



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

**IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN
ADOLESCENTE SOBRE RESILIENCIA**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
BERTHA ANGÉLICA PACHECO BAUTISTA

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

DIRECTOR (A)
DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

Unidad de adscripción UMF 80

ASESOR
DR. RAFAEL VILLA BARAJAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

Unidad de adscripción UMF 80

ASESOR ESTADÍSTICO
MATEM. CARLOS GÓMEZ ALONSO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN

MORELIA, MICHOACÁN. MÉXICO. FEBRERO 2017

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80**



Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Cleto Alvarez Aguilar
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano
Coordinadora Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martinez Jimenez
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares
Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



Dr. Daniel Feliciano Zalapa Martínez
Jefe de la división de Posgrado
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chavez".

Dr. Alain Raimundo Rodriguez Orozco
Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chavez".

Agradecimientos

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por la formación académica, clínica, humana, ética y legal.

A los médicos especialistas adscritos al HGRN1, UMF No. 80, HGRZ, que muestran interés por nuestro aprendizaje médico, el trato digno y de calidad del derecho habiente. Por el ímpetu al transmitir sus conocimientos.

A la Unidad de Medicina Familiar No. 80. Por abrir las puertas a la Especialidad en curso.

A el Dr. Rafael Villa Barajas. Por ser un tutor comprometido con la enseñanza médica. Por su apoyo, trato cordial y gentil.

A los adolescentes que fueron parte del estudio, por su desarrollo de su capacidad resiliente y compromiso personal.

A la comunidad Latinoamérica de Resiliencia. Por las enseñanzas otorgadas. Que fueron aplicarlas en este estudio, favoreciendo a los adolescentes.

A mis compañeros residentes de la especialidad, por lo años y experiencias compartidas.

Al personal médico, de enfermería, trabajadores IMSS, asistentes médicos, con los que diariamente convivo para brindar atención médica de calidad.

Dedicatoria

A el amor infinito de mis padres y hermanos. María de Jesús, J. Ángel, Ángel de Jesús, Marichuy.

Al cariño de Ana Bertha Bustos, Yolanda Bautista.

A los amigos que son como hermanos. Gabriela Ruiz, María Teresa Arredondo, Verónica Tzitali Santacruz, Ricardo Tosky, Alma de Jesús, Rodrigo García, Sergio Ramos, A mis redes de apoyo. Para mi resiliencia.

A los que físicamente no se encuentran, pero que llenan espacios con el cariño que fue y será siempre.

A la vida. A la fe en Dios.

INDICE

RESÚMEN	1
ABSTRACT.....	2
ABREVIATURAS.....	3
GLOSARIO.....	4
RELACIÓN DE FIGURA Y TABLAS.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
JUSTIFICACIÓN.....	31
HIPÓTESIS	32
OBJETIVOS.....	32
MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	33
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	33
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	33
CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	33
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	33
VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE.....	34
OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	35
DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.....	37
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	38
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	39
RESULTADOS.....	40
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	58
PERSPECTIVAS	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS.....	64

RESUMEN

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN ADOLESCENTE SOBRE RESILIENCIA

PACHECO BB UMF80, CHACON VP UMF 80, VILLA BR SSA, GOMEZ AC CIBIMI IMSS

Introducción: Resiliencia es la capacidad de una persona para emerger fortalecida ante un infortunio. El estudio investigó si la estrategia educativa o participativa favorecía más la resiliencia. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la estrategia educativa participativa en los adolescentes sobre resiliencia. **Material y métodos:** Estudio cuasi-experimental pre-medición post-medición. Longitudinal. Con una muestra por conveniencia de 40 adolescentes (grupo experimental 20 y control 20) de la UMF No. 80. Participantes de 14-19 años de edad. Se aplicó el test de resiliencia, mide la capacidad resiliente (baja, media, media alta y alta). Se impartieron 12 sesiones. Se aplicó la estrategia participativa al grupo experimental y al control la educativa tradicional. **Resultados.** Estudio de que predominó el género masculino 72.5% (29). La edad predominante fue 14 años (47.5%). Predominó la etapa media de la adolescencia. La ocupación predominante en ambos grupos fue La de estudiar 95% y el 5% estudia y trabaja. El total de la muestra con escolaridad secundaria, vivían en área urbana. El tipo de familia 82% fue tipo nuclear en ambos grupos. La toxicomanía predominante fue el tabaquismo en ambos grupos (p0.001). Al inicio predominó **resiliencia media** en ambos grupos. **Pos test,** predominó **alta,** 25% en el grupo experimental, segundo lugar **media alta** 22.5%. En el grupo control predominó **media** 22.5% (p.0005). **Conclusiones:** El grado de resiliencia que presentaron los adolescentes previo a la aplicación de la estrategia educativa participativa, predominó la resiliencia media en ambos grupos. Posterior a la intervención existe diferencia entre ambos grupos, la resiliencia alta predominó en el grupo experimental, mientras que en el grupo control predominio la media. Fue significativa en el grupo experimental que eliminaron las toxicomanías en su totalidad. **Palabras clave.** Resiliencia, estrategia participativa, adolescente, impacto, intervención.

ABSTRACT

IMPACT OF A TEENAGER PARTICIPATIVE EDUCATIONAL STRATEGY ON RESILIENCE

Introduction: Resilience is the ability of a person to emerge strengthened and possessed of new resources in a situation of misfortune. In this study we investigated whether educational or participatory strategy favored more resilience.

Objective: To evaluate the impact of participatory educational strategy on resilience in adolescents. **Material and methods:** quasi-experimental study post-measurement pre-measurement. Longitudinal. With a convenience sample of 40 adolescents (20 experimental and control group 20) of the UMF No. 80. Participants 14-19 years old. resilience test was applied, measures the (low, medium, medium high and high) resilient capacity. 12 sessions were held. the participatory approach to the experimental group and traditional educational control applied. **Results.** Study of male gender predominating 72.5% (29). The predominant age was 14 years (47.5%). He dominated the middle stage of adolescence. The predominant occupation in both groups was the study 95% and 5% study and work. The total sample with secondary schooling, living in urban areas. Family type nuclear type was 82% in both groups. The predominant drug was smoking in both groups (p0.001). At the beginning he prevailed average resilience in both groups. Pos test, the prevailing high, 25% in the experimental group second place high average 22.5%. In the control group average 22.5% predominated (p.0005). **Conclusions:** The degree of resilience that had the previous teens implementing participatory educational strategy, the prevailing average resilience in both groups. After the intervention there is a difference between the two groups, high resilience prevailed in the experimental group, while the control group the average prevalence. It was significant in the experimental group that eliminated entirely addiction.

Keywords. Resilience, participatory strategy, adolescent, impact, intervention.

ABREVIATURAS

FSH	Hormona foliculo estimulante
GNRH	Hormona liberadora de Gonadotrofinas
LH	Hormona luteinizante
OMS	Organización mundial de la salud
SNC	Sistema nervioso central
UMF NO 80.	Unidad de medicina familiar No. 80

GLOSARIO

Adolescente: Periodo de la vida que sucede a la niñez y transcurre desde la pubertad hasta la edad adulta.

Estrategia participativa: Es aquella que permite que el alumno aprenda por decisión propia y es el participante quien ocupa un lugar central para el proceso de aprendizaje dejando al maestro como un guía. Aquí es donde el estudiante expresa su saberes e inquietudes, su deseos de motivación de aprendizaje.

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.

Factores de riesgo: son las acciones ya sea pasivas o activas, que involucren peligro para el bienestar del individuo o que acarrear directamente consecuencias.

Resiliencia: Es una facultad del individuo de adaptarse de manera positiva a las situaciones adversas, son el resultado de la habilidad de hacer de las herramientas para salir adelante ante los infortunios.

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Género y grupo	40
Figura 2. Edad y grupo	41
Figura 3. Grupo y Adolescencia	42
Figura 4. Ocupación y grupo	43
Figura 5. Escolaridad, área urbana y grupo	44
Figura 6. Tipo de familia y grupo	45
Tabla I. Toxicomanias, grupo y etapa de preintervención	46
Tabla II. Tabla de confiabilidad con valores α de cronbach y método de mitades de la escala de resiliencia	47
Tabla III. Resiliencia pre y pos intervención	48
Tabla IV. Asociación tipo de familia y el grado de resiliencia preintervención	49
Tabla V. Asociación tipo familia y el grado de resiliencia posintervención...	50
Tabla VI. Variables sociodemográficas discretas por grupo	51

INTRODUCCION

Edith Grotberg define la resiliencia la capacidad de una persona para emerger fortalecida y poseedora de nuevos recursos ante una situación de infortunio. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como la respuesta a las crisis y desafíos de la vida. Es una facultad del individuo de adaptarse de manera positiva a las situaciones adversas, son el resultado de la habilidad de hacer de las herramientas para salir adelante ante los infortunios. Y es por eso que la resiliencia consiste solo en soportar un suceso traumático sino en resurgir de este, aplicando una nueva dinámica.

Es un fenómeno que se observó a través de una investigación epidemiológica social donde no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufrían enfermedades o padecimientos de algún tipo, sino que, por el contrario, había quienes superaban la situación y surgían fortalecidos de ella.

A través de la historia se han analizado niños expuestos a situaciones de riesgo, como estrés, disolución del vínculo parental, alcoholismo, abuso. Y como lograban sobreponerse a las diversidades y construirse como personas integrales y formar un futuro exitoso. Se descubrió en un estudio realizado por E. Werner que no eran las capacidades físicas o intelectuales del niño sino el afecto, el amor recibido que eran la base de tales desarrollos. Y se intentó difundir a través del mundo características personales y de conducta de estos sujetos a los que se le considera "pilares" para un desarrollo exitoso.

Actualmente las pláticas al adolescente en la UMF 80 se forman dos grupos de adolescentes en periodo vacacional donde se realizan pláticas sobre sexualidad, métodos de planificación familiar, drogadicción, embarazos de alto riesgo, al ser solamente teóricas caen en el aburrimiento del adolescente y desinterés. No logran un impacto adecuado. El objetivo de este estudio será evaluar si una estrategia participativa permite mejorar la resiliencia en adolescentes de la UMF No 80 que la orientación convencional. Es de importancia iniciar este estudio de investigación, ya que la estrategia

participativa podría generar resultados positivos en los adolescentes y prepararlos para enfrentar diversas problemáticas.

ANTECEDENTES

Las primeras investigaciones de resiliencia se le atribuye a E. Werner, quién realizo un estudio extenso de epidemiología social en la isla de Hawái en quinientas personas por treinta y dos años, con factores de riesgo como pobreza extrema, situaciones de estrés, disolución del vínculo parental, alcoholismo, abuso. Observo que aun así, con estas adversidades lograron sobreponerse y formar un futuro exitoso, el 80 % de estos individuos evolucionó positivamente. A estos niños se les consideró como “invulnerables”, con poseedores de un temperamento especial, por carga genética, con una mejor capacidad cognitiva.

Posteriormente Werner observó que no influían las características físicas o intelectuales de los niños, ella identificó, que habían contado con redes de apoyo tales como adultos de trascendencia (familiar o no), y que el afecto y el amor recibido, eran la base de tal desarrollo exitoso.

Múltiples investigadores estudiaron a fondo las características personales y de conducta de estos individuos, nombrándole “pilares” de desarrollo exitoso. Y así difundir las características protectoras y condiciones de riesgo al mundo.

Hay dos enfoques primordiales de estos individuos 1) capacidad de adaptación positiva a las condiciones de vida adversas 2) redes de apoyo desde el nacimiento como los padres, educadores, equipo de salud. Como idea principal de que un individuo en su ambiente vital se encuentra: la familia, comunidad y cultura.¹

El concepto de resiliencia fue como fue introducido por el Psiquiatra Michael Rutter en el ámbito psicológico hacia los años 70. Fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

Se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora.

Por lo tanto los dos investigadores pioneros de la resiliencia son Micheal Rutter que además fue quien propuso los mecanismos protectores, y Edith Grotherg quien dice que la resiliencia requiere interacción de factores resilientes de tres niveles como (yo tengo) habilidades, (yo soy y estoy). Actualmente la nueva generación de investigadores considera la resiliencia como un proceso que puede ser promovido.²

RECURSOS PSICOLÓGICOS

Son definidos como factores de protección que logran el afrontamiento ante adversidades que existan, elevan la resistencia de dificultades en la vida, reflejándose en el estado de salud y bienestar de las persona³

FACTORES PROTECTORES

Factores protectores: Son características de la persona o del ambiente que mitigan el impacto negativo de las situaciones y condiciones estresantes.

Los factores protectores son elementos que promocionados en determinadas circunstancias pueden amparar, favorecer o defender la salud personal, familiar o comunitaria. En este contexto tenemos una tarea concreta orientada a promocionar los factores protectores: biológicos, psicológicos, socioculturales y ecológicos.

De acuerdo a Wolin y Wollin postulan siete factores protectores: introspección, independencia, capacidad para relacionarse, sociabilidad, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y autoestima.

A) *Introspección o control interno.* Arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. El niño puede percibir que algo se encuentra mal en el ambiente, y el adulto percibe que está mal y porqué.

B) Autonomía o Independencia: Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.

En el niño se refleja en que tiene la capacidad de alejarse de circunstancias desagradables y en el adulto logra conducirse con autonomía; que es la capacidad de apartarse de situaciones externas.

c) Sociabilidad. Habilidad para establecer lazos e intimidad con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. En el niño se refleja en buscar conectarse con alguien más, en el adulto forma relaciones con otros.

d) Iniciativa: Gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. En el niño se refleja lo que hace en su entorno y en el adulto emprende acciones.

e) Sentido del humor. Encontrar lo cómico en la propia tragedia. En el niño se idéntica en el juego y en el adulto también.

f) Creatividad. Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Al igual que en sentido del humor se manifiesta en el juego.

g) Moralidad. Consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores, este elemento es importante desde la infancia. En el niño se refleja de que hace juicios sobre el bien y el mal y en el adulto se identifica al ser altruista y actuar con integridad.

h) Autoestima: base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo. Algunos factores que promueven la resiliencia son: el temperamento, la capacidad intelectual, la familia, la escuela.

Gran parte de los estudios e investigaciones se refieren a resiliencias individuales, son aplicables también para lo colectivo y comunitario.⁴

FACTORES DE RESILIENCIA

Fueron identificados los factores resilientes y los organizado en tres grupos yo tengo, yo soy, yo puedo por Edith Grotberg esta autora dice que todos podemos volvernres resilientes. El desafío es encontrar la manera de promover esa capacidad en cada persona tanto a nivel individual como familiar y social.

Las características o factores que los diferenciaban eran muchos. De manera que se pueden agrupar en *apoyos externos* promueven la resiliencia, la *fuerza interior* que se desarrolla a través del tiempo y que sostiene a aquellos que se encuentran frente a alguna adversidad, y por último, los *factores interpersonales* que es la capacidad de resolución de problemas donde el individuo se enfrenta ante la adversidad real.⁵

Factores resilientes según Grotberg

Yo tengo (apoyo externo)

1. Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos, es decir, de forma incondicional.
2. Una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente.
3. Límites en mi comportamiento.
4. Personas que me alientan a ser independiente.
5. Buenos modelos a imitar.
6. Acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito.
7. Una familia y entorno social estables.

Yo soy (fuerza interior)

1. Una persona que agrada a la mayoría de la gente.
2. Generalmente tranquila y bien predispuesta.

3. Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro.
4. Una persona que se respeta a sí misma y a los demás.
5. Alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos.
6. Responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias.
7. Segura de mí misma, optimista, confiada y tengo muchas esperanzas.

Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)

1. Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas.
2. Realizar una tarea hasta finalizarla.
3. Encontrar el humor en la vida y utilizarlos para reducir tensiones.
4. Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás.
5. Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y Social.
6. Controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento.
7. Pedir ayuda cuando la necesito.⁶

PASOS PARA AYUDAR A FORTALECER LA RESILIENCIA

Según Hawkins, Catalano y Miller hay 3 estrategias para mitigar el efecto del riesgo en los niños y jóvenes, que los hace resilientes.

Pasos de 1-3

Mitigar el riesgo

1.- Enriquecer los vínculos

Fortalecer los vínculos entre los individuos. Así como lo es un alumno y su estilo de aprendizaje adecuado.

2.- Fijar límites claros y firmes

Se debe ser explícito en las expectativas de conducta aprobadas. Plasmarlas en escrito y difundirlas con claridad, y con esto explicar los objetivos que se cumplen.

3.-Enseñar habilidades para la vida

Transmitirles enseñanza y reforzar la cooperación, resolución de conflictos, estrategias de resistencia y asertividad, habilidad de comunicación, resolutivas de problemas, toma de decisiones y manejo sano del estrés. De tal forma que ayudan a evitar el uso de toxicomanías.

Pasos 4 a 6

Construir resiliencia.

Son condiciones ambientales que normalmente se identifican en personas resilientes.

4.- Brindar afecto y apoyo. Es el más importante ya que proporcionar respaldo, aliento, afecto incondicional se puede superar la adversidad. Y quienes lo brindas es desde familiares, docentes, trabajadores sociales, vecinos.

5.- Establecer y transmitir expectativas elevadas.

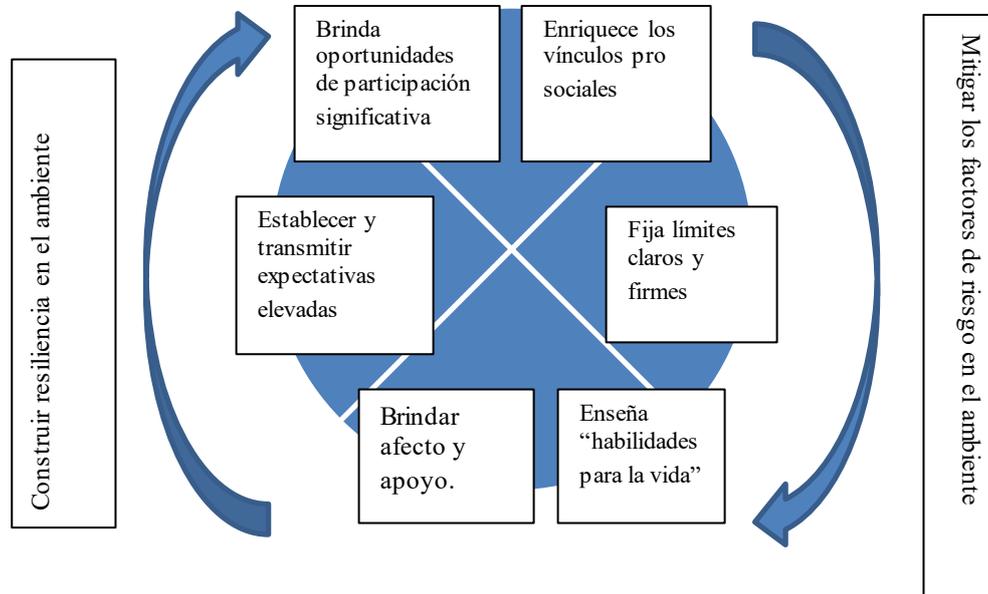
Fomentar expectativas elevadas y realista no subestimar habilidades y el potencial del individuo ni subestimarlos.

6.- Brindar oportunidades de participación significativa.

Cumplir con las responsabilidades de cada protagonista siendo el niño, familiar o docente y así resolver problemas fijar metas y ayudar a otros.⁷

EXISTEN SEIS PASOS PARA AYUDAR A FORTALECER LA RESILIENCIA SE EJEMPLIFICA CON LA RUEDA DE LA RESILIENCIA

LA RUEDA DE LA RESILIENCIA



FACTORES DE RIESGO.

Factores de riesgo: son las acciones ya sea pasivas o activas, que involucren peligro para el bienestar del individuo o que acarrear directamente consecuencias. Los cuales son bien conocidos como adicciones familiares, pobreza, abandono, clima escolar negativo, carecer de necesidades básicas humanas.

PSICOLOGIA POSITIVA

El término psicología positiva fue propuesto por Martin Sligman en la II Guerra Mundial, la cual estudio fortalezas y virtudes humanas. Los objetivos iniciales de la psicología fueron la curación de trastornos mentales y a la reparación de daños para que la vida de las personas fuera más productiva y plena. Se necesitaba identificar el talento y la inteligencia de las personas.

Actualmente la Psicología positiva aborda la capacidad de resiliencia, ya que las nuevas investigaciones de la psicología, tienden a abordar variables

positivas y preventivas en lugar de aspectos negativos y patológicos que antes se estudiaban, obteniendo mejores resultados.⁸

EMOCIONES POSITIVAS Y RESILIENCIA

Son reacciones breves que se experimentan cuando sucede algo que es significativo para la persona. La emoción es el resultado de un proceso de evolución cognitiva sobre el contexto, sobre los recursos de afrontamiento y sobre los posibles resultados de dichos procesos. Estas reacciones ocurren ante objetivos adaptativos cotidianos y requieren la valoración de lo que está pasando a cada momento.

Las emociones positivas desarrollan estrategias cognitivas, incrementan recursos intelectuales reflejándose en alto nivel académico, evita el abandono escolar, existe además la inclinación por brindar ayuda a sus semejantes y comportamientos altruistas.

El individuo se vuelve más creativo y así resistente a las dificultades; integrándose a la sociedad, favoreciendo a la salud y bienestar.

Las emociones positivas incluyen la felicidad y otros sentimientos de bienestar las cuales se asocia con conservar una larga vida, la recuperación cardiovascular, resolver los estados de estrés y adversidad. Se tiene como idea principal que las personas felices tienen mayor probabilidad de ver los eventos y circunstancias de la vida de forma que refuerzan y promueven su bienestar. Ellos esperan consecuencias positivas en el futuro, tienen un sentido de control sobre los resultados de sus acciones.⁹

Salovey enuncia la amplia relación el ser optimista y experimentar emociones positivas con el sistema inmunológico, porque así se observa que se tiene herramientas para afrontar problemas de salud y desarrolla la resiliencia.

Ser optimista tiene efectos favorables en el curso de la enfermedad, incrementa el tiempo de sobrevivencia de pacientes terminales y genera la percepción de bienestar y salud en general. Las personas pesimistas tienen 8 veces más

posibilidades de deprimirse cuando existen situaciones de conflicto, tienen peor estado de salud, una vida corta y sus relaciones interpersonales son inestables.

La relación que existe entre la resiliencia y los efectos de las emociones positivas enfatizan sobre los efectos positivos en el individuo y pueda regular sus experiencias negativas, las cuales afectarían en la salud física y mental. Las emociones negativas estrechan el pensamiento y la acción por lo que producen una activación del SNA que prepara el organismo para una acción específica.¹⁰

Cuando un individuo experimenta emociones positivas desarrolla el pensamiento creativo de esta forma logra la solución de problemas interpersonales. Es más fácil la toma de decisiones asertivas, facilita las ideas de altruismo y generosidad, forma una flexibilidad cognitiva, experimenta ideas más intelectuales, elimina los procesos depresivos, aumenta la autoestima, y desarrolla el apego a redes de apoyo ya formados. Debido a lo anterior las emociones positivas son herramientas indispensables para desarrollar la resiliencia desde la infancia.

Es fundamental la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de cualquier proceso de una enfermedad emocional. En cualquier etapa de vida se puede intervenir sin embargo se recomienda durante la infancia, porque se desarrollan esquemas cognitivos –afectivos, que generan los patrones de comportamiento, que en la etapa adulta desarrollan conductas saludables o de riesgo de salud.

Las emociones positivas pueden anular las experiencias negativas, estresantes o adversas.¹¹

Familia y resiliencia

Anzola menciona que la resiliencia tiene que ver con el temperamento desarrollado por el individuo como potencial de su acción y actuación social.

Cuando este está construido sobre la vinculación segura a un hogar paterno apacible, el niño busca movilizar para encontrar su propia protección. La seguridad que le da la familia al niño además de la protección de otros vínculos genera una alta posibilidad de que se desarrolle la resiliencia. El elemento principal para la estabilidad interna es el entorno afectivo. Cuando hay un vínculo con los padres seguro y placido, se adquiere un buen temperamento, y cuando requiere una red de apoyo el niño tiene la capacidad de moverse en busca de un sustituto.¹²

ADOLESCENCIA

Es una etapa del ciclo vital, donde se encuentran una serie de transformaciones que capacitan al individuo para asumir en el futuro el papel de adulto. Lo cual requerirá que el adolescente curse con una serie de esfuerzos para lograr la independencia psicológica y social. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En esta etapa se cursará con cambios que en el adolescente experimente un cambio con enriquecimiento personal en el ámbito social. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, dicha clasificación está basada en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional.

La adolescencia la podemos dividir en tres etapas: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años), durante las cuales el ser humano alcanza la maduración física, el pensamiento abstracto y establece su propia identidad. Aunque este período puede ser tormentoso, la mayoría de los adolescentes y sus padres lo superan sin excesivas complicaciones.

Adolescencia temprana (11-13 años)

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las

estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos.

Adolescencia media (14-17 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal.

La capacidad cognitiva es capaz de utilizar el pensamiento abstracto, es completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés.

Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Ellos desarrollan una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, otras) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge.

Adolescencia tardía (17-21 años)

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando se enfrentan a exigencias ya de adulto.

Fisiología de la pubertad

La pubertad se inicia por una serie de cambios neurohormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto ocurre por la interacción entre SNC, hipotálamo, hipófisis y gónadas. En la época prepuberal, la hormona liberadora de gonadotropinas (GNRH), y las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH), están inhibidas por la alta sensibilidad del gonadostato (zona del hipotálamo productora de GNRH), siendo suficientes niveles muy bajos de esteroides gonadales para frenar la producción de GNRH. La pubertad comienza con una disminución de la sensibilidad del gonadostato, lo que permite el aumento de la secreción de GNRH, que se hace pulsátil.

La GNRH actúa sobre la hipófisis incrementando la secreción de FSH y LH, las cuales a su vez estimulan la gónada correspondiente y el consiguiente aumento en la producción de andrógenos y estrógenos.

La edad de aparición de la pubertad es un amplio rango de la normalidad: el 95% de las niñas inicia la pubertad entre los 8,5 y los 13 años y el 95% de los niños entre los 9,5 y los 14 años.

El desarrollo sexual femenino suele iniciarse con la aparición de botón mamario.

El tiempo en el que completan la pubertad las niñas es de unos 4 años, pero puede variar entre 1,5 a 8 años. La menarquia ocurre en el 56% de las niñas en

El estadio 4 de tanner y en el 20% en el 3. Actualmente, la edad media de la menarquia ocurre en los 12,4 años. El desarrollo sexual masculino se inicia en el estadio 2 de tanner, cuando los testículos alcanzan un volumen de 4 cc. La espermaquia o inicio de emisión del esperma se produce en el estadio 3 de tanner, con un volumen testicular de 2 cc; con frecuencia, ocurre sobre los 13,5 años.¹²

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA

Una participación activa del estudiante en la construcción de su propio conocimiento es uno de los objetivos que se persigue actualmente en los distintos niveles de enseñanza, lo que puede lograrse de diversas maneras y por vías diferentes. Las nuevas tendencias pedagógicas abogan, desde posiciones y criterios muchas veces opuestos, por la sustitución de los métodos de enseñanza tradicional con otros que incentiven la participación del estudiante y el papel activo que éste debe desempeñar en su formación intelectual.

Lograr una participación activa del estudiante en la construcción de su propio conocimiento es una de las preocupaciones que ha motivado a todos los maestros, en diferentes regiones, diversos contextos socioculturales, distintos niveles de enseñanza, a lo largo del tiempo y que se ha tratado de solucionar de infinidad de maneras y vías diferentes.

La enseñanza tradicional tiene, dentro de sus mayores limitaciones, el concepto de que el centro del proceso educacional se encuentra en las manos del maestro, que es el principal transmisor de conocimientos.

De ahí que los métodos que se utilizan son, fundamentalmente, expositivos, con mínima o nula participación del estudiante. En el mejor de los casos, se utiliza, de forma arbitraria en muchos momentos, el trabajo independiente del alumno como fuente para reforzar determinadas habilidades, pero sin una adecuada orientación

que garantice la participación consciente de éste en la adquisición del conocimiento.

Durante años han surgido diferentes tendencias y movimientos dentro de la educación que han intentado superar las limitaciones de la enseñanza

tradicional y han tratado de incentivar la participación del estudiante y el papel activo que éste debe desempeñar en su formación intelectual.

Dentro de las variadas respuestas que han surgido, en contraposición a los métodos tradicionales de enseñanza, basados en diferentes teorías y modelos pedagógicos, se encuentran los llamados métodos participativos y diversas técnicas de trabajo en grupos.

¿QUÉ SON LOS MÉTODOS PARTICIPATIVOS?

Los métodos participativos, llamados por algunos autores también métodos activos, productivos, problémicos, se definen como las vías, procedimientos y medios sistematizados de organización y desarrollo de la actividad de los estudiantes, sobre la base de concepciones no tradicionales de la enseñanza, con el objetivo de lograr el aprovechamiento óptimo de sus posibilidades cognitivas y afectivas.

La actividad mental del alumno juega un papel preponderante en la construcción del conocimiento. El conocimiento construido por el alumno no es pura repetición o reproducción del contenido disciplinar, sino una reconstrucción de tipo personal, y esta elaboración estará influenciada por las características de cada sujeto, sus esquemas de conocimientos, el contexto social, las anteriores experiencias educativas, las vivencias personales, las habilidades adquiridas, las actitudes hacia el aprendizaje. Esta reconstrucción está mediada por representaciones mentales personales que evolucionan constantemente. El factor que moviliza esta evolución, en el contexto escolar, es la interacción con otros, que se concreta en diversas modalidades, tales como la imitación, el intercambio y la contraste de ideas y la discusión.

Características fundamentales de los métodos participativos:

- La enseñanza no se concibe sólo como vía de asimilación de conocimientos, sino también como recurso para la solución de problemas.

- Se estimula la búsqueda de la verdad, a través del trabajo conjunto de indagación y reflexión, aproximando la enseñanza a la investigación científica.

- Se promueve la capacidad reflexiva de los estudiantes, ya que se hace un mayor análisis de los problemas y se utiliza la verbalización.

- Se socializa el conocimiento individual, enriqueciéndolo y potenciándolo en el conocimiento colectivo.

- Se contribuye a desmitificar la figura del docente, rompiendo modelos paternalistas de educación.

- Se ayuda a la constitución del grupo, al establecimiento de relaciones interpersonales y a un mayor conocimiento mutuo.

Los métodos participativos están íntimamente relacionados con el trabajo en grupos en la educación. Los primeros intentos de introducir el grupo en la enseñanza se realizaron como una forma de estructurar y organizar la clase, con el objetivo esencial de obtener una mejor educación social, en el sentido de lograr habilidades comunicativas entre los educandos, hábitos de convivencia, desarrollo de determinadas actitudes y valores, todo ello encaminado a trabajar en la esfera afectiva del proceso de enseñanza-aprendizaje. Durante años se ha trabajado, por diferentes vías, en el trabajo grupal.

Hay diversas clasificaciones de los métodos participativos, entre las que se encuentra la siguiente:

1. Métodos que contribuyen a favorecer el trabajo en grupo

2. Métodos que propician la asimilación de conocimientos

3. Métodos para la solución creativa de problemas

1. Métodos que contribuyen a favorecer el trabajo en grupo

Aunque la integración de un grupo es un proceso complejo, que no se logra por la mera aplicación de una u otra técnica, el uso de estos métodos puede apoyar y acelerar este proceso, estimulando un sentimiento de pertenencia al grupo y fomentando la confianza entre los miembros a través de la confrontación de criterios, la receptividad a las ideas de otros y la disposición cooperativa. Entre las técnicas y métodos más utilizados se encuentran: *las técnicas de presentación, las expectativas, el encuadre, el riesgo y la reformulación.*

2. Métodos que propician la asimilación de conocimientos

En este grupo se encuentran aquellos métodos o técnicas que permiten acelerar la adquisición de conocimientos. A partir de ellas el docente debe elaborar sus propias estrategias, atendiendo a los contenidos específicos que imparte. Estos métodos han revelado su alcance en lograr una participación más activa de los estudiantes, una disminución de la dependencia de éstos hacia el docente, un mayor rendimiento en la asimilación de conocimientos, el logro de aprendizajes más significativos, unido a un mayor interés e inquietud de los estudiantes por profundizar en el conocimiento.

A. Método de discusión: se caracteriza por el análisis colectivo de situaciones problemáticas en las que se promueve un intercambio de ideas, opiniones y experiencias, sobre la base de los conocimientos teóricos que poseen los estudiantes, lográndose una visión integral del problema, su solución colectiva, la asimilación crítica de los conocimientos y el esclarecimiento de la posición propia y de los distintos enfoques sobre el problema. Este método contribuye, no sólo a la adquisición de conocimientos, sino también influye en el desarrollo de la expresión oral.

Discusión plenaria: se utiliza, generalmente, cuando se desea que todos los miembros del grupo expresen sus criterios y sean escuchados por todos.

Discusión en pequeños grupos: posibilita un debate más amplio, pues en este caso el grupo se divide en subgrupos de cinco a siete personas y analizan el problema, arribando a conclusiones.

Discusión conferencia: se puede realizar cuando se pretende que sean los propios estudiantes los que aborden y expliquen un determinado contenido, y así evitar una exposición unilateral por parte del profesor.

Discusión confrontación: es utilizado para debatir posiciones contrapuestas sobre un mismo asunto. Generalmente, se forman dos grupos y cada uno de ellos debe buscar la mayor cantidad de argumentos que justifiquen y refuercen la tesis que defienden.

Mesa redonda. Se utiliza esta técnica con el objetivo de dar a conocer los puntos de vista divergentes o contradictorios de varios “especialistas” sobre un determinado tema en cuestión.

Los integrantes de la mesa redonda –de tres a seis estudiantes– deben prepararse previamente en el tema que será abordado.

Discusión panel. En este tipo de discusión, igualmente se reúnen varias personas para exponer sus ideas sobre un determinado tema. La diferencia con la mesa redonda consiste en que en el panel los “especialistas” no “exponen”, no actúan como “oradores”, sino que dialogan, conversan, debaten entre sí el tema propuesto, desde el punto de vistas de su especialización, pues cada uno es “experto” en una parte del tema general. Los integrantes del panel –de cuatro a seis participantes– tratan de desarrollar, a través de la conversación, todos los aspectos posibles del tema, para que el auditorio obtenga así una visión relativamente completa acerca de éste.

B. Método de situaciones: la característica esencial de este método es que los estudiantes enfrentan situaciones cercanas a la realidad, con problemas vinculados a su profesión, y que contienen acciones para ser valoradas y llevar a vías de hecho un proceso de toma de decisiones. Es muy utilizado en asignaturas que requieran análisis de datos cuantitativos y soluciones de problemas de organización y control.

Casos: permite llegar a la toma de decisiones, mediante el intercambio de criterios, ideas y experiencias en la solución de un problema, aplicando los elementos teóricos sobre el objeto de estudio en cuestión.

Incidentes: al igual que los casos, se caracterizan por presentar una situación realista a los estudiantes para su análisis, aunque la forma de presentación de la información y el procedimiento que se sigue para su análisis varía en dependencia de la complejidad de la tarea.

C. Método problémico: en este método, que tiene diferentes variantes, el profesor no traslada el conocimiento de forma acabada a los estudiantes, sino que los sitúa ante tareas que los lleven a buscar vías y medios para su solución, y de esa forma llegar a la adquisición de los nuevos conocimientos, habilidades y métodos de la ciencia de que se trate. Como parte de los métodos problémicos se encuentran las tareas o preguntas problémicas, la exposición problémica, método investigativo, entre otros.

3. Métodos para la solución creativa de problemas. El desarrollo del pensamiento creador en los futuros profesionales es uno de los principales objetivos que se plantea actualmente en la educación. Llevar a la práctica este propósito implica romper con muchos esquemas, hábitos y formas de trabajo consolidados por la tradición.

¿CÓMO APLICAR LOS MÉTODOS PARTICIPATIVOS?

Se pueden distinguir tres grandes etapas en la aplicación de un determinado método de enseñanza de tipo activo o participativo.

Selección del método que se utilizará, y que depende, entre otras cuestiones, de los objetivos que se pretenden lograr, los contenidos que se van a abordar en la clase, las características del grupo, las condiciones materiales con que se cuenta.

Elaboración de las tareas que se asignarán a cada estudiante o al grupo y que deben responder a las exigencias del tipo de método que se utilizará y a los objetivos de la clase.

Establecimiento de la estrategia con la que se llevará a cabo la clase, atendiendo al tiempo de que se dispone, las características de la actividad, los objetivos a lograr, las condiciones existentes y la base material con que se cuenta.

Selección de la bibliografía necesaria para garantizar el éxito de la actividad, orientando las tareas individuales y colectivas.

Fase de ejecución. Durante esta fase se hace imprescindible que la actividad se realice de forma organizada y siguiendo la estrategia que se ha planificado con anterioridad. Cuando se trabaja en grupo se hace necesario asignarle determinados roles a los integrantes, de forma tal que se cumplan con éxito las tareas propuestas y siempre exista un control adecuado. Es importante distribuir los asientos en el aula, para lograr una interacción mayor entre los miembros de la clase y de cada grupo.

Fase conclusiva. El profesor debe garantizar que se realicen conclusiones generales al finalizar la actividad, aunque éstas pueden realizarse por algún estudiante, si así se considera. Lo importante es garantizar que quede bien claro si se cumplieron los objetivos propuestos para la actividad y se debe hacer énfasis en los elementos esenciales que se manejaron en la clase.

Existen diferentes etapas de los momentos funcionales de la actividad de estudio, de gran valor por las posibilidades que brinda para su instrumentación pedagógica: La primera etapa, que debe mantenerse a lo largo de toda la actividad de estudio, es la *motivacional*.

Es muy importante en esta etapa que las tareas, preguntas, conflictos, etc., que se le presenten al estudiante sean de tal complejidad que él pueda resolver, con la experiencia que posee, sólo una parte del problema y sienta la necesidad de apropiarse de nuevos conocimientos.

La segunda etapa es la del *establecimiento de la base orientadora de la acción (BOA)*, en la cual el alumno obtiene los conocimientos sobre el objeto de estudio y sobre la actividad que habrá de realizar, las acciones y operaciones que la componen y el orden de realización de estas acciones.

La tercera etapa es cuando la acción tiene lugar en el plano material o materializado. En ella el estudiante resuelve las tareas realizando la actividad de forma externa, desplegando todas las acciones y operaciones que la componen, con el auxilio del objeto real o de su materialización.

En la cuarta etapa la acción pasa al plano del lenguaje externo y por eso se conoce como *etapa verbal*. Aquí los elementos de la actividad deben presentarse de forma verbal (oral o escrita) y debe exigirse del alumno la utilización del lenguaje para que las acciones se traduzcan a una lógica conceptual.

La quinta y última etapa es la realización de la acción en el *plano mental*, en la cual la actividad se automatiza y se reduce rápidamente para convertirse, al final, en un hecho del pensamiento. Se recomienda emplear, preferentemente, métodos que favorezcan el análisis completo de situaciones y casos. Deben incluirse tareas similares a las de las etapas anteriores, tareas de mayor complejidad que impliquen relaciones más numerosas y profundas y tareas que exijan una solución creativa.¹⁴

Estudio previo con estrategias educativas participativas

Solo por citar un estudio basado en estrategias participativas. Se menciona el siguiente: se realizó un estudio de intervención, longitudinal en estudiantes de enfermería, en el que se realizó una estrategia educativa participativa con la finalidad de desarrollar el pensamiento crítico en el proceso enfermero y un grupo con enseñanza tradicional. En este estudio se observó que al comparar las calificaciones globales de ambos grupos, hubo un avance significativo en el grupo con intervención participativa ($p= 0.031$). Por lo tanto se concluye que una estrategia educativa participativa favorece el desarrollo de habilidades cognitivas complejas como el pensamiento crítico. ¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas. Una persona resiliente puede aplicar esta fortaleza en todos ámbitos de su vida y logra un futuro exitoso. Y aleja a este grupo tan susceptible de enfermedades, embarazos no deseados y toxicomanías y depresión.

Por tal motivo la OMS ha diseñado el Programa de Salud del Adolescente, en la

División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud, el cual busca promover la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años de edad, en la Región de Latinoamérica y El Caribe.

Este programa está dirigido a apoyar el desarrollo de los adolescentes, es una estrategia para prevenir las conductas de riesgo. Consiste en buscar el desarrollo del adolescente, satisface sus necesidades, desarrolla competencias y redes sociales. Busca apoyar el crecimiento de adolescentes y jóvenes dentro del contexto de la familia, su ambiente socio-económico, político y cultural.

Por lo tanto la importancia de este estudio trasciende en que se podría utilizar la estrategia participativa, para que los adolescentes tengan herramienta o recurso para enfrentar sus adversidades. Aunque estos se encuentren expuestos a múltiples factores de riesgo pueden vencer los obstáculos y así desarrollar los factores protectores y convertirse en una persona resiliente.

Actualmente en la unidad de medicina familiar N0. 80, se tiene únicamente un programa dirigido adolescentes que se lleva a cabo una vez al año, que abarca temas de forma teórica e informática, lo cual no logra un impacto deseado. Así mismo, en la UMF 80, no se tiene datos sobre la situación actual de resiliencia, y no se ha realizado antes algún estudio sobre esta índole.

Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Con qué impacto una estrategia educativa participativa favorecerá la resiliencia en adolescentes?

JUSTIFICACIÓN

Para enero del 2014 en la UMF 80 la pirámide Poblacional reporta que los adolescentes adscritos a dicha unidad se encuentran distribuidos 10-19 años una población total de 27,470 y representa un porcentaje de 2.98. Los cuales son encontrados distribuidos: Hombres en la edad de 10-14 años 9,814; Mujeres 9,640. Entre ambos sexos son un total de 19,454. En la edad de 15-19 años, Hombres 3,971 y mujeres 4,045. Y entre ambos sexos un total de 8,016.

En la UMF No. 80, se forman eventualmente dos grupos de adolescentes en periodos vacacionales donde se realizan pláticas sobre sexualidad, métodos de planificación familiar, drogadicción, embarazos de alto riesgo, al ser solamente teóricas caen en el aburrimiento del adolescente y desinterés. No logran un impacto adecuado. No tienen objetivos claros ya que no ayudan al adolescente a enfrentar la problemática actual.

Se ha investigado las causas de la morbimortalidad en la población de adolescentes y son las siguientes: depresión, intento de suicidio, enfermedades de transmisión sexual, adicciones, embarazos no deseados, violencia, accidentes automovilísticos, obesidad y trastornos alimenticios.

Con esta estrategia educativa el adolescente adquirirá armas para utilizar las armas necesarias para lograr el éxito a pesar de sufrir estrés o cualquier adversidad con riesgo de sufrir efectos negativos.

El Médico Familiar tendrá una población de alto riesgo con los conocimientos suficientes que le facilite el manejo de las patologías propias de este grupo y a trabajo social para modificar las técnicas y contenidos de sus programas educativos.

Se trata de una investigación factible de ser realizada ya que se cuenta con todos los recursos necesarios para su realización, necesaria y relevante porque se trata de un grupo de alto riesgo.

HIPÓTESIS

Las estrategias educativas participativas favorecen la resiliencia en adolescentes de la UMF No. 80.

OBJETIVOS

GENERAL

- Evaluar el impacto de la estrategia educativa participativa en los adolescentes sobre resiliencia.

ESPECÍFICOS:

- Identificar cual es el grado de resiliencia que presentan los adolescentes antes de la estrategia participativa y su modificación después de la misma.
- Relacionar los diferentes grados de resiliencia con las variables sociodemográficas.
- Comparar la estrategia educativa con la participativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Diseño de investigación

Cuasi-experimental prospectivo y analítico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Adolescentes de la UMF 80.

40 adolescentes, estudio por conveniencia. Se contarán con dos grupos; experimental y control los cuales serán contrastados entre sí para evidencias el efecto de la estrategia educativa. Divididos 20 participantes en el grupo experimental y 20 participantes en el grupo control.

CRITERIOS DE INCLUSION

Edad de 14-18 años

Estar adscritos a la UMF 80

Firmar el consentimiento informado padres y participante del estudio.

Sexo indistinto

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Analfabeta

Adolescentes con patologías neuropsicológicas que afecten la atención o concentración y el aprendizaje.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

No acudir al 80% de asistencia en la sesiones.

Que el adolescente decida retirarse del estudio.

Encuesta incompletas.

VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

V. Independiente; **estrategia educativa participativa en adolescentes**

V. Dependiente: **Resiliencia.**

OTRAS VARIABLES.

Factores sociodemográficos. Edad, género, etapa de la adolescencia, nivel demográfico, escolaridad, toxicomanías, ocupación, tipo de familia.

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION
Resiliencia	Es una facultad del individuo de adaptarse de manera positiva a las situaciones adversas, son el resultado de la habilidad de hacer de las herramientas para salir adelante ante los infortunios. Y es por eso que la resiliencia consiste solo en soportar un suceso traumático sino en resurgir de este, aplicando una nueva dinámica.	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo: de 1- 2.59 puntos. 2. Media de 2.6- 4.69. 3. Media alta de 4.7- 5.59 puntos. 4. Alta: de 5.6- 7 puntos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.-BAJA 2.- MEDIA 3.-MEDIA ALTA 4.- ALTA
Adolescente	Según la organización mundial de la salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, dicha clasificación está basada en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de éste grupo poblacional.	Cuantitativa	<p>La adolescencia la podemos dividir en tres etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temprana (11-13 años) 2. Media (14-17 años) 3.Tardía (17-21 años) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.TEMPRANA 2. MEDIA 3. TARDIA
Factores sociodemo- gráficos.	Son las experiencias sociales y económicas y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida.	Cualitativa	<p>Lugar de residencia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Urbana. Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios. 2. Suburbana. Tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano 3. Rural. Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.). 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Urbana 2.Suburbana 3. Rural
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa	<p>Edad</p> <p>La adolescencia la podemos dividir en tres etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temprana (11-13 años) 2. Media (14-17 años) 3.Tardía (18-21 años) 	<p>Adolescencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Temprana 2.Media 3.Tardía

Género	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres.	Cualitativa		1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.	Cualitativa		1. Analfabeta 2. Ed. primaria 3. Ed. secundaria 4. Ed. Superior o universitaria
Toxicomanías	Estado derivado del consumo habitual y excesivo de ciertas sustancias tóxicas como morfina, cocaína, heroína, alcohol, nicotina, barbitúricos.	Cualitativa		1. Tabaquismo 2. Alcoholismo 3. Alcoholismo/tabaquismo 4. Drogas 5. No
Ocupación	Hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que demanda cierto tiempo, lo que le demanda cierto tiempo.	Cualitativa		1. Estudia 2.-Trabaja 2.-Estudia y trabaja
Tipo de familia Según Irigoyen	Familia. Grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de ellas. Clasificación por su composición: 1.Nuclear cuenta con esposo, esposa con o sin hijos. 2.Seminuclear (monoparental) solo cuenta con un cónyuge, e hijos. 3.Extensa. Conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad. 4.Los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)			1. Nuclear 2. Seminuclear 3. Extensa 4. Extensa compuesta

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en la UMF No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Morelia Michoacán, durante el periodo dos meses previa autorización del comité de bioética e investigación, el Médico Residente acudió a la sala de espera de la consulta externa invitó a los adolescentes al aula, y también fueron captados con la ayuda de trabajo social de la UMF 80. Se llevó a cabo una reunión donde se explicó el proceso de la investigación. Se incluyeron 40 adolescentes que cumplieron con los criterios de selección (20 participantes grupo experimental y 20 participantes grupo control); los participantes que aceptaron firmaron de hoja de consentimiento informado, así como el padre o tutor.

A ambos grupos se les aplicó el test de resiliencia que mide la capacidad resiliente y se categoriza como baja, media, media alta y alta. Posteriormente se realizaron 12 sesiones programadas, de dos horas a la semana, en las aulas de la UMF 80, las cuales estuvieron diseñadas con temas que favorecían la resiliencia y abarcaron los temas de: concepto resiliencia, redes de apoyo, autoestima, sociabilidad, autonomía, introspección, moralidad, creatividad, humor, un adolescente resiliente; es quien previene enfermedades. El grupo control de 20 adolescentes, fueron seleccionados de acuerdo a los 20 participantes que terminen primero el test aplicado. A este grupo se le impartió los mismos temas que al grupo experimental, (anexo 3) pero se les aplicó la estrategia educativa tradicional, en doce sesiones, las cuales se realizaron dos sesiones por semana.

Al término de las sesiones se volverá aplicar el test de resiliencia, para conocer si la estrategia participativa favoreció la resiliencia. Los resultados obtenidos serán procesados en el paquete estadístico sps versión 20.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleará estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas media \pm desviación estándar; y para las variables discretas o cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleara el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 20.0).

La asociación de variables se efectuara con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas serán las que asocien a un *P-valor* $<.05$. Otro estadístico de contraste será la *t-student*, para muestras independientes. De igual manera se empleara el modelo relacionado *t-student*, para contrastar la pre medición con la pos medición.

Se presentan tablas de contingencia y gráficos de barras en porcentajes. Con la finalidad de analizar la validez y confiabilidad de la muestra se empleará el Alpha de Cronbach para el instrumento global de resiliencia como también para cada uno de sus dominios.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio toma en cuenta el proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano, apoyándose en el conocimiento científico previo del rubro medico estudiado, siendo en este caso la educación del paciente, por lo que no cuenta con factores que puedan perjudicar el medio ambiente o la integridad física o mental del paciente, por el contrario, los participantes y la población en general se podrán beneficiar de sus resultados.

Cada participante recibirá la información adecuada acerca de los objetivos y métodos de la investigación, así como se les informará del derecho de participar o no en la investigación, se buscará obtener su consentimiento de forma libre.

Se busca cumplir con los lineamientos estipulados en la Declaración de Helsinki; con las disposiciones comunes de los aspectos éticos de investigación en seres humanos estipuladas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación

Apegarse a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

RESULTADOS

El estudio incluyó 40 adolescentes, 20 para el grupo experimental y 20 para el grupo control, de los cuales el 72.5% (29), correspondieron al género masculino y el 27.5% (11) al género femenino, tanto en el grupo experimental como en control el mismo comportamiento de predominio del género masculino. Figura 1.

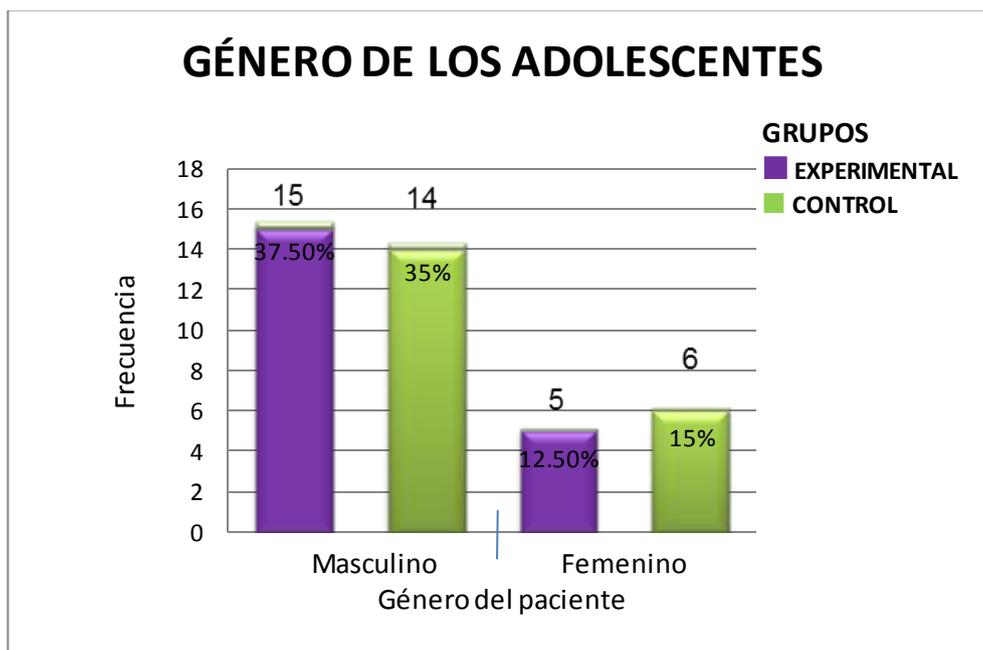


Figura 1. Clasificación de los grupos por género.

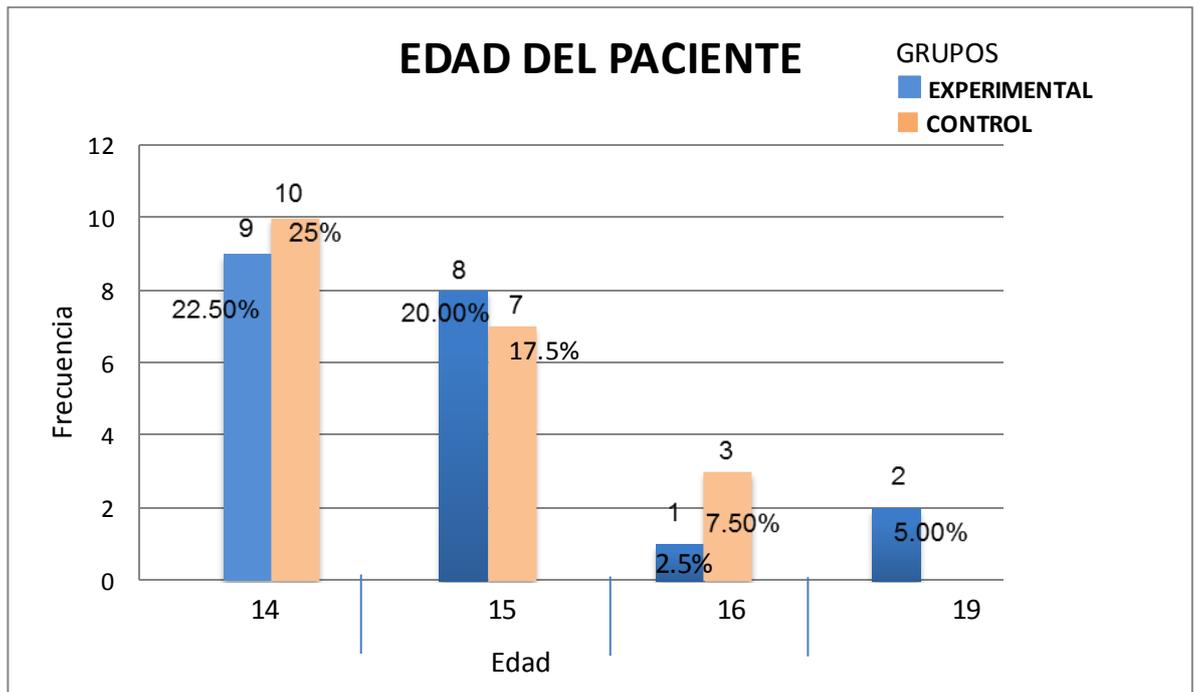


Figura 2. Clasificación de los grupos por edad.

En la Figura 2, se muestra que la edad predominante fue de 14 años con el 47.5% y fue disminuyendo conforme aumento la edad, mismo comportamiento en ambos grupos. A excepción del grupo experimental en donde se encontró el 5% (2) de 19 años y ninguno en el grupo control.

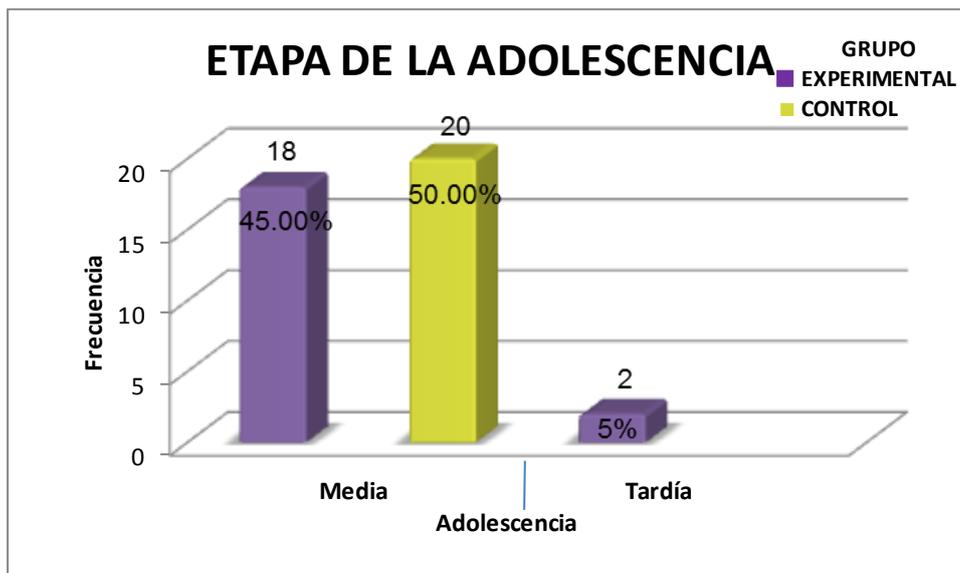


Figura 3. Clasificación de los grupos por adolescencia.

En la Figura 3, se muestra etapa predominante fue adolescencia media (14-17 años) con el 95% entre ambos grupos, mientras que se observó adolescencia tardía (18-21 años) sólo en grupo experimental en donde se encontró el 5% (2).



Figura 4. Clasificación de los grupos por ocupación.

En la figura 4, se muestra que la ocupación predominante en ambos grupos fue La de estudiar con el 95% y solamente el 5% estudia y trabaja, mismo comportamiento en ambos grupos.

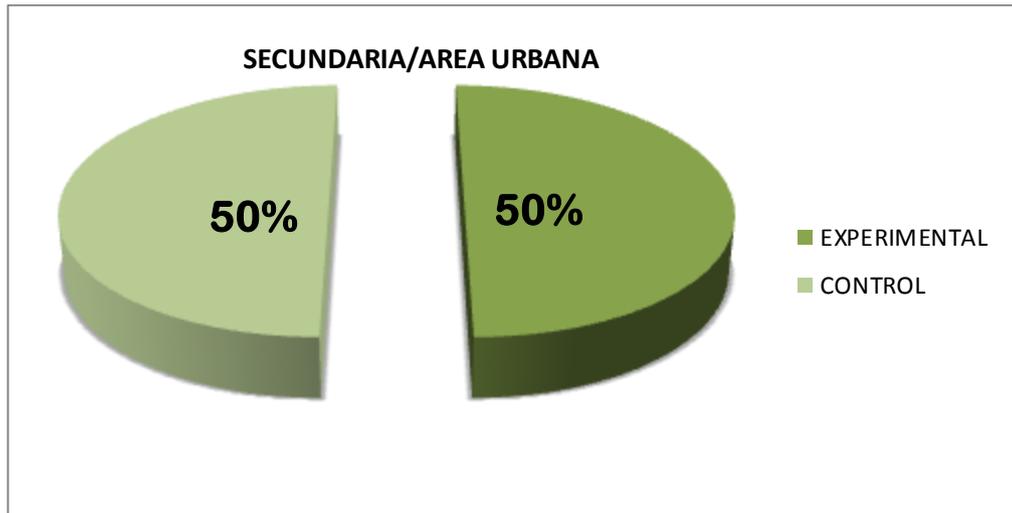


Figura 5. Clasificación de los grupos por escolaridad, área urbana.

En la figura 5, observamos que el total de la muestra su nivel de escolaridad fue de secundaria y todos vivían en área urbana.

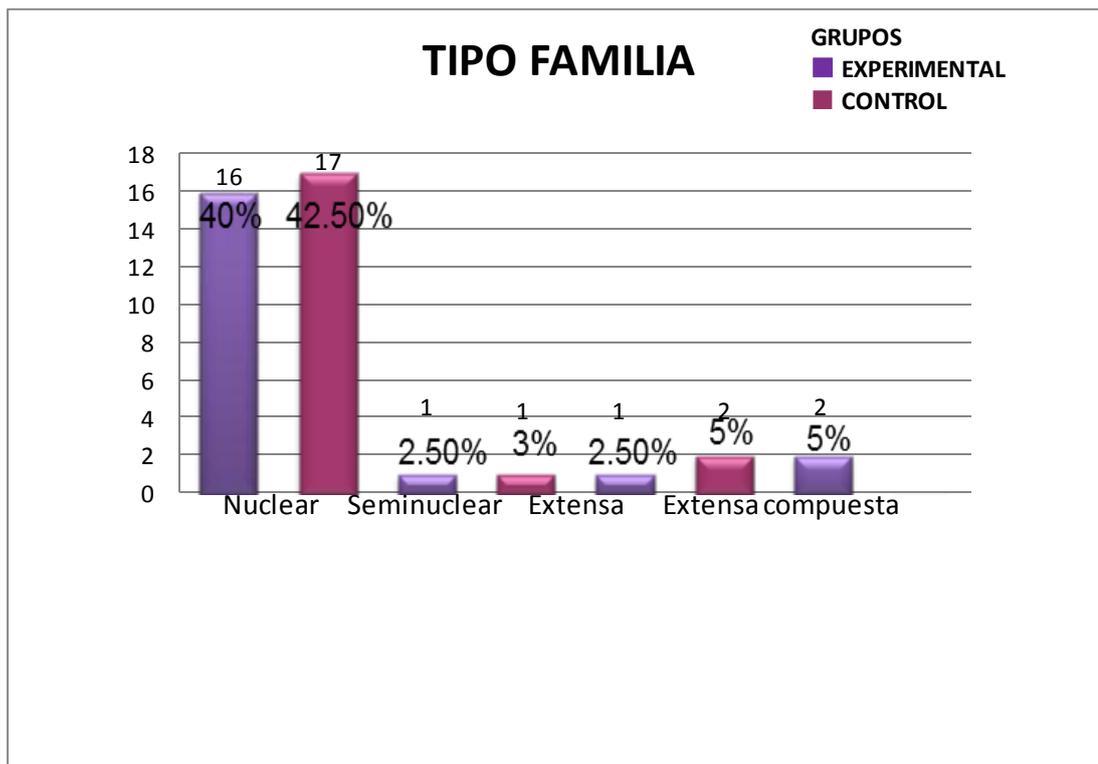


Figura 6. Clasificación de los grupos por el tipo de familia.

En la Figura 6, se muestra que el tipo de familia predominante fue de tipo nuclear en ambos grupos, con un porcentaje muy idéntico, en segundo lugar la familia extensa con predominio en el grupo control y el porcentaje más bajo fue al tipo de familia extensa compuesta, encontrándose solamente en el grupo experimental.

Tabla I. Toxicomanías, Grupo y Etapas.				
TOXICOMANIA	PREINTERVENCION <i>Chi²=5.333, gl=3, sig.=.149</i>		POSTINTERVENCION <i>Chi²=13.333, gl=3, sig.=.001*</i>	
	Experimental	Control	Experimental	Control
Tabaquismo	8(20.0)	13(32.5)	-	9(22.5)
Alcoholismo	6(15.0)	3(7.5)	-	1(2.5)
Tabaquismo y Alcoholismo	3(7.5)	-	-	10(25.0)
Drogas	-	-	-	-
Ninguno	3(7.5)	4(10.0)	20(50.0)	-
* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)				

En la tabla I, observamos que la toxicomanía predominante fue el tabaquismo en ambos grupos con predominio en el grupo control, en segundo lugar fue el alcoholismo con predominio en el grupo experimental, ambas toxicomanías tienen el mismo porcentaje en ambos grupos y ocupa el tercer lugar, drogas no se encontró en ninguna, y ninguna toxicomanía mostro un comportamiento similar en ambos grupos. Posterior a la intervención en el grupo control predomina ambas toxicomanías, segundo lugar alcoholismo, tercer lugar tabaquismo, cuarto ninguno, en el grupo experimental las toxicomanías fueron eliminadas en el 100%, encontrándose significancia estadística por un valor de $p < 0.05$.

TABLA II: TABLA DE CONFIABILIDAD CON VALORES A DE CRONBACH Y MÉTODO DE MITADES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA			
I N S T R U M E N T O	REACTIVOS	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Método de mitades</i>
Test de resiliencia creado por Wagnild and Young	25	.923	.933

En la tabla II, observamos que la confiabilidad del instrumento. Es elevada.

TABLA. III Resiliencia pre y pos intervención.

TABLA. IV Asociación tipo de familia y el grado de resiliencia preintervención.

RESILIENCIA	PREINTERVENCION <i>Chi²=.620, gl=3, sig.=.892</i>		POSTINTERVENCION <i>Chi²=13.019, gl=3, sig.=.005*</i>	
	Experimental	Control	Experimental	Control
Baja	2(5.0)	1(2.5)	1(2.5)	1(2.5)
Media	10(25.0)	9(22.5)	-	9 (22.5)
Media Alta	5(12.5)	6(15.0)	9(22.5)	7(17.5)
Alta	3(7.5)	4(10.0)	10(25.0)	3(7.5)

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla III, observamos preintervención, la resiliencia que predominó fue la media en ambos grupos, predominó en el grupo experimental, en segundo lugar fue la media alta con predominio en el grupo control, el tercer lugar la alta mayor en el grupo control y la baja mayor en el grupo experimental. En la posintervención existe diferencia entre ambos grupos, en el grupo control el comportamiento es muy similar al de la pre medición, en el grupo experimental disminuyó la resiliencia baja y la resiliencia media cambió a la media alta y alta, encontrándose el porcentaje más alto en la resiliencia alta, con significancia estadística por haberse encontrado un valor de $p < 0.05$.

GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL	PREINTERVENCION <i>Ch²=6.159, gl=3, sig.=.724</i>				
	RESILIENCIA				
TIPO DE FAMILIA	BAJA	MEDIA	MEDIA ALTA	ALTA	TOTAL
NUCLEAR	3(7.5%)	15(37.5%)	8 (20%)	7 (17.5%)	33 (82.5%)
SEMINUCLEAR	-	1 (2.5%)	1 (2.5%)	-	2 (5%)
EXTENSA	-	1 (2.5%)	2 (5%)	-	3 (7.5%)
EXTENSA COMPUESTA	-	2 (5%)		-	2 (5%)
* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)					40 (100%)

En la tabla IV, observamos en el grupo experimental previo a la intervención, la resiliencia que predominaron en la familia nuclear fue la media, en segundo lugar fue la media alta, el tercer lugar la alta y posterior la baja. En la familia seminuclear se observan tanto resiliencia Media y media alta en el mismo número. En la familia extensa predomina la media alta y en segundo lugar la media. En la extensa compuesta Solo se encuentra resiliencia media.

TABLA. V Asociación tipo de familia y el grado de resiliencia posintervención.					
GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL	POSTINTERVENCIÓN <i>Chi²=14.915, gl=3, sig.=.093</i>				
	RESILIENCIA				
TIPO DE FAMILIA	BAJA	MEDIA	MEDIA ALTA	ALTA	TOTAL
NUCLEAR	1(2.5%)	8(20%)	12 (30%)	12 (30%)	33 (82.5%)
SEMINUCLEAR	1 (2.5%)	-	-	1 (2.5%)	2 (5%)
EXTENSA	-	1 (2.5%)	2 (5%)	-	3 (7.5%)
EXTENSA COMPUESTA	-	-	2 (5%)	-	2 (5%)
* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)					40 (100%)

En la tabla V, observamos en el grupo experimental después de la intervención, la resiliencia que predominaron fue la alta y la media alta en la familia nuclear, en segundo lugar fue la mediana, el tercer lugar la baja. En la familia seminuclear se observan tanto resiliencia alta y baja en el mismo número. En la familia extensa predomina la media alta y en segundo lugar la mediana. En la extensa compuesta Solo se encuentra resiliencia media alta.

TABLA VI. Variables socio demográficas discretas por grupo

VARIABLE	Experimental N= 20 F (%)	Control N = 20 F (%)	Chi ²	Sig.
Género				
Masculino	15 (37.5)	14(35.0)	.125	.723
Femenino	5(12.5)	6(15.0)		
Tipo de familia				
Nuclear	16(40.0)	17(42.5)	2.364	.500
Seminuclear	1(2.5)	1(2.5)		
Extensa	1(2.5)	2(5.0)		
Extensa Compuesta	2(5.0)	-		
Ocupación				
Estudiante	18(45.0)	20(50.0)	2.105	.147
Estudia y Trabaja	2(5.0)	-		
EDAD				
14 años	9(22.5)	10(25)	3.119	0.374
15 años	8(20)	7(17.5)		
16 años	1(2.5)	3(7.5)		
19 años	2(5)	0(0)		
ETAPA DE LA ADOLESCENCIA				
Media 14-17 años			2.105	0.147
Tardía 19-21 años	18(45) 2(5.0)	20(50.0) -		
Pre toxicomanías				
Tabaquismo			5.333	.149
Alcoholismo	8(20.0)	13(32.5)		
Tabaquismo y alcoholismo	6(15)	3(7.5)		
Ninguno	3(7.5) 3(7.5)	0(0) 4(10)		
Pos toxicomanías				
Tabaquismo			13.333	.001*
Alcoholismo				
Tabaquismo y alcoholismo	0 (0)	9(22.5)		
drogas	0(0)	1(2.5)		
ninguno	0(0)	0(0)		
Nivel demográfico				
Rural	0 (0)	0(0)		
Suburbana				
Urbana				
Escolaridad				
Secundaria	- 20(50)	- 20(50)	-	-
Resiliencia pre test				
Baja	20	20	-	-
Media			.620	.892
Media alta				
Alta	2 (5)	1 (2.5)		
	10(25) 5(12.5) 3 (7.5)	9 (22.5) 6 (15) 4 (10)		
Resiliencia postest				
Baja	1 (0)	1 (0)	13.019	.005*
Media	0(0)	9(22.5)		
Media alta	9(0)	7(17.5)		
Alta	10 (0)	3 (7.5)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla 6, se muestra todas las variables de la investigación en donde se realiza la comparación de los dos grupos y además el impacto y los cambios posintervención en el grupo experimental bien demostrados en las toxicomanías, y en el cambio de la resiliencia de la baja y media hacia la media alta y alta, en estos dos impactos se encontró significancia estadística por haberse encontrado un valor de $p < 0,05$. El resto de las variables no son modificables a través de una estrategia educativa.

DISCUSIÓN

Los adolescentes en América Latina conforman un 39 % de la población total. Actualmente el comportamiento adolescente constituye una preocupación de la Salud Pública a nivel mundial, el adolescente se ve comprometido a cumplir roles sociales en relación con sus compañeros y miembros del género opuesto, al mismo tiempo que se ve enfrentado a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su futuro. Cada una de estas fases del desarrollo requiere de una capacidad para el afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectivas para su vida futura.

Cuando los adolescentes perciben que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, su comportamiento puede tener efectos negativos no sólo en su propia vida sino también en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las relaciones entre los estilos de afrontamiento y otros factores como la clase social, el estrés previo, la edad, origen étnico o el género que directa o indirectamente influenciaran y modularan su calidad de vida dependiendo de la forma como perciba las situaciones.

El investigar la resiliencia ofrece alternativas a todos los profesionales, pero todavía no es un concepto homogéneo. La resiliencia es un cambio de paradigma: privilegia el enfoque en las fortalezas, no en el déficit o problema. Involucra a los individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones a que sean parte de la solución con el conjunto de recursos internos y externos que permitan enfrentar situaciones críticas de todo tipo.

Es imperante continuar desarrollando estudios de resiliencia, ya que son pocos hasta el momento. Es también importante que se desarrolle más investigación para tratar de analizar el peso de la resiliencia sobre la salud general del adolescente y del futuro de un individuo.

González y Maldonado (2013)¹⁶ en su la tesis de promoción de la resiliencia en adolescente a través de una intervención psicoeducativa, con diseño cuasi-experimental transversal, participaron 304 adolescentes de edades entre 12 y 17. Utilizaron la escala de Resiliencia Mexicana de Palomar y Gómez donde valoraron competencias sociales y apoyo familiar, donde demostraron el cambio en la competencia social. En esta investigación se incluyó adolescentes entre 14 a 19 años se utilizó el test de resiliencia creado por Wagnild & Young, Con este instrumento se midió resiliencia de cada adolescente, de esta manera se puede asociar a cualquier factor sociodemográfico, incluyendo el tipo de familia. Midiendo el grado de resiliencia individual, se identificaron competencias sociales y el apoyo familiar lográndose incrementar pero al 17.5% la resiliencia alta.

Chávez-Zizumbo F. (2012)¹⁷ En su tesis de promoción de habilidades sociales avanzadas en la adolescencia temprana de una escuela privada, aplicaron un programa de intervención psicoeducativa, realizó un estudio cuantitativo con diseño pre-experimental, pre-prueba post-prueba con un grupo de 170, En la encuesta se valoró la empatía, los factores de respuesta pro social, el sentido de cooperación/inhibición y apoyo familiar percibido, encontrándose diferencias en cuanto al género y la edad de los participantes, los hombres manejan de manera adecuada la respuesta antagonista y los vínculos negativos, además a la edad de 14 años actúan de manera más responsable y comprometida. En su intervención encontraron solo cambios en las habilidades sociales. En nuestro estudio, se encontró que los adolescentes de 14 años son más resilientes, con un predominio género masculino 72.5%. Nuestro estudio permitió identificar el grado de resiliencia y modificarla predominando la resiliencia alta 25%. Con los niveles sociodemográficos se identificó, el tipo de familia nuclear, con predominio de resiliencia media 47.5%.

Mandujano-Aguilar S. (2011)¹⁸ en su tesis promoción de recursos psicológicos en adolescentes a partir de una implementación de un programa de intervención educativa. Realizo un estudio cuantitativo experimental, pre

prueba pos prueba, integrado por 45 adolescentes de nivel medio superior, edades de 16 y 19 años, 53.3% mujeres, 46.5% hombres, se utilizó escala de Recursos psicológicos, personales y sociales de Rivera y Andrade. Encontró diferencias en manejo de tristeza, recuperación de equilibrio. También utilizaron un programa de intervención educativa. Con diseño experimental, pre prueba pos prueba en esta investigación predominó la adolescencia tardía y en nuestra investigación fue la adolescencia media, en esta tesis valora recursos psicológicos, personales y sociales, su escala no mide el grado de resiliencia con nuestra encuesta obtuvimos este dato y así ver la modificación que logró la estrategia educativa participativa propicio el cambio de la resiliencia baja y media hacia la media alta y alta.

En la tesis de Acosta y Ramos (2014)¹⁹ Programa psicoeducativo de resiliencia en adolescentes de telesecundaria, con enfoque sistémico familiar. Estudio experimental, con evaluación pre-test post test, descriptivo, en la fase cualitativa se triangularon los resultados cuantitativos (autoestima, competencia, seguridad personal, comunicación, roles, y respuesta afectiva) Mediante una entrevista grupal y observación. Participaron 28 adolescentes, medio rural, aplicándosele el cuestionario de Resiliencia (González-Aratia y Valdez Medina, 2005, valora autoestima, altruismo, compromiso afectivo, seguridad personal) y escala de funcionamiento familiar. Se encontró que el funcionamiento familiar se relaciona con el nivel de resiliencia de los adolescentes. Y que el funcionamiento familiar general correlaciona con seguridad personal, autoestima y familia estudio realizado en medio rural. Nuestro estudio nuestro estudio se realiza en el medio urbano. Nuestro estudio se enfoca en la resiliencia del adolescente, se observa que aplicando nuestra estrategia educativa participativa puede incrementar la resiliencia, independientemente del lugar de residencia.

Morales y Díaz²⁰ realizaron un estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia, estudio no experimental de cohorte, descriptivo; con 779 adolescentes; utilizó la Escala de

resiliencia mexicana de Palomar (2010). Los resultados destacan diferencias por género en apoyo familiar y apoyo social; por nivel educativo, las diferencias se encontraron en fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social y apoyo social; por procedencia, existen diferencias en todos los factores; sin diferencias por edad. Concluyeron que el género, la escolaridad y el origen del adolescente, plantea diferencias en la capacidad de superar la adversidad. Nuestro estudio también valora el género en el cual predominó el masculino, la escolaridad nivel secundaria, y procedencia de nivel urbano, estos factores sociodemográficos fueron homogéneos en nuestra muestra.

Espinosa y Vírsed ²¹publicaron un artículo: análisis descriptivo de la percepción de factores resilientes familiares en adolescentes mexicanos. En este estudio se identificó y analizó los factores familiares resilientes percibidos por los adolescentes en 179 jóvenes entre 13 a 17 años, de nivel medio superior en la Ciudad de México y zona conurbada. Se aplicó el Inventario de Resiliencia Familiar IDERFAM, que mide la percepción de factores familiares resilientes. Se destaca que los adolescentes perciben que sus familias cuentan con una aceptable comunicación y organización familiar, en esta investigación se encontró que predominó la familia de tipo nuclear y en ambos grupos presentaron una resiliencia media, pero al aplicar la estrategia educativa cambió en el grupo experimental a una resiliencia alta.

En el artículo Resiliencia y consumo de drogas lícitas en adolescentes estudiantes de la ciudad de Morelia²². Se buscó determinar la relación entre resiliencia y consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) en 458 adolescentes, de escuela secundaria pública, aplicándose la Escala de Resiliencia Wanild y Young (1993) y cédula de datos sociodemográficos. Se encontró diferencia entre consumidores y no consumidores de tabaco/ alcohol. Los resultados obtenidos confirmaron que a mayor índice de resiliencia, menor consumo de tabaco y alcohol. Nuestro estudio concuerda en cuanto a la edad de los adolescentes, la zona demográfica, aplicándose la misma escala de Resiliencia, pero a diferencia de este estudio, posterior a la estrategia

educativa se negativizaron estas drogas y el cambio observado hacia la resiliencia alta.

CONCLUSIONES

- El impacto de la estrategia educativa participativa fue significativo. Debido a que el grado de resiliencia que predominó fue resiliencia alta.
- En la revisión de las variables socio demográficas. Fue significativo que en el grupo experimental se observó que los adolescentes eliminaron las toxicomanías en un 100%.
- Al comparar las dos estrategias. En la educativa se observa resiliencia media y en la educativa participativa resiliencia media alta y alta.

PERSPECTIVAS

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio dan pie para sugerir a la coordinación médica implementar la estrategia educativa participativa sobre resiliencia, como programa para los adolescentes asignados a la UMF 80.

A la Jefatura de enseñanza médica, brindar un espacio en las sesiones médicas para difundir el estudio.

A los médicos familiares de la UMF No. 80. Derivar a los adolescentes a trabajo social para programar sesiones.

A trabajo social, recibir capacitación para dominar la estrategia educativa participativa y llevarla a cabo, así como apoyo en la formación de grupos de adolescentes para su aplicación.

Al departamento de Psicología, canalizando adolescente, así como la invitación para colaborar en alguna sesión del programa. A el área de enfermería captando adolescentes y derivando a trabajo social.

A las diferentes Unidades prospera incluir las sesiones en su programa del centro de atención rural al adolescente.

A la Secretaría de Salud adoptar la estrategia e implementarla con su población.

RECOMENDACIONES

Aplicar otras escalas que valoren redes de apoyo, desempeño académico, funcionamiento familiar, para tener más datos a discutir.

Realizar este estudio en otra unidad de adscripción de Morelia y/o del estado, otras instituciones de salud y compararlo.

Involucrar al equipo multidisciplinario del área médica. Para que conozcan del tema y como pueden canalizar adolescente para la formación de grupos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Melillo A, Suarez-Ojeda EN. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. 1ed. Buenos aires. Paidos. 2008:185-90.
- 2.- Forés A, Grané J, *la resiliencia crecer desde la adversidad 1 ed. España*, plataforma editorial.2008:228- 36.
- 3.- Melillo A, Suárez-Ojeda EN, Rodríguez D. Resiliencia. Resiliencia y subjetividad. 1ed. Buenos aires. Paidos., 2008.20-47.
- 4.-Melillo A, Munist MM, Suárez-Ojeda EN. Adolescencia y resiliencia. 1ed, buenos aires. Paidos. 2011:19-279.
5. Polo C. *Resiliencia: Factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años. (Tesis doctoral)* facultad de psicología. Buenos aires. 2008: 302-18.
- 6.- *Henderson Grotberg E*, nuevas tendencias en resiliencia. Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas. Paidós. 2003: 208-18 Casas-Rivero JJ.
- 7.-González MJ. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Madrid. *Pediatr integral* 2005:(1):1-24.
8. Vega-Vázquez M. Recursos psicológicos y resiliencia en niños de 6, 8 y 10 años edad. *Revista de educación y desarrollo*. Vol.1. 2008: 1-32.
- 9.- Carolimna G, Morelato, Ison M. Emociones positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia. INCIHUSA- CRITCYT- CONICET. Argentina: 1-81.
- 10.- Contreras F. Psicología positiva: una perspectiva en psicología, *Revista diversitas. Perspectivas en psicología*. Vol.2. 2006: 306-12.

11. Gómez E, Kotliarenco MA. Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. Revista de Psicología. Vol. 19, No 2. 2010:1-10.
- 12.- González-Arratia NI, Valdez-Medina A. Resiliencia y salud en niños y adolescentes.2009. Revista de educación y desarrollo. Vol.1, 2010:1-22
13. - G Young W. The resilience scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 24 item Resilience Scale (RS-24) 2009.
- 14.-Carriles Ortiz mg, Oseguera Rodríguez JF, Díaz torres y, Gómez rocha SA. Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. Enfermería Global. 2012: vol.11, n.26: 136-45.
- 15.- Casal Enríquez I, Granda Valdés M. Una estrategia didáctica para la aplicación de los métodos participativos. Tiempo de Educar. 2003: vol. 4, n. 7: 171-202.
16. González-Chávez, V. Maldonado Martínez. Promoción de la resiliencia en adolescentes de secundaria a partir de la implementación de un programa de intervención psicoeducativa [tesis doctoral], Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología; 2013 p 5-10.
17. Chávez-Zizumbo F. Promoción de habilidades sociales avanzadas en la adolescencia temprana de una escuela privada a partir de un programa de intervención psicoeducativa. [Tesis doctoral], Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología; Febrero 2012 p 1-15.
18. Mandujano-Aguilar, S. Promoción de recursos psicológicos en adolescentes a partir de la implementación de un programa de intervención

educativa. [Tesis doctoral], Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología; [Diciembre 2014 p 1-16.

19. Acosta-Romero, N. Ramos- Romero, MG. Programa psicoeducativo de resiliencia en adolescentes de telesecundaria. Tesis doctoral], Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología; Mayo 2011 p 2-18.

20.- Morales-Rodríguez, M. Díaz- Barajas, D. Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. Uaricha Revista de Psicología (Nueva época), 8(17), 62-77 (2011)

19.- Resiliencia en adolescentes. Revista Colombiana de Psicología N°16 2007 ISSN 0121-5469 Bogotá Colombia p 139 -146.

21.- Espinosa- Salcido, MR. Vírseda- Heras JA*, Desatnik-Miechinsky, O .Roxana González- Sotomayor R ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCIÓN DE FACTORES RESILIENTES FAMILIARES EN ADOLESCENTES MEXICANOS. 21 Volumen IV. Número 8. 2015.

22.- Sánchez-Perales, M. Bañuelos- Barrera, Y. Rocha Rodríguez, MR. Resiliencia y consumo de drogas lícitas en adolescentes estudiantes de la ciudad de Morelia. Revista Ciencia @UAQ 6(2) 13 Octubre 2013.

ANEXO 1 HOJA DE REGISTRO ANTE CLEIS

Carta Dictamen

Página 1 de 1

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

IMSS

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 08/12/2015

M.C. PAULA CHACON VALLADARES

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título:

ESTRATEGIA PARTICIPATIVA PARA FAVORECER LA RESILENCIA EN ADOLESCENTES DE LA UMF 80

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1603-57

ATENTAMENTE

DR. (A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80. MORELIA, MICH.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Mich. A _____ de _____ del _____.

Por medio de la presente yo _____

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN ADOLESCENTE SOBRE RESILIENCIA

Registrado ante el Comité Local de Investigación, con el número _____

JUSTIFICACION: En la UMF no se ha realizado un estudio de resiliencia. A través de una estrategia participativa se pretende aumentar la capacidad resiliente en los adolescentes que le permitan prevenir enfermedades y adicciones.

EL OBJETIVO: Analizar si una estrategia participativa mejora la resiliencia en adolescentes de la UMF No 80

PROCEDIMIENTOS: Se me explicó que mi participación en el estudio consiste en contestar dos encuestas una previa al aplicar la estrategia participativa y una posterior al terminarla. Estas encuestas miden la capacidad resiliente. Participaré en la estrategia participativa que consiste en un total de 8 sesiones que están diseñadas para aumentar mi resiliencia. Se mantendrá mi anonimato en las encuestas.

POSIBLE RIESGO Y MOLESTIAS: Se me ha explicado que los riesgos son mínimos por tratarse solo de contestar preguntas. Se hará una intervención aplicando una estrategia participativa que i. Las molestias que se puedan presentar son incomodidad al contestar algunas preguntas de intimidad personal.

POSIBLES BENEFICIOS: El adolescente puede mejorar su capacidad resiliente, identificará redes de apoyo ante adversidades, y desarrollar factores protectores.

INFORMACION SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO: En caso de que el padre de familia lo solicite se informara de los resultados obtenidos al finalizar la investigación con el investigador.

PARTICIPACION O RETIRO: he sido informado que puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: se me ha informado y asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en el estudio y puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: Dra. Bertha Angélica Pacheco Bautista cel. 4433766231

Investigador asociado: Dra. Paula Chacón Valladares cel. 4431886235

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. _____

Secretario del Comité: Dr. Jerónimo Camacho Pérez

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° _____ al teléfono 452 52 437 31.

O bien a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 3 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:

NSS:

EDAD:

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA:

GENERO:

ESTADO CIVIL:

OCUPACION:

TOXICOMANIAS: TABAQUISMO: SI NO ALCOHOLISMO: SI NO

DROGADICCION: SI NO

ESCOLARIDAD:

TIPO DE FAMILIA:

TELEFONO

DOMICILIO:

CIUDAD:

CAPACIDAD DE RESILIENCIA PRETEST.

CAPACIDAD DE RESILIENCIA POST TEST

TIPO DE ESTRATEGIA:

GRUPO: 1. EXPERIMENTAL 2. CONTROL

TIPO DE FAMILIA

ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MAYO 2015 – NOVIEMBRE 2016						
ACTIVIDADES	MAYO 2015- MAYO 2016	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Planeación de la estrategia participativa	X					
Aprobación del proyecto de investigación por el comité local.	X					
Integración de grupo de participantes para la estrategia educativa	X					
Reunión con padres de familia y adolescentes	X					
Aplicación de los instrumentos pre intervención de la estrategia participativa	X					
Aplicación de la estrategia participativa	X					
Aplicación de los instrumentos pos intervención de la estrategia participativa	X					
Recabar los resultados	x					
Procesamiento estadístico de los resultados		X	X			
Elaboración de conclusiones				X		
Redacción y conclusión de tesis				X	X	
Presentación de examen de posgrado						X

ANEXO 5. TEST DE RESILIENCIA

El test de resiliencia es creado por Wagnild & Young en 1987. No obstante se trata de un instrumento validado en nuestro país.

El test mide las dimensiones internas de resiliencia en los sujetos de estudio que son aceptación de sí mismo y competencias personales.

Consta de 25 afirmaciones, 8 referidas a aceptación de sí mismo y 17 sobre competencias personales, todas ellas se presentan en una escala tipo Likert puntuada de 1 a 7.

Para evaluar la capacidad resiliente del/la encuestado/a se suman todos los valores y el total se divide por el número de afirmaciones (25), el resultado obtenido nos va a permitir determinar que el joven tiene una capacidad de resiliencia baja, media, media alta o alta, según la siguiente categorización:

Baja : de 1 a 2,59 puntos

Media : de 2,6 a 4,69 puntos

Media Alta : de 4,7 a 5,59 puntos

Alta : de 5,6 a 7 puntos

Reactivos escala de resiliencia: Test de resiliencia creado por Wagnild and Young. ¹³

Por favor lea las declaraciones siguientes. Usted encontrará 7 números que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Marque el número que mejor indica sus sentimientos sobre la declaración. Por ejemplo, si usted está totalmente en desacuerdo con una declaración marque "1". Si usted es neutral, marque "4" y si usted está de acuerdo fuertemente marque "7"

Declaraciones	Totalmente 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 de 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 solo si es necesario	1	2	3	4	5	6	7
6.- Siento orgullo por haber obtenido cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7.- Normalmente consigo cosas sin mucha preocupación	1	2	3	4	5	6	7
8.- Me quiero a mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
9.- Siento que puedo ocuparme de varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10.- Soy decidido en las cosas que hago en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
11.- Rara vez pienso sobre porque suceden las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
12.- Hago las cosas de cada día.	1	2	3	4	5	6	7

13.- Puedo superar los momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores	1	2	3	4	5	6	7
14.- Soy disciplinado en las cosas que hago.	1	2	3	4	5	6	7
15.- Mantengo el interés en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16.- Normalmente puedo encontrar un motivo para reír.	1	2	3	4	5	6	7
17.- Creer en 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		7
19.- Normalmente trato de mirar una situación desde distintos puntos de vista.	1	2	3	4	5	6	7
20.- A veces me obligo a hacer cosa aunque no quiera hacerlas.	1	2	3	4	5	6	7
21.-Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22.- No me quedo pensando en las cosas que no puedo cambiar	1	2	3	4	5	6	7
23.- Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro salida	1	2	3	4	5	6	7
24.- Tengo energía suficiente para lo que necesito hacer	1	2	3	4	5	6	7
25.- Es normal que existan personas a las que no le caigo bien.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 6 PROGRAMA ESTRATEGIA PARTICIPATIVA

Sesiones	Contenido temático	Objetivo operativo	Ponente/ Encargado	Material de apoyo	Tipo de actividad
Sesión 1	Consentimiento informado	Tener la autorización del estudio por parte del padre de familia y el adolescente	R3MF Bertha Angélica Pacheco	Consentimiento informado impreso.	Aplicación del test.
Sesión 1	-Medir el grado de resiliencia	Conocer qué grado de capacidad resiliente tiene cada adolescente.	R3MF Bertha Angélica Pacheco	Test de resiliencia.	Aplicación del test de resiliencia.
Sesión 2	-Concepto resiliencia. Introducción a la resiliencia. -Factores protectores de la resiliencia. -Ejemplos de personajes célebres que fueron resilientes. Integración grupal.	Conocer el termino resiliencia. resiliencia en el adolescente. Identificar cuáles son los factores protectores de resiliencia, son los que requerirá el adolescente para mejorar su capacidad resiliente y los que se abordaran en sesiones posteriores. Identificar personajes tuvieron una extraordinaria capacidad resiliente que sirva de inspiración a los participantes.	R3MF Bertha Angélica Pacheco Bautista	Cañón. Presentación power point Gafetes.	Estrategia: Método trabajo en grupo. Exposición con diapositivas, video sobre resiliencia.

Sesión 3	Redes de apoyo	Definir que es una red de apoyo. Identificar redes de apoyo. Desarrollar confianza y empatía con personajes que forman parte de sus redes de apoyo como padres, tutor, amigo, maestro, hermanos.	R3MF Bertha Angélica Pacheco	Adolescentes participantes	Estrategia: METODO DE DISCUSION <i>Discusión en pequeños grupos.</i> Dinámica del pez
Sesión 4	Autoestima	Definir la autoestima Desarrollar autoestima	R3MF Bertha Angélica Pacheco	Cartulinas Marcadores Hojas blancas Espejos	<i>Estrategia:</i> <i>Método discusión.</i> <i>Discusión plenaria.</i> Dinámica del espejo
Sesión 5	Introspección	Identificar que es introspección y como adquirirla. Casos de personas con algún suceso de adversidad	R3MF Bertha Angélica Pacheco Bautista.	Lectura de casos. Copias	<i>Estrategia:</i> <i>Método de situaciones:</i> <i>casos.</i>
Sesión 6	Autonomía	Definir que es autonomía. Proyecto de vida. Visualizar sueños, metas y como llevarlas a cabo. Identificar capacidades para lograr proyecto de vida.	R3MF Bertha Angélica Pacheco Bautista.	Hojas blancas Lápices Marcadores	<i>Estrategia:</i> <i>método de discusión:</i> <i>conferencia</i> .
Sesión 7	Sociabilidad	Generar un ambiente de confianza Fomentar el trabajo	R3MF Bertha Angélica Pacheco	Gafete	<i>Estrategia:</i> <i>Métodos para la solución creativa de problemas</i> Rally de

Sesión 8	Sentido del humor	<p>en equipo</p> <p>Concepto de sentido del humor. Que el adolescente integre el humor en su vida cotidiana aun en momentos difíciles.</p>	R3MF Bertha Angélica Pacheco Bautista	<p>Mascaras</p> <p>Pelucas</p> <p>Antifaces</p> <p>Música</p> <p>Laptop</p> <p>Celular</p>	<p>resiliencia</p> <p>Sentido del humor y creatividad Estrategia: Métodos para la solución creativa de problemas Filmación de video resiliente.</p>
Sesión 9	Creatividad	<p>Concepto de creatividad. Que el adolescente exprese a través de dibujos, toda su capacidad de creatividad.</p>	R3MF Bertha Angélica Pacheco Bautista	<p>Pliego de papel</p> <p>Marcadores</p>	<p>Sentido del humor y creatividad Estrategia: Métodos para la solución creativa de problemas Dinámica arte sanador</p>
Sesión 10	Moralidad	<p>Concepto de moralidad. Tomar decisiones con responsabilidad para actuar de la forma adecuada.</p>	R3MF Bertha Angélica Pacheco Bautista	Hojas con lectura.	<i>Discusión plenaria</i>
Sesión 11	Un adolescente resiliente; es quien previene enfermedades.	<p>Concientizar al adolescente como puede aplicar los factores protectores que se ha aprendido durante las sesiones para prevención de enfermedades. (Enfermedades de transmisión sexual, embarazo no</p>	R3MF Bertha Angélica Pacheco Bautista	<p>Papel bond</p> <p>Marcadores</p> <p>Hojas</p> <p>Lapiceros</p>	<p><i>Estrategia:</i> <i>Método discusión:</i> <i>Discusión conferencia.</i></p>

		deseado, planificación familiar, toxicomanías)			
Sesión 12	Aplicar Pos test para evaluar la estrategia participativa	Resolver dudas Impresiones sobre el taller Reunir los datos necesarios para el estudio.	R3MF Bertha Angélica Pacheco Bautista	Test impreso	Test de resiliencia.

ESTRETEGIA PARTICIPATIVA PARA MEJORAR LA RESILENCIA

Sesión 1. Consentimiento informado y test de resiliencia.

OBJETIVO: Aprobación de padres de familia y adolescente su participación libre en el estudio de resiliencia.

TIEMPO REQUERIDO: 45 minutos.

MATERIAL: Test de resiliencia, lapiceros.

LUGAR: Aula UMF 80

Sesión 2 “PERTENENCIA A UN GRUPO E IDENTIFICAR EL CONCEPTO DE RESILIENCIA”

OBJETIVO: Presentación del adolescente en grupos para adquirir confianza y dialogar sobre el concepto resiliencia.

TIEMPO– 45 MINUTOS

Estrategia: METODO TRABAJO EN GRUPO.

Desarrollo:

Se dividirá al grupo en cuatro equipos, tendrán 5 minutos para presentarse entre ellos cada uno, intercambiar impresiones, gustos o hobbies de los integrantes para fomentar la confianza y la pertenencia a un grupo. Realizarán un gafete con su nombre para socializar rápidamente. Se les proyectarán lo que es el concepto de resiliencia en diapositivas y un video ilustrativo. Por alumnos que tienen aprendizaje más visual. Posterior a la presentación. Se les darán 10 minutos para que cada grupo dialogue sobre que es la resiliencia. Un representante de cada equipo o más que gusten participar comentará sus impresiones, además se analizará si conocían el concepto o habían escuchado de este.

TIEMPO REQUERIDO: 45 minutos.

MATERIAL: Diapositivas. Cañón. Presentación power point. Gafetes. Lapiceros. Hojas. Marcadores.

LUGAR: Aula UMF 80

Sesión 3

“Redes de apoyo”

Tiempo: – 50 MINUTOS

OBJETIVO: Definir que es una red de apoyo. Identificar redes de apoyo. Desarrollar confianza y empatía con personajes que forman parte de sus redes de apoyo como padres, tutor, amigo, maestro, hermanos.

Estrategia: METODO DE DISCUSION. *Discusión en pequeños grupos.*

Se dividirá a los adolescentes en tres grupos. Se les dará en una hoja que contenga cuales son las redes de apoyo, contarán con 10 minutos para intercambiar ideas y opiniones. Al término cada grupo se le asignarán tres redes de apoyo elementales. 1.- FAMILIA (PADRES, HERMANOS, TIOS, ETC), 2.- TUTORES Y/O MAESTROS, 3.- AMIGOS. Cada grupo

defenderá una red de apoyo y debatirá que red de apoyo es más importante. Además deben de explicar porque se debe de confiar en estas ante adversidades.

TAMAÑO DEL GRUPO: 20 adolescentes

TIEMPO REQUERIDO: 45 minutos.

MATERIAL: Participantes. Hojas.

LUGAR: aula UMF 80

Dinámica representativa: Dinámica del pez: Integración de grupo. 15 minutos

Consiste en que 7 adolescentes realizarán un círculo tomados de las manos, y encerrarán a 6 participantes con los ojos vendados. Los que formen el círculo impedirán dejarlos salir. Los 7 adolescentes restantes estarán por fuera del círculo trataran de rescatar a su compañero que se encuentre dentro del círculo que representa la adversidad y así entenderán de una forma representativa que las redes de apoyo son las te ayudan ante situaciones difíciles.

CIERRE: recoger impresiones, comentarios y dudas.

Sesión 4 PRESENTACION DE FACTORES PROTECTORES DE RESILENCIA – 45 MINUTOS

“Autoestima”

Estrategia: Método discusión. Discusión plenaria.

OBJETIVO: Definir la autoestima. Desarrollar autoestima

TAMAÑO DEL GRUPO: 20 adolescentes

TIEMPO REQUERIDO: 50 minutos.

MATERIAL: Cartulinas, marcadores, hojas blancas, espejos

LUGAR: aula UMF80

Desarrollo: Los participantes se colocaran en forma de círculo. Y se les hará la siguiente pregunta ¿para ti que es la autoestima? Cada uno dará su punto de vista. Por ideas diversas se puede generar controversia por cual él es significado real. Por lo que el residente compartirá al final el concepto. Para reforzar la actividad se realizará la siguiente dinámica:

Dinámica representativa: Dinámica del espejo

Se les hará pasar un espejo pequeño para cada integrante, porque los adolescentes tienen la percepción que su valor es más externo, que la apariencia tiene gran peso ante la sociedad y se les pedirá que comenten ¿cómo es que se visualizan ante el espejo? gordos, flacos, altos, morenos, etc. Pero que entiendan que aun así todos con nuestras propias características tenemos nuestro valor especial por ser auténticos, únicos e irrepetibles.

CIERRE: recoger impresiones, comentarios y dudas.

Sesión 5 *Introspección. Tiempo– 45 MINUTOS*

OBJETIVO: Analizar de personajes históricos con algún suceso de adversidad. Ana Frank, Viktor Frankl, etc.

Estrategia: Método de situaciones: casos.

TAMAÑO DEL GRUPO: 20 adolescentes

TIEMPO REQUERIDO: 45 minutos.

MATERIAL: Lectura de casos.

LUGAR: aula UMF80

Desarrollo: lectura de 2 personajes resilientes. El residente les leerá dos historias cortas de personajes conocidos resilientes. Dividirá el grupo en subgrupos de 4 participantes. Cada uno buscará quien para ellos es un ejemplo de lo que es resiliencia y porque.

CIERRE: recoger impresiones, comentarios y dudas.

Sesión 6 *AUTONOMIA*

TIEMPO DE DURACION – 45 MINUTOS

ESTRATEGIA: METODO DE DISCUSION: CONFERENCIA

OBJETIVO: Conocer el concepto autonomía. Realizar proyecto de vida. Visualizar metas y como llevarlas a cabo. Identificar capacidades para lograr proyecto de vida”.

TAMAÑO DEL GRUPO: 20 adolescentes

TIEMPO REQUERIDO: 45 minutos.

MATERIAL: hojas, lapiceros.

LUGAR: aula UMF80

Desarrollo: El residente dará a conocer el concepto de autonomía. Proyecto de vida. El adolescente escribirá en el papel cuáles son sus metas como pretende lograrlas, el plazo que puede hacerlas corto, mediano o largo plazo, que capacidades tiene para lograrlas. Y pasará a comentar a exponer su proyecto de vida.

CIERRE: recoger impresiones, comentarios y dudas.

Sesión 7

Sociabilidad

Estrategia: Métodos para la solución creativa de problemas

Tiempo – 50 MINUTOS

OBJETIVO. Conocer el concepto de sociabilidad. A través de dinámicas desarrollar la sociabilidad.

TAMAÑO DEL GRUPO: 20 adolescentes

TIEMPO REQUERIDO: 45 minutos.

MATERIAL: Identificación con su nombre.

LUGAR: aula UMF 80

Desarrollo: El residente dará el concepto de sociabilidad. Recogerá impresiones de los participantes.

Rally de la resiliencia

Se formaran equipos equitativos

1. Formar dos equipos. Cada uno hará un gusano con cada uno de sus integrantes se moverán hasta llegar a la meta.
2. Se formarán dos equipo un miembro del equipo que representa la adversidad será la serpiente y tratara de picar a los integrantes el que sea tocado se pasara al otro equipo y se convierte en serpiente.

.Sesión 8 y 9 PRESENTACION DE LA RESILENCIA – 45 MINUTOS

Sentido del humor y creatividad

Estrategia: Métodos para la solución creativa de problemas

OBJETIVO: Concepto de sentido del humor y creatividad. Solución creativa de problemas con actividades asignadas.

TAMAÑO DEL GRUPO: 20 adolescentes

TIEMPO REQUERIDO: 50 minutos.

MATERIAL: Mascaras, pelucas, antifaces, instrumentos musicales, música, laptop

Pliego de papel, marcadores.

LUGAR: aula UMF 80

Desarrollo: El residente da el concepto de sentido del humor y creatividad. Realizará dos dinámicas participativas, con 40 min de duración para presentarlas al grupo. Se dividirá al grupo en dos subgrupos y se les asignará dos actividades. Primer grupo: Dibujo creativo .Se desplegará un papel de tres metros, en donde los adolescentes realizarán su mejor dibujo alusivo a adolescentes resilientes. Representar que características deben tener para ser resilientes.

Segundo grupo: Filmación del video resiliente. Con un celular grabaran un cortometraje apoyados con caracterización máscaras exportarán su creatividad y sentido del humor.

CIERRE: recoger impresiones, comentarios y dudas.

Sesión 10 Moralidad. Discusión plenaria

Tiempo – 45 MINUTOS

OBJETIVO: Conocer el concepto de moralidad. Formar su propio criterio de lo que es correcto con situaciones reales en adolescentes.

TAMAÑO DEL GRUPO: 20 adolescentes

MATERIAL: Ninguno

LUGAR: aula UMF 80

Desarrollo: Plantear la siguiente escena: Pepe alumno de la secundaria No. 10. Un día él se bajaba las escaleras del segundo piso, cuando de pronto pisó en falso y se le dobló el tobillo izquierdo, produciéndole dolor intenso y cayendo al piso. Casualmente Luis con quién había discutido fuertemente dos días previos es el único quien lo vio caer. ¿Qué postura debería de tomar Luis?

2da escena. Juan de 17 años de edad es novio de Elizabeth, y se acaban de enterar que serán padres. Juan quiere hacerse responsable, pero Elizabeth quiere tomar abortiva con medicamentos, por miedo a sus padres. Pero antes de hacerlo, Elizabeth busca orientación con Ana su mejor amiga. ¿Que debe de decirle Ana?

-Recoger impresiones, comentarios y dudas.

Sesión 11 Un adolescente resiliente; es quien previene enfermedades

Estrategia: Método discusión: Discusión conferencia:

Tiempo– 45 MINUTOS

OBJETIVO: Aplicar e identificar que se ha aprendido durante las sesiones para prevención de enfermedades.

TAMAÑO DEL GRUPO: 20 adolescentes

TIEMPO REQUERIDO: 45 minutos.

MATERIAL: hojas blancas, marcadores.

LUGAR: aula UMF 80

Desarrollo: Presentar 5 situaciones a las que se enfrenten los adolescentes, como un embarazo no deseado, métodos de planificación familiar, obesidad, trastorno del estado de ánimo, toxicomanías. Se realizarán 5 equipos y ellos analizarán como solucionarían dichas adversidades. Por equipos pasarán a exponer su forma resolutiva y además identificarán cuales factores protectores necesitan emplear para lograr ser un adolescente resiliente.

Cierre: El adolescente compartirá sus puntos de vista sus impresiones, dudas e impresiones y reflexiones sobre los talleres.

Sesión 12

APLICACIÓN DEL TEST DE RESILIENCIA –

Tiempo. 45 MINUTOS

OBJETIVO: Realizar *la evaluación post intervención de estrategia participativa en el grupo de adolescentes.*

TAMAÑO DEL GRUPO: 20 adolescentes

TIEMPO REQUERIDO: 45 minutos.

MATERIAL: Test de resiliencia, lapiceros.

LUGAR: aula UMF 80

Desarrollo: El residente aplicará el test de resiliencia. El adolescente contestará todos los reactivos del test de resiliencia.

Cierre: Se recabaran los resultados de los 40 adolescentes.