

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES**  
**PROGRAMA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“RESILIENCIA EN ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS EN ALDEAS  
INFANTILES SOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS”**

**Tesis presentada por las Bachilleres**

**MILAGROS PINTO CHÁVEZ**

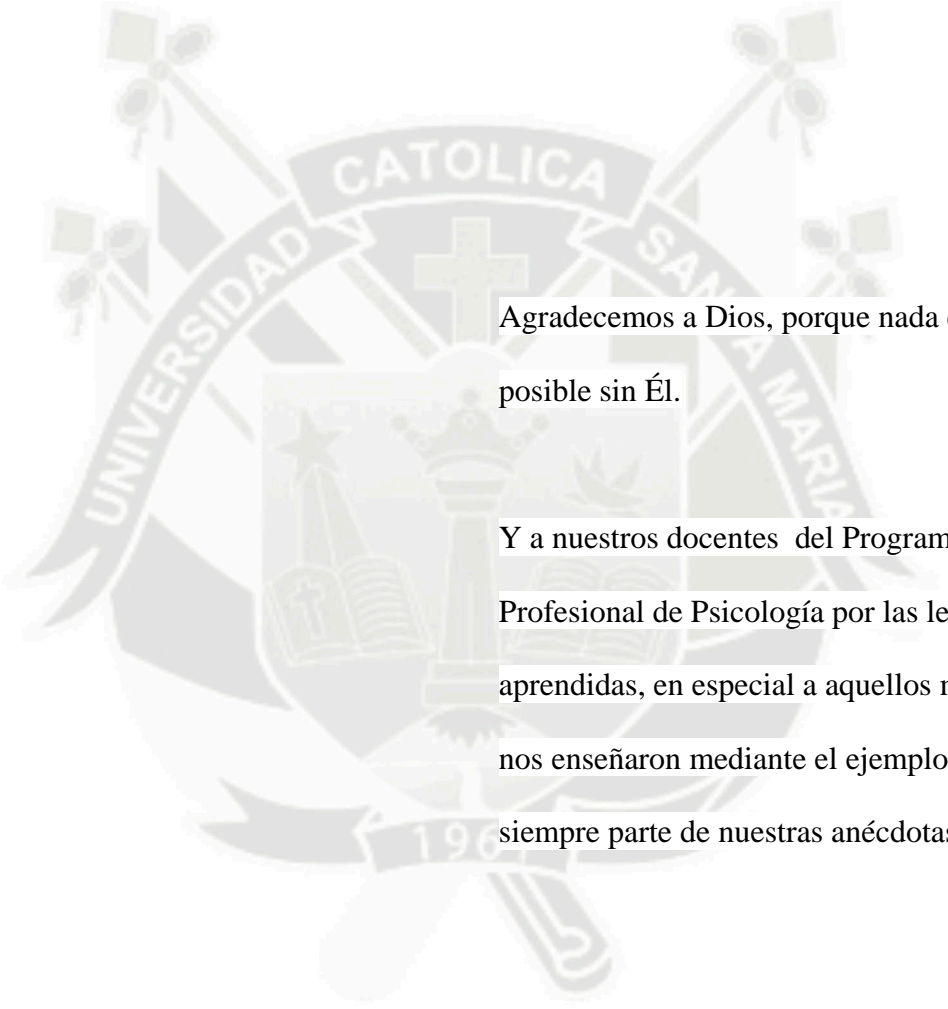
**GABRIELA SALAS BENAVIDES**

**Para obtener el Título Profesional de Licenciadas  
en Psicología**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2014**

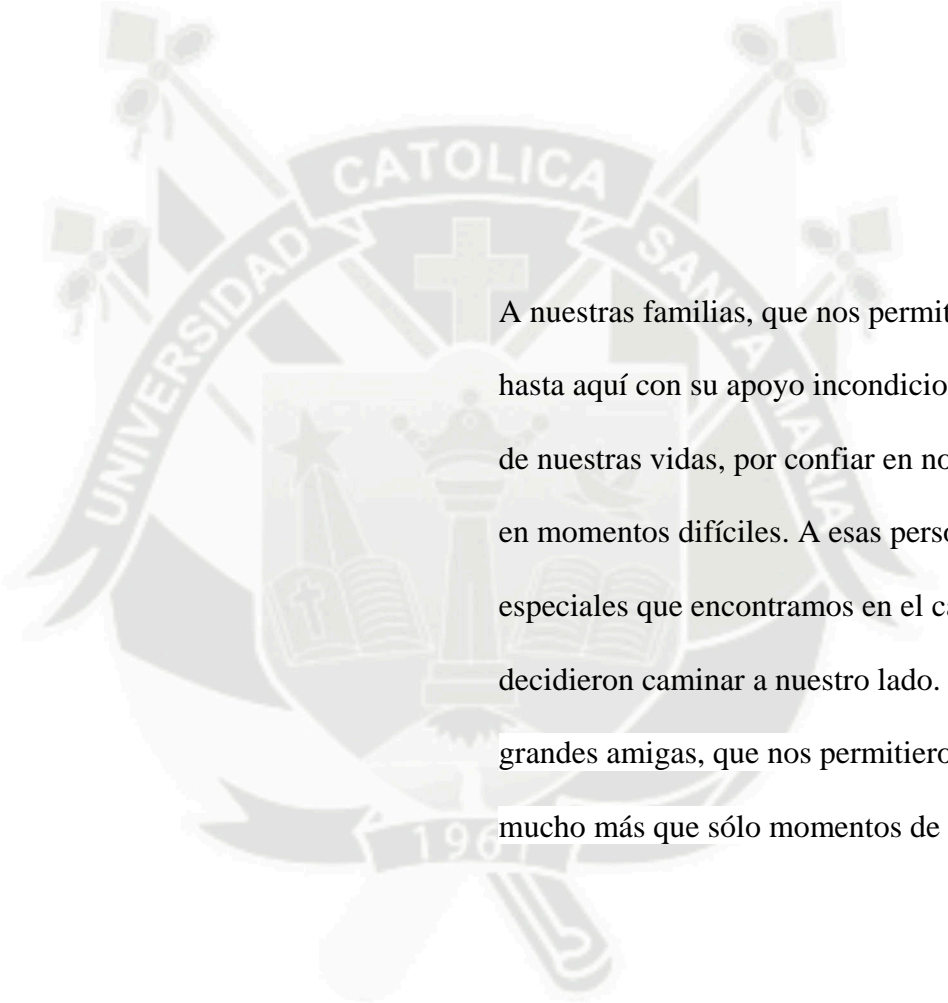
## Agradecimientos



Agradecemos a Dios, porque nada de esto sería posible sin Él.

Y a nuestros docentes del Programa Profesional de Psicología por las lecciones aprendidas, en especial a aquellos maestros que nos enseñaron mediante el ejemplo, y serán siempre parte de nuestras anécdotas.

## Dedicatoria

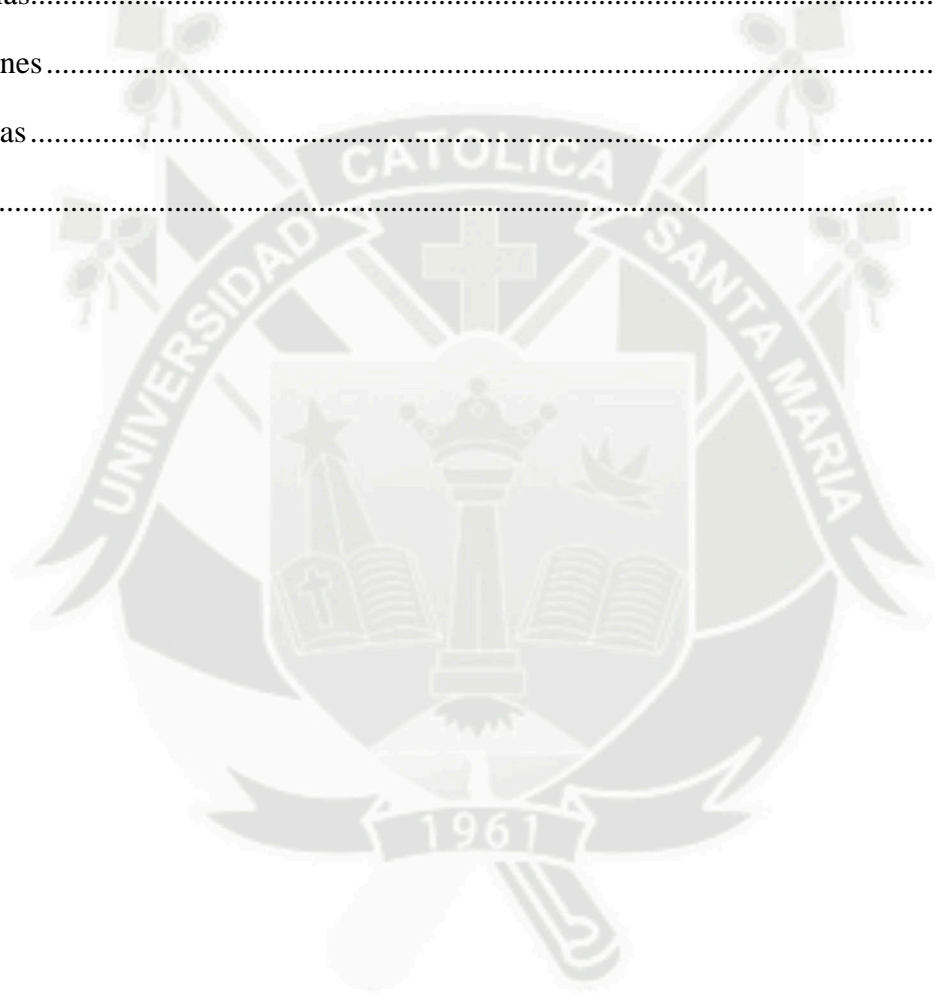


A nuestras familias, que nos permitieron llegar hasta aquí con su apoyo incondicional a lo largo de nuestras vidas, por confiar en nosotras aún en momentos difíciles. A esas personas únicas y especiales que encontramos en el camino, y decidieron caminar a nuestro lado. Y a nuestras grandes amigas, que nos permitieron compartir mucho más que sólo momentos de estudio.

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| Agradecimientos.....                            | 2         |
| Dedicatoria .....                               | 3         |
| Índice.....                                     | 4         |
| Resumen .....                                   | 6         |
| Abstract .....                                  | 7         |
| <b>Capítulo I: Marco Teórico .....</b>          | <b>8</b>  |
| Introducción .....                              | 9         |
| Problema de Investigación .....                 | 11        |
| Variables.....                                  | 12        |
| Objetivos .....                                 | 13        |
| Objetivo general .....                          | 13        |
| Objetivos secundarios.....                      | 13        |
| Antecedentes Teóricos .....                     | 14        |
| Resiliencia .....                               | 14        |
| Abandono y maltrato .....                       | 22        |
| Institucionalización.....                       | 27        |
| Hipótesis.....                                  | 37        |
| <b>Capítulo II: Diseño Metodológico .....</b>   | <b>38</b> |
| Diseño de Investigación .....                   | 39        |
| <i>Técnica</i> .....                            | 39        |
| <i>Instrumento</i> .....                        | 39        |
| <i>Población y muestra</i> .....                | 41        |
| <i>Estrategia de recolección de datos</i> ..... | 41        |

|   |           |
|---|-----------|
| Criterios de procesamiento de la información..... | 42        |
| <b>Capítulo III: Resultados.....</b>              | <b>43</b> |
| Discusión.....                                    | 50        |
| Conclusiones.....                                 | 55        |
| Sugerencias.....                                  | 56        |
| Limitaciones.....                                 | 57        |
| Referencias.....                                  | 58        |
| Anexos.....                                       | 65        |



## Resumen

Se investigaron los niveles de resiliencia en adolescentes institucionalizados y no institucionalizados. Fueron evaluados varones y mujeres entre 12 y 18 años institucionalizados en Aldeas Infantiles SOS (N=45) y no institucionalizados de tres colegios ubicados en Ciudad de Dios, Cono Norte (N=128). Se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young – Adaptación peruana (Novella 2002). Al comparar los niveles de resiliencia entre los dos grupos no se encontró diferencia estadísticamente significativa, pero sí existe una tendencia de mayor resiliencia en los adolescentes institucionalizados, que a pesar de haber sufrido una situación traumática han logrado igualar los niveles de resiliencia de los adolescentes que se encuentran en un ambiente natural. Es recomendable fortalecer los factores de resiliencia a través de programas o políticas institucionales.

**Palabras clave:** Resiliencia, institucionalización.

### **Abstract**

This study explored the resilience levels in institutionalized and non institutionalized teenagers. The sample consisted in institutionalized men and women between 12 and 18 years of Aldeas Infantiles SOS (N=45) and non institutionalized of three schools located in Ciudad de Dios, Cono Norte (N= 128). The instrument used was the Resilience Wagnild and Young Scale- Peruvian adaptation (Novella 2002). The results revealed that there were no statistical difference in the resilience levels between the two groups, but there is a tendency of more Resilience in institutionalized teens, who in spite of suffering a traumatic situation, they have similar resilience levels than teens that are in a natural environment.

**Key words:** Resilience, institutionalization.



# Capítulo I: Marco Teórico

## Introducción

Desde siempre se ha conocido el alto valor otorgado a la familia; el mencionarla suele evocar sentimientos positivos de protección, de seguridad, de apoyo incondicional además de un alto grado de afecto. En teoría es el mejor lugar en el que podemos estar, pues una familia nos brinda seguridad, protección, bienestar, suple nuestras necesidades básicas de forma integral. Pero ¿qué sucede cuando no es así, cuando en vez de contar con todas esas características positivas, se encuentra un ambiente negativo y con diferentes deficiencias; cuando fallecen los padres y ese menor queda en orfandad, o el menor es abandonado? El desarrollo de los hijos se ve afectado por estas situaciones negativas, creando muchos vacíos afectivos, económicos y hasta daños que pasan a ser llevados a niveles jurídicos, resultando muchos niños, niñas o adolescentes separados de sus familias o del lugar donde viven y llevados a instituciones en las cuales deben suplir las deficiencias de casa.

Dentro de estas instituciones, uno de los objetivos principales, además de brindarles lo necesario para vivir, es cambiar la historia de estos niños y niñas que se convertirán en adolescentes. Entonces, ¿podemos decir que el hecho de estar institucionalizados favorece una mejor visión de la vida, de sí mismo y por ende un desarrollo de altos niveles de resiliencia? Probablemente sí, pues si la institución fomenta y ofrece condiciones positivas para los albergados, ellos podrían desarrollar una mayor resiliencia en comparación a las personas que se quedaron en situaciones de riesgo dentro de un ambiente vulnerable, en el cual las condiciones favorables no se presentan para todos.

La razón por la cual se abre un debate en torno a los ambientes que favorecen la resiliencia, es porque esta característica puede transformar situaciones negativas, como las que estos adolescentes institucionalizados han enfrentado en sus familias de origen y probablemente los no institucionalizados las sigan enfrentando, en un motivo para salir adelante, en una situación adversa que no los venció, sino que les permitió sobreponerse y además, les permitió salir fortalecidos de tales experiencias.



## **Problema de Investigación**

Los adolescentes institucionalizados de Aldeas Infantiles SOS tienen mayores niveles de resiliencia que los adolescentes no institucionalizados de los colegios nacionales representativos de Ciudad de Dios, Cono Norte.

### **Interrogantes Secundarias**

¿Existe diferencia entre los niveles de resiliencia de adolescentes mujeres institucionalizadas y no institucionalizadas?

¿Existe diferencia entre los niveles de resiliencia de adolescentes varones institucionalizados y no institucionalizados?

¿Existe diferencia entre los niveles de resiliencia de adolescentes de género masculino y adolescentes de género femenino?

¿Existe diferencia en los puntajes presentados por cada dimensión entre los adolescentes institucionalizados y no institucionalizados?

¿Existe relación entre los meses de permanencia dentro de la institución los y los niveles de resiliencia?

## Variables

### Variable 1: Niveles de resiliencia

*Definición operacional:* La resiliencia es la capacidad del ser humano para enfrentar adversidades, moderando el efecto negativo del estrés y fomentando la adaptación (Wagnild y Young, 1993) que le permitiéndole aprender de las dificultades , superarlas, y salir transformado de estas experiencias negativas (Grotberg, 1996). Se presenta en niveles de Mayor, Moderada y Escasa resiliencia (Wagnild y Young, 1993).

### Variable 2: Institucionalización

*Definición operacional:* El ingreso de un individuo al régimen de vida de una institución donde vive internado durante cierto periodo de tiempo.

*Institucionalizados:* Adolescentes que son parte del régimen de vida de un albergue.

*No institucionalizados:* Adolescentes que no se encuentran en el régimen de vida de un albergue.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Comparar los niveles de resiliencia entre adolescentes institucionalizados y no institucionalizados.

### **Objetivos secundarios**

- Comparar los niveles de resiliencia entre las adolescentes mujeres institucionalizadas y no institucionalizadas.
- Comparar los niveles de resiliencia entre los adolescentes varones institucionalizados y no institucionalizados.
- Comparar los niveles de resiliencia entre los adolescentes varones y mujeres
- Comparar cada dimensión de la escala de Resiliencia entre los adolescentes institucionalizados y no institucionalizados.
- Relacionar niveles de resiliencia y los meses de permanencia en la institución.

## Antecedentes Teóricos

### Resiliencia

Este concepto originalmente se refiere a la cualidad física de un material de resistir los impactos y recuperar su forma original cuando son forzados a deformarse. Por lo que vemos, y como refieren Barudy & Dantagnan (2005, p.15, citados en García y Aldana, 2011) “*aunque el término sea nuevo, la resiliencia no es cosa de hoy*”. Desde el punto de vista etimológico, se traduce como “saltar hacia atrás, rebotar, surgir”; el prefijo “re” indica repetición, reanudación; por lo tanto, se concluye que resurge después de haber vivido alguna situación traumática (Cyrulnik, 2004, citado en García y Aldana, 2011).

El término fue utilizado en el área social a raíz de un estudio longitudinal realizado por Werner y Smith (1971) con 660 niños, en el que registró dificultades al momento de nacer además de información sobre la calidad del ambiente familiar, monitoreándolos hasta los 18 años. Su hipótesis era que al revisar la información de esta cohorte por todos estos años, encontraría problemas en el aprendizaje o diferentes problemas teóricamente ocasionados por estas dificultades. Pero se encontró con una gran sorpresa, un porcentaje de niños enfrentados a estas condiciones iniciales de desventaja, no presentó ningún trastorno de los que ella suponía, sino que pudieron desarrollarse naturalmente y hasta de forma óptima. La condición de este grupo, fue llamada resiliencia.

El concepto ahora tiene diferentes definiciones, y es comprendido como “la capacidad que poseen aquellas personas de sobreponerse ante una situación adversa y salir fortalecido” (Cuervo, Yanguma y Arroyave, 2011, p.61)

Para Colmenares (2002, citado en Pereira, 2007) la resiliencia es la posibilidad del hombre de crear para sí un sentido que no ignora la tragedia, pero la organiza en función de referentes de su identidad y de sus sueños. Grotberg (2006) la define como una capacidad del ser humano para enfrentar adversidades, que le permite aprender de ellas, superarlas, y además salir transformado de la misma, moderando el efecto negativo del estrés y fomentando la adaptación (Wagnild y Young, 1993).

La resiliencia es considerada como un proceso dinámico del desarrollo que abarca el logro de la adaptación positiva dentro del contexto de la adversidad significativa. Dentro de este concepto, se consideran dos puntos críticos: la exposición a una situación adversa, y el logro de una adaptación positiva a pesar de la experiencia negativa durante el proceso de desarrollo (Beeghly, Cicchetti, 1994; Brody, Stoneman y Flor, 1996; Bronfenbrenner, 1977; citados en Cicchetti, 2010); para Rutter (1993, citado en Kotliarenco y Cáceres y Fontecilla, 1997), la vulnerabilidad y la protección son procesos interactivos que se relacionan en momentos críticos de la vida de una persona.

La resiliencia se enfoca en observar las condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo (Kotliarenco y cols., 1997), no se queda sólo en la situación adversa y en los posibles problemas que podría ocasionar, sino que considera a la persona capaz de salir adelante superando estas dificultades.

Cyrułnik (2003) menciona tres factores que pueden permitir la reconstrucción luego de la adversidad: el primero, es la adquisición de recursos internos, el segundo, lo que pensamos con respecto a esa situación determinada, y por último, los factores externos.

Llobet (2008) no describe a la resiliencia como un rasgo de personalidad, sino que las personas son actores y fuentes de las adaptaciones resilientes, y las familias, escuelas, comunidades, servicios sociales son el escenario de promoción de resiliencia, y pueden propiciar y proveer el desarrollo de los factores protectores.

Todo individuo es resiliente en mayor o menor grado y posiblemente se ha encontrado en situaciones adversas en las cuales ha aplicado algunos de sus principios. Sin embargo, la resiliencia como constructo presenta rasgos originales que no permiten equipararla a otros conceptos más conocidos como resistencia psicológica o invulnerabilidad: ser resiliente no implica sólo sobrevivir a pesar de todo, sino también tener la capacidad de usar la experiencia sobre las situaciones adversas que puedan presentarse en el futuro. Por tanto, este constructo se muestra claramente relacionado con una actitud optimista y esperanzadora frente a la vida y ante el futuro (Arranz, 2007).

Particularmente, la niñez es una etapa decisiva en la aparición y desarrollo de la resiliencia, cuya evolución está influenciada por una serie de factores de riesgo. Theis (2003, citado en García y Aldana, 2011) los caracteriza de la siguiente forma:

- Situación familiar perturbada en la cual se hallen presentes desde trastornos psiquiátricos o conductas de adicción grave de los padres, muerte de uno de ellos, largas ausencias, las

disputas familiares, malos tratos psicológicos, divorcio de los padres, negligencia hacia el niño, etc.

- Factores socio-ambientales, como falta de trabajo de los padres, situación socioeconómica limitada o privación sociocultural.

El niño, niña o adolescente, ante situaciones traumáticas, además de los propios recursos (habilidades intelectuales, capacidad de planificación competencias relacionales, alta autoestima, etc.) que pueden y deben potenciarse en los ámbitos familiar y escolar, debería disponer de otros “mecanismos protectores” que favorecerán su capacidad de resiliencia, estos mecanismos traspasan la esfera individual y reconocen la trascendencia de las redes sociales. González, Valdez y Zavala (2008) mencionan como los más importantes: una buena relación con al menos uno de los padres o un adulto cercano y apoyo social fuera de la familia, proporcionado por la escuela y/o comunidad, reafirmando el rol decisivo que puede tener un referente afectivo.

Cyrułnik (2002) introduce el término “persona significativa en resiliencia” para referirse a la persona –profesional o no- que acepta al niño como tal, que cree en él y que en algún momento de su desarrollo tiene un papel clave. En este sentido, resulta prioritario saber cómo en el ámbito cotidiano puede favorecerse la construcción de la resiliencia. De acuerdo con Vanistendael (2002) hay que hacer hincapié en la conveniencia de fomentar la participación del niño en la vida familiar, escolar y comunitaria.

En una investigación en la que se evalúan las narrativas de las experiencias vitales de niños habitantes de una casa hogar en Ecatepec, los resultados permitieron revelar algunas narrativas de los sujetos participantes en torno a la importancia del sentido de pertenencia y aceptación en

contextos comunitarios y escolares. Se identificaron figuras significativas en resiliencia que en esta investigación resultaron ser los pares, maestros y otros habitantes de la Casa- Hogar mostrando que aún en condiciones de marginalidad se generan lazos afectivos que se reflejan en interacciones positivas que favorecen el desarrollo de recursos resilientes (García y Aldana, 2011).

Bouvier (n.d.) reconoce también la importancia de la presencia de una persona significativa, pues nos dice que los niños resilientes se diferencian también por elementos de su medio social y físico, haciendo énfasis en la importancia de un vínculo fuerte con una persona que se ocupe de sus cuidados. Si esta figura de apego no podía ser la madre, otras personas como la abuela o las hermanas mayores podían tener ese papel. Al contrario, en niños con dificultad, estos vínculos sociales fuertes están ausentes.

Bowlby (1973, citado en Kotliarenco, Cárces y Fontecilla, 1997) plantea la gran importancia del cuidado materno en las primeras etapas de la vida. Una privación maternal sería la falta de ese contacto del niño con su madre, basado en el calor, la intimidad y la relación constante. Pero Bowlby no solo hace referencia a esta privación emocional en una institución para niños, sino que también puede darse en el propio hogar, cuando la madre convive con el niño pero es incapaz de darle el cuidado y amor que requiere. Incluso menciona que en una institución, el efecto de esta privación podría ser relativamente leve si se le atiende alguien con quien se ha encariñado y en quien confía. Aunque sí puede ser grave cuando la persona cuidadora es amable pero extraña a la vez para el niño. Entre los efectos que conlleva esta privación maternal se encuentran el retraso intelectual, sobre todo del lenguaje, retraso y deficiencia en el crecimiento, incapacidad para establecer relaciones profundas con los demás, etc.

Greenspan (1996) enumera una serie de condiciones familiares que favorecen el desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes:

- Dentro del sistema familiar: normas y reglas claras y respeto a las jerarquías.
- Apoyo entre los miembros de la familia como costumbre
- Estrategias familiares de afrontamiento y eficacia.
- Práctica de un estilo de crianza, donde el adecuado uso del tiempo libre, la internalización de valores, al amor y el respeto enmarcan el estilo de vida de los hijos.
- Expectativas positivas de los padres sobre el futuro de los hijos.
- Responsabilidades compartidas en el hogar.
- Apoyo de los padres en las actividades escolares de los hijos.
- Oportunidades de desarrollo y responsabilidades extra familiares (voluntariado, trabajo, estudio, etc.).

Además de estas condiciones familiares, Loesel (1992) agrega que los niños y adolescentes resilientes suelen vivir en un clima educacional abierto y con límites claros; cuentan con modelos sociales que motivan el enfrentamiento constructivo, comparten responsabilidades sociales y se ven estimulados por la existencia de expectativas de logros realistas por parte de los adultos.

Vanistendael (1996, citado en Arranz, 2007) propone cinco áreas interconectadas que se deben en considerar para favorecer la resiliencia:

- a. Aceptación incondicional de la persona como tal, subrayando por mi parte que de tal aceptación deba inferirse una aceptación y justificación de su comportamiento. Una relación emocional estable con los padres, amigos, vecinos y otros contactos informales. El soporte social dentro y fuera de la familia configura los cimientos de la Resiliencia.

- b. Capacidad del individuo de descubrir un sentido a la vida, de ser autónomo, de tomar decisiones, es decir, capacidad de autodeterminación.
- c. Un clima educacional emocionalmente positivo, que facilite el desarrollo de aptitudes y/o habilidades potenciales, intelectuales y emocionales.
- d. Autoestima y confianza en sí mismo, así como sentido del humor (de los que le rodean y del propio individuo), esto es, bienestar emocional.
- e. Otras experiencias a descubrir.

Si consideramos algunas características personales, el pertenecer al género femenino resulta ser una variable protectora (Greenspan, 1996). Además, Rutter (1993, citado en Carpio y Guitton, 2009) afirma que el género masculino es una variable que genera una mayor vulnerabilidad al riesgo, pues tienen mayor probabilidad de ser reubicados en alguna institución benéfica y pueden ocasionar respuestas negativas por parte de padres o cuidadores, y hasta castigos más severos por sus reacciones opositoras presentadas con mayor frecuencia que las niñas o adolescentes mujeres.

Si nos enfocamos en la adolescencia, debemos considerar que ésta constituye la última etapa antes de llegar a la madurez. Cada adolescente es un individuo único, aunque hay numerosos factores comunes al desarrollo que todos afrontan durante los años de la adolescencia, como las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales (Horrocks, 1984, citado en Gonzáles, Valdez y Zavala, 2008). Algunos jóvenes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden necesitar ayuda para superar esta transición física, cognoscitiva y social, y ese proceso de toma de decisiones y de adaptación dentro de la sociedad los lleva a tener una vida sana o a caer en conflictos tales como problemas con la autoridad, rebeldía, alcoholismo y drogadicción, depresión o trastornos alimenticios, entre muchos otros. Lo anterior dependerá de la fuerza interior y el

ambiente en donde se desarrolle el adolescente para enfrentar la adversidad y resistir las situaciones que se presenten haciendo uso de la resiliencia (González, Valdez y Zavala, 2008). La resiliencia en esta etapa, se considera un fenómeno que manifiestan particularmente los sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente aunque hayan experimentado una forma de estrés que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables (Rutter, 1993, citado en Carpio y Guitton, 2009), además, es la capacidad de poder resolver el problema de la identidad en contextos donde ésta no posee las condiciones para construirse de modo positivo si no está mediada por experiencias que ayuden a los adolescentes a confiar en sí mismos y en los demás, con la capacidad para gestionar sus propios proyectos de modo responsable y diligente (Grotberg, 2006; Saavedra y Villalta, 2008).

El adolescente tiene que construir conscientemente su propia resiliencia, potenciar las posibilidades y recursos existentes para encaminar alternativas de resolución de las diferentes situaciones, y sobre todo lograr desarrollar factores resilientes para superar las situaciones adversas en su devenir cotidiano (Melillo, 2007).

Los adolescentes se encuentran en un período evolutivo de mayor vulnerabilidad, durante el cual los comportamientos de riesgo están relacionados con conductas que interfieren en el logro de la adquisición de habilidades sociales, el despliegue de sentimientos de adecuación, la asunción de nuevos roles sociales y la competencia social (Krauskoptf, 1995, en Flores, 2008). Por todo esto es que esta etapa es el momento oportuno para fortalecer el desarrollo, potenciar los factores protectores y prevenir las conductas de riesgo, reforzando los potenciales resilientes (Alchaurron, n.d., citado en Melillo, 2007).

Una de las tareas más importantes que se realiza en esta etapa es la de construir un proyecto de vida futuro. El proyecto es el resultado de un proceso constructivo realizado por el joven, quien utiliza el conocimiento de sus intereses y aptitudes, sus experiencias anteriores, sus posibilidades y las alternativas concretas que le ofrece el ambiente para modelar su vida y su persona. La falta de un proyecto de vida produce sentimientos de tristeza y frustración por el tiempo perdido y los adolescentes pueden quedar más expuestos a situaciones vulnerables que son prevenibles. Es en este ámbito donde la resiliencia, nuevamente, brinda su gran aporte para el desarrollo y mejoramiento del ser humano (Grotberg, 2006)

### **Abandono y maltrato**

El abandono consiste en la desatención de los padres hacia los hijos, sin que exista intención de volver para garantizar su seguridad y bienestar. Algunas de las causas de la existencia de esta práctica tienen origen en diferentes factores socioculturales, así como en problemas relacionados con las enfermedades mentales. El abandono infantil está considerado como un delito grave en muchos códigos penales.

Las causas del abandono son complejas, y varían de país en país, así como a lo largo de la historia. Por ejemplo, en 1972, un comité belga encontró tres circunstancias que propiciaban el abandono: que una mujer embarazada fuera abandonada por el padre del bebé; que una madre hubiera sufrido un gran desajuste social y moral durante su infancia, y no fuera capaz de aceptar responsabilidades; y que una mujer casada decidiera abandonar a un hijo fruto de una relación extramarital (Barthelemy, 1972, citado en Obando, Villalobos y Arango, 2010).

Según la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2010) se pueden agrupar las causas de la ausencia de cuidado parental dentro de los siguientes conjuntos de problemáticas: **políticas**, tales como los conflictos bélicos y las migraciones forzadas por situaciones de esta índole; **económicas**, que generan también otro tipo de migración, así como devienen en numerosas situaciones de vulnerabilidad familiar tales como la falta de acceso a salud, educación y vivienda, desnutrición de adultos y niños, las que, a su vez, están íntimamente vinculadas con **problemáticas sociales y culturales** como violencia familiar, adicciones, trabajo infantil y explotación sexual comercial, a las que se suman situaciones de discriminación ante la discapacidad y el origen étnico de la población.

Muchas de estas circunstancias causantes del abandono han ido cambiando con el paso del tiempo gracias a la mejora de los servicios sociales o debido a una moral más permisiva que ha hecho que, por ejemplo, hoy en día las relaciones extramatrimoniales no estén tan estigmatizadas. Sin embargo, la pobreza se ha mantenido durante todo este tiempo, como una constante entre los problemas que conducen al abandono.

Otro de los motivos que propician el abandono son los procedimientos de adopción demasiado complicados o de difícil acceso; esto, unido a la falta de instituciones de acogida hace que aumente el riesgo de que los niños sean abandonados. Las sociedades con altos niveles de cohesión social y leyes de adopción más accesibles suelen tener menores índices de abandono infantil.

El abandono está considerado como un tipo de maltrato según diversos autores, Muñoz y De Pedro (2005) afirma que maltratar a un niño o un adolescente es no satisfacer sus necesidades adecuadamente, no ofreciéndoles las condiciones básicas que garanticen su bienestar y posibiliten

su desarrollo óptimo de acuerdo a su etapa evolutiva; considera el maltrato infantil como toda acción, omisión o trato negligente no accidental que prive al niño de sus derechos y bienestar que amenacen o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social cuyos autores pueden ser personas, asociaciones y la propia sociedad.

Como tipos de maltrato psicológico y emocional, Casado, Díaz y Martínez (1997) los seleccionan de la siguiente manera:

Pasivos:

Abandono emocional: indiferencia permanente al área afectiva del niño por parte de los adultos cuidadores.

Negligencia en el cuidado psicoafectivo: descuido en las necesidades de protección, estimulación o apoyo.

Activo:

Maltrato psicológico: maltrato verbal directo, castigos, críticas negativas, culpabilización.

El maltrato y el abandono afectan el crecimiento del niño en cuanto a establecer relaciones con los demás, desarrollar autoestima, realizar actividad física, desempeñarse académicamente y funcionar psicológicamente (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

El Centro Nacional de Intercambio de Información acerca del Abuso y Abandono Infantil menciona las siguientes consecuencias del maltrato y el abandono de menores (Gurian, n.d.)

- Consecuencias para la salud física:

Efectos físicos inmediatos que pueden ser relativamente leves (moretones o cortes) o graves (fracturas de huesos, hemorragia e incluso la muerte). Aunque los efectos físicos pueden tener corta vida, los efectos psicológicos pueden ser más duraderos.

Salud física débil, que puede persistir por el resto de la vida

- Consecuencias psicológicas:

Los efectos emocionales pueden persistir y contribuir a lo siguiente:

- ✓ Salud mental y emocional frágil, incluso vulnerabilidad a la depresión, la ansiedad, los desórdenes alimenticios e intentos de suicidio. También se han asociado el trastorno de angustia, las neurosis histéricas, el trastorno de hiperactividad o déficit de la atención, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos reactivos de la vinculación. En la adultez, los niños que son víctimas de maltrato pueden presentar dificultades con la cercanía física, las caricias, la intimidad y la confianza.
- ✓ Las dificultades cognitivas que se asocian con el maltrato son alteraciones cognitivas, desarrollo del lenguaje y logro académico.
- ✓ Las dificultades sociales de los niños que han sufrido maltrato y abandono se manifiestan a través de la dificultad para entablar relaciones seguras, lo que puede llevar a dificultades posteriores en las relaciones con pares y adultos.

- Consecuencias en el comportamiento:

En algunas víctimas de maltrato y abandono de menores pueden presentarse las siguientes dificultades:

- ✓ Dificultades durante la adolescencia. Se ha encontrado que los niños que son víctimas de maltrato y abandono tienen un 25 por ciento más de posibilidades de experimentar problemas tales como delincuencia, embarazo adolescente, bajos logros académicos, uso de drogas y problemas de salud mental.
  - ✓ Delincuencia juvenil y criminalidad en la adultez.
  - ✓ Alcohol y abuso de drogas. Es probable que los niños que son víctimas de maltrato o abandono fumen cigarrillos, beban alcohol en exceso o consuman drogas. Dos tercios de las personas en programas de tratamiento por uso de drogas mencionaron haber sido maltratados cuando niños.
  - ✓ Comportamiento abusivo. Es probable que los padres abusadores hayan sido maltratados en su infancia. Se estima que aproximadamente un tercio de los niños maltratados y abandonados con el tiempo victimizarán a sus propios hijos.
- Consecuencias para la sociedad:

La sociedad como un todo se ve afectada, directa e indirectamente, por el maltrato y abandono de menores. Los costos directos se asocian con mantener un sistema de bienestar para los niños y así investigar e intervenir en casos de maltrato y abandono de menores. Los costos indirectos incluyen consecuencias económicas en el largo plazo tales como actividad delictiva juvenil y adulta, enfermedades mentales, abuso de sustancias adictivas y violencia doméstica. También se incluyen pérdidas en la productividad, el costo de servicios especiales de educación y el uso del sistema de atención médica, y lo que es más importante aún, la pérdida del potencial sin explotar de un menor que es víctima del maltrato y el abandono.

## **Institucionalización**

Antes, cuando los pueblos y las comunidades vivían en la idea de que el problema del prójimo era también un problema propio y lo asumían con todas sus consecuencias, no era necesaria la existencia de instituciones encargadas del cuidado de los niños y adolescentes en riesgo; debido a que los niños o adolescentes huérfanos o desprotegidos quedaban bajo el amparo de parientes, vecinos o amigos de los padres. Sin embargo, cuando aparecen los grandes conglomerados humanos, donde la comunidad se convierte en sociedad y las relaciones humanas Hepp (1984, citado en Gianino, 2012) considera tres tipos de soluciones ante el problema de los niños y adolescentes en riesgo o en desamparo y los divide en mecanismos institucionales, extra institucionales y preventivos. La primera hace referencia a los tradicionales internados, las residencias infanto-juveniles y centros de reeducación. La idea principal de estos centros consiste en que el Estado se hace cargo íntegramente de la atención del menor por intermedio de su propio personal, presupuesto y administración. Los mecanismos extra institucionales son los referidos a las soluciones que se generan en la misma comunidad y donde el Estado coordina y controla ciertas actividades mediante su personal especializado, subsidiado en ciertos casos mediante apoyo material y monetario. Entre estos mecanismos se encuentra la adopción, las familias sustitutas y los pequeños hogares. En esta situación la premisa es evitar el internamiento del menor y promover la inserción en un núcleo familiar, aunque sea transitoriamente, hasta la ubicación definitiva del menor. Por último, los mecanismos preventivos son todas las medidas enfocadas en la protección y consolidación de la estructura familiar de los más necesitados de ayuda. Esta ayuda puede ser material y técnica o solo alguna de ellas. Estas actividades son desarrolladas por los centros comunitarios, las guarderías, los subsidios familiares, la atención en consultorios externos, etc. El mismo autor, distingue además, dos dimensiones que agrupan estos tres mecanismos mencionados: los sistemas de asistencia y los sistemas de tratamiento. Los primeros son los que se dedican a la

protección del menor que necesita un ambiente lo más normal posible para una correcta educación, desarrollar una personalidad armónica, desde el punto de vista físico como intelectual, afectivo y moral. Los segundos, en cambio, albergan al menor que ya tiene problemas y es necesario realizar una modificación específica de sus actitudes; implicando un trabajo especial para reorientar su comportamiento, producir una reeducación o readaptación.

Dentro de los tres tipos de soluciones mencionadas, se puede incluir el modelo familiar entre los mecanismos institucionales. Este modelo hace referencia a la importancia de la familia en los diferentes aspectos y tiene las siguientes características (SOS-Kinderdorf International, 2003):

- El modelo familiar de atención infantil se basa en el sistema de recursos primario, que representa la familia biológica. Surge de la convicción de que la familia biológica es la unidad más importante para el buen desarrollo y crecimiento del niño y por lo tanto lo que mejor se adapta a sus necesidades. El sistema de atención de niños basado en el modelo familiar de ninguna manera pretende reemplazar a la familia biológica, sino que más bien sustituye lo que el sistema original no ha sido capaz de proporcionar, e interviene tan solo a modo de complemento. Los únicos recursos que son completados o reemplazados son aquellos que el sistema familiar existente no puede dar, que es el área social cercano y más amplio.
- El modelo familiar de atención infantil apunta a utilizar en la mayor medida posible los recursos disponibles del entorno social y familiar. El modelo de atención basado en la

familia garantiza que todos los recursos disponibles del sistema de origen, del vecindario y de la comunidad sean tenidos en cuenta para la atención del niño.

- Característica de poder brindarle al niño la posibilidad de establecer un vínculo emocional fiable, estable y duradero, benévolo y beneficioso, en el cual pueda confiar. Los niños necesitan tener una persona que los vea como únicos y excepcionales y que esté dispuesta a activamente crear una vida cotidiana junto a ellos, apostando a la permanencia.

Son los adolescentes institucionalizados los que presentan a lo largo de su desarrollo algunas deficiencias en especial afectivas de acuerdo a las condiciones en las que se encuentran, pues en muchos casos se encuentran dentro de una institución en las que el aspecto afectivo queda en segundo plano, y además por las experiencias traumáticas a las que se han enfrentado. Aunque no se conocen realmente las causas precisas de estas deficiencias en el desarrollo, pueden afectar de manera negativa en su visión del futuro, ya que están orientados más al presente, a diferencia de los adolescentes que se han desarrollado de manera adecuada que tienen mayor posibilidad de plantearse un proyecto de vida y están orientados al futuro (Florenzano, 1993, citado en Paz, 2012).

Las deficiencias encontradas en la mayoría de instituciones alternativas de cuidado parental (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar, 2010):

- Las medidas son indefinidas en el tiempo, por ausencia de seguimiento y de revinculación familiar.

- Se toman decisiones sin el debido proceso legal vulnerando el derecho a ser escuchado de los niños, entre otros.
- En la práctica los cuidados alternativos no se enmarcan en una perspectiva de derechos, sino que tienen un abordaje asistencialista.
- Es frecuente que las instituciones se ubiquen en lugares lejanos a la familia y la comunidad de los niños.”
- Las causas de ingreso son ilegítimas: la pobreza y la orfandad las más notables.
- No se han adoptado medidas que prevengan y eviten la separación (ayuda a la familia de origen).

Por otro lado, Fernández y Fuertes (2005, citados en Gianino, 2012) mencionan una serie de criterios que se deben tener en cuenta para lograr un servicio de calidad en los centros de atención residencial y disminuir las consecuencias negativas en las personas que son atendidas en estos centros.

- Individualización: Se refiere al hecho de considerar las características, necesidades y problemática individuales de cada niño. Para ello existen algunas prácticas y factores que permiten desarrollar este principio: recibir al niño que recién llega con mucha acogida, informándole debidamente de su situación y sus posibles alternativas de futuro; establecer la normas de tal manera que estén centradas en las necesidades del niño y no en el control del grupo; la existencia de espacios que puedan personalizar, sentirlos como propios y donde se respete la intimidad; fomentar el respeto a la procedencia cultural y étnica; la planificación

de un plan de trabajo individual para cada niño; además de una atención especial a los déficits, carencias y traumatismos sufridos.

- **Respeto a los derechos del niño y de la familia:** En este sentido, una institución no podrá privar a los niños del contacto y comunicación con sus familias, salvo restricciones impuestas por las autoridades al contacto familiar; y las familias tienen el derecho a estar informadas del plan de trabajo para con los niños, a menos que expresamente estén limitadas en sus derechos sobre los mismo. Además, en función a la edad y desarrollo de cada caso, las instituciones deben fomentar la participación de los niños en las decisiones que les afectan en cuanto sea posible. Los niños también tienen derecho a que sus datos sean confidenciales y solo manejados por el personal autorizado, a tener un trato personal digno, a estar informados sobre sanciones con anticipación, a disponer de canales de comunicación para quejas o reclamaciones
- **Adecuada cobertura de las necesidades materiales básicas:** Una de las necesidades materiales básicas que debe ser cubierta es la relacionada al lugar donde residen, el cual debe encontrarse dentro de la comunidad y no en un lugar muy apartado. Debe ser un entorno que resulte familiar, acogedor y confortable, evitando rótulos y denominaciones que denoten el carácter institucional. Con respecto a la alimentación, ésta debe ser planificada atendiendo a criterios de dietética. En los momentos de las comidas, se debería fomentar el aprendizaje de normas, costumbres, actitudes hacia alimentos nuevos, etc. Con respecto al vestido, las instituciones deben garantizar que los niños cuenten con la ropa adecuada para las diferentes situaciones, actividades y épocas del año. Además los niños acogidos en residencias deberían disponer de un dinero semanal para sus pequeños gastos durante la

semana. Así como se debería cubrir el transporte a sus domicilios para facilitar el contacto con las familias.

- **Escolarización y alternativas educativas:** Todos los niños en edad de escolaridad obligatoria deberán estar escolarizados en centros, donde se cubran también sus necesidades particulares, buscando el refuerzo escolar si se es preciso. Además se debe fomentar el desarrollo de otras áreas que influyen en el desempeño escolar como la autoestima, auto concepto, habilidades de estudio, etc.
- **Promoción de la salud:** Es necesario que se haga una evaluación individual de salud a cada niño al momento que ingresan a la institución, además de realizar seguimientos médicos y recibir tratamiento cuando sea necesario. Así mismo es importante que se dé en todo momento una educación para la salud.
- **Normalización e integración:** Esta medida se concreta en que los niños atendidos en residencias deben llevar un estilo de vida similar al de cualquier otro niño. Esto implica también un contacto con los servicios y las relaciones en la comunidad. Para ello es importante que se realicen actividades de ocio y se promuevan las relaciones sociales en el contexto comunitario. Así como el uso de medios de comunicación, de servicios comunitarios, la flexibilidad en la rutina de la vida cotidiana, la percepción de los fines de semana como un momento de ruptura con las actividades semanales, etc.
- **Enfoque de desarrollo y preparación para la vida adulta:** Este principio trata de resaltar el hecho de considerar al niño como un sujeto en desarrollo y con una especial necesidad de ser estimulado, guiado y protegido hacia unos objetivos de madurez. Ello deberá contemplar, en muchos casos, la transición a la vida adulta e independiente. Esto puede darse, por ejemplo, dándoles algunas responsabilidades a los niños según su edad y

capacidades; como responsabilidades relacionadas a la limpieza, orden, colaboración en tareas domésticas, etc.

- **Apoyo a las familias:** Uno de los factores que más influyen para lograr una intervención exitosa en la protección de menores, es el grado en que las familias se encuentran involucradas o implicadas en el proceso de intervención y atención de los niños en las instituciones residenciales. Esto se puede facilitar dando estrategias para un adecuado acercamiento familiar, fomentar la educación en habilidades parentales y la responsabilidad compartida, de la institución junto con la familia.
- **Seguridad y protección:** Este aspecto se refiere no solo a la seguridad física o del edificio, sino también a la prevención de relaciones de maltrato. Esto se concreta a través de la educación de una autoprotección, así como de un control y seguimiento de las salidas y visitas de los niños. Pero también abarca un aspecto muy importante, que es la protección afectiva; lo cual le brindará al niño la sensación de estar seguro y protegido.
- **Colaboración y coordinación centrada en el niño:** Este criterio hace referencia a la importancia del trabajo en equipo entre las diferentes entidades y los diversos profesionales que intervienen en el trabajo con el niño en instituciones residenciales para menores. De esta manera se podrá dar una adecuada coordinación y colaboración entre ellos, lo cual permitirá tomar decisiones que favorezcan los diversos aspectos de la vida del niño.

### ***Aldeas Infantiles SOS***

Aldeas Infantiles SOS es una organización independiente, no gubernamental y de desarrollo social, pionera en el acogimiento familiar, enfocando su atención en niños, niñas y adolescentes que se encuentran en riesgo de perder el cuidado parental o que ya lo han

perdido. Implementa programas para que, junto con sus familias biológicas, fortalezcan sus mecanismos de protección y atención. Considera que se deben realizar todos los esfuerzos posibles para que los niños y niñas permanezcan en sus familias biológicas, y aquellos niños y niñas para quienes esto no es viable, se les ofrece el mismo derecho de crecer con la protección de un entorno familiar.

Una de las características básicas es su modelo de acogimiento basado en la importancia fundamental de la familia, pues enfatiza la creación de un entorno familiar en el cual los niños, niñas y adolescentes pueden vivir y desarrollarse como individuos y proveen condiciones apropiadas para que cada uno de ellos pueda experimentar el formar parte de un hogar en un entorno afectivo. Se busca alcanzar este objetivo no sólo con las familias dentro de los programas SOS sino también con las familias de origen, las familias de acogimiento o cuidadores alternativos. Una familia de Aldeas Infantiles SOS constituye un nuevo entorno familiar, en donde la “familia” se entiende en un sentido amplio, como un concepto dinámico y cambiante que conlleva diversas formas de estructuras familiares. Es una comunidad que busca tener las cualidades esenciales de un entorno familiar natural, ya que es dentro de una familia que los niños y niñas obtienen su bienestar emocional y físico, viven su infancia plenamente y se preparan para el futuro (SOS - Kinderdorf International (2003)

Se enfatizan las relaciones familiares, el vínculo entre los niños, niñas y adolescentes acogidos que viven juntos como hermanos y hermanas, y una persona estable, capacitada profesionalmente y remunerada a cargo. Cada miembro de la familia tiene una posición única dentro de la misma, una identidad de apoyo y un sentimiento de pertenencia. Un

aspecto importante dentro de la institución, es que asegura que los hermanos y hermanas biológicos se mantengan juntos en una sola familia.

Una familia dentro de Aldeas Infantiles SOS se encarga de satisfacer exhaustivamente las necesidades de desarrollo de los niños y niñas mediante un acogimiento de calidad. Vela por la seguridad y estabilidad, y en particular cuida las necesidades emocionales y psicosociales de las niñas y niños. Les ofrece un lugar de crecimiento y pertenencia individual y comunitaria, y es una fuente permanente para el aprendizaje y la integración social.

Ofrece la relación estable y emocional que las niñas y niños necesitan para un desarrollo psicosocial saludable. La persona de referencia para quien el niño o niña es único y asume la responsabilidad total sobre la atención al niño o niña y comparte activamente su vida cotidiana. Ellos desarrollan un vínculo duradero en el cual el niño o niña puede confiar, aspecto que juega un importante papel en el desarrollo educativo y emocional del niño, niña y adolescente, a la vez que identifican los elementos clave de la relación, tales como el amor y la aceptación, sensibilidad, empatía y apego.

También se busca respetar completamente a la familia biológica y su importancia única para el niño, niña y adolescente. Esto requiere de una cooperación cercana con la familia biológica si existe, en donde la familia de acogida demuestra un compromiso duradero hacia el niño, niña o adolescente, su familia y su comunidad.

Otro de los objetivos de la institución es apoyar por completo el bienestar, crecimiento y desarrollo a largo plazo del niño, niña y adolescente. Al igual que una madre o padre biológico, la madre social, asume la responsabilidad integral por el niño, niña y adolescente. Ella ofrece un acompañamiento y cuidado individual hasta que éste sea capaz de llevar una

vida plena e independiente en la sociedad, con una familia alternativa o con su familia biológica.

Cada niño, niña y adolescente se beneficia de la planificación individual del desarrollo personal, la cual ayuda a desarrollar sus talentos desde el primer día en su familia de acogida e incluye su propia participación en el proceso y toma de decisiones.

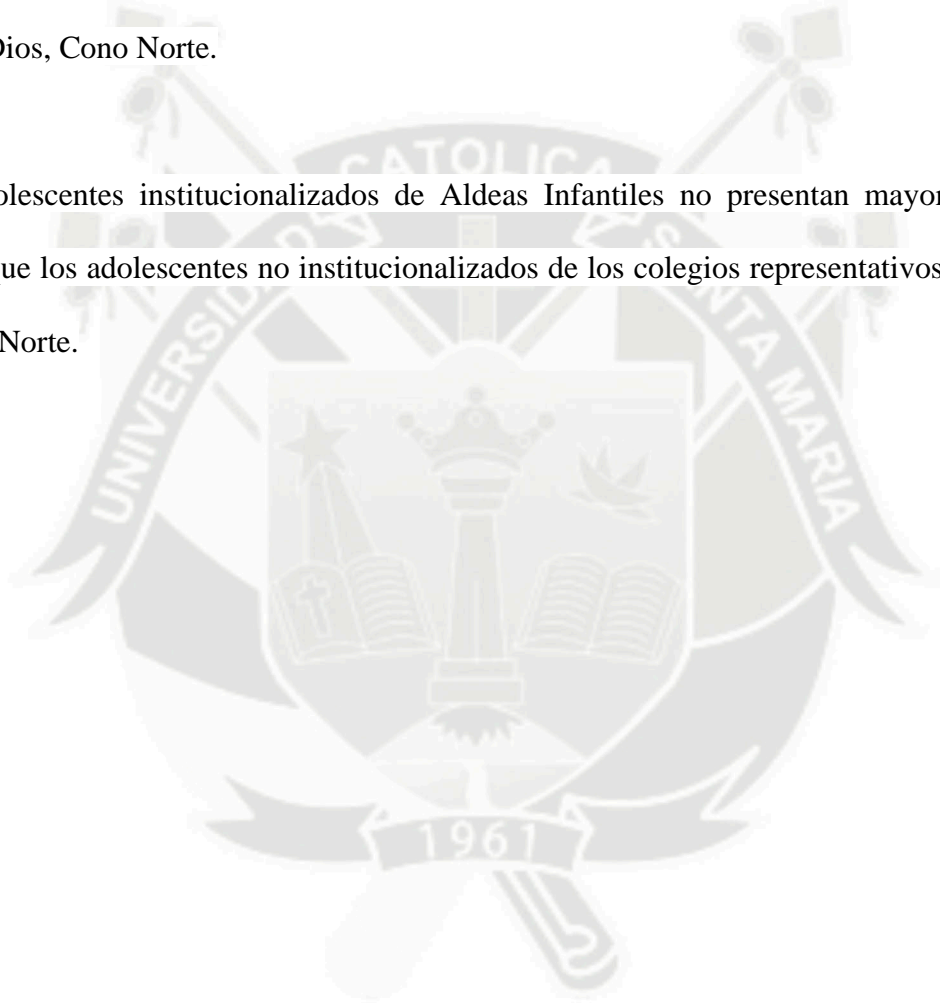
Como paso importante hacia la autoconfianza, y después de una preparación cuidadosa de parte de su familia en la Aldea Infantil SOS, el o la joven se traslada a una comunidad juvenil. Al vivir juntos en pequeños grupos apoyados por acompañantes de jóvenes capacitados profesionalmente, ellos y ellas toman progresivamente la responsabilidad de sus propias vidas, desarrollan un espíritu de equipo y destrezas sociales. Los programas de jóvenes hechos a la medida, ofrecen planificación de carrera, capacitación en destrezas para la vida, concientización social, servicio comunitario y participación. Se brinda apoyo por medio de programas para establecer pequeñas empresas o becas para estudios de carrera.

Después de independizarse de su familia, el o la joven continúa manteniendo los vínculos con su familia en la Aldea Infantil SOS. El o la joven es capaz de confiar en la seguridad, cercanía y relaciones que ha desarrollado, a la vez que lleva una vida autónoma. Este proceso de acompañamiento y apoyo se caracteriza por un balance entre la proximidad y la autonomía, lo cual permite a cada joven desarrollar un sentido de seguridad, identidad e independencia.

## Hipótesis

H<sub>1</sub>: Los adolescentes institucionalizados de Aldeas Infantiles SOS – Arequipa presentan mayores niveles de resiliencia que los adolescentes no institucionalizados de los colegios representativos de Ciudad de Dios, Cono Norte.

H<sub>0</sub>: Los adolescentes institucionalizados de Aldeas Infantiles no presentan mayores niveles de resiliencia que los adolescentes no institucionalizados de los colegios representativos de Ciudad de Dios, Cono Norte.





The logo of Universidad Católica Santa María is a circular emblem. It features a central shield with a crown on top, flanked by two palm trees. Above the shield is a cross. The shield is set against a background of a sunburst. The words "UNIVERSIDAD CATOLICA" are written in an arc above the shield, and "SANTA MARIA" is written in an arc below it. At the bottom of the emblem, a banner displays the year "1961".

## Capítulo II: Diseño Metodológico

## **Diseño de Investigación**

Se utiliza un diseño transeccional descriptivo comparativo (Hernández, Fernández y Baptista, 1991), pues se describe una población en un determinado momento, y se comparan los resultados entre los dos grupos considerados.

### **Técnica**

Aplicación de encuestas en forma grupal.

### **Instrumento**

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young – Adaptación peruana (Novella 2002). La escala de resiliencia fue construida por Wagnild y Young en 1988, y fue revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos. Los rangos establecidos son de 0-120 Escasa resiliencia, 121-146 Moderada Resiliencia y de 147-175 Mayor capacidad de Resiliencia. Fueron incluidas al inicio de la prueba preguntas específicas para obtener la información demográfica, como edad, género, Centro Educativo, tiempo de permanencia en la institución (para adolescentes institucionalizados).

Novella (2002, citado en Salgado, 2005) realizó una prueba piloto en el Perú, obteniendo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89.

En el año 2004 se realiza una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de psicología Educativa de la UNMSM realizada en una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres de tercer año de secundaria de la UGEL 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia.

Fueron determinadas 5 dimensiones de resiliencia (Wagnild y Young, 1993, citado en Salgado, 2005):

- a. *Ecuanimidad*: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- b. *Perseverancia*: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro permaneciendo involucrado y practicar la autodisciplina.
- c. *Confianza en sí mismo*: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades, así como reconocer fortalezas y debilidades.
- d. *Satisfacción personal*: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a ésta.
- e. *Sentirse bien solo*: Asumir que aunque podamos compartir muchas experiencias, es necesario aprender a afrontarlas solo, lo que otorga el sentimiento de libertad y de ser únicos.

## **Población y Muestra**

La población de los adolescentes institucionalizados entre 12 y 18 es de 60 dentro de los registros de Aldeas Infantiles SOS, sin considerar el tipo de vivienda y la participación voluntaria. Por otro lado la población de adolescentes no institucionalizados corresponde al nivel secundario de las instituciones Ciudad Dios, Señor de los Milagros y San Bernardo, pertenecientes al distrito de Yura - Ciudad de Dios, Cono Norte, con una cantidad referencial de alumnos en el nivel Secundaria brindada por la UGEL Norte de 806, sin considerar la deserción escolar, criterios de edad y la participación voluntaria.

Se realizó un muestreo no probabilístico de voluntarios (Mormontoy, 1993), participaron 45 adolescentes institucionalizados en Aldeas Infantiles SOS – Arequipa modalidad Aldeas, 24 mujeres y 21 varones. Por otro lado, participaron 132 adolescentes no institucionalizados de los 3 colegios mencionados, de los cuales 4 casos no fueron tomados en cuenta debido a que no correspondían a la edad, quedando 128 pruebas por analizar, siendo 83 mujeres y 45 varones.

## **Estrategia de Recolección de Datos**

Fueron gestionados los permisos en Aldeas Infantiles SOS – Arequipa, y en la Municipalidad de Yura, Ciudad de Dios – Cono Norte, que nos brindó 4 Instituciones Educativas consideradas representativas de la zona, en 3 de las cuales nos otorgaron las facilidades. Se evaluaron a los adolescentes que aceptaron participar voluntariamente, aplicándoles la Escala de Resiliencia. Para los adolescentes no institucionalizados fue anónima, aplicada dentro de sus correspondientes aulas en espacios de tiempo al finalizar las clases, proporcionados por la dirección de la institución educativa y los docentes colaboradores. Los adolescentes institucionalizados fueron convocados a

la sala de reuniones dentro de las instalaciones de Aldeas Infantiles y se aplicaron las pruebas solicitando nombres y apellidos, pues esa información era necesaria para ser contrastada con datos de su historia dentro de la institución.

Se dieron las mismas instrucciones para cada grupo y se estuvo presente durante cada una de las evaluaciones que duraron entre 15 y 20 minutos aproximadamente, con la finalidad de responder a todas las preguntas que pudieran tener los adolescentes.

### **Criterios de Procesamiento de la Información**

La información fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 21.0, se generaron los estadísticos según el requerimiento de los objetivos, como frecuencias y porcentajes, además de los estadísticos inferenciales Chi cuadrado y T-student para probar o rechazar la hipótesis de investigación, así como las interrogantes secundarias.



## **Capítulo III: Resultados**

Se presentan los resultados obtenidos a través de tablas de frecuencia y porcentajes con los valores de Chi cuadrado. Las tablas se encuentran en relación a los objetivos propuestos y en ese mismo orden.

Tabla 1

*Niveles de Resiliencia en Adolescentes Institucionalizados y No Institucionalizados*

| Niveles de Resiliencia | No Institucionalizado |          | Institucionalizado |      |
|------------------------|-----------------------|----------|--------------------|------|
|                        | N°                    | %        | N°                 | %    |
| Escasa resiliencia     | 48                    | 37.5     | 14                 | 31.1 |
| Moderada resiliencia   | 62                    | 48.4     | 21                 | 46.7 |
| Mayor resiliencia      | 18                    | 14.1     | 10                 | 22.2 |
| Total                  | 128                   | 100      | 45                 | 100  |
| $X^2=1.77$             |                       | $P>0.05$ |                    |      |

La Tabla 1, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=1.77$ ) muestra que el nivel de resiliencia en los adolescentes institucionalizados y no institucionalizados no presenta diferencias estadísticamente significativas ( $P>0.05$ ).

Sin embargo, se observa que el 22.2% de los adolescentes institucionalizados presentaron un nivel mayor de resiliencia, contra un 14.1% de adolescentes no institucionalizados, además, el 31.1% del primer grupo mencionado presentaron escasa resiliencia frente al 37.5% del segundo grupo.

Tabla 2

*Niveles de Resiliencia en Adolescentes Mujeres Institucionalizadas y No Institucionalizadas*

| Niveles de Resiliencia | No Institucionalizada |          | Institucionalizada |      |
|------------------------|-----------------------|----------|--------------------|------|
|                        | N°                    | %        | N°                 | %    |
| Escasa resiliencia     | 35                    | 42.2     | 10                 | 41.7 |
| Moderada resiliencia   | 37                    | 44.5     | 8                  | 33.3 |
| Mayor resiliencia      | 11                    | 13.3     | 6                  | 25.0 |
| Total                  | 83                    | 100      | 24                 | 100  |
| $X^2=2.18$             |                       | $P>0.05$ |                    |      |

La Tabla 2, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=2.18$ ) muestra que el nivel de resiliencia en las adolescentes mujeres institucionalizadas y no institucionalizada no presentó diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ).

Por otro lado, se observa que el 25.0% de adolescentes mujeres institucionalizadas presentaron un nivel mayor de resiliencia, contra un 13.3% de adolescentes mujeres no institucionalizadas, además, el 42.2% de las mujeres del primer grupo presentaron escasa resiliencia frente al 41.7% de las mujeres del segundo grupo.

Tabla 3

*Niveles de Resiliencia en Adolescentes Varones Institucionalizados y No Institucionalizados*

| Niveles de Resiliencia | No Institucionalizado |          | Institucionalizado |      |
|------------------------|-----------------------|----------|--------------------|------|
|                        | N°.                   | %        | N°.                | %    |
| Escasa resiliencia     | 13                    | 28.9     | 4                  | 19.0 |
| Moderada resiliencia   | 25                    | 55.5     | 13                 | 61.9 |
| Mayor resiliencia      | 7                     | 15.6     | 4                  | 19.1 |
| Total                  | 45                    | 100      | 21                 | 100  |
| $X^2=0.74$             |                       | $P>0.05$ |                    |      |

La Tabla 3, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.74$ ) muestra que el nivel de Resiliencia en los adolescentes varones institucionalizados y no institucionalizado no presento diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ).

Sin embargo, se observa que el 19.1% de adolescentes varones institucionalizados presentaron un nivel mayor de resiliencia, contra un 15.6% de adolescentes varones no institucionalizados, además, el 19.0% de varones del primer grupo presentaron escasa resiliencia frente al 28.9% de varones del segundo grupo.

Tabla 4

*Niveles de Resiliencia en Adolescentes Mujeres y Varones*

| Niveles de Resiliencia | Mujeres |          | Varones |      |
|------------------------|---------|----------|---------|------|
|                        | N°      | %        | N°      | %    |
| Escasa resiliencia     | 45      | 42.1     | 17      | 25.8 |
| Moderada resiliencia   | 45      | 42.0     | 38      | 57.5 |
| Mayor resiliencia      | 17      | 15.9     | 11      | 16.7 |
| Total                  | 107     | 100      | 66      | 100  |
| $X^2=5.09$             |         | $P>0.05$ |         |      |

La Tabla 4, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=5.09$ ) muestra que el nivel de resiliencia en adolescentes varones y mujeres no presentó diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ).

Sin embargo, se observa que el 42.0% de las mujeres presentaron un nivel de resiliencia moderada, contra un 57.5% de varones, además, el 42.1% del primer grupo mencionado presentaron escasa resiliencia frente al 25.8% del segundo grupo.

Tabla 5

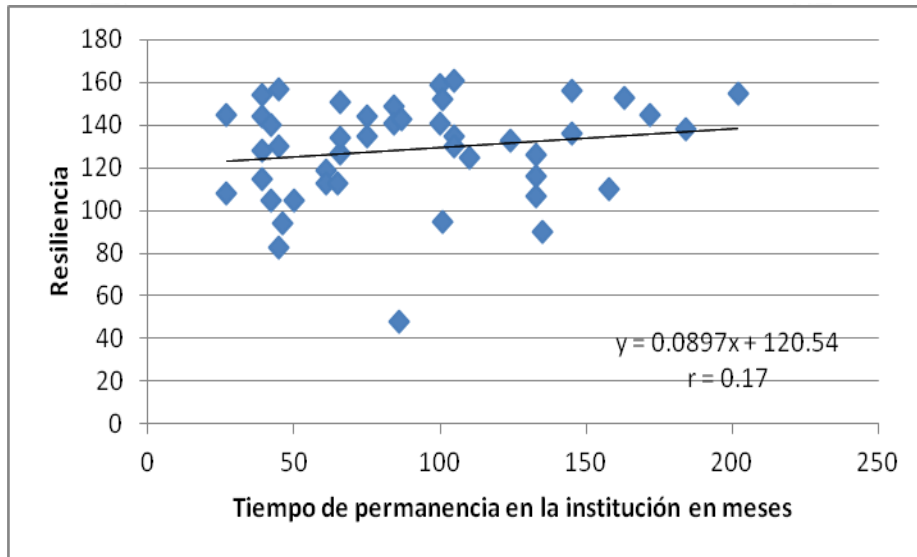
*Comparación de los Puntajes de las Dimensiones de la Escala de Resiliencia en Adolescentes Institucionalizados y No Institucionalizados*

| Dimensiones de la Escala de Resiliencia | No Institucionalizados | Institucionalizados | T-<br>student | Sig.   |
|---|------------------------|---------------------|---------------|--------|
|   | $\bar{X} \pm S$        | $\bar{X} \pm S$     |               |        |
| Satisfacción personal                   | 20.79 $\pm$ 4.07       | 20.80 $\pm$ 4.85    | -0.015        | P>0.05 |
| Ecuanimidad                             | 19.31 $\pm$ 4.06       | 19.80 $\pm$ 4.02    | -0.695        | P>0.05 |
| Sentirse bien solo                      | 14.80 $\pm$ 3.83       | 15.37 $\pm$ 4.11    | -0.845        | P>0.05 |
| Confianza en sí mismo                   | 37.11 $\pm$ 6.68       | 36.42 $\pm$ 8.30    | 0.562         | P>0.05 |
| Perseverancia                           | 34.57 $\pm$ 6.37       | 36.22 $\pm$ 6.69    | -1.476        | P>0.05 |

La Tabla 5, según la prueba de t-student para muestras independientes se observa que las dimensiones de la escala de resiliencia en los adolescentes institucionalizados y no institucionalizados no presentó diferencias estadísticas significativas (P>0.05). Es decir, los puntajes promedio en ambos grupos son similares.

Gráfico 1

*Relación entre el Puntaje de la Resiliencia y el Tiempo de Permanencia en la Institución*



El Gráfico nos muestra que los adolescentes presentaron una baja correlación de Pearson ( $r=0.17$ ) entre la Resiliencia y el tiempo de permanencia en la institución.

Sin embargo, se observa una tendencia sutil que indica que a mayor tiempo de permanencia en la institución, mayores niveles de resiliencia.

## Discusión

Los resultados obtenidos (Tabla 1) reflejan que el 22.2% de los adolescentes institucionalizados presentan mayor resiliencia, en comparación con el 14.1% de los adolescentes no institucionalizados, pero estos porcentajes no son estadísticamente significativos, por lo que la hipótesis principal no ha sido comprobada.

Los adolescentes institucionalizados han pasado por situaciones familiares críticas que han desembocado en la separación de la familia de origen y reclutamiento del menor en un albergue, mientras que los adolescentes no institucionalizados no han pasado por una crisis a este nivel. Revisando los resultados, se observa que a pesar de la crisis que los adolescentes institucionalizados han vivido, presentan puntajes ligeramente más altos en sus niveles de resiliencia, y aunque esta diferencia no sea estadísticamente significativa, se puede interpretar que el modelo utilizado en este albergue les permite igualar sus capacidades resilientes al nivel de sus pares, y hasta superarlas.

Inicialmente se consideró que el modelo familiar ofrecido e implementado por Aldeas Infantiles SOS, mediante los asesores, las madres sociales y los voluntarios, podía permitirles a los adolescentes institucionalizados desarrollar niveles más altos de resiliencia, además, para elaborar la hipótesis se tomó en cuenta la necesidad de adversidad como uno de los puntos críticos para el desarrollo de la resiliencia (Beeghly, Cicchetti, 1994; Brody, Stoneman y Flor, 1996; Bronfenbrenner, 1977; citados en Cicchetti, 2010).

El resultado obtenido es similar al encontrado por Gianino (2012) y en el que no existe diferencias significativas entre la resiliencia de los niños institucionalizados con la de los niños no institucionalizados.

El hecho de ofrecerles a los adolescentes institucionalizados la posibilidad de vivir dentro de una familia, aunque no sea la suya, favorece el desarrollo de la resiliencia, pues el riesgo para los niños asociado con separaciones tempranas como resultado de conflictos familiares, disminuye si la cohesión y la armonía familiar son restauradas subsecuentemente (Rutter, 1971, citado en Gianino 2012). Los niños, niñas y adolescentes que son abandonados por sus padres y no tienen un hogar que los acoja y los cuide, sufren a su vez de múltiples violaciones en sus derechos, tanto de protección, como de salud, educación y participación (Castañeda, Guevara y Rodríguez, 2005), situaciones que necesitan pronta intervención y que se evitan al institucionalizarlos.

La población de adolescentes institucionalizados ha experimentado una serie de adversidades a lo largo de su vida, especialmente en el área familiar. Estos conflictos familiares crónicos tienen un efecto directo de riesgo para los trastornos de la conducta, pero el concepto de resiliencia nos permite considerar que a pesar de todo ello, esta población podría presentar otras características diferentes a las esperadas, incluso similares a la población de niños no institucionalizados, quienes siempre han vivido en un núcleo familiar (Gianino, 2012) o se mantienen en un ambiente natural, idea que ha sido fortalecida con el resultado de la presente investigación.

Los hogares sustitutos se caracterizan por brindar el contexto necesario para que el menor se sienta incluido dentro de la sociedad, por medio de la atención individualizada y específica que reciben dentro de la familia sustituta. El papel que cumple el hogar sustituto como tal es de gran

importancia, ya que debe lograr una acomodación que implica el enfrentamiento y superación de los estados de estrés, angustia, retraso en el desarrollo intelectual (Castañeda y cols. 2005).

Xavier y Dalbosco (2008) obtienen resultados que indican la presencia de procesos de resiliencia en la construcción de nuevas relaciones afectivas establecidas después institucionalización, tanto con sus compañeros y con los adultos. Dentro de Aldeas Infantiles SOS, la madre social desempeña un rol crucial, al ser la personalidad estable con la cual el niño, niña y adolescente puede establecer un vínculo y será ella quien lo acompañe durante la totalidad de su permanencia en una Aldea Infantil SOS. Esta figura con la cual el niño puede establecer un vínculo duradero, se considera como la “persona significativa de resiliencia”, que favorece el desarrollo de ésta (García y Aldana, 2011; Bouvier, n.d.).

También se han encontrado condiciones del medio ambiente social y familiar que favorecen la posibilidad de ser resiliente como son: la seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado a las conductas ni a ningún otro aspecto de la persona; la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo; y la extensión de redes informales de apoyo (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante y Grotberg, 1998), aspectos que se ofrecen en la institución en la que los adolescentes institucionalizados se encuentran, por los pilares en los que se rigen.

La atención de las necesidades básicas es también sumamente importante y ejerce gran impacto en la organización de una mayor o menor resiliencia, así como las condiciones que los adultos generan para protegerlos y cuidarlos, en el amor que se les prodiga y en el estímulo de sus capacidades (Munist y cols., 1998).

Por otro lado, se observa que el 25.0% de adolescentes mujeres institucionalizadas presentaron un nivel mayor de resiliencia, contra un 13.3% de adolescentes mujeres no institucionalizadas, y aunque no existe diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, la tendencia favorable para las adolescentes institucionalizadas se mantiene, resultados que se repiten si comparamos el nivel mayor de resiliencia en varones institucionalizados (19.1%) con los varones no institucionalizados (16.6%). En este último caso, merece atención el nivel escaso de resiliencia entre los dos grupos, pues el porcentaje presentado por el primer grupo (19.0%) es menor que el observado en varones no institucionalizados (28.9%).

Sin embargo, se observa que el 57.5% de los varones presentaron un nivel de resiliencia moderada, contra un 42.0% de mujeres, además, el 42.1% del (mujeres) primer grupo mencionado presentaron escasa resiliencia frente al 25.8% del (varones) segundo grupo, resultado que discrepa con investigaciones anteriores, que afirman que pertenecer al género femenino es considerado un factor protector (Greenspan, 1996) y que el género masculino es una variable que genera una mayor riesgo (Rutter, 1993, citado en Carpio y Guitton, 2009).

En cuanto a la relación entre niveles de resiliencia y permanencia en la institución, estadísticamente no se presenta una correlación positiva, sin embargo, se observa una tendencia sutil en el cuadro de dispersión que podría indicar una relación positiva entre estas dos variables.

Finalmente, es necesario indicar que la resiliencia engloba diversos factores, y mientras la institución se preocupe por ofrecer y desarrollar la mayor cantidad de los mismos, los niveles de resiliencia en esta población van a ser mayores, y largo plazo se van a traducir en la fortaleza de

afrontar adecuadamente las adversidades y encontrar en cada problema, una oportunidad para salir adelante.



## Conclusiones

- Primera. Los adolescentes institucionalizados presentan niveles de resiliencia similares a los niveles de resiliencia de adolescentes no institucionalizados, que se encuentran en un ambiente natural.
- Segunda. No se encuentran diferencias entre los niveles de resiliencia presentados por varones y por mujeres.
- Tercera. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos con respecto a las cinco dimensiones de resiliencia, presentan puntajes similares.
- Cuarta. No se encuentra una correlación entre niveles de resiliencia en adolescentes institucionalizados y tiempo de permanencia en la institución, aunque se observe una ligera tendencia a que esta correlación sea positiva.

## **Sugerencias**

### **Para Aldeas Infantiles SOS - Arequipa**

- Primera. Incluir el desarrollo de Resiliencia dentro de los pilares de la institución, estableciendo políticas basadas en no sólo lograr la adaptación del niño, niña o adolescente que ingrese, sino fortalecer sus capacidades y desarrollar la resiliencia.
- Segunda. Llevar a cabo proyectos para el desarrollo de la Resiliencia, que se encuentren plasmados en el Plan Operativo Anual.
- Tercera. Brindar oportunidades para que el adolescente pueda desarrollar cercanía con su referente afectivo.

### **Para los directivos de los Centros Educativos evaluados**

- Primera. Promover proyectos que favorezcan el desarrollo de la resiliencia, incluir este aspecto en la programación curricular del año escolar.

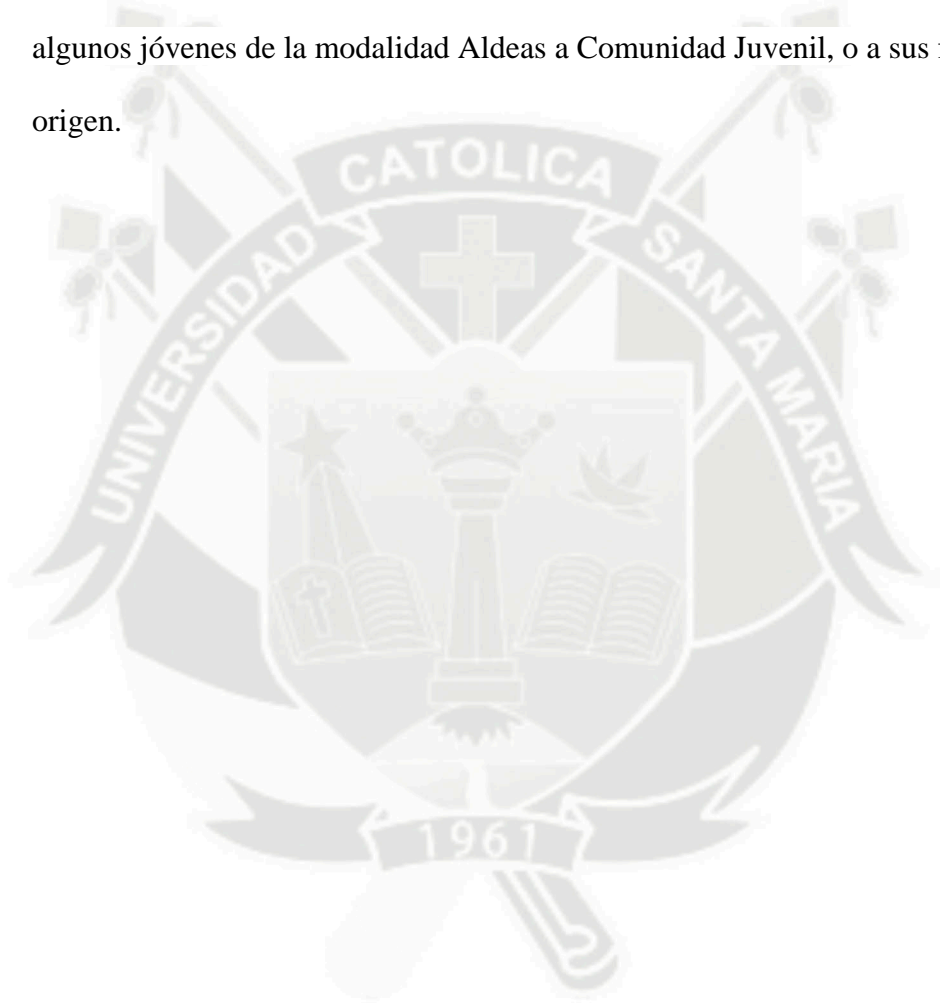
### **Para los adolescentes**

- Primera. Acudir a sus padres, docentes o referentes afectivos en caso de enfrentarse a alguna dificultad.
- Segunda. Participar de las actividades propuestas en su centro de estudio o institución.

## **Limitaciones**

Primera. Accesibilidad a la muestra de adolescentes no institucionalizados.

Segunda. Disminución de la muestra de adolescentes institucionalizados por el traslado de algunos jóvenes de la modalidad Aldeas a Comunidad Juvenil, o a sus familias de origen.



## Referencias

- Aguirre, A. (2010). *Prácticas de crianza y su relación con rasgos resilientes de niños y niñas*. Tesis de maestría. Facultad de Ciencias Humanas - Departamento Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 16 de Octubre de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2984/1/458512.2010.pdf>
- Arranz, P. (2007). *La Resiliencia en Educación como elemento favorecedor del proceso de autodeterminación en las personas con discapacidad. Educación y acceso a la vida adulta de personas con discapacidad*. 1,119-132.
- Bouvier, P. (n.d.). *La resiliencia, una mirada que abre horizontes*. Servicio de Salud de la Juventud. Recuperado el 01 de Diciembre de [http://www.uv.es/~colomerj/fundacion/resilienciahorizontes.htm#favorecer\\_resiliencia](http://www.uv.es/~colomerj/fundacion/resilienciahorizontes.htm#favorecer_resiliencia)
- Carpio, B. y Guitton, E. (2010). Resiliencia en niños trabajadores y no trabajadores. *Revista de Psicología UCSM*, 7, 72 – 89.
- Casado, J., Díaz, J., Martínez, C. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos. Recuperado el 14 de octubre de 2013 de <http://books.google.com.pe/books>
- Castañeda P., Guevara A., Rodríguez S. (2005). Estudio de casos sobre factores resilientes en menores ubicados en hogares sustitutos. *Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Psicología*. Recuperado el 01 de Marzo del 2014

Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9, 145-154

Cuervo, J. , Yanguma, C., Arroyave, M. (2011). Comprensiones de la resiliencia en los libros editados en español y localizados en seis bibliotecas de Bogotá, Colombia. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 7, 1, 57-71. Recuperado el 08 de octubre de 2013 de [http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc\\_pdf/diversitas\\_11/vol.7no.1/articulo\\_4.pdf](http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_11/vol.7no.1/articulo_4.pdf)

Cyrułnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. Barcelona: Granica.

Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.

Cyrułnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: Valorar a la vida después de un trauma*. España: Gedisa.

Flores, M. (2008). *Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL 03*. Tesis de Magíster en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado el 10 de enero de 2014 de: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/flores\\_cm/pdf/flores\\_cm.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/flores_cm/pdf/flores_cm.pdf)

García, L., Aldana, G. (2011). Voces infantiles en torno a la resiliencia: las experiencias vitales de niños habitantes de una casa hogar en Ecatepec. *Revista de Psicología Nueva época*, 8, 17, 92-104. Recuperado el 11 de Octubre del 2013 de

[http://www.revistauaricha.org/Articulos/uaricha\\_0817\\_092-104.pdf](http://www.revistauaricha.org/Articulos/uaricha_0817_092-104.pdf)

Gianino, L. (2012). La resiliencia en niños institucionalizados y no institucionalizados. *Avpsicol.* 20, 2, 79-90. Recuperado el 11 de Octubre de 2013 de

[http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2012/3/6\\_avances\\_lgiannino\\_8.pdf](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2012/3/6_avances_lgiannino_8.pdf)

Gonzales, N., Valdez, J. y Zavala, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*. 13, 1, 41-52.

Greenspan, S. (1996). Resiliencia. Recuperado el 12 de Noviembre del 2013 de

<http://www.cedro.org.pe/lugar/articulos/resiliencia.htm>

Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.

Gurian, A. (n.d.). Abandono y maltrato de Menores: Una Mirada General. *National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information*. Recuperado el 12 de Noviembre del 2013 de

[http://www.aboutourkids.org/articles/abandono\\_y\\_maltrato\\_de\\_menores\\_una\\_mirada\\_general](http://www.aboutourkids.org/articles/abandono_y_maltrato_de_menores_una_mirada_general)

Hepp, O. (1984). *La internación de menores y sus problemas sociales: Sistemas institucionales de tratamiento*. Buenos Aires: Depalma.

Hernández, C., Fernández, C., Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill: Mexico

Kotliarenco, M., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado del Arte en Resiliencia*. Recuperado el 2 de Noviembre de <http://resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia/resiliencia-paginas.pdf>

Llobet, V. (2008) *La promoción de resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión: herramientas para la transformación*. Buenos aires: Centro de Publicaciones educativas y Material Didáctico

Loesel, F. (1992) *Resiliencia en niños y adolescentes*. Recuperado el 12 de Noviembre del 2013 de <http://www.cedro.org.pe/lugar/articulos/resiliencia.htm>

Melillo, A. (2007). *El desarrollo del adolescente y la resiliencia*. Buenos Aires: Paidós.

Mormontoy, W. (1993). *Elaboración del protocolo de investigación en ciencias de la salud, de la conducta y áreas afines*. Lima: Boehringer Ingelheim.

Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, E., Infante, F. y Grotberg, E. (1998) Manual de Identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Mundial de la Salud

Muñoz, V. y De Pedro, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*

Vol. 16 Núm. 1. Recuperado el 14 de octubre de 2013 de:

[www.ucm.es/BUCM/revistas/edu/11302496/articulos/RCED0505120003A.PDF](http://www.ucm.es/BUCM/revistas/edu/11302496/articulos/RCED0505120003A.PDF)

Obando, O., Villalobos, M. y Arango, L. (2010). Resiliencia en niños con experiencias de abandono. *Acta Colombiana de Psicología, Universidad Católica de Colombia*, 13(2), 149-159.

Recuperado el 29 de Septiembre de 2013 de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552010000200013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552010000200013)

Paz, M. (2012). Factores de resiliencia en adolescentes residentes en un centro de protección de

Valparaíso. *Revista de Psicología UVM*, 2,4. Recuperado el 20 de Noviembre del 2013 de

<http://sitios.uvm.cl/revistapsicologia/revista-detalle.php/4/24/contenido/factores-de-resiliencia-en-adolescentes-residentes-en-un-centro-de-proteccion-de-valparaiso>

Pereira, R. (2007). *Resiliencia individual, familiar y social*. Trabajo presentado en el 8vo Congreso

Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 29 de septiembre de 2013 de

<http://hdl.handle.net/10401/4231>

Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2010) *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados*

*parentales en América latina: Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a*

*la convivencia familiar y comunitaria..* Buenos Aires

Rodríguez, M., Pereyra, M., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, 72 – 82.

Saavedra, G., Villalta, P. (2008b). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14, 31-40. Recuperado el 12 de diciembre de 2013 de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a05v14n14.pdf>

Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit* 11, 41-48.

Salkind, N. (1998). *Métodos de Investigación*. Prentice Hall: México

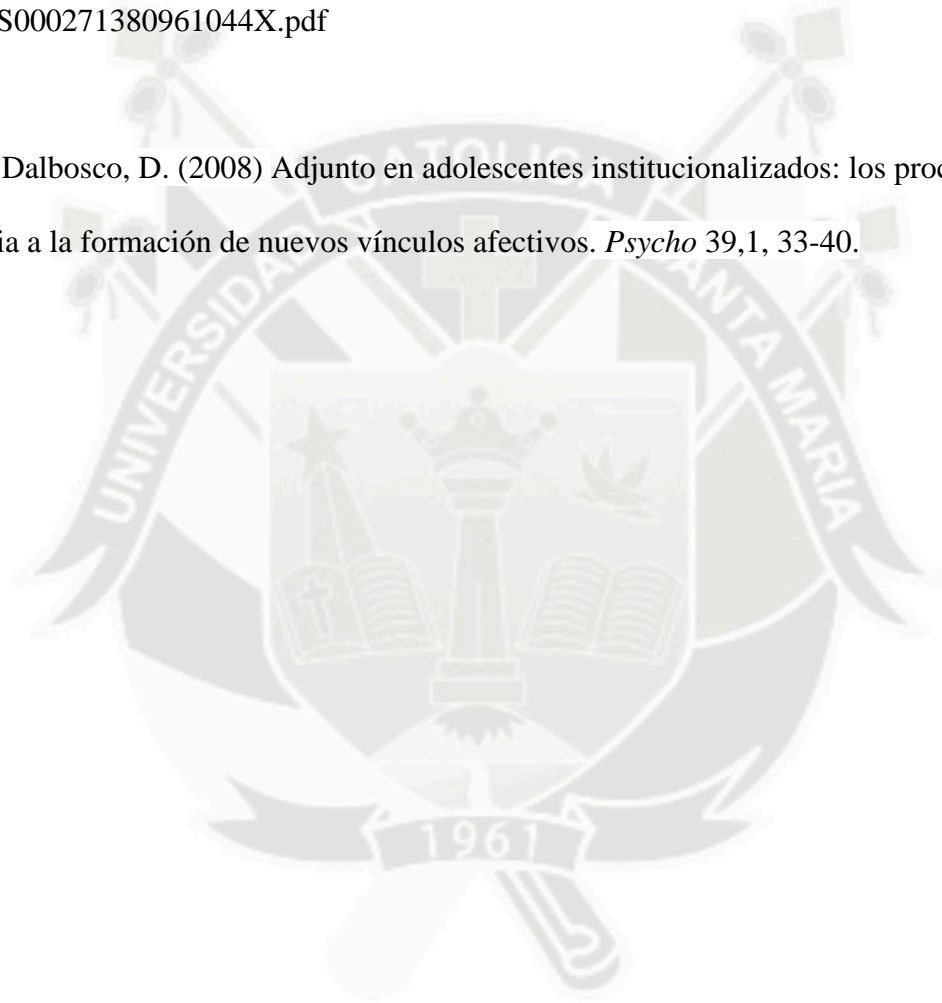
SOS - Kinderdorf International (2003) *Los niños y niñas precisan de una familia*. Oficina Regional de America Latina. Bolivia.

Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002) *La felicidad es posible*. Barcelona: Gedisa.

Wagnild, G., Young, H. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 2, 165-178.

Werner, E. y Smith, R. (1971). An epidemiologic perspective on some antecedents and consequences of childhood mental health problems and learning disabilities. A report from the Kauai longitudinal study. *Journal of Child Psychiatry* 18, 1, 292 – 306. Recuperado el 29 de Octubre de <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-7138/PIIS000271380961044X.pdf>

Xavier, J. y Dalbosco, D. (2008) Adjunto en adolescentes institucionalizados: los procesos resistencia a la formación de nuevos vínculos afectivos. *Psycho* 39,1, 33-40.





**Anexo**

**Escala de Resiliencia**

Centro Educativo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

| N° | Preguntas  | En Desacuerdo |   |   |   | De acuerdo |   |   |  |
|----|--|---------------|---|---|---|------------|---|---|--|
|    |  | 1             | 2 | 3 | 4 | 5          | 6 | 7 |  |
| 1  | Cuando pienso algo lo realizo.   |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 2  | Generalmente me las arreglo de una manera u otra.                        |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 3  | Dependo más de mí mismo que de otras personas                            |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 4  | Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.                |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 5  | Puedo estar solo si tengo que hacerlo.                                   |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 6  | Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.                   |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 7  | Usualmente veo las cosas a largo plazo.                                  |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 8  | Soy amigo de mí mismo.   |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 9  | Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.                   |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 10 | Soy decidido.  |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 11 | Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.                       |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 12 | Tomo las cosas una por una.  |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 13 | Puedo enfrentar dificultades porque las he experimentado anteriormente.  |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 14 | Tengo autodisciplina.  |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 15 | Me mantengo interesado en las cosas.                                     |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 16 | Por lo general encuentro algo de qué reírme.                             |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 17 | El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.             |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 18 | En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.             |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 19 | Generalmente puedo ver una situación de varias maneras..                 |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 20 | Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.                  |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 21 | Mi vida tiene significado.   |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 22 | No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.              |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 23 | Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida. |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 24 | Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.                |               |   |   |   |            |   |   |  |
| 25 | Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.                      |               |   |   |   |            |   |   |  |