de las redes de un sujeto.
- Afectividad: establecimiento de relaciones positivas de un sujeto.
- Autoeficacia: capacidad de reconocimiento de fortalezas y debilidades personales.
- Aprendizaje: valorización de una problemática como posibilidad de aprendizaje.
- Generatividad: capacidad de una persona para pedir ayuda.

Dicha escala consiste de 60 ítems divididos en tres partes y dentro de ellos se encuentran doce factores de resiliencia, estos son:

- 1) Identidad: “Yo soy”, identificados cómo los juicios generales que tienen las personas en base a sus valores culturales, con ellos las personas son capaces de interpretar un acontecimiento y las acciones a tomar.
- 2) Autonomía: “Yo soy- visión de sí mismo”, se conocen como el vínculo que tiene la persona con sí misma y los aportes (valores) sociales que brinda a la sociedad.
- 3) Satisfacción: “Yo soy- visión del problema” es la interpretación que tiene la persona hacia un acontecimiento problemático.
- 4) Pragmatismo: “Yo soy- respuesta resiliente” son las maneras en las que la persona interpreta las acciones que realiza.
- 5) Vínculos: “Yo tengo-condiciones de bases” revela el valor de la socialización primaria y redes sociales situaciones personales del individuo, como la presencia de relaciones personales confiables o estructura familiar.
- 6) Redes: “Yo tengo-Visión de sí mismo” se le llama así al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano como el apoyo que puede recibir de personas a su alrededor.

- 7) Modelos: “Yo tengo-Visión del problema” se le llama así a la seguridad que le aportan las redes sociales cercanas a la persona para apoyarla ante la superación de situaciones conflictivas.
- 8) Metas: “Yo tengo-respuesta” son los objetivos propuestos hacia la resolución de una situación problemática por medio del apoyo de la red social del individuo.
- 9) Afectividad: “Yo puedo-condiciones de base” se le denomina así a la capacidad que tiene una persona para conocerse también la relación que tiene con su entorno. Abarca las emociones y el establecimiento de relaciones personales positivas.
- 10) Autoeficacia: “Yo puedo-visión de sí mismo” es la capacidad que tiene una persona para reconocer las posibilidades de éxito que tiene el propio individuo y las reconoce en sí mismo.
- 11) Aprendizaje: “Yo puedo-visión del problema” es la habilidad que tiene un sujeto de valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.
- 12) Generatividad: “Yo puedo-respuesta” será la posibilidad que tiene una persona de poder pedir ayuda a otros para solucionar acontecimientos difíciles.

Cada factor anteriormente descrito es evaluado mediante cinco posibles respuestas para cada ítem, todas estas características se presentan en la siguiente tabla para comprender los factores evaluados en la escala.

	CONDICIONES DE BASE	VISIÓN DE SI MISMO	VISIÓN DEL PROBLEMA	RESPUESTA RESILIENTE
Yo soy, yo estoy	F1: Identidad	F2: Autonomía	F3: Satisfacción	F4: Pragmatismo
Yo tengo	F5: Vínculos	F6: Redes	F7: Modelos	F8: Metas
Yo puedo	F9: Afectividad	F10: Autoeficacia	F11: Aprendizaje	F12: Generatividad

Figura No. 6 Doce factores de resiliencia agrupados en cuatro ámbitos. Fuente: Saavedra y Villarta (2008).

Los rangos de resiliencia se obtienen por medio de la ubicación percentil de la escala y según la posición de los resultados se determina el nivel de resiliencia de cada participante.

Leve	Moderado	Alto
El percentil obtenido se encuentra dentro 0 a 25 puntos.	El rango percentil es de 26 a 74 puntos.	Con 75 a 99 puntos se determina que la persona cuenta con un nivel alto de resiliencia.

Los resultados obtenidos por la población de estudio son:

Puntuaciones Naturales

Sujeto	Puntuación Natural
1	216
2	233
3	235
4	254
5	257
6	261
7	270
8	283
9	283
10	300

Tabla No. 6 Puntuaciones Naturales obtenidas por los sujetos de la población.

La puntuación natural se obtiene de la sumatoria de los ítems según la respuesta y el valor de cada ítem seleccionado por las participantes.

Muy de	De	Ni acuerdo, ni	En	Muy
---------------	-----------	-----------------------	-----------	------------

acuerdo	acuerdo	desacuerdo	desacuerdo	desacuerdo
5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto

La puntuación máxima de obtener en el instrumento es de 300 y la menor es de 60. La tabla presenta las puntuaciones naturales obtenidas por los participantes en la que se observa que puntuación menor obtenida fue de 216 puntos naturales y el participante con la mayor puntuación obtuvo 300 puntos naturales. Lo que ubica a la muestra en un rango entre 216 y 300 puntos naturales.

Nivel de Resiliencia a partir de la ubicación del percentil de la Escala

Sujeto	Ubicación Percentil	Nivel de Resiliencia
1	72	Promedio
2	78	Alto
3	78	Alto
4	85	Alto
5	86	Alto
6	87	Alto
7	90	Alto
8	94	Alto
9	94	Alto
10	100	Alto

Tabla No. 7 Puntuaciones obtenidas por los sujetos de la población a partir de la ubicación en el percentil de la prueba.

Al confrontar las puntuaciones naturales con la tabla de conversión al percentil de la escala, se obtuvo el resultado que ubica dentro de los rangos de interpretación de la escala a cada sujeto e indicó el nivel de resiliencia para cada participante. La tabla no. 7 muestra que solamente uno de los participantes se encuentra en un nivel promedio con un percentil de 72, el resto de los participantes se ubicaron en el nivel Alto de la escala ubicada entre los percentiles 78 y 100.

Estadística Descriptiva de las Puntuaciones Naturales

Estadística Descriptiva	
Media	259.2

Mediana	259
Moda	283
Desviación Estándar	26.01

Tabla No.8 Estadística Descriptiva de las puntuaciones naturales obtenidas.

La tabla presenta los resultados obtenidos para estadística descriptiva de las puntuaciones naturales de la escala. Se encuentra para la media un valor de 259.2, para la mediana de 259, la moda en 283 y la desviación estándar en 26.01.

Estadística Descriptiva de los Percentiles de la Escala

Estadística Descriptiva	
Media	86.4
Mediana	86.5
Moda	78
Desviación Estándar	8.59

Tabla No.9 Estadística Descriptiva de los percentiles obtenidos

La tabla no.9 presenta los resultados obtenido para la media que cuenta con un valor de 86.4, para la mediana de 86.5, la moda cuenta con un valor de 78 y por último se observa la desviación estándar obtenida tuvo como resultado un 8.59.

Estadística descriptiva de los factores de resiliencia



Según la gráfica el 34% de las participantes reporta manejar nivel de identidad, autonomía, satisfacción y pragmatismo. Tienen la capacidad de interpretar un

acontecimiento y las acciones que deben de tomar. Ya que identifican sus valores propios que brindan a la sociedad en la que se desenvuelven y al momento en el que se presenta un problema lo identifican según las experiencias pasadas para luego resolverlo.

Los factores evaluados en la escala que abordan los ítems de Yo estoy y Yo tengo (vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad) se presentan con un 33%. Revelando que las participantes recurren a las relaciones personales confiables o la estructura familiar dentro de un acontecimiento difícil. El apoyo que les brinda el grupo de Al-Anon, se relaciona con los factores de seguridad y objetividad, que son todas aquellas acciones que realizan al buscar varias soluciones reales para la resolución de un problema. Y esto tiene como finalidad, la valorización de una adversidad de manera positiva para el aprendizaje futuro.

V. DISCUSION

Dentro del artículo de Villalba (2004), se encuentran las cuatro características de un individuo resiliente definidas por Grotberg (2011). Esta refiere que las necesidades de una persona se derivan a través del lenguaje con las frases de “yo tengo”, “yo quiero”, “yo soy” y por último “yo puedo”. Los factores con mayor puntaje encontrados en la población fueron identidad, autonomía, satisfacción y pragmatismo, estos se encuentran dentro de la esfera “yo soy”. Pues se perciben como una mujer apreciada por las demás personas, se siente satisfecha cuando demuestra sus emociones o realiza una acción para alguien más, también es una mujer que se respeta a ella misma y su prójimo. Así mismo, los factores de menor puntaje que se encuentran dentro de “yo estoy”, “yo tengo” y “yo puedo”, estos son: vínculo, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad. Lo cual se puede inferir que las participantes reconocen el apoyo incondicional que proviene de los compañeros de grupo, pueden responsabilizarse de sus actos y son capaces de buscar una solución a sus problemas.

A partir del análisis de los doce factores de resiliencia por medio de la Escala SV-RES de Saavedra y Villarta (2008) de la muestra seleccionada de madres de adolescentes alcohólicos que asisten al grupo de apoyo para familiares y amigos de personas alcohólicas conocido como Al-Anon, se estableció que las participantes se encuentran con un nivel de resiliencia alto, esto determinó la presencia de los doce factores evaluados por la escala y se consideró que la asistencia, constancia y colaboración de las participantes en pertenecer a un grupo de ayuda se puede tener los doce factores de resiliencia y un nivel significativo en las personas.

Se obtuvo como resultado, que las participantes tienen un nivel significativo de resiliencia; pues presentan los doce factores de resiliencia evaluados por la escala. Cuando han sobrellevado un acontecimiento difícil en sus vidas, ellas tienen la capacidad de resolverlo al aprovechar los diversos factores de resiliencia que cada una de ellas poseen.

Los factores de resiliencia se forman y/o fortalecen, el primero es la identidad de ellas hacia los juicios generales tomando como base sus valores culturales, para interpretar un acontecimiento hacia una acción. Para ello es imprescindible la presencia de la

autonomía de cada persona para conocer sus propios valores culturales así como forma que acciona e interpreta un conflicto, estos son los factores de satisfacción y pragmatismo. La resiliencia materna se caracteriza por el altruismo que presentan las progenitoras, también entre los factores de resiliencia, poseen autoestima, lazos estrechos con la familia, seguridad y afiliación en un grupo (González- Arratia, Nieto y Valdez, 2011). El factor de satisfacción utilizado como “iniciativa” dentro la investigación de Barrientos (2007) se presentó también en los resultados obtenidos de su prueba indicando que este factor les permitió a los sujetos encontrar las soluciones a las dificultades que presentaron durante el conflicto armado. Quienes poseen un nivel de resiliencia medio o alto destacan por tener metas definidas y se encuentran económicamente estables sin presentar patrones de maltrato ejercidos sobre ellos (Castañeda y Guevara, 2005).

Esta situación es similar a los resultados obtenidos por Gómez (2011) pues las mujeres que participaron dentro del programa de salud mental tuvieron la capacidad de aprender y desarrollar nuevas habilidades para mejorar la calidad de su vida. Sin embargo existe una diferencia significativa en aquellas personas que se encuentran diagnosticadas con depresión pero si difiere dependiendo las edades y sexo de los sujetos (Saavedra, Castro e Inostraza, 2012).

Se obtuvo que el tener los factores de vínculo y redes sociales significativas les permiten establecer relaciones personales confiables que pueden ser su familia. Así mismo las redes de ayuda que reciben de un entorno social cercano, considerándose este el grupo de Al-Anon, será la seguridad que obtienen por estas personas que les apoyan a la resolución y/o superación de situaciones conflictivas por medio de la identificación de problemas similares que tienen entre los miembros del grupo.

Así mismo Hernández y Morales (2010) concluyeron que los factores internos (inteligencia emocional, auto concepto y la autoestima) y los factores externos (la comunidad, escuela y los grupos de apoyo) son importantes en la vida de las participantes. También las mujeres tenían una alta autoestima, seguridad, inteligencia emocional, comunicación y espiritual, siendo estos factores importantes en la resiliencia. Las participantes reconocieron los factores de resiliencia que debe de tener

una persona siendo estos todos los factores externos que reduzcan las posibilidades de daño como las redes de apoyo, la familia, la comunidad o un grupo religioso y/o apoyo, al presentarse alguna actitud negativa, apatía e inconciencia estas le repercutirían en el desarrollo y/o fortalecimiento de la resiliencia. La interacción social, la conciencia moral, sentido de humor y creatividad denotan la autoestima que posee una persona (Reid, Riquelme y Rodríguez, 2004).

Barrientos (2013) menciona dentro de su investigación, que las mujeres carecían de iniciativa, independencia, sentido de humor y creatividad a pesar que ellas tenían la capacidad de insight adecuado para la expresión de sus emociones y pensamientos hacia la violencia física y emocional en el noviazgo. La familia es un elemento positivo para el desarrollo de los niños y adolescentes, pues favorece la capacidad de afrontamiento hacia las adversidades (Polo, 2009). La asistencia de las participantes a grupo de apoyo Al-Anon y/o AA permite la recuperación de los miembros, ya que a través de los testimonios de los demás participantes permite el crecimiento personal por medio de la modificación del pensamiento y conducta hacia sí mismo o con su familiar amigo o conocido. Debido al apoyo brindado hacia los miembros pertenecientes del grupo de apoyo, los miembros encuentran sentido de pertenencia, apoyo, comprensión incondicional y aceptación (Marroquín, 2009).

El alcoholismo se presenta y afecta a las personas en todas las edades, razas, sexos, ocupaciones, religiones y estatus sociales. Siendo así cuando una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol la mayoría tiende a mostrar conductas agresivas hacia su familia, amigos y conocidos, causando daño psicológico y/o físico a quienes los rodean. Los hijos e hijas de un padre o madre alcohólico presentan conductas de temor, indiferencia, agresividad, timidez aislamiento o rechazo y la pareja (hombre o mujer) pueden generar codependencia que les provoca baja autoestima, frustración o en algunas situaciones agresividad hacia su pareja (Hernández y Beteta, 2005).

Así mismo, los adolescentes perciben el alcohol como una actividad habitual y reconocen las consecuencias negativas al beberlo. Sin embargo, son los hombres quienes lo consumen con frecuencia que las mujeres y los factores que influyen son la curiosidad, presión social y la aceptación de un grupo de pares (López, 2001).

Moñino (2007) afirma que el consumo de alcohol varía según los sexos y el curso escolar en el que se encuentran los adolescentes, las diferencias entre varones y mujeres están presentes en las conductas que se relacionan al consumo de alcohol y Martínez (2011) determina el efecto nocivo en la salud que tiene el alcohol en los adolescentes pues estos se encuentran en riesgo a consumirlo, sin embargo la realización de ejercicio físico reduce el interés al consumo. También el consumo del alcohol se presenta de manera similar entre ambos sexos, pero quienes presenta más abuso de la sustancia son los hombres y existe una alta posibilidad que su consumo aumente (Valdez, 2005).

Gil (2012) agrega que el consumo de alcohol de los adolescentes se asocia con el bajo rendimiento académico, tabaquismo y presión social de este para su consumo. Los pares más cercanos y el entorno familiar influencia a los adolescentes a un alto consumo de bebidas alcohólicas. Existen rasgos de personalidad entre bebedores y no bebedores, los primeros tienen tendencia a ser más impulsivos y tienen menos capacidad de autocontrol, son inestables emocionalmente y necesitan de constantes experiencias nuevas para no aburrirse. Quienes viven presentan mayor sintomatología psicopatológica en indicadores obsesivos compulsivos, depresión y hostilidad; sin embargo no hay diferencias entre los géneros relativo al consumo del alcohol.

Al momento de recibir apoyo, siendo este el factor conocido como vínculo, de las personas que tienen a su alrededor les permite la resolución efectiva para resolver los diferentes acontecimientos que ocurren a lo largo de su vida y el factor de afectividad se presenta al momento de identificar las emociones que presentan en un momento determinado.

Por medio de los resultados obtenidos de la presente investigación y contrastados con estudios anteriores, se puede determinar que la resiliencia es un proceso de crecimiento, transformación y mejoría en el ser humano. Ya que es capaz de controlar los acontecimientos y las adversidades utilizando sus fortalezas internas y los recursos

externos que tiene a su disposición, dando como resultado un nivel significativo de desarrollo de su inteligencia emocional y los factores de resiliencia.

Esta habilidad se alcanza por medio de los pensamientos, actitudes y las conductas que pueden ser aprendidas y/o modificadas por cualquier persona. La resiliencia que ocurra a una edad determinada, cultura, religión, estatus económico, político y/o social. La resiliencia se desarrolla con el tiempo, las personas con resiliencia también experimentan acontecimientos de sufrimiento, sin embargo conocen las diferentes maneras en las que pueden resolver una situación problemática. Cuando una persona se fija una meta para resolver una adversidad, las redes sociales y las relaciones personales positivas permiten que un individuo sea capaz de alcanzar sus objetivos de manera efectiva pero es importante la presencia de autoeficacia para reconocer las posibilidades de éxito al valorar la situación como una oportunidad de aprendizaje personal y la generatividad que tenga para que cuando necesite pedir ayuda sea capaz de hacerlo y obtener un resultado positivo del acontecimiento.

Se obtuvo como resultado, que las progenitoras que asisten a un grupo de apoyo como Al-Anon presentan los doce factores de resiliencia evaluados por medio de la Escala SV-RES. Estos factores les ha permitido afrontar, así como encontrar diferentes maneras para resolver la problemática que genera el alcoholismo de un hijo y/o hija adolescente, siendo capaces de buscar tanto ayuda para sus familiares aquejados con esta enfermedad como para ellas mismas, al asistir a un grupo de apoyo como Al-Anon con el fin de obtener un resultado positivo de una situación difícil y aprender de ella.

VI. CONCLUSIONES

- Hay presencia de los factores de resiliencia en la población que participó.
- El 34% de las participantes presentan los factores de identidad, autonomía, satisfacción y pragmatismo.
- Los factores de resiliencia de vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad, tienen una presencia 33% en las participantes.
- La privacidad y anonimato de los grupos de Al-Anon atrasaron el proceso de evaluación. También disminuyó la población requerida para el estudio.
- Las progenitoras que asisten a un grupo de apoyo como Al-Anon presentan los doce factores de resiliencia evaluados por medio de la Escala SV-RES.
- Las participantes son miembros activos del grupo de apoyo Al-Anon que se encuentra ubicado en Vista Hermosa de la ciudad de Guatemala en niveles altos de resiliencia con 75 a 99 puntos en el rango percentil y cuentan con los doce factores presentados en la escala.
- Las puntuaciones naturales obtenidas de los resultados de la población oscilan entre los 216 puntos naturales a los 300 puntos, siendo este último el resultado más alto para obtener en la escala.
- El 90% de la población se encuentra entre un rango alto de resiliencia y el 10% en un nivel promedio.

- Los resultados obtenidos a partir de una escala descriptiva de las puntuaciones naturales se determinó que la media tiene un valor de 259.2, para la mediana se tiene como resultado un 259, la moda en 283 y la desviación estándar en 26.01.
- La estadística descriptiva de los percentiles de la escala representa que la media cuenta con un valor de 86.4, la mediana es de 86.5, la moda tiene valor de 78 y la desviación estándar es de 8.59.

VII. RECOMENDACIONES

- Se invita a las participantes del grupo asistan a proceso terapéutico con el fin de fortalecer y desarrollar los factores de resiliencia encontrados en la investigación, tales como: *Identidad* (capacidad de interpretar una situación y encontrarle una solución), *Autonomía* (reconocimiento de aportes sociales que brinda una persona a su sociedad), *Satisfacción* (interpretación personal hacia una problemática) y *Pragmatismo* (interpretaciones personales de las acciones que realiza un individuo).
- Se sugiere utilizar una muestra de mayor tamaño para realizar un estudio a profundidad, con el fin de conocer el impacto y los niveles de resiliencia que tienen las progenitoras de adolescentes alcohólicos de la ciudad de Guatemala.
- Implementación de talleres en los grupos de Al-Anon para la promoción de una cultura de resiliencia.
- Ministerio de Salud de Guatemala promueva programas de concientización para el seguimiento de resiliencia para la multiplicación de programas que promuevan la salud mental y emocional de los familiares, cuidadores y amigos de pacientes con alcoholismo.
- Promover las capacitaciones tanto gubernamentales como las del sector privado a los miembros y dirigentes de los grupos de apoyo para ampliar y profundizar el manejo del tema de la resiliencia, que permitan el uso de estrategias efectivas para el buen manejo de todos los casos a trabajar.
- Promover la atención individualizada y grupal para los cuidadores de pacientes con alcoholismo desde la formación universitaria, a centros de prácticas y prácticas privadas de psicología que aseguren el bienestar emocional del cuidador encaminado a un mejor pronóstico en la recuperación de la adicción.

- Crear y diseñar instrumentos específicos para medir los niveles y factores en la población de cuidadores de pacientes con alcoholismo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcohólicos Anónimos (1995). *El grupo A.A.: Sugerencias para la iniciación y funcionamiento de los grupos*. Guatemala: AA World Services Inc
- Alonso-Fernández, F., Matilla, V. y Matilla, V. (1979). *Bases psicosociales del alcoholismo*, España: Editorial Garci.
- Ancira, J. (2011). *Soluciones Para vivir con alcoholico*, México: Editorial Árbol
- Alba, A. (2013). *Resiliencia en esposas de Alcohólicos Anónimos: Estudio realizado en el departamento de Sololá*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.
- Asociación Americana de Psicología (APA), (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR. Texto revisado*. Barcelona España: editorial Árbol.
- Ávila, M. (2012). *Factores personales y psicosociales de los adolescentes en el consumo de alcohol H. Matamoros, Tamaulipas, México*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Alicante, España
- Bajo, J. (2009). *Fundamentos de la Ginecología*. España: Editorial Médica Panamericana
- Barrientos, A. (2013). *Elementos que debe contener un taller para aumentar la resiliencia en mujeres que han sido o sean víctimas de violencia física y psicológica en el noviazgo*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Barrientos, L. (2007). *Factores resilientes en desplazados internos por el conflicto armado en Guatemala*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Berger, K. (2006). *Psicología del Desarrollo infancia y adolescencia*. (7ª Ed). España: Editorial medica Panamericana S.A
- Borras, R. (2002). *El alcohol*. Recuperado en:

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/drogas/alcohol_esp.html#. 25 de febrero del 2004

Boyd, D. (2000). *Adiciones: La mejor respuesta a tus preguntas entenderlas y la solución a tus problemas y superarlas*. (1ª Ed.), España: Neo Person Ediciones

Braunstein, N. (2005). *La reflexión de los contenidos de Freud en la obra de Lacan*. México: Siglo XXI Editores

Castañeda, P. y Guevara, A. (2005). *Estudios de casos sobre factores resilientes en menores ubicados en hogares sustitutos*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*, (2ª Ed.). Colombia: Ecoe Ediciones

Cyrulnik, B. (1999). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. España: Editions Odile

Diccionario VOX Lengua Española. (1996). Barcelona, España: *Diccionario VOX* (14va Ed.) España: BIBLIOGRAF

Duque, H. (2002). *La vida en familia*. (4ª Ed). Colombia: Ediciones San Pablo

Elster, A. y Kuznets, N. (2007). *Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA): recomendaciones y fundamentos*. España: Ediciones Díaz de Santos

Estévez, E. Jiménez, T. y Musitu, G (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. España: Edicions Cultural Valencianes S.A

Everingham, C. (1997). *Maternidad: Autonomía y dependencia un estudio desde la psicología*. España: Narcea S.A

Fernández, R. (2007). *Alcohol y Psicoactivos la "Bomba" de la pubertad*. España: Editorial Visión Libros

First, M., Frances, A y Pincus, H. (2005). *DSM IV: Manual Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales IV Revisado*. España: Masson Grotberg

Galeano, E. (2005). *Debate: Utopía y política*. Foro Social Mundial de Porto Alegre

García – Rodríguez, J y López, C. (2001). *Manual de estudios del Alcohol*. Madrid: Editorial EDAF, S.A

Garnezy, N. (1994). *Reflections and commentary on risk, resilience, and development*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. (19ª Ed). México: Prentice Hall
- Gil, S. (2012). *Alcoholismo de fin de semana en adolescentes: funcionamiento prefrontal, rasgos psicopatológicos y de personalidad*. Tesis inédita. Universidad Complutense de Madrid. España
- Gómez, D. (2011). *Programa de salud mental para incrementar el nivel de resiliencia*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.
- González, C. (2006). *Alcoholismo*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Veracruzana, México.
- González- Arratia, N., Nieto, D y Valdez, J. (2011). *Resiliencia en madre e hijos con cáncer*. Universidad Complutense de Madrid. *Psicooncología*. 8, 1. Págs. 113-123
- Gordon, M. y Kimberly, A. (1996). *Resilient Hispanic Youths Self- concept and Motivational Patterns*. En: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 18(1); 63-73. Feb 1996 p. 63-73
- Grupos de familia Al-Anon (2001). *Cómo ayuda Al-Anon a familiares de amigos de alcohólicos*, Estados Unidos de América: AA World Services Inc
- Hernández, A y Beteta, G. (2005). *El alcoholismo del padre como fuente generadora de agresividad y aislamiento en los niños y niñas de nivel primario urbano, que asisten al Centro de Servicio psicológico Mayra Vargas Fernández*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, L. y Morales, I. (2010). *Resiliencia en mujeres empleadas domésticas y de la industria textil del centro formación educativa Siervas de San José, Plan Dominical*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Henderson, E. (2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. (1ra. Ed.). Argentina: Paidós.
- Kalbermatter, M., Goynche, S. y Heredia, R. (2006). *Resiliente se nace, se hace, se rehace: Talleres de resiliencia y valores para niños y adolescentes*. (1era. Ed.) Argentina: Editorial Brujas

- Kotliarenco, M., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en la Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Estados Unidos
- International Catholic Child Bureau. (1994). *Elements for a Talk on Resilience: Growth in the Middle of Life*. Ginebra, Suiza.
- La Real Academia Española. (2014). *Diccionario*. Recuperado de: <http://www.rae.es/>
- Luthar, S., Cicchetti, D. Becker, B. (2000). *The Construct of Resilience: Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. *Child Development*, 71, 543-562
- López, D. (2011). *Percepción de los alumnos de un colegio privado de la ciudad de Guatemala, de cuarto y quinto bachillerado, acerca del alcoholismo en jóvenes*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Mack, A., Franklin Jr, J. y Frances, R. (2003). *Guía tratamiento del alcoholismo y las adicciones*, España: Masson
- Marroquín, C. (2009). *El grupo de autoayuda Mariscal de Alcohólicos Anónimos como factor terapéutico relevante en la recuperación del enfermo durante los meses de junio a octubre del año 2006*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Martínez, C. (2011). *Hábito de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en los adolescentes de la región de Murcia*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Murcia, España.
- Martínez, M. y Rubio, G. (2002). *Manual de enfermería*, España: Ediciones Díaz-Santos
- Mariscal, S. y Marta, N. (2009). *El desarrollo psicológico a lo largo de la vida*. España: McGraw – Hill España
- Molina, J. (2003). *Dar la palabra. Deseo, don y ética en educación social*. Barcelona: Gedisa
- Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad*. México: Editorial Pax
- Moñino, M. (2002). *Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la región de Murcia*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Murcia, España.
- Moreno, J. (2009). *Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones*. Chile: Red Limite.

- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Infante, F., y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la salud
- Musitu, G. y García, F. (2004). *Las consecuencias de la socialización en la cultura española*. *Psicothema*, 16, 288-293.
- Navarro, I y Pérez, N. *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. España: Editorial Club Universitario
- North, R. y Orange, R. (1995). *El alcoholismo en la juventud*, (3ª Ed) México: Árbol editorial
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Alcoholismo*. Recuperado de:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/> el 25 de febrero del 2014
- Obando, O., Villalobos, M. E. y Arango, S. (2010). *Resiliencia en niños con experiencias de abandono*. *Acta Colombiana de Psicología*, 13 (2), 149-159. Recuperado de:http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_4917_v12n3-art12.pdf el 24 de mayo del 2014
- Paz, M. (2013). *Factores de Resiliencia en Adolescentes residentes de un Centro de protección de Valparaíso*. *Revista de Psicología*. Volumen 2. 85-108
- Parolari, F. (2005). *Psicología de la adolescencia*. (3ª Ed). Colombia: Sociedad de San Pablo
- Polo, C. (2009). *Resiliencia: Factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Aconcagua, Argentina.
- Ramírez, R. y Darías, M. (2009). *Caracterización del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes*. Argentina: El Cid Editor.
- Reid, P., Riquelme, A. y Rodríguez, A. (2004) *La resiliencia una ventana de esperanza para niños pre-adolescentes de 10 a 12 años, con un síndrome de déficit atencional, a través de un enfoque humanista integral*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile
- Redondo, C., Galdó, G. y García, M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Ediciones de la Universidad de Cantabria
- Rodríguez, E. (2005). *Metodología de la investigación*. (5ª Ed). México: Univ. J. Autónoma de Tabasco

- Rodríguez, A. (2009). *Resiliencia*. Revista Psicopedagogía, 26 (80), 291-302. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n80/v26n80a14.pdf> el 24 de mayo del 2014
- Rosales, O. (2009). *Factores sociales que propician el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes: Lo que los padres deben de saber de adicciones*. España: Editorial Tobar
- Roxana, J. (2012). *El alcoholismo problema de salud pública*. Argentina: El Cid
- Rutter, M. (1993). *Resiliencia: consideraciones conceptuales*. Journal of adolescencehealth, 14 (8). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf> el 28 de enero del 2014
- Saavedra, E. y Villarta, M. (2008). *Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años*. *Liberabit*, (14), 31-41.
- Saavedra, E., Castro, A., Inostraza, A. (2012). *Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión*. *Revista Pequen*, (2), 161-184
- Saavedra, M. (2004). *Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor*. México: Editorial Pax
- Salebeey, D. (1996). *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. *Social Work, Journal of the National Association of Social Workers*. 41 (3). Washington D.C.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. (9ª Ed). España
- Salkind, N. (1997). *Métodos de investigación*. (3ª Ed) México: Prentice Hall
- Schaffer, C., Ariazaga, V., Albarenque, M., y Haseitel, B. (2004). *Alcoholismo en la adolescencia*. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*. (139), 24-28
- Saucedo, B. (2005). *LA RESILIENCIA: algo para promover*. *Revista Digital Universitaria del Colegio Militar de la Nación*. (11), 1-17
- Triola, M. (2004). *Estadística*. (9ª Ed). México: Pearson
- UNICEF. (2007). *Hojas de Ruta para nuevos gobernantes*. Guatemala: Magnaterra Editores

Valdez, J. (2005). *El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y percepción de riesgo*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Vanistendael, S. (1994). *La Resiliencia: Un concepto largo tiempo ignorado. La Infancia en el mundo*. (5) 3. p.5 BICE., Montevideo, Uruguay.

Villalba, C. (2004). *El concepto de resiliencia: Aplicaciones en intervención social*. Recuperado de: <http://www.addima.org/Documentos/Articulos/Articulo%20Cristina%20Villalba%20Quesada.pdf> el 24 de mayo del 2014

Wolin, S.J. y Wolin, S. (1993). *The resilient self*. New York: Willard.

World Health Organization. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Suiza: Who Press World Health Organization

IX. ANEXOS

ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES (Saavedra y Villalta, 2007)

Evalúe el grado en que estas afirmaciones la describen. Marque con una **X** su respuesta, conteste todas las afirmaciones, no hay respuestas buenas ni malas.

YO SOY – YO ESTOY

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo, Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.Soy una mujer con esperanza					
2. Una mujer con buena autoestima					
3. Optimista respecto al futuro.					
4. Segura de mis valores y principios					
5. Creciendo como persona.					
6. Rodeada de personas que me ayudan en mis problemas personales.					
7. En contacto					

con personas que me quieren.					
8. Segura de mí mismo.					
9. Segura de mis proyectos y metas.					
10. Segura en el lugar en que yo vivo.					
11. Una persona que ha aprendido a salir adelante					
12. Un modelo a seguir positivo para las personas que me rodean					
13. En un lugar bien integrado para trabajar.					
14. Satisfecha con mis relaciones de amistad.					
15. Satisfecha con mis relaciones afectivas.					
16. Una mujer práctica.					
17. Una mujer					

con metas en su vida.					
18. Enfrento mis problemas.					
19. Estoy consciente de mi sentido de vida.					
20. Buscando soluciones a mis problemas.					

YO TENGO

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo, Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
21. Confianza en mis relaciones interpersonales.					
22. Una familia con buena estructura.					
23. Relaciones afectivas.					
24. Fortaleza interior.					
25. Una vida con sentido.					
26. Acceso a los servicios públicos.					
27. Personas que me apoyan.					
28. A quien					

dirigirme si tengo algún problemas.					
29. Personas que impulsan mi autonomía e iniciativa.					
30. Satisfacción con lo que he logrado en la vida.					
31. Personas que me han orientado y aconsejado.					
32. Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas.					
33. Personas en quien puedo confiar.					
34. Personas que han confiado sus problemas.					
35. Personas que me han acompañado y apoyado cuando he tenido problemas.					
36. Metas a corto plazo.					
37. Objetivos claros.					
38. Personas con					

quien puedo enfrentar mis problemas.					
39. Proyectos a futuro.					
40. Problemas que se cómo solucionarlos.					

YO PUEDO

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo, Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
41. Hablar de mis emociones.					
42. Expresar afecto a las demás personas					
43. Confiar en las demás personas					
44. Superar las dificultades que se me presenten durante mi vida.					
45. Desarrollar relaciones afectivas					
46. Solucionar problemas de manera efectiva					
47. Dar mi opinión.					
48. Buscar ayuda cuando la necesito.					

49. Apoyar a los demás que tienen problemas					
50. Responsabilizarme de mis actos					
51. Ser creativa.					
52. Comunicarme adecuadamente.					
53. Aprender de mis buenas decisiones y de mis errores.					
54. Colaborar con otros para mejorar la vida en donde vivo.					
55. Tomar decisiones					
56. Crear estrategias para solucionar mis problemas					
57. Fijarme metas realistas.					
58. Esforzarme por lograr mis objetivos					
59. Asumir riesgos en mi vida					
60. Proyectarme al futuro.					

Estimado licenciado (a):

Por este medio me dirijo a usted solicitando su apoyo para la revisión del instrumento de factores de resiliencia para la aplicación a las participantes. El instrumento se basa en la investigación de Saavedra y Villarta, que se realizó en Chile en el año 2008.

La escala consta de 60 ítems, estos se dividen en 12 factores de resiliencia y son presentados en una escala de Likert.

El grupo de las participantes se divide en dos, el primero son madres quienes tienen hijo o hija adolescente con alcoholismo y asisten al grupo de apoyo Al-Anon, y el segundo son madres con hijo o hija adolescente pero no tienen problema alguno con bebidas alcohólicas ni estas requieren de un grupo de apoyo.

El objetivo de la investigación es conocer los factores de resiliencia de las madres de adolescentes en la cual en algunos que presentan problemas con el alcohol y en otros no, para así poder realizar una comparación en ambos grupos y determinar si los factores dependen de la problemática que se genera a través del alcoholismo.

Muchísimas gracias,

Marielis Pedroso

Guatemala 13 de febrero del 2014

Oficinas generales de Al-Anon

Ciudad

Reciban un atento y cordial saludo, me llamo Marielis Pedroso Díaz y me identifico con el número de carnet 2381909.

Por este medio me dirijo a ustedes solicitando la colaboración de los miembros de Al-Anon para la realización mi tesis de graduación, para obtener el título de licenciada en psicología clínica de la Universidad Rafael Landívar campus central de la ciudad de Guatemala.

Esta investigación consiste en identificar los factores de resiliencia que tienen las madres de adolescentes alcohólicos que asisten al grupo de apoyo de Al-Anon. Para realizarla, se le distribuirá a las participantes una escala autoevaluable, la cual solo requiere de una sesión, esta consiste de 60 ítems y tomará aproximadamente de 5 a 10 minutos para responderla.

Muchas gracias por su apoyo

Marielis Pedroso

Superando las adversidades del alcoholismo

¿Ha sobresalido exitosamente de una adversidad?

¿Cuántas veces haz conocido a una persona que ha resurgido con éxito después de un problema difícil y/o doloroso? ¿Has sido tú capaz de cambiar o mejorar tu calidad de vida tras un hecho doloroso?

A esta capacidad se le conoce como “resiliencia”, proviene del griego “resilio” que significa volver atrás o rebotar. Esta acción se asocia la resiliencia con la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.

Dentro de los grupos de ayuda tanto para aquellos que son aquejados con la enfermedad del alcoholismo y familiares y/o amigos presentan dicha característica que les permite sobresalir de una situación dolorosa y obtener una experiencia positiva que pueden utilizar en su vida diaria.

FACTORES DE RESILIENCIA

- Búsqueda de soluciones hacia situaciones conflictivas en su vida.
- Capacidad de afrontar con una actitud positiva a las situaciones que han causado dolor y sufrimiento.
- Conocimiento del sentido de trascendencia y visión positiva por medio de la fe de un Poder Superior.
- Motivación para alcanzar metas.
- Responsables de las consecuencias de la adversidad por las decisiones que han tomado
- Poseen esperanza.



“Que empiece por mí”

OFICINA DE SERVICIOS GENERALES
DE AL-ANON

6 calle 0-39 zona 1
Ciudad de Guatemala
Teléfono 2253-9737 y 2251-8949

<http://www.al-anon.org.gt/>

“UN DIA A LA VEZ”

OFICINA DE SERVICIOS GENERALES DE
AL-ANON

