



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RESILIENCIA EN
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA HUNTER, AREQUIPA
2017”.**

**Tesis presentada por la Bachiller:
VILCA MAMANI, MIRIAN NAARAI**

**Para optar el Título Profesional
de Licenciada en Enfermería**

AREQUIPA - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres

Por sus consejos y apoyo incondicional en todo momento.

A mi amado esposo

Por su amor y optimismo, que me impulsaba a seguir adelante y realizarme profesionalmente.

A mi hijo Alejandro

Mi más grande tesoro, por ser la fuente de inspiración.

A mis suegros

Que me apoyaron de alguna u otra manera.

“con todo mi amor...”

AGRADECIMIENTO

A Dios por su infinito amor y haberme dado paciencia y fortaleza para culminar esta investigación, un reto en mi vida.

A mis padres por sus consejos, palabras de aliento, valores e impulsarme a cumplir mis metas.

A mi esposo por su apoyo y aliento a seguir adelante, y por los días y horas que hizo de papa y mama para mi hijo.

Al Centro de Salud Javier Llosa García del distrito J. Hunter, por permitir aplicar mis instrumentos para la realización de esta investigación, al personal encargado por abrirme las puertas de dicha institución.

A la Universidad Alas Peruanas, en especial a los docentes que me acompañaron en mi formación profesional.

A mis asesores por el apoyo brindado para en el desarrollo de esta investigación.

...Gracias a todos ellos!

RESUMEN

La motivación para la presente investigación, fue al observar que muchos adolescentes eran inseguros y referían que andan desanimados por problemas en su casa lo que repercutía en el estado de ánimo y fortalecimiento de proyecto de vida. De allí el objetivo del estudio fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

Metodológicamente el estudio es correlacional de enfoque *expost facto*, método cuantitativo, paradigma positivista, transversal, bivariado, retrospectivo de campo. La población estuvo integrada por 177 adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter.

Los instrumentos utilizados Test FF- SIL de funcionalidad familiar, cuyo autor es De la Cuesta, Pérez, Lauro (1994), Escala de Resiliencia (RS) cuyo autor es Wagnild y Young (1993), las conclusiones a las que se llegó fueron las siguientes: el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia es la funcionalidad familiar la cual tiene relación con la resiliencia que es la capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas; los adolescentes objeto de estudio en este trabajo de investigación son en mayor proporción de 15 a 16 años, con predominio del sexo masculino y de quinto de secundaria; la funcionalidad familiar en mayor frecuencia es moderadamente funcional, sobre todo en lo que respecta a adaptabilidad, roles y cohesión; la resiliencia es media en mayor concentración sobre todo en lo que corresponde a competencias personales; la funcionalidad familiar se relaciona directamente con la aceptación de sí mismo es decir es un derecho innato de todo ser humano orientado a la valoración y al compromiso consigo mismo; la funcionalidad familiar se relaciona directamente con la competencias personales es decir porque son alegres, curiosas, siempre interesadas en aprender; buscan retos en su vida que las mantengan en un constante cambio, a los cuales se adaptan de manera sencilla.

PALABRAS CLAVE: funcionalidad familiar, resiliencia, aceptación de sí mismo, competencias personales, adaptabilidad, roles y cohesión.

ABSTRACT

The motivation for the present investigation was when observing that many adolescents were insecure and reported that they are discouraged by problems in their home which had repercussions on the mood and strengthening of life project. From there the objective of our study was to determine the relationship between family functionality and resilience in adolescents attended at the Javier Llosa García Hunter Health Center, Arequipa 2017.

Methodologically, the study is correlational of an ex post facto approach, quantitative method, positivist paradigm, transversal, bivariate, retrospective field. The population was composed of 177 adolescents attending the Javier Llosa García Health Center in Hunter.

The instruments used by FF-SIL family functionality, whose author is De la Cuesta, Pérez, Lauro (1994), resilience scale (rs) authored by Wagnild and Young (1993), the conclusions reached were as follows : the set of interpersonal relationships that are generated within each family is the family functionality which is related to the resilience that is the capacity that a person has to overcome traumatic circumstances, the adolescents object d study in this research work are in a higher proportion of 15 to 16 years old, with predominance of males and of fifth of secondary, the familiar functionality in greater frequency is moderately functional, especially with respect to adaptability, roles and cohesion, resilience is average in greater concentration especially in what corresponds to personal competences; family functionality is directly related to the acceptance of oneself ie, is an innate right of every human being oriented to the valorization and the commitment with itself; family functionality is directly related to the personal competences, that is to say because they are cheerful, curious, always interested in learning; they look for challenges in their life that keep them in a constant change, to which they adapt in a simple way.

KEYWORDS: family functionality, resilience, self-acceptance, personal competences, adaptability, roles and cohesion.

ÍNDICE

| | |
|--|----------|
| DEDICATORIA | |
| AGRADECIMIENTO | |
| RESUMEN | i |
| ABSTRACT | ii |
| ÍNDICE | iii |
| ÍNDICE DE TABLAS | v |
| INTRODUCCIÓN | vi |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 1 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 1 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 5 |
| 1.2.1. Problema General | 5 |
| 1.2.2. Problemas Específicos | 5 |
| 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 6 |
| 1.3.1. Objetivo General | 6 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 6 |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 6 |
| 1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN | 7 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO | 8 |
| 2.2. BASE TEÓRICA | 14 |
| 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS | 42 |
| 2.4. HIPÓTESIS | 43 |
| 2.4.1. Hipótesis general | 43 |
| 2.4.2. Hipótesis específicas | 43 |
| 2.5. VARIABLES | 44 |
| 2.5.1. Definición conceptual de la variable | 44 |
| 2.5.2. Definición operacional de la variable | 45 |
| 2.5.3. Operacionalización de la variable | 46 |

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 47 |
| 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 47 |
| 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN | 48 |
| 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA | 51 |
| 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 52 |
| 3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO | 54 |
| 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS | 56 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 58 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN | 66 |
| CONCLUSIONES | 68 |
| RECOMENDACIONES | 69 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 70 |
| ANEXOS | 73 |
| ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO | 74 |
| ANEXO 2: TEST DE EVALUACIÓN DE RESILIENCIA | 75 |
| ANEXO 3: TEST FF-SIL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR | 77 |
| ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA | 78 |
| ANEXO 5: MAPA DE UBICACIÓN | 80 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|---------|--|----|
| Tabla 1 | <i>Características demográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017</i> | 58 |
| Tabla 2 | <i>Frecuencia de los componentes de funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017</i> | 59 |
| Tabla 3 | <i>Frecuencia de funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.</i> | 60 |
| Tabla 4 | <i>Componentes de resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.</i> | 61 |
| Tabla 5 | <i>Frecuencia de resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.</i> | 62 |
| Tabla 6 | <i>Funcionalidad familiar y su relación con aceptación de sí mismo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.</i> | 63 |
| Tabla 7 | <i>Funcionalidad familiar y su relación con competencias personales en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.</i> | 64 |
| Tabla 8 | <i>Funcionalidad familiar y su relación con resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.</i> | 65 |

INTRODUCCIÓN

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, considerada la unidad básica de la sociedad, es la primera escuela del ser humano, donde se generan las primeras relaciones entre padres e hijos, los primeros comportamientos y las primeras actividades. Es un sistema abierto, conjunto de elementos ligados entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción interna y con el exterior.

Por otro lado, la vida se encuentra expuesta a diversos cambios, frente a los cuales es preciso tener capacidades como la resiliencia para superar los efectos negativos de la exposición ante el riesgo, tolerando la presión de los obstáculos y, a pesar de ello, salir airoso haciendo las cosas correctas como si no hubieran existido los obstáculos.

Por lo expuesto, el objetivo principal de esta investigación fue determinar la relación entre la Funcionalidad Familiar y la Resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

La percepción de la funcionalidad familiar y su relación con la resiliencia en los adolescentes es sumamente importante ya que, conociendo su asociación, podremos tener una visión más clara de ambos fenómenos y así poder intervenir en este grupo de forma integral; mejorando la funcionalidad familiar y optimizando el nivel de resiliencia en esta población.

Para ello el contenido de la presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

El capítulo I, expone el problema de investigación, donde se plantea y se formula el problema, los objetivos, la justificación y limitaciones de la investigación.

En el capítulo II se ubica el marco teórico, en donde se consideran los antecedentes del estudio de investigación, la base teórica que sustenta el trabajo, la hipótesis y las variables de investigación.

En el capítulo III se describe la metodología el tipo, nivel y diseño de la investigación, descripción del ámbito de estudio, población y muestra, técnicas, instrumentos para la recolección de datos, procesamiento y análisis del mismo.

En el Capítulo IV, se precisan los resultados a nivel de indicadores, variables y el problema con sus respectivas tablas.

El capítulo V se presenta la discusión de los resultados encontrados, las opiniones de la investigadora, así como el respaldo teórico de otras investigaciones que complementen el estudio.

Y finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIVACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, es el grado primario de adscripción; un sistema abierto, es decir un conjunto de elementos ligados entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción interna y con el exterior. Es una institución formada por sistemas individuales que interactúan y que constituyen a su vez un sistema abierto. (1)

Formada por individuos, la familia es también parte del sistema social y responde a su cultura, tradiciones, desarrollo económico, convicciones, concepciones ético-morales, políticas y religiosas. (1)

Este grupo social primario es la instancia de intermediación entre el individuo y la sociedad; y constituye el espacio por excelencia para el desarrollo de la identidad, además de ser la primera fuente de socialización del individuo. Es en la familia donde la persona adquiere sus primeras experiencias, valores, concepción del mundo.(1)

Las tasas de fecundidad y matrimonio están disminuyendo en la mayor parte del mundo, sobre todo en regiones de mayor ingreso económico. El porcentaje de niños que viven en familias de dos padres también está reduciéndose, particularmente en Europa, América, y Oceanía. (2)

Asimismo, el individualismo y la igualdad entre los sexos se incrementan, mientras que los valores centrados en la familia y la adherencia a los roles tradicionales de género están cediendo terreno en muchas regiones. La desaceleración económica mundial también está deteriorando la vida familiar, pero es precisamente en estas circunstancias cuando se necesitan familias fuertes para fomentar el desarrollo óptimo de niños y jóvenes. (2)

Aunque las familias de dos padres (biparentales) se están volviendo más escasas, todavía representan la mayoría a nivel mundial. La probabilidad de que niños vivan en familias de dos padres es más alta en Asia y en el Medio Oriente, y relativamente más baja en América, Europa, Oceanía y África Subsahariana.

Las familias extensas parecen ser frecuentes en Asia, el Medio Oriente, América del Sur y África Subsahariana, la proporción de pobreza absoluta en los países estudiados en el informe varía de cero por ciento en varios países a 64% en Nigeria; la proporción de pobreza relativa para niños varía de 6% (Países Bajos) a 33% (Perú), con las tasas más bajas ubicadas en Asia, Europa, y Oceanía, y las más altas en América del Sur. (2)

Los padres con niveles más bajos de educación se encuentran en África, seguidos de Asia, el Medio Oriente, América Central y América del Sur. Los padres con niveles más altos de educación se encuentran en América del Norte y Europa Occidental. (2)

En Procesos familiares, entre el 6% (Corea del Sur) y el 39% (Argentina) de adolescentes de 15 años conversan varias veces por semana con sus padres sobre temas sociales y políticos. (2)

El porcentaje de adolescentes de 15 años que comen con sus familias de manera regular varía mucho alrededor del mundo, desde el 62% en Israel hasta el 94% en Italia. (2)

En cultura familiar, en la mayoría de países, gran parte de los adultos cree que las madres trabajadoras pueden cultivar relaciones con sus hijos tan buenas como las que las amas de casa tienen con sus hijos. En la mayoría de países, gran parte de los adultos creen que los niños necesitan un hogar compuesto por padre y madre para poder crecer felices. (2)

En Perú de los 6,754,074 hogares a nivel nacional, el 76% se encuentran en zonas urbanas y 24% en zonas rurales. Por el tipo de familia, 60,5% de los hogares son nucleares, el 21,7% son extendidos, el 10,4% son unipersonales. El número promedio de miembros en las familias es 3,7. La tasa global de fecundidad es 2,6 a nivel nacional, desprendiéndose que 3,5 es la tasa en el área rural y 2,3 en el área urbana, alcanzando su mayor nivel en los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad y el promedio de edad de la mujer en el momento del nacimiento del primer hijo es 22,3 años. (3)

El 27,8% de la población se encuentra en situación de pobreza, incidiendo en el área urbana en 18%, mientras que en el área rural 56,1%, siendo la sierra la más afectada con 41,5%. La pobreza afecta más a los niños y adolescentes. En el 78,5% de los hogares pobres había por lo menos un niño o adolescente. Los integrantes de un hogar pobre es 4,8 miembros, a diferencia del hogar no pobre: 3,5. El 21,9% de los hogares pobres eran jefaturados por mujeres. (3)

En el área urbana el 27,2% de los hogares se encontraba en el quintil superior de riqueza y 2,7% en el quintil inferior; en cambio, en el área rural, el 60,2% se ubicaban en el quintil inferior y el 0,7% en el quintil superior. El 34,9% de los hogares tienen por lo menos una persona adulta mayor y el 10,9% tienen al menos una persona con discapacidad física o mental. (3)

El 65,6% de las mujeres alguna vez unidas declararon que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas. El 8,2% de los

niños menores de 15 años eran huérfanos de al menos uno de sus padres biológicos o sus padres no forman parte del hogar, siendo mayor en los departamentos de Amazonas, Huánuco, Madre de Dios y Ucayali. (3)

La vida en unión estable de pareja es preponderante (56%), pero es más importante en el área rural y la sierra donde esta categoría sube a 65%. La edad media de ingreso al matrimonio o convivencia es de 2,4 y 5 años. (3)

Tendemos a idealizar la niñez como una época sin problemas, pero la tierna edad por sí sola no ofrece ninguna protección contra los daños emocionales y los traumas que pueden enfrentar los niños. Se les puede pedir a los niños que enfrenten problemas, como adaptarse a una nueva clase, ser intimidados por sus compañeros o incluso al abuso en el hogar. (4)

Si sumamos a eso la incertidumbre que forma parte del crecimiento, la infancia puede ser cualquier cosa menos una época sin problemas. La aptitud para desarrollarse pese a estos desafíos surge de la capacidad de resiliencia. (4)

La resiliencia se basa en la fluida interacción que existe entre la persona y el entorno en que se desarrolla. Por lo tanto, la resiliencia no es adquirida de manera exclusiva del entorno y tampoco se puede afirmar que es innata, debido a que ambos necesitan desarrollarse juntos, en base a la interacción de la persona, con su medio social y el ambiente que le rodea. (5)

Es decir, que la resiliencia se va adquiriendo mediante un proceso continuo que ocurre entre la persona y el entorno, por tanto, los cambios que experimenta la persona durante las diferentes etapas de su vida, como es la niñez, la adolescencia, y más tarde la juventud y adultez, aunado a los cambios en el entorno, determinan que la resiliencia no sea

permanente, sino que cambie, se amolde a las diferentes situaciones cotidianas. (5)

Durante las prácticas pre-profesionales en atención de adolescente se pudo apreciar que muchos adolescentes eran inseguros y referían que andan desanimados por problemas en su casa lo que repercutía en el estado de ánimo y fortalecimiento de proyecto de vida todas estas razones son las que motivaron a hacer el presente estudio.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a) ¿Cuáles son las características demográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?
- b) ¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?
- c) ¿Cuál es el nivel de resiliencia en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?
- d) ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la aceptación de sí mismos los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?
- e) ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y las competencias personales en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Describir las características demográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.
- b) Identificar el nivel de la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.
- c) Identificar el nivel de resiliencia en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.
- d) Determinar la relación entre funcionalidad familiar y la aceptación de sí mismos de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.
- e) Determinar la relación entre funcionalidad familiar y las competencias personales de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En la actualidad se empieza a estudiar la resiliencia desde un enfoque multidisciplinario, considerada tanto un concepto psicológico (características individuales) y un concepto sociocultural (familia y comunidad), es decir es un concepto psicosocial. Además, se ha acordado dejar de considerar a la resiliencia como algo absoluto y estable, para pasar a considerarla como algo relativo que depende del

equilibrio dinámico entre factores personales, familiares, sociales, así como de los momentos del ciclo vital. Es así, que se empieza a presentar a la resiliencia como estado y no como una condición de lo que puede explicar el que los individuos sean resilientes en un medio dado y en otro no.(6)

Es pertinente porque la enfermera como miembro fundamental del equipo de salud, constituye dentro del área dedicada a la atención del adolescente un personaje clave para el desarrollo exitoso de todas las actividades que se ejecutan y planifican, asimismo se relaciona con la teoría de Hildegard Peplau porque es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

La trascendencia del estudio radica en que, en la actualidad, socialmente los adolescentes se encuentran en situaciones difíciles y la familia influye mucho en el fortalecimiento y debilidad frente a ellos.

El estudio es útil porque permitirá identificar situaciones que permitan a la enfermera planificar cuidados preventivos promocionales para velar por la integridad del adolescente.

Aporte científico del presente estudio radica en que servirá de consulta para estudiantes de enfermería y en la elaboración de trabajos de investigación y que los resultados sean puntos de partida para la propuesta de nuevos estudios.

Esta investigación consideramos original porque permite reforzar el rol de enfermería en la atención del adolescente.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio por si solo está limitado en cuanto a las características de la población y su generalización en el universo total por cuanto es un estudio inicial.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A Nivel Internacional

- **Jabela, J., Rocha, M & Serna, A.** (2015) llevaron a cabo un estudio titulado:” La Resiliencia en adolescentes de 13 y 15 años y jóvenes de 16 y 18 años privados de la libertad del centro reclusión Politécnico Luis. Rengifo en Ibagué Tolima”, Colombia. El objetivo planteado fue conocer la capacidad resiliente de los adolescentes de 13 a 15 años hijos de mujeres privadas de la libertad del Establecimiento Penitenciario y Carcelario COIBA – Picaleña, Ibagué Tolima. La metodología usada fue un estudio descriptivo - correlacional de enfoque cuantitativo y cualitativo, en un muestreo probabilístico de 49, de género masculino. El proyecto aportó la construcción del cuestionario titulado “Análisis de la Resiliencia en Adolescentes” (A.R.A.) que buscó conocer la capacidad resiliente en los adolescentes enfrentados a esta situación particular. Los resultados obtenidos fueron que hay un alto índice por parte de los adolescentes que a pesar de las circunstancias y de estar en una situación vulnerable, no desisten para conseguir sus metas, comprenden el significado de la vida y pueden sobreponerse a los periodos de dolor y salir triunfantes. Las conclusiones fueron que por medio de la

aplicación de la prueba piloto realizada a 49 jóvenes divididos en dos grupos adolescentes entre 13-15 años y jóvenes de 16-18 años en el Centro de Reclusión para Menores Infractores Politécnico Luis A. Rengifo, se encontró que los jóvenes son más resilientes que los adolescentes al contestar a las afirmaciones del cuestionario de manera positiva y sobrepasar el porcentaje comparado con los adolescentes denotando más seguridad a la hora de cumplir sus metas, más deseo de superación y mayor interacción con su entorno.(9)

- **Fuentes, P.** (2013) llevó a cabo un estudio titulado: “Resiliencia en los adolescentes entre 15 y 17 años de edad que asisten al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia del Área Metropolitana” en la ciudad de Guatemala de la Asunción. El objetivo planteado fue establecer el nivel de resiliencia de los adolescentes entre 15 y 17 años de edad que asisten al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia del Área Metropolitana, así como también determinar cuáles son las características resilientes que los adolescentes tienen más y menos fortalecidas e identificar la relación de las características resilientes con la edad, el género y la escolaridad. La metodología usada fue un estudio descriptivo transversal, en una de 25 adolescentes, de ambos sexos, de diferente escolaridad entre 15 y 17 años de edad. Para medir el nivel de resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993). Con base en los resultados obtenidos se concluyó que el 84% de los adolescentes presenta un nivel alto de resiliencia y el 16% presenta un nivel medio, que la característica que tienen más fortalecida es la confianza en sí mismos/as y la que tienen menos fortalecida es la capacidad de sentirse bien solos/as, y que en esta muestra las mujeres tienden a confiar más en sí mismas que los hombres. Por ello se recomienda a la población en general, ver a estos adolescentes como las personas

resilientes que son y tomarlos en cuenta para diferentes proyectos y actividades donde tengan la oportunidad de realizarse y convertirse en buenos ciudadanos.(8)

- **Ramírez, P. & Hernández, E.** (2012) llevaron a cabo un estudio titulado "Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza" en el municipio de Chimalhuacán, Estado de México. El objetivo planteado fue "Determinar la correlación entre resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes de nivel socioeconómico bajo. La metodología usada fue un estudio transversal descriptivo, en una muestra no probabilística de 100 adolescentes de ambos sexos. Los resultados obtenidos se encontraron correlación significativa negativa entre resiliencia, depresión y ansiedad, y correlación significativa positiva entre depresión y ansiedad. La puntuación de resiliencia familiar, depresión y ansiedad, mostraron una diferencia significativa entre hombres y mujeres. Las conclusiones fueron que la resiliencia puede ser un factor de protección para los adolescentes en situación de pobreza; mediante este proceso se puede disminuir la ansiedad y la depresión. (7)

2.1.2. A Nivel Nacional

- **Arequipeño, F. & Gaspar, M.** (2017) llevaron a cabo el estudio titulado: "Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero y 5to grado del nivel secundario de las instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016" en la ciudad de Lima. El objetivo planteado fue determinar si existe relación significativa entre los niveles de resiliencia y felicidad con los niveles de depresión en adolescentes del 3ero al 5to grado de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte. La metodología usada fue una investigación no experimental transversal del tipo descriptivo correlacional, los

instrumentos utilizados para la medición de las variables fueron la Escala de Resiliencia (Wagnild & Young), la Escala de Felicidad de Lima (EFL) y la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR, 1987). Donde se tomó una muestra conformada por 315 estudiantes de 3ero y 5to del nivel secundario. Los resultados obtenidos fueron que se encontró una relación inversa y altamente significativa entre el nivel de felicidad y la depresión, y una relación inversa baja y altamente significativa entre el nivel de resiliencia y la depresión. Las conclusiones fueron que ante mayor felicidad y resiliencia menor será la presencia de síntomas depresivos. (13)

- **Murillo, C.** (2014) llevo a cabo un estudio titulado:” Resiliencia en adolescentes varones y mujeres de la Institución Educativa Estatal del distrito de la Esperanza, Trujillo. El objetivo planteado fue determinar las diferencias significativas entre adolescentes varones y mujeres del nivel secundario de la Institución Educativa Estatal 80821 Cesar Vallejo Mendoza del Distrito de la Esperanza, Trujillo. La metodología usada fue del tipo descriptivo comparativa, que aborda la conducta resiliente en dos poblaciones de adolescentes secundarios diferenciados por el factor de género. Se trabajó con una muestra de 193 varones y 186 mujeres entre las edades de 12 a 16 años, cuya edad promedio es de 14,2; el instrumento usado para la toma de datos fue la Escala de Resiliencia para adolescentes de Prado y Del Águila (2000). El resultado significativo alcanzados en el trabajo son los niveles medios y bajos en los factores Insight, Interacción, Moralidad, Humor e Iniciativa de la conducta resiliente tanto en varones como en mujeres, no así en los factores de Independencia y Creatividad donde ambos grupos denotan niveles medios y altos; finalmente, se ha demostrado que no difieren significativamente ambos grupos, confirmándose

así que el factor género es independiente de la conducta resiliente en los sujetos de estudio. (12)

- **Mostacero, E & Paredes, P.** (2014) llevaron a cabo un estudio titulado "Funcionamiento familiar y proyecto de vida en adolescentes de la Institución Educativa "José Carlos Mariátegui" de Sausal, Trujillo 2014". El objetivo planteado fue "Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el proyecto de vida en adolescentes de la Institución Educativa "José Carlos Mariátegui", la metodología usada fue de tipo descriptivo correlacional, el universo muestral estuvo conformado por 182 adolescentes. Se utilizaron dos instrumentos, el primero fue para medir el funcionamiento familiar y el segundo para evaluar el proyecto de vida. Los resultados obtenidos que el 74.7% tienen familia funcional y el 25.3% familia disfuncional; el 53.8% tienen proyecto de vida, pero no ejecutan, el 36.3% tienen y ejecutan su proyecto de vida y el 9.9% tienen noción de proyecto de vida. La conclusión fue que existe relación altamente significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y la realización del proyecto de vida en los adolescentes de la Institución Educativa "José Carlos Mariátegui" de Sausal ($p=0.000366 < 0.01$). (37)
- **García, T., Yupanqui, Z. & Puente, K.** (2013) llevaron a cabo un estudio titulado "Funcionamiento familiar y resiliencia en estudiantes con facultades sobresalientes del tercer año de secundaria de una institución educativa pública con altas exigencias académicas, durante el período 2013". El objetivo planteado fue "Determinar la relación existente entre resiliencia y funcionamiento familiar en una muestra de 231 estudiantes del tercer año del nivel secundario de nueve secciones, en una institución educativa pública con altas exigencias académicas. La metodología usada fue de tipo descriptivo correlacional. Los

resultados obtenidos nos muestran una relación significativa entre las dimensiones de resiliencia y funcionamiento familiar. Se determinó que los estudiantes que provienen de hogares con padres casados califican su familia como funcional y presentan un alto nivel de resiliencia. La conclusión fue que las teóricas respecto a determinar el funcionamiento familiar como factor influyente y determinante en la formación de la resiliencia. (10)

2.1.3. A Nivel Local

- **García, G.** (2016) llevo a cabo un estudio titulado: “Influencia de la estructura y funcionalidad familiar en la resiliencia de adolescentes en situación de pobreza, Arequipa”. El objetivo planteado fue identificar la influencia de la estructura y funcionalidad familiar en la resiliencia de adolescentes en situación de pobreza. La metodología usada fue una investigación de tipo cuantitativa no experimental del tipo retrospectivo, tomando una muestra de 393 alumnos entre 12 a 17 años provenientes de colegios que según el SISFOH se encuentran en centros poblados en situación de pobreza y pobreza extrema, a quienes se les evaluó con tres escalas, la de Resiliencia de Wagnild y Young (ER), la de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar de Olson y Portner (Faces III), la de Comunicación Familiar de Barnes y Olson (PACS) y una encuesta sobre estructura familiar. El resultado obtenido fue que la estructura y funcionalidad familiar influye en un 18.1% en la resiliencia de estos adolescentes. Las conclusiones fueron que la resiliencia es un proceso interaccional donde diversos factores intervienen en ella, siendo la familia uno de los principales. Algunas características específicas de la familia que se encontraron como el venir de una familia rígida y desligada reducen significativamente el desarrollo de la resiliencia,

mientras que el ser mujer y el tener mayor edad la favorecen muy significativamente.(14)

- **Aguilar, M. & Alfaro, N.** (2015) llevaron a cabo un estudio titulado "Funcionamiento Familiar y Resiliencia en escolares del Distrito de Paucarpata, Arequipa". El objetivo planeado fue "Analiza la relación entre la el funcionamiento familiar y resiliencia de los alumnos de las instituciones educativas del Distrito de Paucarpata". La metodología usada fue del tipo descriptivo correlacional, aplicando como instrumentos la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III). Los resultados obtenidos más significativos demuestran que la resiliencia de los alumnos es baja, el funcionamiento familiar es extremo en 49%, existiendo relación entre la resiliencia y el funcionamiento familiar, así como también entre el sexo y estructura familiar con la resiliencia. (5)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Teoría de enfermería Hildegard Peplau. Modelo de Relaciones Interpersonales

Es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal. (15)

Peplau define la "Enfermería Psicodinámica" como "aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia". (15)

Para Peplau la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad. (15)

Define salud como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. (15)

La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades. (15)

Caracterizar el modelo, la forma de actuación de la enfermería para alcanzar los objetivos anteriores. Se trata de actuar en lugar de la persona o paciente, actuar orientándole, actuar manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico, actuar mediante la instrucción, etc. (15)

En este modelo las acciones son realizadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal. La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza al máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones. (15)

La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales aprender y desarrollarse. (15)

El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal. (15)

En la relación enfermera y paciente: describe cuatro fases:

- a. Orientación: en esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.
- b. Identificación: el paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarlo. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades.
- c. Explotación: el paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.
- d. Resolución: los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a. (15)

En la relación de enfermería con el paciente, Peplau llega a describir seis funciones diferentes a desarrollar.

- a. Papel del extraño: el enfermero es, en primera instancia, para el paciente, un extraño. Es necesario establecer con el paciente una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún personalizada, y se correspondería con la identificación.
- b. Papel de persona-recurso: la enfermera da respuestas específicas a las preguntas del paciente en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del paciente.
- c. Papel docente: la autora habla de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza

experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).

- d. Papel conductor: el profesional de enfermería ayuda al paciente enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa.
- e. Papel de sustituto: el profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.
- f. Papel de consejero: es el papel que Peplau le da mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.

Concluimos que el modelo de Hildegard Peplau, es un modelo de interacción donde enfermera - paciente unidos pueden aprender y crecer personalmente. (15)

2.2.2. La familia

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. (16)

La familia es la unidad básica de la sociedad humana; es el centro fundamental del desarrollo de la vida afectiva y moral del individuo. La familia es el principal y más poderoso sistema emocional al cual pertenecen los seres humanos y constituye el mayor recurso potencial, así como la mayor fuente de estrés. (17)

A. Funciones de la familia

a. Función Biológica

Satisfacción sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.(17)

b. Función Educadora

La educación está formada por un conjunto de normas de conducta, hábitos, aptitudes e informaciones que el niño lo va asimilando de su hogar, la escuela y la comunidad.(18)

c. Función Económica

Esta función está relacionada con el trabajo que realiza la familia con el fin de adquirir los bienes y servicios necesarios para poder vivir.(18)

d. Función Recreativa

La familia cumple tareas serias y responsables, por lo que tiene que romper el estrés a través de un sano esparcimiento para los que la constituyen, con el objeto de promover la integración y el desarrollo integral de los hijos.(18)

e. Función socializadora

La familia transmite valores, actitudes éticas, normas de comportamiento, estrategias para sobrevivir y tener éxito en un mundo social complejo y competitivo. (18)

B. Tipología de la Familia

La tipología familiar hace referencia a determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una

familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto. (19)

a. Familia nuclear

Es un tipo de familia que está concebido como opuesto a la familia extendida. En este caso (familia extendida), además de los familiares de la familia nuclear, se incluyen más parientes.

La familia se ha venido representando como una vital proveedora de amor y protección del mundo industrializado, en donde, la mujer representa a la madre amorosa, cariñosa y comprensiva, y el hombre como un padre que da protección.

La idea de protección familiar he venido decayendo por que la sociedad civil cada vez más oculta sus conflictos. La estructura familiar de los tiempos de anteriores fue más estable y feliz, existían pocos divorcios. Hoy en día muy pocas sociedades muestran un apego a ese tipo de familia.

• **Características de la Familia Nuclear**

- El término familia nuclear es del año 1947, es un concepto nuevo más allá que la estructura social que abarca no es nueva.
- Este cambio que va desde las estructuras familiares extensas hacia las familias nucleares tiene que ver con la promoción, expansión y reproducción de los valores de la cultura occidental en todo el mundo, inclusive en Oriente.
- Porque sus miembros viven en un mismo techo.

- Existe una cooperación económica en ambos padres, incluyéndose los hijos cuando estos comiencen a generar dinero por ellos mismos.
- Es el tipo de familia que más predomina en todo el mundo.
- Se llevan a cabo actividades de reproducción.
- Es el tipo que suele reconocer la sociedad.

También se considera como familia nuclear al grupo formado por dos adultos que se unieron a través del matrimonio o por unión libre y que aún no han tenido hijos.
(20)

b. Familia extendida

La estructura de la familia extendida consiste en dos o más adultos que se relacionan, por sangre o matrimonio y que viven en la misma casa.

Esta familia incluye muchos parientes que viven juntos y trabajan hacia objetivos comunes, tales como crianza de los hijos y mantenerse al día con las tareas del hogar; por ejemplo: dos hermanas que mientras una de ellas trabaja la otra cuida de sus hijos y sobrinos o viceversa. Muchas familias extendidas incluyen primos, tíos y abuelos que viven juntos. Este tipo de estructura familiar puede formarse debido a las dificultades económicas o porque los familiares de mayor edad son incapaces de cuidar de sí mismos solos. (21)

c. Familia ampliada

Formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir

abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines. (19)

d. Familia monoparental

Se consideran familias monoparentales o monomarentales, a, los núcleos familiares constituidos por una sola persona adulta, ya sea hombre o mujer, y al menos una persona menor. Se entiende por persona menor a aquella residente en el hogar, que tiene menos de 18 años y a aquella de entre 18 y 24 años (inclusive) que no desarrolla actividad remunerada y, por tanto, no aporta ingresos laborales al mismo. Está constituida por un único progenitor. Esto es, por un padre o una madre que resida habitualmente sin su pareja, sin importar su estado civil. Puede deberse a diferentes causas que hacen que las circunstancias en cada caso sean diferentes, y por tanto actúen sobre sus miembros también de manera diversa. Así, puede tener su origen en:

- Un proceso de cambio familiar que obliga a una reestructuración de la unidad familiar por:
 - Ausencia definitiva de uno de los miembros de la pareja (fallecimiento).
 - Ausencia ocasionada por la ruptura de la pareja.
 - Ausencia temporal, cuya causa pueden ser diversos motivos como la hospitalización, viaje, etc.
- Una monoparentalidad - monomarentalidad directa, ya sea biológica (madres solteras) o por adopción.

e. Familia reconstituida

Es aquella formada por una pareja adulta en la que, al menos uno de los cónyuges, tiene un hijo de una relación anterior.

Dependiendo de cómo se llegue a esa “reconstrucción”, se puede encontrar con:

- Mujer casada anteriormente que tiene hijos y se casa con un hombre que no los tiene.
- Varón casado anteriormente que tiene hijos y se casa con una mujer que no los tiene.
- Matrimonio en el que ambos cónyuges tenían hijos anteriormente.
- Divorciado/a que tiene niños y cuyo/a ex-esposo/a se ha vuelto a casar.

| TIPOS DE FAMILIAS (Según el MAIS-BFC) | |
|--|--|
| Nuclear | Constituida por ambos padres y los hijos. |
| Extendida | Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación |
| Ampliada | Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, cuñados, primos, etc. |
| Monoparental | Formada por el padre o la madre y los hijos |
| Reconstituida | Constituida por uno de los padres, su nueva pareja y los hijos.(3) |

Fuente: minsa.gob.pe MAIS-BFC

C. Modos de ser de la familia

a. Familia rígida

Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el

crecimiento de sus hijos. Los hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios. (22)

b. Familia sobreprotectora

Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en “infantiloides”. Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones. (22)

c. Familia centrada en los hijos

Se caracteriza porque los progenitores siempre meten a los hijos de por medio, algo así como que los hijos son la pieza clave de la familia se centran en ellos, y ni siquiera hablan de la pareja, siempre lo sustituyen por los niños y esto es debido a que los utilizan como un método de defensa, es decir hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. (22)

d. Familia permisiva

En este tipo de familia, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan

más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que estos se enojen. (19)

e. Familia inestable

La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren para sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por no poder expresar.(17)

f. Familia estable

La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos, por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia. (17)

D. La familia y su estilo de comunicación

La familia es la primera escuela donde aprendemos como comunicarnos. La forma como aprendemos a comunicarnos en nuestra familia de origen determinará como nos comunicamos con los demás. Así el niño comienza aprendiendo gestos y tonos de voz de sus padres y hermanos, comunicándose a través de ellos. Las familias establecen formas de coordinarse

que determinan y satisfacen las necesidades de todos sus miembros.(17)

La comunicación abierta expresa sentimientos, necesidades y deseos de forma directa al miembro de la familia involucrado, de una manera respetuosa. La escucha efectiva y la empatía son otros elementos muy importantes a tener en cuenta en un estilo sano de comunicación. La falta de comunicación indica menosprecio, de forma indirecta (mediante suspiros), y respondiendo de manera vaga ("los adolescentes son tan groseros en estos días" versus "me siento molesto cuando..."). El descuido o la falta de afecto dentro de la familia pueden exacerbar la comunicación disfuncional.(23)

Los padres pueden manifestar diferentes estilos en la forma de comunicarse con sus hijos:

a. Pasivo, sumiso, inhibido

Los padres se muestran incapaces de hacer valer sus deseos y sus opiniones frente al hijo. Muestran una actitud claramente defensiva y de auto concentración. Se sienten inseguros en su papel y deciden callarse, aguantar, adaptarse y ceder a la más mínima presión por parte del hijo.(17)

b. Agresivo, dominante, impositivo

Los padres intentan imponer sus criterios a los hijos sin tener en cuenta la opinión de éstos. El padre dominantes sobrevalora y atiende casi en exclusiva sus propias opiniones, deseos y sentimientos, pero a la vez, desoye, rechaza, desprecia o resta importancia a los de sus hijos. La balanza queda desequilibrada a su favor. Las decisiones se toman de forma unilateral.(24)

Su discurso suele estar plagado de advertencias, amenazas, obligaciones. Se trata de mandatos y dictados que hay que cumplir y sobre los que no se plantea posibilidad de discusión. El planteamiento del contenido suele ser en negativo, sobre lo que no se debe hacer o decir. Pretende informar, sin intención alguna de argumentar o debatir sobre el tema en cuestión. El resultado es una especie de monólogo exigente y en ocasiones culpabilizador.(17)

c. Asertivo, auto afirmativo, dialogante

El padre no se inhibe a la hora de manifestar sus opiniones, ni intenta imponer sus criterios de forma autoritaria, como ocurría en los dos estilos anteriores respectivamente. (24)

El asertividad es la capacidad de defender activamente nuestros derechos sin violar el de los demás y permite que todos expresen abierta y directamente sus ideas. Las ideas se defienden, las opiniones se razonan y las normas se argumentan, sin apelar al sometimiento ni provocar rechazo. Las opiniones y razones del hijo también son consideradas como importantes y legítimas, son escuchadas y tenidas en cuenta.(23)

d. Familia saludable

En el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que sus miembros tienen el compromiso de nutrirse emocionalmente y físicamente, compartiendo recursos como el tiempo, espacio y dinero. Es en esta unidad donde se debe enfocar la atención para mejorar la salud de la población del país. Por tanto, la familia saludable es la que consigue construir un entorno físico y de relaciones del grupo familiar que favorezcan el

desarrollo humano de sus miembros individuales y que les permita alcanzar su óptimo potencial, respetando su dignidad de acuerdo a sus expectativas y necesidades.(3)

E. Funcionalidad familiar

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. (24)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. (24)

a. Criterios para funcionalidad familiar

- Comunicación: clara, directa, específica y congruente.
- Individualidad: autonomía respetada e indiferencias toleradas.
- Toma de decisiones: buscar la solución más apropiada para cada problema.
- Reacción a los eventos críticos: flexible para adaptarse a las demandas exigentes.

b. Principios fundamentales del funcionamiento familiar (SEGÚN FRAMO)

- Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hallan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.

- Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
- Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
- Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
- Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
- Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
- Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
- Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
- Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
- Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.

c. Tipos de familia

- **Familia funcional**

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que

son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos.

La satisfacción, definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo. La Satisfacción Familiar se correlaciona positivamente con el Sentido de la Vida del ser humano y el bienestar psicológico.

La Satisfacción Familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la Satisfacción Familiar y la Satisfacción Vital.

- **Familia disfuncional**

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía. (24)

2.2.3. La resiliencia

Es un concepto que surge de la inquietud por identificar aquellos factores que facilitan a las personas sobreponerse de manera exitosa a la adversidad y dificultades que se presentan en sus vidas. (26)

La palabra “resiliencia” se ha tomado de diferentes disciplinas: en osteología se ha usado para expresar la capacidad que tienen los huesos para crecer en sentido correcto después de una fractura (Badilla, 1999); en metalurgia e ingeniería civil la resiliencia describe la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora (Munis, Santos, Klotlirencó, Suarez, Infante y Grotberg, 1997); para las ciencias sociales la resiliencia se utiliza para caracterizar a aquellos sujetos que a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. (26)

La resiliencia se activa en situaciones adversas para la persona, en donde ésta logra superar los factores de riesgo creando un escudo protector contra las situaciones estresantes y adversas.

Las definiciones de resiliencia pueden centrarse en:

- En el individuo: se manejan conceptos como capacidad, cualidad, mentalidades, característica universal, escudo protector, entre otras.
- En el proceso: definiciones centradas en enfatizar la interacción que existe entre capacidades personales y el medio ambiente.
- En el resultado: definiciones centradas en la superación de la adversidad.

A. Historia de la resiliencia

Uno de los primeros teóricos que usó en sentido figurado el término procedente de la física de los materiales fue Bowlby. Insistiendo en el papel del apego en la génesis de la resiliencia la definió así: “resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir” (Manxiaus, Michel, Vanistendael, Leconte, Cyrulnik, 2005). Luego Anthony (1.970)

investiga sobre niños de alto riesgo y al observar resultados positivos introduce el término vulnerabilidad y paralelamente a este concepto surgió la tendencia opuesta, la invulnerabilidad, considerando que es invulnerable aquel que no es absorbido por la adversidad; se vio que este concepto era un tanto extremo y hacía especial énfasis en lo genético. Se buscó, entonces, un concepto menos rígido y más global que reflejase la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos; se encontró el de “capacidad de afrontar” y posteriormente se prefirió el concepto de resiliencia. (26)

Este concepto comenzó a usarse especialmente en el campo de la psicología evolutiva, como un intento de explicar por qué algunos niños y niñas frente a una vida de estrés, eran capaces de superar las adversidades y transformarse en individuos saludables (Menvielle, 1994). Se tuvo un conocimiento científico de la resiliencia a finales de la década de los 70 con el estudio longitudinal realizado por Emily Werner y un grupo de teóricos en la isla de Kauai Hawaii. Werner siguió durante 32 años a 698 niños expuestos a un riesgo alto de trastorno de la conducta. De 201 niños examinados a la edad de dos años, 72 evolucionaron favorablemente sin intervención terapéutica y se hicieron jóvenes y adultos competentes y bien integrados. (26)

Dice la autora que supieron “sobreponerse” a partir de una infancia difícil. (Puerta, 2002) Es Stefan Vanistendael en 1996 (citado en Puerta, 2002) apoyándose en Werner y otras investigaciones quién conceptualiza resiliencia como “la capacidad de una persona o de un sistema social para vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones de vida difíciles y esto de manera socialmente aceptable.” Esta

definición hace parte de la primera generación de investigadores en resiliencia.(25)

Factores de riesgo, factores protectores y resiliencia, el uso tradicional de factores de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se lo ha relacionado, en particular, con resultados adversos, mensurables en términos de mortalidad. Por ejemplo, un factor de riesgo asociado con enfermedades cardiovasculares es el consumo de tabaco. (26)

Esa concepción restringida no resulta suficiente para interpretar aspectos del desarrollo humano, ya que el riesgo también se genera en el contexto social y, afortunadamente, la adversidad no siempre se traduce en mortalidad. Una aportación significativa a la conceptualización de riesgo la brindó la epidemiología social y la búsqueda de factores en el ámbito económico, psicológico y familiar. (26)

Eso permitió reconocer la existencia de una trama compleja de hechos psico - sociales, algunos de los cuales se asocian con daño social, y otros sirven de amortiguadores del impacto de éste. Los factores protectores pueden actuar como escudo para favorecer el desarrollo de seres humanos que parecían sin esperanzas de superación por su alta exposición a factores de riesgo. (27)

Definiciones básicas Factor de riesgo: es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Por ejemplo, se sabe que una adolescente tiene mayor probabilidad que una mujer adulta de dar a luz a un niño de bajo peso; si además es analfabeta, el riesgo se multiplica.

En este caso, ambas condiciones, menor de 19 años y madre analfabeta, son factores de riesgo. Se observó que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que

concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo. Otro aspecto reside en las personas generadoras de riesgo; por ejemplo, aquellos adolescentes y jóvenes que parecieran buscar o generar situaciones de riesgo a través de comportamientos que aumentan reiteradamente. Factores protectores: son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. (27)

Así, la familia extendida parece tener un efecto protector para con los hijos de las adolescentes solteras. En lo que concierne a los factores protectores, se puede distinguir entre externos e interno.

Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía. Individuos resilientes: Son aquellos que, al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables. La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. (27)

Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Esto último permite elaborar, en sentido positivo, factores o

circunstancias de la vida que son desfavorables. Uno puede estar más que ser resiliente. Es necesario insistir en la naturaleza dinámica de la resiliencia. Nuestro conocimiento de las condiciones, procesos y resultados de la resiliencia está lejos de ser exhaustivo. Sin embargo, ya es posible identificar elementos de resiliencia y factores de protección en relación con algunos daños.(26)

B. Características de la resiliencia

Los 7 pilares de la resiliencia». A continuación, comentamos cada una de estas características:

- a. Introspección: hace referencia a la observación de nuestros pensamientos, emociones y actos. Con ella, adquirimos una visión real de lo que somos aumentando la capacidad de tomar decisiones, de conocer nuestras aptitudes y limitaciones. Cuanto mayor conocimiento tenemos de nosotros mismos, mejor enfrentamiento positivo tendremos ante situaciones difíciles. Independencia: se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; entre uno y las personas cercanas, alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.
- b. La capacidad de relacionarse: hace referencia a la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas. Aquí encontraríamos cualidades como la empatía o las habilidades sociales.
- c. Iniciativa: hace referencia a exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

- d. Humor: alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. El humor ayuda a superar obstáculos y problemas, a hacer reír y reírse de lo absurdo de la vida (Jauregui, 2007).
- e. Creatividad: es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa con la creación de juegos, que son las vías para expresar la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza ante situaciones adversas.
- f. Moralidad: se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse de acuerdo a valores sociales y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

La evolución de estos pilares la realiza Suárez (2004) al recoger las características de la resiliencia individual de Wolin y Wolin (1993) y englobarlas en cuatro componentes. De este modo se especifica mejor las cualidades que engloban cada uno de ellos y nos aporta una mayor concreción para el fortalecimiento de las mismas. Así, destaca 4 pilares:

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

anticipación y de la coherencia, fe en un futuro mejor y capacidad de pensamiento crítico). (27)

C. Dimensiones de la resiliencia

a. Aceptación de si mismo

El paso inicial para la aceptación de uno mismo es darse cuenta de quién uno es. proceso lento y dificultoso, en la medida que los conflictos no resueltos, miedos, culpas, baja autoestima, ego distorsionado, convertidos en deterioros del carácter y en adicciones diversas, nublan nuestra mirada interna.

La aceptación de uno mismo tal cual es constituye uno de los pasos más importantes para el desarrollo personal y la armonía interna. No se puede estar en armonía si uno no acepta las características positivas y negativas de su integridad. Después del darse cuenta viene la aceptación y después el cambio.

Es bondadoso aceptar todo lo positivo que hay en nosotros; sin embargo, si deseamos cambiar creencias anquilosadas y prácticas negativas, debemos darnos cuenta de nuestras flaquezas. Hacer frente a nuestras carencias demanda la fortaleza indispensable para desafiar la mayor de nuestras debilidades: el miedo al cambio.

La aceptación de uno mismo la podemos concebir como el envión para cambiar nuestro contexto interno de vida actual. La resistencia al cambio, por el contrario, se transforma en una barrera para nuestro desarrollo personal.

El cambio no está libre de dificultades, no obstante, es un incentivo para encontrar el camino de todas las

posibilidades, la felicidad que es el objetivo máximo, el objetivo de todos los otros objetivos.

Si nos internamos en el surco de nuestro cambio sinceramente, si revisamos nuestras emociones sombrías y nuestras formas de proceder y las cambiamos por empatía, por bondad, por amor, que es el motor que mueve la existencia humana, tendremos más posibilidades de conseguir ser lo que deseamos ser.(28)

b. Competencias personales

La resiliencia es una construcción compleja que Stefan Vanistendael y Jacques Lecomte (2002) comparan con una pequeña casa, una casita, que se construye con sólidos cimientos. Cada estancia representa un campo de intervención posible, para los que quieren contribuir a construir, mantener o reestablecer la resiliencia. Se trata de sugerencias, cada uno debe descubrir en cada situación concreta en que campos precisos puede actuar, a continuación, cuáles serán las acciones a llevar a cabo en cada caso. En primer lugar está el suelo sobre el que está construida, se trata de necesidades materiales elementales. Pero se necesita más que esto. En los cimientos están también la red de relaciones sociales y en el corazón de estas redes, se sitúa la aceptación profunda de la persona, no de su comportamiento, su importancia es primordial. Esta aceptación no es unilateral, no sólo el adulto acepta al niño, es preciso que haya reciprocidad, el niño también desempeña su papel, debe consentir que se le acepte.

En la planta baja encontramos una capacidad fundamental, encontrar un sentido a la vida, descubrirle un sentido, que

puede realizarse a través de una filosofía que consiste en apreciar plenamente la existencia.

Este nivel es el de los proyectos concretos, que debemos encontrar para cada persona, cuidar de otro, ser generoso con otros, responsabilizarse de tareas y cuidados, la naturaleza ofrece muchas posibilidades pedagógicas importantes. El niño se siente capaz de descubrir un sentido de vida que está sin duda vinculado a su entorno. El descubrimiento de sentido no es una actividad individual, puede ser activado por los adultos favoreciendo el diálogo con los demás seres vivos y con el entorno material.

En el primer piso encontramos tres habitaciones: la autoestima, las competencias y aptitudes, el humor y otras estrategias de adaptación. Al igual que en una casa las habitaciones están comunicadas entre sí, es decir que los campos están ligados, así la autoestima, considerada como un factor esencial de la resiliencia, está en estrecha relación con otros elementos como la aceptación del otro.

Las aptitudes y competencias interesan de modo particular a la educación. No sólo las aptitudes cognitivas, también las relacionales, profesionales y de supervivencia, que gracias a ellas podremos expresar sentimientos y emociones, y mostrar la capacidad práctica de arreglárnosla en la vida cotidiana.

La autoestima, considerada como un componente ético, sentirse a gusto consigo mismos, estar rodeados de personas que ratifican con justeza su valía y les animan.

El buen equilibrio mental permite explorar sus posibilidades, las de los demás y las del entorno, aprenden a amar la vida y a estar motivados no sintiéndose bloqueados por obstáculos que consideran insuperables.

El sentido del humor es fundamental en las relaciones humanas, y esto lo sabemos los profesores, aunque no se refleja en las ciencias pedagógicas. Es difícil definir el humor, y aún más difícil aprenderlo. Gracias al humor construimos relaciones, vínculos, asociaciones inesperadas, y eso relativiza las relaciones y los vínculos evidentes. Constatamos que el verdadero sentido de la vida es relativo, vinculado al contexto, y sin ese contexto se convierte en un sinsentido. La fuente del humor es lo insólito, si sólo hay rutina, no tiene cabida el humor. En el desván está la apertura a otras experiencias a menudo más localizadas. Los contextos, los problemas, las culturas son demasiado diferentes y variadas, por tanto, no se puede indicar que acciones realizar en cada estancia de la casita. Esta propuesta puede aplicarse a la resiliencia de un niño, pero también a la de una familia, de una comunidad. La casita puede servir para encontrar puntos fuertes y débiles de un niño, y es una herramienta del enfoque de resiliencia. La reconstrucción de una existencia que se abre un camino a veces improbable, pero que no se da fácilmente por vencida. Un recorrido sembrado de dificultades pero que conduce finalmente a la esperanza.(29)

2.2.4. Adolescencia

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

Se dice que es una etapa de transición ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto,

en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, un periodo de transición entre la niñez y adultez, sin embargo, si solo se define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por otro, el concepto adolescencia y para el adolescente mismo.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

Sin embargo al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos, por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. No todos estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación, ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos. (30)

A. Adolescente

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

Sin embargo al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos, por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy

complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. No todos estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación, ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos. (30)

B. Etapas de la adolescencia

- a. Adolescencia temprana: también llamada pubertad o pre-adolescencia. Abarca desde los 10 años a los 13 años. En esta etapa la mayoría de los cambios son físicos como el desarrollo de caracteres sexuales secundarios como los cambios en la voz, desarrollo vello púbico y axilar, cambios en las mamas de las mujeres y aumento del volumen testicular y del pene en el hombre.
- b. Adolescencia media: abarca de los 14 a los 16 años, en esta etapa los cambios además de ser físicos son psicológicos. En esta etapa se fortalece la auto afirmación, se cultivan las amistades y se hacen fuertes vínculos con sus pares. Se comienza a descubrir el amor.
- c. Adolescencia tardía: abarca de los 17 a los 21 años. En esta etapa los conflictos internos de personalidad, identidad, búsqueda de pareja son los más frecuentes. Además, deberá decidir a qué quiere dedicarse el resto de su vida y si quiere realizar una carrera técnica o profesional. El trabajo en esta edad no siempre tendrá el efecto positivo que uno podría pensar. A veces el desempeño escolar baja, sobre todo si trabajan 20 horas o más por semana. Muchas veces se sienten con más libertades por la independencia económica. No siempre se

hace buen uso de los ingresos y estos pueden destinarse a comprar alcohol o drogas. Será indispensable hacer uso correcto y juicioso de estos recursos.(31)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a. Comportamiento de una persona

Es la forma como ella reacciona usualmente ante una situación; existen comportamientos o hábitos que favorecen la salud (asistir a la toma de presión arterial, al control prenatal, llevar una dieta balanceada y baja en sal) y otras que perjudican la salud (fumar, no hacer ejercicio, tener relaciones sexuales indiscriminadamente, entre otros). La influencia de este factor en la salud es enorme, ya que incluso determina si se modifica o no el ambiente o si se acude o no a los servicios de salud. (32)

b. Conducta social

Cualquier conducta en que exista interacción entre dos o más seres humanos.(32)

c. Afecto

Es una de las tres esferas de la actividad mental (Motivación, Cognición y Afecto), abierta y concernida por emociones, estados de humor y otros estados sentimentales asociados, tales como el ánimo y el cansancio. (33)

d. Bienestar subjetivo

Se asocia al grado y al tipo de satisfacción positiva de cada persona con su vida, valorada globalmente. Posee componentes diversos: psicológicos, fisiológicos y sociales. Y en ocasiones se relaciona con el concepto de felicidad. (33)

e. Sentimiento

Puede considerarse como el estado de ánimo o estado psíquico que sigue a la emoción, su consecuencia directa. Se trataría de un estado afectivo más estructurado, complejo y estable que la emoción, pero menos intenso: presenta una menor implicación fisiológica. Su

duración es mayor que la emoción y se caracteriza por el elevado contenido cognitivo que ofrece. (33)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis general

H₁: Es probable que exista relación significativa entre la funcionalidad familiar y la resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

H₀: No existe relación entre la funcionalidad familiar y la resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

2.4.2. Hipótesis específicas

H₂: Es probable que exista disfuncionalidad familiar en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017

H₃: Es probable que el nivel de resiliencia sea bajo en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017

H₄: Es probable que exista relación significativa entre la funcionalidad familiar y la aceptación de sí mismos en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

H₀: No existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la aceptación de sí mismos en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

H₅: Es probable que exista relación significativa entre la funcionalidad familiar y las competencias personales en los

adolescentes atendidos en Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

H₀: No existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y las competencias personales en los adolescentes atendidos en Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

2.5. VARIABLES

a. Variable X: funcionalidad familiar

- **Indicadores:**

- Cohesión.
- Armonía.
- Comunicación
- Permeabilidad
- Afectividad.
- Roles.
- Adaptabilidad.

b. Variable Y: resiliencia

- **Indicadores:**

- Aceptación de si mismo
- Competencias personales

2.5.1. Definición conceptual de la variable

a. Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten

trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. (24)

b. Resiliencia

Es la capacidad de un individuo o familia, para enfrentarse a circunstancias adversas, condiciones de vida difíciles, a situaciones potencialmente traumáticas y recuperarse saliendo fortalecido y con más recursos. (5)

2.5.2. Definición operacional de la variable

A. Funcionalidad familiar

La variable de funcionalidad familiar es definida como el mejor agente preventivo de la salud de la salud psicosocial de la persona. Esta variable será medida con el instrumento FF-SIL elaborado por De la Cuesta, Pérez, Louro (1994), el cual mide el funcionamiento cuanti-cualitativamente a través de los indicadores de adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. Será valorado en las siguientes categorías: familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.

B. Resiliencia

Es el convencimiento que tiene un individuo o equipo en superar los obstáculos de manera exitosa sin pensar en la derrota a pesar de que los resultados estén en contra. Esta variable será medida con la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) a través de los indicadores: Aceptación de sí mismo y competencias personales. Será valorado en las categorías de Capacidad de Resiliencia Baja, Resiliencia Media, Resiliencia Media Alta y Resiliencia Alta.

2.5.3. Operacionalización de la variable

| Variable | Indicadores | Instrumento | Ítems | Categoría | Escala |
|--|-------------------------|--|--------|--|---------|
| Variable X: Funcionalidad familiar | Cohesión | Cuestionario de funcionalidad Familiar | 1 y 8 | Funcional Moderadamente funcional | Ordinal |
| | Armonía | | 2 y 13 | | |
| | Comunicación | | 5 y 11 | | |
| | Permeabilidad | | 7 y 12 | Disfuncional Severamente disfuncional | |
| | Afectividad | | 4 y 14 | | |
| | Roles | | 3 y 9 | | |
| | Adaptabilidad | | 6 y 10 | | |
| Variable Y: Resiliencia | Aceptación de sí mismo | Test de Resiliencia | 1 – 8 | Baja Media Media alta Alta | Ordinal |
| | Competencias personales | | 9 - 25 | | |

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

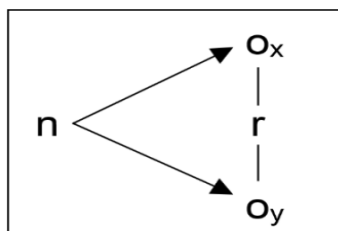
Según el enfoque cuantitativo el presente estudio es de tipo descriptivo correlacional; Bivariado, transversal, prospectivo y de campo.

3.1.2. Nivel de investigación

El nivel de la presente investigación es correlacional, porque especifica propiedades o características importantes en la unidad de estudio, y establece relaciones entre las variables de estudio.

3.1.3. Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es correlacional de corte transversal.



Donde:

n : Muestra

o_x : Variable X

o_y : Variable Y

r : relación

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. Ubicación espacial

El Centro de Salud Javier Llosa García está ubicado en la Calle Córdoba N°125 Esquina con Costa Rica del distrito de Jacobo D. Hunter – Arequipa, cuya categoría es nivel I-4 con atención de 24 horas los servicios que oferta son:

A. Consulta Externa

- Consulta Ambulatoria por Médico General.
- Consulta Ambulatoria por Médico Especialista en Pediatría.
- Consulta Ambulatoria por Médico Especialista en Cirugía General.
- Consulta Ambulatoria por Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia.
- Consulta Ambulatoria por Médico Especialista en Traumatología y Ortopedia.
- Consulta Ambulatoria por Médico Especialista en Medicina Familiar.
- Consulta Ambulatoria por Médico Especialista en Psiquiatría.
- Consulta Ambulatoria por Médico Especialista en Gastroenterología.
- Consulta Ambulatoria por enfermera(o).

- Consulta Ambulatoria diferenciada por profesional de la salud.
- Consulta Ambulatoria por profesional de la salud capacitado en salud mental.
- Consulta Ambulatoria por Medico General capacitado en Salud Mental.
- Consulta Ambulatoria por Psicólogo.
- Consulta Ambulatoria por Obstetra.
- Consulta Ambulatoria por Cirujano dentista.
- Consulta Ambulatoria por Cirujano dentista con soporte en Radiología Oral.
- Consulta Ambulatoria por Cirujano dentista especialista.
- Consulta Ambulatoria por Nutricionista.
- Consulta Ambulatoria por Médico en Tópico de procedimiento de consulta externa.
- Atención de Procedimiento Ambulatorios en la especialidad de Cirugía General.
- Atención de Procedimiento Ambulatorios en la especialidad de Ginecología y Obstetricia.
- Atención de Procedimiento Ambulatorios en la especialidad de Gastroenterología.

B. Emergencia

- Atención en Tópico de Inyectables y nebulizadores.
- Atención de Urgencia y Emergencias por Médico Especialista en Pediatría.
- Atención de Urgencia y Emergencias por Médico Especialista en Gineco Obstetricia.

- Atención de Urgencia y Emergencias por Médico Especialista de Cirugía General.
- Atención de Urgencia y Emergencias por Médico Especialista en Traumatología y Ortopedia.
- Atención de Urgencia y Emergencias por Médico Especialista en Psiquiatría.
- Atención en sala de Observación y Emergencia.

C. Centro obstétrico

- Atención de Parto Vaginal por Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia y Obstetra.
- Atención inmediata de Recién Nacido por Médico Especialista en Pediatría y Enfermera.

D. Patología clínica

- Procedimiento de Laboratorio Clínico Tipos I-3 y I- 4.

E. Diagnóstico por imágenes

- Radiología Convencional.
- Ecografía general y Doppler.

F. Medicina de Rehabilitación

- Atención de Rehabilitación mediante Terapia Ocupacional.
- Atención de Rehabilitación mediante Terapia del Lenguaje.
- Atención de Rehabilitación mediante Terapia de Aprendizaje.

G. Farmacia

- Dispensación de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

H. Control de esterilización

- Desinfección de Nivel Intermedio en Central de Esterilización.

3.2.2. Ubicación temporal

El presente estudio se realizó en el periodo de tiempo de enero a agosto del 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García que tuvo programados para el 2017 siendo en total de 274 adolescentes.

a. Criterios de inclusión

- Adolescentes de 13 a 18 años de edad.
- Adolescentes de ambos sexos.
- Adolescentes con SIS.

b. Criterios de exclusión

- Adolescentes con condición de transeúnte.
- Adolescentes con deterioro cognitivo.
- Adolescentes que no deseen participar.

3.3.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se usó la fórmula de población finita siguiente:

$$n = \frac{ExNxQxP}{E^2x(N-1) + ExPxQ}$$

$$n = 177$$

Donde:

n = Muestra.

E = Margen de error 5 (va de 1 a 10)

p = Posibilidad de acierto 50

q = Posibilidad de error 50

N = Población.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.4.1. Técnicas

La técnica que se utilizó, para la variable independiente tanto como para la variable dependiente, fue la encuesta.

3.4.2. Instrumentos

A. Variable X: Funcionalidad Familiar

El instrumento que se usó es el Test FF-SIL de Funcionalidad Familiar; cuyo autor es De la Cuesta, Pérez, Louro (1994). Su tiempo aproximado de aplicación de 15 min. La población a la que es dirigida es a adolescentes y adultos.

Este instrumento consta de 14 ítems, redactados en forma positiva, además de una escala de tipo Likert con 5 opciones como alternativas de respuesta.

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala, donde:

| Escala cuantitativa | Escala cuantitativa |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1 punto | Casi nunca |
| 2 puntos | Pocas veces |
| 3 puntos | A veces |
| 4 puntos | Muchas veces |
| 5 puntos | Casi siempre |

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que nos permitirá clasificar y hacer el diagnóstico correspondiente de la funcionalidad familiar en la siguiente escala, según resultado obtenido:

| Escala Cuantitativa | Escala Cualitativa |
|----------------------------|---------------------------|
| 57 a 70 puntos | Funcional |
| 43 a 56 puntos | Moderadamente Funcional |
| 28 a 42 puntos | Disfuncional |
| 14 a 27 puntos | Severamente disfuncional |

B. Variable Y: Resiliencia

El instrumento que se utilizo es la Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young (1993), su tiempo aproximado de aplicación es de 25 minutos. La población a la que va dirigida es a adolescentes y adultos.

Este instrumento que están redactado en forma positiva y reflejan con exactitud las declaraciones hechas por los examinados, todas ella planteadas a través de una escala Likert de 7 puntos, donde:

| Escala Cuantitativa | Escala Cualitativa |
|----------------------------|---------------------------|
| 1 punto | Totalmente en desacuerdo. |
| 2 puntos | Muy en desacuerdo |
| 3 puntos | Un poco en desacuerdo. |
| 4 puntos | Neutral. |
| 5 puntos | Un poco de acuerdo. |
| 6 puntos | Muy de acuerdo. |
| 7 puntos | Totalmente de acuerdo. |

A la vez esta escala se desarrolla en torno a 2 factores, el de Competencias Personales (17 ítems) y Aceptación de si mismo (8 ítems). El resultado de la suma de los puntos fue dividido por 25, y el resultado final fue ubicado en la siguiente escala de capacidad de resiliencia:

| Factores | Ítems | Puntaje | Valoración |
|------------------------|---|----------------|---|
| Aceptación de si mismo | 1,2,3,4,5,6,7,8 | 56/25 | <ul style="list-style-type: none"> • Baja = de 1 a 2,59 puntos • Media = de 2,6 a 4,09 puntos • Media alta = de 4,7 a 5,59 puntos • Alta = de 5,6 a 7 puntos. |
| Competencia personal | 9,10,11,12,13, 14,15,16,17, 18,19,20,21,22, 23,24,25 | 119/25 | |
| Resiliencia | | 175/25 | |

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

A. Variable X: Funcionalidad Familiar

Cuestionario de Funcionalidad Familiar este Instrumento FF-SIL elaborado De la Cuesta, Pérez, Louro (1994). Para la elaboración de este instrumento el universo estuvo constituido por los 626146 núcleos familiares que se encuentran residiendo en ciudad de la Habana en el periodo comprendido entre el 1° de diciembre de 1999 y el 8 de enero del 2000. Se decidió estudiar a 160 familias. Para la determinación de la muestra definitiva se escogió a partir del Muestreo por conglomerados bietapico, de los cuales se seleccionaron a 80 familias. El instrumento puede aplicarse a un miembro de la familia, que se encuentre emocionalmente estable y que conviva la mayor parte con los demás miembros de la familia.

Para ver la estabilidad temporal se realizaron dos aplicaciones de la prueba en un intervalo de 15 días, puesto que se considera un tiempo prudencial para garantizar que no actué la memoria sobre lo respondido la vez anterior y tampoco tanto tiempo como para que no se modifique la dinámica familiar por la vivencia de nuevos acontecimientos. Se utilizó el coeficiente de correlación r_{tt} que aparece descrito por Lienert y se consideró estable en tiempo si el coeficiente obtenido fue superior a 0,8.

Par el análisis de consistencia interna se consideró que la prueba es confiable si el Alfa de Cronbach fue superior a 0,8.

Para la validez del criterio se determinó la concordancia entre los criterios diagnósticos emitidos por los médicos de la familia y los resultados de la prueba mediante el cálculo del coeficiente Kappa 0,134. además, se realizó la interpretación descriptiva del coeficiente, empleando para ello una escala arbitraria que considera una concordancia escasa o nula, si esta entre 0 y 0,24; ligera entre 0,25 y 0,49, moderada entre 0,50 y 0,74; e intensa a partir de 0,74 validado. (34)

B. Variable Y: Resiliencia

La Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young (1993). Formaron parte del estudio 380 participantes que fueron clasificados en dos grupos, uno normativo y otro de alto riesgo. El instrumento elegido para analizar la validación discriminante fue la Escala de Señalización del Ambiente Natural Infantil de Sani (2003). Esta escala diferenció a los dos grupos de contraste en cuanto a la presencia de violencia interparental. En base a la diferencia establecida entre ambos grupos, se realizó un estudio comparativo una vez analizadas las principales cualidades psicométricas de la RS. Esta escala presentó un alto nivel de consistencia interna ($\alpha=0,86$), así como una adecuada validez de constructo observada tras el análisis factorial de los ítems. (35, 36)

Para el análisis de la consistencia interna existente en las respuestas de los sujetos a cada uno de los 25 ítems de la RS, fue usado el coeficiente alpha de Cronbach evidenciándose un elevado nivel de fiabilidad de la escala ($\alpha = 0,86$). Así, se puede considerar que esta escala presenta una alta fiabilidad en esta población de adolescentes. Por otra parte, los valores encontrados se asemejan a los del estudio original de Wagnild y Young (1993). Para el análisis de la validez de constructo factorial de la RS, se procedió al análisis factorial de los ítems a través del método de análisis de los componentes principales, tal como fue utilizado en el estudio original de la escala. Previamente al análisis factorial, se procedió a la aplicación de la prueba de esfericidad de Bartlett y al coeficiente KMO. La prueba de Bartlett mostró un nivel de significancia inferior a $p < 0,001$. El valor de la prueba de chi-cuadrado fue de 2359,721 ($p < 0,001$) y el valor de KMO fue de 0,883.

En consecuencia, los valores encontrados son apropiados para proceder a la realización del análisis factorial de los ítems. El resultado del análisis factorial según el criterio de decisión de Guttman-Kaiser (valores propios > 1) para los 334 sujetos de la muestra, reveló la existencia de seis factores responsables del 55,5% del porcentaje acumulado de variabilidad, lo que se puede considerar como satisfactorio. El primer componente fue responsable del 27,8% y el segundo factor del 8,1% de la variabilidad total, en más de 5%. (35)

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

A. Coordinación con las Autoridades

a. Entrega de la solicitud para la aplicación del instrumento de la investigación dirigida al director del Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter.

B. Aplicación del Instrumento

a. Revisión del cuestionario y ficha de observación.

b. Aplicación del instrumento para la recolección de datos.

C. Procesamiento de la Información

a. Una vez obtenida la información de la muestra delimitada para la investigación, se procedió a realizar el análisis estadístico, utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 10,0.

b. Se emplearon técnicas estadísticas como: cuadros de frecuencia, porcentajes y chi cuadrado.

D. Presentación de los Resultados

a. Se elaboró un informe final de acuerdo a las especificaciones de la Escuela Profesional de Enfermería.

**CAPÍTULO IV
RESULTADOS**

Tabla 1

Características demográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.

| Características demográficas | | fi | % |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------|----------|
| Edad/años | 13 - 14 | 70 | 39,5 |
| | 15 - 16 | 75 | 42,4 |
| | 17 - 18 | 32 | 18,1 |
| Sexo | Masculino | 108 | 61,0 |
| | Femenino | 69 | 39,0 |
| Grado de instrucción | Primaria | 3 | 1,7 |
| | Primero de Secundaria | 30 | 16,9 |
| | Segundo de Secundaria | 30 | 16,9 |
| | Tercer de Secundaria | 28 | 15,8 |
| | Cuarto de Secundaria | 33 | 18,6 |
| | Quinto de Secundaria | 53 | 29,9 |

Fuente: cuestionario de resiliencia, elaboración propia, 2017

En la tabla 1 se observa que el 42,4% de adolescentes tienen edades que oscilan entre 15 a 16 años; el 61% son del sexo masculino y el 29,9% son los que cursan el quinto año de secundaria.

Tabla 2

Frecuencia de los componentes de funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.

| Componentes de Funcionalidad Familiar | Funcional | | Moderadamente funcional | | Disfuncional | | Severamente disfuncional | |
|--|------------------|----------|--------------------------------|----------|---------------------|----------|---------------------------------|----------|
| | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % |
| Cohesión | 2 | 1,1 | 118 | 66,7 | 51 | 28,8 | 6 | 3,4 |
| Armonía | 10 | 5,6 | 113 | 63,8 | 46 | 26,0 | 8 | 4,5 |
| Comunicación | 13 | 7,3 | 104 | 58,8 | 49 | 27,7 | 11 | 6,2 |
| Permeabilidad | 11 | 6,2 | 114 | 64,4 | 42 | 23,7 | 10 | 5,6 |
| Afectividad | 8 | 4,5 | 102 | 57,6 | 60 | 33,9 | 7 | 4,0 |
| Roles | 3 | 1,7 | 118 | 66,7 | 52 | 29,4 | 4 | 2,3 |
| Adaptabilidad | 2 | 1,1 | 129 | 72,9 | 43 | 24,3 | 3 | 1,7 |

Fuente: cuestionario de funcionalidad familiar, elaboración propia, 2017.

En la tabla 2 se puede apreciar que el mayor porcentaje es de 72,9% en adaptabilidad, seguido de roles y cohesión con 66,7% respectivamente, destacando así familias moderadamente funcionales; sin embargo, cabe notar que las familias disfuncionales tienen un mayor porcentaje en afectividad con 33,9% seguido de roles con 29,4%, indicadores que se deben de tomar en cuenta para poder establecer estrategias y fortalecer dichas áreas.

Tabla 3

Frecuencia de funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.

| Funcionalidad Familiar | fi | % |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Funcional | 7 | 4,0 |
| Moderadamente funcional | 114 | 64,4 |
| Disfuncional | 49 | 27,6 |
| Severamente disfuncional | 7 | 4,0 |
| Total | 177 | 100,0 |

Fuente: cuestionario de funcionalidad familiar, elaboración propia, 2017

En la tabla 3 se aprecia que el 64,4% de adolescentes encuestados presenta un nivel de funcionalidad familiar moderado, mientras que un 27,6 % presenta familias disfuncionales y solo un 4% tienen familias o funcionales o severamente disfuncionales respectivamente. Estos resultados ponen de manifiesto que la funcionalidad familiar es inadecuada y merece la atención oportuna por parte de los profesionales de enfermería.

Tabla 4

Componentes de resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.

| Componentes de Resiliencia | Baja | | Media | | Media alta | | Alta | |
|-----------------------------------|-------------|----------|--------------|----------|-------------------|----------|-------------|----------|
| | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % |
| Aceptación de sí mismo | 74 | 41,8 | 101 | 57,1 | 2 | 1,1 | 0 | 0,0 |
| Competencias personales | 21 | 11,9 | 151 | 85,3 | 5 | 2,8 | 0 | 0,0 |

Fuente: cuestionario de resiliencia, elaboración propia, 2017.

En la tabla 4 se aprecia que el 57,1% de adolescentes encuestados presenta un nivel medio de aceptación de sí mismo, mientras que un 85,3% tiene nivel medio en cuanto a las competencias personales. Estos resultados ponen en manifiesto que los componentes de la resiliencia son inadecuados y merecen la atención oportuna por parte del personal de enfermería.

Tabla 5

Frecuencia de resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.

| Resiliencia | fi | % |
|--------------------|-----------|----------|
| Baja | 48 | 27,1 |
| Media | 126 | 71,2 |
| Media alta | 3 | 1,7 |
| Alta | 0 | 0,0 |
| Total | 177 | 100,0 |

Fuente: cuestionario de resiliencia, elaboración propia, 2017.

En la tabla 5 se aprecia que de los adolescentes encuestados el 71,2% tiene un nivel de resiliencia media, mientras que un 27,1% presenta un nivel de resiliencia baja y solo un porcentaje de 1,7% presenta un nivel de resiliencia media alta. Estos resultados ponen en manifiesto que se tiene que enfatizar en el fortalecimiento de las capacidades, habilidades y/u oportunidades de forma objetiva para que los adolescentes puedan afrontar las dificultades, problemas o traumas que se presentan en el día a día.

Tabla 6

Funcionalidad Familiar y su relación con aceptación de sí mismo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.

| Funcionalidad familiar | Aceptación de sí mismo | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|----------|------------|------------|--------------|
| | Baja | | Media | | Media alta | | Alta | | Total | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % |
| Funcional | 0 | 0,0 | 7 | 4,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 4,0 |
| Moderadamente funcional | 19 | 10,7 | 94 | 53,1 | 1 | 0,6 | 0 | 0,0 | 114 | 64,4 |
| Disfuncional | 48 | 27,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 | 0 | 0,0 | 49 | 27,6 |
| Severamente disfuncional | 7 | 4,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 4,0 |
| Total | 74 | 41,8 | 101 | 57,1 | 2 | 1,1 | 0 | 0,0 | 177 | 100,0 |

Fuente: encuesta, elaboración propia, 2017.

$$X^2 = 110.47$$

$$gl = 9$$

$$p\text{-valor} = 0.00 < 0.05$$

En la tabla 6 se aprecia que el 53,1% de adolescentes con un nivel de funcionalidad familiar moderada, tienen un nivel medio de aceptación de sí mismos.

Prueba de Hipótesis

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.00 < 0.05$) entre la funcionalidad familiar y la aceptación de sí mismo en los adolescentes atendidos en Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 7

Funcionalidad familiar y su relación con competencias personales en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.

| Funcionalidad familiar | Competencias personales | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|----------|------------|------------|--------------|
| | Baja | | Media | | Media alta | | Alta | | Total | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % |
| Funcional | 0 | 0,0 | 7 | 4,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 4,0 |
| Moderadamente funcional | 0 | 0,0 | 109 | 61,6 | 5 | 2,8 | 0 | 0,0 | 114 | 64,4 |
| Disfuncional | 16 | 9,0 | 33 | 18,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 49 | 27,6 |
| Severamente disfuncional | 5 | 2,8 | 2 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 4,0 |
| Total | 21 | 11,9 | 151 | 85,3 | 5 | 2,8 | 0 | 0,0 | 177 | 100,0 |

Fuente: encuesta, elaboración propia, 2017.

$$X^2 = 61,99$$

$$gl = 9$$

$$p\text{-valor} = 0.00 < 0.05$$

En la tabla 7 se aprecia que el 61,6% de adolescentes con un nivel de funcionalidad familiar moderado tienen competencias personales de nivel medio.

Prueba de Hipótesis

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.00 < 0.05$) entre la funcionalidad familiar y las competencias personales en los adolescentes atendidos en Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 8

Funcionalidad familiar y su relación con resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017.

| Funcionalidad familiar | Resiliencia | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|----------|------------|------------|--------------|
| | Baja | | Media | | Media alta | | Alta | | Total | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % |
| Funcional | 0 | 0,0 | 7 | 4,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 4,0 |
| Moderadamente funcional | 0 | 0,0 | 112 | 63,3 | 2 | 1,1 | 0 | 0,0 | 114 | 64,4 |
| Disfuncional | 41 | 23,2 | 7 | 4,0 | 1 | 0,6 | 0 | 0,0 | 49 | 27,6 |
| Severamente disfuncional | 7 | 4,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 4,0 |
| Total | 48 | 27,1 | 126 | 71,2 | 3 | 1,7 | 0 | 0,0 | 177 | 100,0 |

Fuente: encuesta, elaboración propia, 2017.

$$X^2 = 144,40$$

$$gl = 9$$

$$p\text{-valor} = 0.00 < 0.05$$

En la tabla 8 se puede apreciar que el 63,3% de adolescentes encuestados con un nivel de funcionalidad familiar moderado tienen nivel de resiliencia media.

Prueba de Hipótesis

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.00 < 0.05$) entre la funcionalidad familiar y la resiliencia en adolescentes atendidos en Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La familia como una fuente relevante para desarrollar actitudes que proporcionan a los niños y adolescentes herramientas y recursos para afrontar adversidades, siendo algunas de estas herramientas desarrollar relaciones de confianza y de cuidado, desarrollar un propósito positivo en las expectativas de la vida, sobrellevar decisiones que se han tomado y contar con una familia con cohesión y apoyo.

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Javier Llosa García del Distrito de Hunter de la Ciudad de Arequipa, se aplicó los instrumentos en 177 adolescentes atendidos en este Centro de Salud.

En la tabla 1, se presenta las características demográficas de los adolescentes y se puede apreciar que el mayor porcentaje está entre 15 a 16 años de edad; predomina el sexo masculino y la mayoría es del quinto grado.

En las tablas 2 y 3, se aprecia que la mayoría de las familias son moderadamente funcionales, donde destaca la adaptabilidad seguido de roles y cohesión. Estos resultados se relacionan con los encontrados por Mostacero, Eliana, Paredes, Pamela en el trabajo titulado "Funcionamiento familiar y proyecto de vida en adolescentes de la Institución Educativa "José Carlos

Mariátegui" de Sausal 2014", donde se encontró que el 74,7% tienen familia funcional y el 25,3% familia disfuncional. (37)

En las tablas 4 y 5, muestran la frecuencia de resiliencia y sus componentes, se aprecia que la mayoría de los adolescentes tienen un nivel de resiliencia media y el componente que sobresalió fue competencias personales. Estos resultados difieren de los encontrados por Fuentes, P. (2013) donde se concluyó que el 84% de los adolescentes presenta un nivel alto de resiliencia y el 16% presenta un nivel medio, que la característica que tienen más fortalecida es la confianza en sí mismos/as y la que tienen menos fortalecida es la capacidad de sentirse bien solos/as, y que en esta muestra las mujeres tienden a confiar más en sí mismas que los hombres.

Las tablas 6 y 7, relacionan la funcionalidad familiar con aceptación de sí mismo y Competencias Personales, se demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y estos dos componentes.

En la tabla 8, presenta la funcionalidad familiar y su relación con resiliencia en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa 2017 y el resultado es que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la resiliencia en adolescentes atendidos. Estos resultados se relacionan con Aguilar, M y Alfaro, N. en su tesis titulada "Funcionamiento familiar y resiliencia en escolares del Distrito de Paucarpata, Arequipa, sus resultados demostraron que la resiliencia de los alumnos es baja, el funcionamiento familiar es extremo, existiendo relación entre la resiliencia y el funcionamiento familiar.

En nuestro estudio, se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y el funcionamiento familiar, es decir, que los escolares con resiliencia alta, por lo general proceden de familias con funcionamiento familiar balanceado, y los que tienen familias con funcionamiento de rango medio y extremo, tienen resiliencia baja en la mayoría de casos.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Existe relación significativa (p -valor = $0.00 < 0.05$) entre la funcionalidad familiar y la resiliencia en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter.
- SEGUNDA:** El 42,2%, de los adolescentes objeto de estudio, tienen edades que fluctúan entre los 15 y 16 años, con predominio del sexo masculino en un 61% y un 29,9% cursan el quinto año de secundaria.
- TERCERA:** El nivel de funcionalidad familiar es moderado, en un 64,4%, de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García.
- CUARTA:** El nivel de resiliencia de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García es de nivel medio en un 71,2%.
- QUINTA:** Existe relación estadísticamente significativa (p -valor = $0.00 < 0.05$) entre la funcionalidad familiar con el indicador de aceptación de sí mismo en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García.
- SEXTA:** Existe relación estadísticamente significativa (p -valor = $0.00 < 0.05$) entre la funcionalidad familiar con el indicador de competencias personales en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García.

RECOMENDACIONES

1. El personal de enfermería y los profesionales de salud del establecimiento, deben de elaborar programas sobre la importancia de la funcionalidad familiar, donde interactúen los padres e hijos, trabajando en los indicadores con el fin de fortalecer el desarrollo cognitivo, social y optimizar la resiliencia saludable de los adolescentes en sus familias.
2. La enfermera y el equipo de salud, debe de coordinar con las instituciones educativas actividades constructivas, talleres y escuelas para padres con temas sobre la promoción de la salud en la familia, potenciar y mejorar la autoestima de sus hijos, y la importancia de la comunicación en familia para la promoción y fortalecimiento de la formación integral de los adolescentes mejorando su salud mental en etapa escolar.
3. El personal de enfermería debe fomentar en los padres de familia e hijos la importancia de la funcionalidad familiar, fortaleciendo las áreas más vulnerables de cada familia.
4. El personal de enfermería junto al departamento de psicología, debe de realizar programas y actividades lúdicas para promocionar el desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en los adolescentes, dando la oportunidad de poner a pruebas sus capacidades y realizar sus logros con éxito.
5. El personal de enfermería a nivel de “Escuelas Saludables” debe elaborar y fomentar estrategias de formación y desarrollo de la resiliencia en lo que respecta a aceptación de sí mismo, trabajando virtudes y para que haga efecto multiplicador a los adolescentes.
6. Siendo la adolescencia una etapa de cambios psicológicos es importante que el personal de salud trabaje con los adolescentes en lo que respecta a competencias personales, por medio de talleres y actividades como estudios de casos, socio dramas y/o juegos de roles para fortalecer habilidades y destrezas, enfocado en proyecto de vida, interesados en emprender retos constantes para su satisfacción y desarrollo personal.
7. Realizar estudios similares, ya sea en instituciones educativas y/o de salud, investigando como influye la funcionalidad familiar con relación a otros factores y/o indicadores en adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valladares A. La familia. Una mirada desde la Psicología. MEDISUR. 2008;6(1).
2. Lippman L. Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez2013. Available from: http://worldfamilymap.org/2013/wp-content/uploads/2013/05/Mapa_mundial_familia_2013.pdf.
3. MINSA. Atención Integral de Salud a la Familia aplicando las Prácticas saludables2014. Available from: <https://es.scribd.com/document/247188915/PROFAM-Modulo-IV-unidad-1>.
4. APA. Resiliencia para los adolescentes, Tienen capacidad de recuperación?2016. Available from: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/recuperacion.aspx>.
5. Aguilar, M y Alfaro, N. Funcionamiento Familiar y Resiliencia en escolares del Distrito de Paucarpata, Arequipa. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 2015
6. Peña, N. Fuentes de resiliencia en estudiantes de Lima y Arequipa. Scielo. 2009;15(1).
7. Ramírez, P. Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012;20(2):63-70.
8. Fuentes, P. Resiliencia en los adolescentes entre 15 y 17 años de edad que asisten al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia del Área Metropolitana en la ciudad de Guatemala de la Asunción2013.
9. Jabela, J. La Resiliencia en adolescentes de 13 y 15 años y jóvenes de 16 y 18 años privados de la libertad del centro reclusión Politécnico Luis Rengifo en Ibagué Tolima, Colombia2015.
10. García,T., Yupanqui, Z y Puente, Z. Funcionamiento familiar y resiliencia en estudiantes con facultades sobresalientes del tercer año de secundaria de una institución educativa pública con altas exigencias académicas, durante el período 2013. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 2014;7(2).
11. Ugarte, R. La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes2010. Available from: http://www.venumperu.com/friesgo_cap5_p130_169.pdf.

12. Murillo, C. Resiliencia en adolescentes varones y mujeres de la Institución Educativa Estatal del distrito de la Esperanza, Trujillo2014.
13. Arequipeño, F. Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero y 5to grado del nivel secundario de las instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016. Lima. 2017.
14. García, G. Influencia de la estructura y funcionalidad familiar en la resiliencia de adolescentes en situación de pobreza, Arequipa2016.
15. Adams, E. El cuidado2012. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/hildegard-peplau.html>.
16. OMS. Concepto de familia2015. Available from: <http://www.oms.cl/ecivica/concefamil/>.
17. Arguelles, G. Enfermería en salud mental y psiquiatría.2012.
18. Flores, Y. Funciones de la familia. 2015. Available from: Disponible en:<http://ehhttp://educacioncivica.carpetapedagogica.com/2012/03/funciones-de-la-familia.html>.
19. Zurro, A. Atención Familiar y Salud Comunitaria.. 2011.
20. Ecured. Familia nuclear2016. Available from: https://www.ecured.cu/Familia_nuclear.
21. Tipos de familia2016. Available from: <http://www.blogpsicologia.com/tipos-de-familia/>.
22. Tut A. La familia y sus tipos. 2015. Available from: <http://marlenysam.blogspot.com/2013/02/la-familia-y-sus-tipos.html>.
23. Lee, C. Estilos de comunicación familia.2015. Available from: http://www.ehowenespanol.com/estilos-comunicacion-familiar-hechos_.
24. Rodriguez, A. Psicología Social. México D.F: Trillas.; 1993.
25. Puerta, E. Concepto de Resiliencia. PREVIVA. 2012;1(2).
26. Munist, M. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes1998.
27. Mateu, R. ¿Qué es la resiliencia? Hacia un modelo integrador2009. Available from: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77669/forum_2009_15.pdf.

28. Smith, C. La aceptación de uno mismo 2010. Available from: <http://carlossmith.bligoo.com/content/view/778669/La-aceptacion-de-uno-mismo.html#.WHWkJfnhDIV>.
29. Muñoz, V. Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. . Revista Complutense de Educación. 2005.
30. Bolivar, G. La Adolescencia 2008. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos4/adol/adol.shtml#ixzz4SlzPvgix>.
31. tuadolescente. Etapas de la adolescencia 2015. Available from: <http://tuadolescente.com/etapas-de-la-adolescencia/>.
32. MINSA. Glosario de terminos 2015. Available from: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/prs_glosario.asp.
33. Vallés, R. Glosario 2009. Available from: <http://www.emozioak.net/index.php/es/la-inteligencia-emocional/glosario.html>.
34. Infante, I. Perfil de personalidad y funcionabilidad de las familias de adolescentes. Maracaibo, Venezuela: Universidad Rafael Urdaneta; 2010.
35. Rua, M. Validación psicométrica de la escala de resiliencia (rs) en una muestra de adolescentes portugueses. Psicopatología Clínica, Legal y Forense. 2011;11:51-65.
36. Muñoz, V. Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. Revista Complutense de Educación. 2005.
37. Mostacero, E. Funcionamiento familiar y proyecto de vida en adolescentes de la Institución Educativa “Jose Carlos Mariategui” de Sausal 2014. Trujillo - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego 2014.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto libremente participar en la encuesta de la estudiante de enfermería.

Se me ha explicado que es parte de un trabajo de investigación y he sido seleccionada y que mi participación no lleva ningún riesgo.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria que me puedo retirar en el momento que desee o a no proporcionar información en caso necesario.

Estoy dispuesta a contestar la encuesta sinceramente.

Entiendo que este estudio será de utilidad para **determinar la relación entre FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RESILIENCIA EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA HUNTER, AREQUIPA 2017.**

Y que si requiero de información u explicación será sin ningún problema por la bachiller Mirian Naarai Vilca Mamani. Se me ha dicho que la información que yo proporcione será en secreto y que en ningún estudio será demostrada mi identidad.

Acepto participar

Gracias por su participación.

ANEXO 2: TEST DE EVALUACIÓN DE RESILIENCIA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

A continuación, lea las siguientes declaraciones, donde usted encontrará 7 números que van desde el “1” (Totalmente desacuerdo) a “7” (totalmente en de acuerdo). Marque el número que mejor indica sus sentimientos sobre esa declaración.

Edad: _____ Sexo: _____

Grado de Instrucción: _____

No existen respuestas buenas o malas

| Nº | Declaración | Totalmente en Desacuerdo | Muy en Desacuerdo | Un poco en Desacuerdo | Neutral | Un poco de Acuerdo | Muy de acuerdo | Totalmente de Acuerdo |
|----|---|--------------------------|-------------------|-----------------------|---------|--------------------|----------------|-----------------------|
| 1 | Cuando hago planes persisto en ellos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Normalmente enfrento los problemas de una u otra forma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Soy capaz de depender de mí mismo más que otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Mantener el interés en las cosas es importante para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | Puedo estar sólo si es necesario. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | Siento orgullo por haber obtenido cosas en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Normalmente consigo las cosas sin mucha preocupación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Me quiero a mi mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Siento que puedo ocuparme de varias cosas al mismo tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | Soy decidido en las cosas que hago en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | Rara vez pienso sobre por qué suceden las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | Hago las cosas de una, cada día. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13 | Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14 | Soy disciplinado en las cosas que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | Mantengo el interés en las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16 | Normalmente puedo encontrar un motivo para reír. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17 | Crear en mí mismo me hace superar momentos difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18 | En una emergencia, las personas pueden contar conmigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19 | Normalmente trato de mirar una situación desde distintos puntos de vista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20 | A veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera hacerlas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21 | Mi vida tiene significado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22 | No me quedo pensando en las cosas que no puedo cambiar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23 | Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro una salida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24 | Tengo energía suficiente para lo que necesito hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25 | Es normal que existan personas a las que no les caigo bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

ANEXO 3: TEST FF-SIL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

| | SITUACIÓN | <i>Casi nunca</i> | <i>Pocas veces</i> | <i>A veces</i> | <i>Muchas veces</i> | <i>Casi siempre</i> |
|----|---|-----------------------|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 | Las decisiones se toman en conjunto. | | | | | |
| 2 | En mi casa predomina la armonía. | | | | | |
| 3 | En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades. | | | | | |
| 4 | Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. | | | | | |
| 5 | Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa. | | | | | |
| 6 | Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. | | | | | |
| 7 | Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | | | | | |
| 8 | Cuando alguno de los familiares tiene un problema los demás ayudan. | | | | | |
| 9 | Se distribuyen las tareas de manera que nadie este recargado. | | | | | |
| 10 | Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. | | | | | |
| 11 | Podemos conversar diversos temas sin temor. | | | | | |
| 12 | Ante una situación difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas. | | | | | |
| 13 | Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia. | | | | | |
| 14 | Nos demostramos el cariño que nos tenemos. | | | | | |

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RESILIENCIA EN LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA HUNTER, AREQUIPA 2017

| PREGUNTAS | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN | MUESTRA | INSTRUMENTOS |
|---|--|---|---|--|--|--|
| <p>PREGUNTA GENERAL</p> <p>¿Existe relación entre funcionalidad familiar y resiliencia en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</p> <p>¿Cuáles son las características demográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa</p> | <p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre la funcionabilidad familiar y la resiliencia de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Describir las características demográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> <p>Identificar el nivel de la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> <p>Identificar el nivel de resiliencia en los adolescentes atendidos en el Centro de</p> | <p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Es probable que exista relación significativa entre la funcionalidad familiar y la resiliencia de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>Es probable que exista disfuncionalidad familiar en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> <p>Es probable que el nivel de resiliencia sea bajo en los adolescentes</p> | <p>Variable Independiente:</p> <p>Funcionalidad Familiar</p> <p>Indicadores:</p> <p>Cohesión</p> <p>Armonía</p> <p>Comunicación</p> <p>Permeabilidad</p> <p>Afectividad</p> <p>Roles</p> <p>Adaptabilidad</p> | <p>Tipo:</p> <p>Según el enfoque cuantitativo el presente estudio es de tipo descriptivo correlacional; Bivariado, transversal, prospectivo y de campo.</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Correlacional</p> | <p>Población:</p> <p>Adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García por un promedio de 274 adolescentes</p> <p>Muestra:</p> <p>Se determinará usando la fórmula de población finita:</p> $n = \frac{ExNxQxP}{E^2 x (N - 1) + ExPxQ}$ <p>$n=177$</p> | <p>Test FF- SIL de Funcionalidad Familiar, cuyo autor es Dela Cuesta, Pérez, Lauro (1994)</p> <p>Escala de Resiliencia (RS) cuyo autor es Wagnild y Young (1993)</p> |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|--|
| <p>García Hunter, Arequipa 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de resiliencia en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?</p> <p>¿Existe relación entre funcionabilidad familiar y la aceptación de sí mismos de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?</p> <p>¿Existe relación entre funcionabilidad familiar y las competencias personales de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017?</p> | <p>Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> <p>Determinar la relación entre funcionabilidad familiar y la aceptación de sí mismos de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> <p>Determinar la relación entre funcionabilidad familiar y las competencias personales de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> | <p>atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> <p>Es probable que exista relación significativa entre la funcionalidad familiar y la aceptación de sí mismos en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> <p>Es probable que exista relación significativa entre la funcionalidad familiar y las competencias personales en los adolescentes atendidos en Centro de Salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2017.</p> | <p>Variable Dependiente:</p> <p>Resiliencia</p> <p>Indicadores:</p> <p>Aceptación de sí mismo.</p> <p>competencias personales</p> | | <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes de 13 a 18 años de edad. • Adolescente de ambos sexos. • Adolescentes con SIS | |
|--|--|---|---|--|---|--|

ANEXO 5

MAPA DE UBICACIÓN

