

Resiliencia en padres de familia y docentes de estancias de bienestar y desarrollo infantil

Elsa Carolina Rojas-Ortiz¹, Francisco Díaz de León-Fernández de Castro², Hilda Gabriela León-Suazo³, Arturo Baños-Sánchez⁴, Martha Patricia Trejo-Morales⁵ y Demetrio Arturo Bernal-Alcántara⁶

Resumen

ANTECEDENTES: Con el objetivo de generar una nueva cultura de salud que permita a las niñas, niños, padres de familia y docentes ser más proactivos en temas de salud, la Delegación Regional Poniente instrumentó el Programa Innovador «ISSSTE en tu Escuela». Este es el primer estudio del Modelo Proactivo de Salud a través de la capacitación de padres de familia y docentes en el tema de resiliencia para favorecer una cultura de la salud que fortalezca el binomio salud-educación e impacte en la prevención de enfermedades crónicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal. De enero a julio de 2016 se realizaron talleres de resiliencia en estancias de bienestar y desarrollo infantil (EBDI) del ISSSTE. Se evaluó el nivel de resiliencia obtenido mediante un cuestionario tipo Likert validado.

RESULTADOS: Participaron 155 padres de familia y docentes de entre 17 y 74 años de edad, la mayoría de sexo femenino (86.5%). En general, los niveles de resiliencia alcanzados fueron adecuados y favorecen su desarrollo integral. Las correlaciones por EBDI, entre niveles de resiliencia y género, edad, estado civil o número de hijos, fueron mínimas ($r < 0.02$) y no significativas ($p > 0.05$).

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados indican que este modelo permite alcanzar niveles adecuados de resiliencia y favorece que los niños tengan como ejemplos padres y docentes resilientes, que propicie en ellos el desarrollo de conductas resilientes para mantener su salud.

PALABRAS CLAVE: Seguridad social. Resiliencia. Enfermedades crónicas. Educación para la salud.

¹Médico Cirujano
Delegación Regional Poniente ISSTE

²Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública
Subdelegación Médica

Delegación Regional Poniente ISSTE

³Especialista Pediatra

Coordinación «ISSSTE en tu Escuela»

Delegación Regional Poniente ISSTE

⁴Especialista en Ortopedia y Resiliencia

Jefatura de Enseñanza

Hospital General Tacuba

⁵Doctora en Psicología

Consulta Externa

Clínica Revolución ISSSTE

⁶Maestro en Ciencias de la Salud

Servicio de Pediatra

Hospital General Tacuba

Ciudad de México, México

Recibido: 01-10-2017

Aceptado: 27-11-2017

Correspondencia:

Demetrio Arturo Bernal-Alcántara
E-mail: demartb6@hotmail.com

Rev Esp Méd Quir. 2017;22:143-52

Resilience in parents and teachers of welfare and child development stays

Elsa Carolina Rojas-Ortiz¹, Francisco Díaz de León-Fernández de Castro², Hilda Gabriela León-Suazo³, Arturo Baños-Sánchez⁴, Martha Patricia Trejo-Morales⁵ and Demetrio Arturo Bernal-Alcántara⁶

Abstract

BACKGROUND: With the aim of generating a new health culture that allows children, parents and teachers to be more proactive in health issues, the West Regional Delegation implemented the innovative program «ISSSTE in your School». This is the first study of the Proactive Health Model through the training of parents and teachers in the issue of resilience to favor a health culture that strengthens the health-education binomial and impact in the prevention of chronic diseases.

MATERIAL AND METHOD: Cross sectional study. From January to July 2016, resilience workshops were held at ISSSTE welfare and child development stays (EBDI). The level of resilience obtained using a validated, Likert-type questionnaire was evaluated.

RESULTS: Participants included 155 parents and teachers between 17 and 74 years of age, most of them female (86.5%). In general, levels of resilience reached were adequate and favored their integral development. Correlations by EBDI, between levels of resilience and gender, age, marital status or number of children, were minimal ($r < 0.02$) and not significant ($p > 0.05$).

CONCLUSION: Our results indicate that this model allows us to reach adequate levels of resilience and favors children who have examples of resilient parents and teachers, which encourages them to develop resilient behaviors to maintain their health.

KEY WORDS: Social security. Resilience. Chronic diseases. Health education.

- ¹Médico Cirujano
Delegación Regional Poniente ISSTE
²Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública
Subdelegación Médica
Delegación Regional Poniente ISSTE
³Especialista Pediatra
Coordinación «ISSSTE en tu Escuela»
Delegación Regional Poniente ISSTE
⁴Especialista en Ortopedia y Resiliencia
Jefatura de Enseñanza
Hospital General Tacuba
⁵Doctora en Psicología
Consulta Externa
Clínica Revolución ISSSTE
⁶Maestro en Ciencias de la Salud
Servicio de Pediatra
Hospital General Tacuba
Ciudad de México, México

Correspondence:
Demetrio Arturo Bernal-Alcántara
E-mail: demarbt6@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Una de las obligaciones más relevantes que tenemos como responsables de la salud es la promoción de programas con fines preventivos que permitan el desarrollo de hábitos saludables en los derechohabientes. El motivo de dirigir estos programas a niños y niñas en edades tempranas es porque en esta etapa

se aprenden muchos de los hábitos y conductas que permanecerán a lo largo de su vida; además, porque a esta edad son los padres y docentes, con los cuales interactúan cotidianamente, de quienes aprenden los modelos a seguir¹.

La dinámica de la sociedad contemporánea se considera de riesgo debido a los problemas derivados de

la modernidad, el desarrollo económico y la interacción de la población con su entorno². Aunque se han controlado las enfermedades infecciosas, los retos actuales los representan las enfermedades crónicas no transmisibles, las adicciones y los embarazos tempranos, entre otros. Una estrategia exitosa para afrontar esta problemática es la educación para la salud en la infancia. En consecuencia, se creó el Programa «ISSSTE en tu Escuela», que incluye cinco ejes temáticos: resiliencia, nutrición saludable desde la infancia, salud mental y emocional, conociendo y cuidando mi cuerpo y habilidades sociales.

Una de las estrategias para hacer frente a las demandas que la sociedad impone al individuo es la resiliencia, que es la habilidad o capacidad de los seres humanos de afrontar adversidades, estrés o trauma, superándolos, resurgiendo, adaptándose y reconstruyéndose para fomentar un desarrollo psicológico y social exitoso mediante un proceso dinámico en el que se emplean con libertad factores internos y externos al individuo y que puede promoverse mediante diferentes técnicas a lo largo del desarrollo, desde la infancia hasta la edad adulta³⁻¹⁸.

El enfoque de riesgo y el de resiliencia son diferentes pero complementarios. El primero se centra en la enfermedad y en las características asociadas a una alta probabilidad de daño, ya sea biológico o social; por su parte, el enfoque de resiliencia considera que el individuo es activo y que los daños o riesgos no lo marcarán inevitable o permanentemente³.

Los factores de riesgo y los factores de protección son conceptos clave para comprender el fenómeno de resiliencia. Algunos autores afirman que la resiliencia es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del individuo^{3,19}.

Existe una distinción entre factores protectores dentro del individuo, dentro de la familia y en la comunidad^{20,21}. En la etapa preescolar, los niños resilientes desarrollan un patrón de afrontamiento que combina la autonomía con la habilidad de pedir ayuda cuando la necesitan. Los factores protectores dentro de la familia incluyen a un miembro que sirva como modelo a los hijos y que les permita la expresión de emociones, que favorezca la independencia y que les fomente un conjunto de creencias. Asimismo, los factores protectores en la comunidad son vecinos afectuosos o que proveen cuidados, profesores o mentores

que representen modelos positivos y sean ejemplo de gente joven.

La presencia de un factor de riesgo no garantiza una consecuencia desfavorable pero sí incrementa su probabilidad de ocurrencia^{3,19}. Los factores de riesgo se clasifican en individuales, interpersonales o sociales (problemas de comunicación en la familia, estilo de crianza negligente, abuso de sustancias) y ambientales (leyes y normas que favorecen conductas antisociales, acceso nulo o limitado a servicios de salud o pocas oportunidades laborales)²².

Existe un consenso en la literatura acerca de cuáles son los pilares o factores de la resiliencia: autoestima, introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y capacidad de pensamiento crítico y de las fuentes interactivas: yo tengo, yo puedo, yo soy, yo estoy; corroborado en diferentes ámbitos como el de salud, educativo, laboral, familiar y social, entre otros²³⁻²⁸.

Los resultados son inconsistentes con respecto a si existen diferencias por género en resiliencia y otras variables sociodemográficas. Algunos estudios reportan que las mujeres tienen un mayor número de características asociadas a resiliencia²⁹⁻³¹ mientras que en otros estudios no se observan estas diferencias en las puntuaciones totales³²⁻³³.

Al revisar el perfil epidemiológico de la infancia en México, se observa que muchos de las enfermedades se pueden prevenir o controlar si las esferas que rodean a las niñas y niños preescolares se coordinan para elegir las conductas y formar los hábitos que favorezcan su salud. Por lo anterior, la educación de padres de familia y docentes en habilidades para la vida promoverán la formación de niñas y niños resilientes que desarrollen competencias y habilidades psicosociales que disminuirán la incidencia de la obesidad, la depresión, la ansiedad, el suicidio, las adicciones, etc. El desarrollo de programas de prevención que fortalezcan el binomio salud-educación redundará en menores costos, ya que se reducirá el número de casos que llegan al primer nivel de atención médica. Esta disminución beneficiará al Instituto y a la población en general, ya que estos recursos se podrán destinar a otro tipo de programas.

El propósito de este trabajo fue promover el Modelo Proactivo de Salud mediante la capacitación de

padres de familia y docentes en el tema de resiliencia para favorecer una cultura de salud que fortalezca el binomio salud-educación.

Para fines de este estudio, solo se presentan los resultados obtenidos en el grupo de padres de familia y docentes, en el eje de resiliencia, durante el Ciclo Escolar 2016-2017.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal. Realizado en EBDI de la Delegación Regional Poniente del ISSSTE, mediante talleres dirigidos a padres y docentes de niñas y niños de Preescolar 2 y 3. El muestreo fue no probabilístico intencional, previa firma del documento de consentimiento informado. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación.

El trabajo lo desarrolló un equipo multidisciplinario conformado por especialistas (pediatra, paidopsiquiatra, ginecóloga y ortopedista), enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogas, psicólogas y activadores físicos que recibieron capacitación durante el 2014 por expertos en resiliencia. Con base en la capacitación, el equipo multidisciplinario generó los talleres lúdicos vivenciales, así como el material de apoyo para cada uno de los ejes temáticos.

Instrumentos: se utilizó una Cédula de Autoevaluación Progresiva para el Desarrollo y Crecimiento Personal de Resiliencia³⁴, que es un cuestionario autoaplicado tipo Likert con 13 preguntas con cuatro opciones de respuesta (siempre, frecuentemente, rara vez y nunca). A mayor puntuación, mayor desarrollo de resiliencia. Los niveles de resiliencia que se obtienen son óptimo (34 a 39 puntos), hábil (28 a 33 puntos), vulnerable (20 a 27 puntos) y de precaución (0 a 19 puntos).

Procedimiento: con base en la realización de un estudio piloto durante el año 2015 con 47 padres de familia y 31 trabajadores de dos EBDI de la Delegación Regional Poniente durante el ciclo escolar 2015-2016 y derivado del análisis los resultados obtenidos, se realizaron ajustes y cambios en el programa innovador, para el ciclo escolar 2016-2017. En este, la capacitación en resiliencia se realizó en siete sesiones. En la primera sesión se informó a los participantes de las características del estudio y se firmó el

consentimiento informado. Posteriormente se les aplicó la cédula de evaluación. En las siguientes seis sesiones se llevaron a cabo los talleres lúdicos vivenciales. Las sesiones tuvieron una duración de seis horas cada una y en todas ellas se enfatizó la importancia de aplicar estos conocimientos en su formación personal, estilos de crianza y estrategias de enseñanza. En las sesiones se revisaron los temas de resiliencia, club resiliente, redes de apoyo, adversidad, inclusión, buenos tratos y confianza. El concepto de resiliencia se explicó por medio de material audiovisual y se les enseñó una analogía en la que el ser humano, al igual que una esponja, tiene la capacidad de doblarse y recuperarse frente a las adversidades y necesidades del entorno, pero sin perder su esencia. Después se les permitió manipular el material didáctico para que se fortaleciera el aprendizaje y se discutió la importancia de utilizar la resiliencia en la vida diaria. En el tema club resiliente se utilizaron los valores, atributos positivos y habilidades de cada participante para que los padres y docentes comprendieran que son parte de una comunidad y que pueden utilizar sus habilidades para apoyar a sus pares y a su contexto. Además se fortaleció la expresión de emociones y la autoestima. Con respecto a las redes de apoyo, se les explicó en qué consisten y se les sensibilizó sobre la importancia de disponer de estas en cualquier adversidad. En el tema de adversidad se utilizó material audiovisual para lograr que los participantes comprendieran la importancia de hacer frente a las situaciones de estrés, además se les enseñaron estrategias para soportar la presión e identificar las habilidades y cualidades que cada uno de ellos tiene para afrontar los retos; por último, se favoreció el reconocimiento y el respeto a la diversidad. En la sesión de inclusión se concienció a los participantes acerca del papel que funguen las personas con discapacidad, sus derechos y obligaciones, así como el respeto y apoyo que requieren. Asimismo, se reforzaron los valores universales y se promovió la participación para fomentar el desarrollo de una cultura incluyente. En la sesión de buenos tratos se fomentó el control de emociones y el manejo de estas para aprender de la situación y tener éxito en el futuro. Al final de la sesión, se fomentó el autocuidado y el respeto hacia la naturaleza y hacia las mascotas.

En la última sesión, se fortaleció la confianza de los participantes y se les mostró cómo el conocimiento

Tabla 1. Características de los participantes en el estudio

EBDI	Edad en años	Sexo		Número de hijos	Estado civil				
		Femenino	Masculino		Casado	Soltero	Viudo	Divorciado	Unión libre
	Media ± DE	n (%)	n (%)	Media ± DE	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Uno	45.67 ± 07.74	26 (86.87)	04 (13.33)	01.37 ± 01.00	15 (50.00)	03 (10.00)	03 (10.00)	02 (06.67)	07 (23.33)
Dos	41.31 ± 13.04	25 (86.21)	04 (13.79)	01.79 ± 01.21	15 (51.72)	08 (27.59)	01 (03.45)	03 (10.34)	02 (6.90)
Tres	47.36 ± 11.87	24 (85.71)	04 (14.29)	01.36 ± 01.06	10 (35.71)	08 (28.57)	02 (07.14)	02 (07.14)	06 (21.43)
Cuatro	41.10 ± 12.65	24 (82.76)	05 (17.24)	01.69 ± 01.56	09 (31.03)	12 (41.38)	01 (03.45)	05 (17.24)	02 (06.90)
Cinco	44.19 ± 10.24	25 (96.15)	01 (03.85)	01.38 ± 00.98	13 (50.00)	10 (38.46)	01 (03.85)		02 (07.69)
Seis	41.00 ± 12.21	10 (76.92)	03 (23.08)	01.92 ± 01.50	08 (61.54)	05 (38.46)			

EBDI: estancias de bienestar y desarrollo infantil; DE: desviación estándar; n: número.

de sus fortalezas puede favorecer la solución de un problema y mejorar su comunicación familiar. Al final del taller se les aplicó la cédula de evaluación.

Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva y se determinaron porcentajes, medias y tablas de frecuencia. Las variables que se analizaron fueron edad, número de hijos, estado civil, género y nivel de resiliencia. Se utilizó el índice de correlación de Spearman para identificar el grado de correlación entre variables. Para determinar diferencias significativas en las variables sociodemográficas, se utilizó la prueba no paramétrica χ^2 . Para determinar diferencias entre porcentajes de niveles de resiliencia se utilizó la prueba Z. Se estableció como nivel de significancia $p < 0.05$. Los datos se analizaron con el paquete estadístico Stata 13.

RESULTADOS

En el estudio participaron 155 padres de familia y docentes de entre 17 y 74 años de edad (media = 43.66 años, desviación estándar [DE] = 11.44). La mayor frecuencia de edad de los participantes estuvo entre 36 y 49 años. Por género, fueron 134 mujeres (86.5%) y 21 hombres (13.5%). El promedio de hijos fue de 2 (DE = 1). La mitad tenía al menos un hijo. El estado civil de los participantes se muestra en la figura 1. El 50% vivía en pareja, de los cuales la mayoría eran casados (Tabla 1). En la figura 2 se observa el nivel de resiliencia que alcanzaron hombres y mujeres después del taller. De manera global, la distribución de la muestra de acuerdo con los niveles de

resiliencia identificados a través de la cédula fue: 10.97% óptimo, 46.45% hábil, 36.77% vulnerable y 5.81% en el nivel de precaución, mientras que los basales fueron: óptimo 5.19%, hábil 30.46%, vulnerable 47.12% y precaución 17.23%. Las variaciones porcentuales fueron 1.11, 0.52, -0.21 y -0.66, respectivamente; aunque no significativas ($p > 0.05$). El nivel de resiliencia en EBDI, por sexo, evidenció que, en ambos sexos, pocos alcanzaron el nivel óptimo. En las mujeres, en la mayoría de los EBDI el nivel alcanzado con mayor frecuencia correspondió a hábil, solo en dos fue superior el nivel de vulnerable. En tanto que en los hombres se distribuyó de manera similar entre hábil y vulnerable. Solo en una EBDI la diferencia por sexo fue significativa (Tabla 2). En general no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida en la prueba de resiliencia y las variables género ($p = 0.805$) o estado civil ($p = 0.459$). Las correlaciones por EBDI, entre niveles y género, edad, estado civil o número de hijos, fueron mínimas ($r < 0.02$) y no significativas ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

Para llevar a cabo las acciones del Programa Sectorial de Salud 2013-2018³⁵, la Delegación Regional Pionero implementó el Programa «ISSSTE en tu Escuela» considerando a la resiliencia como el eje rector para su desarrollo. Algunos autores consideran que las investigaciones en resiliencia permiten cambiar el enfoque de salud de uno centrado en el riesgo a otro centrado en la prevención^{15,18,21,28,36}.

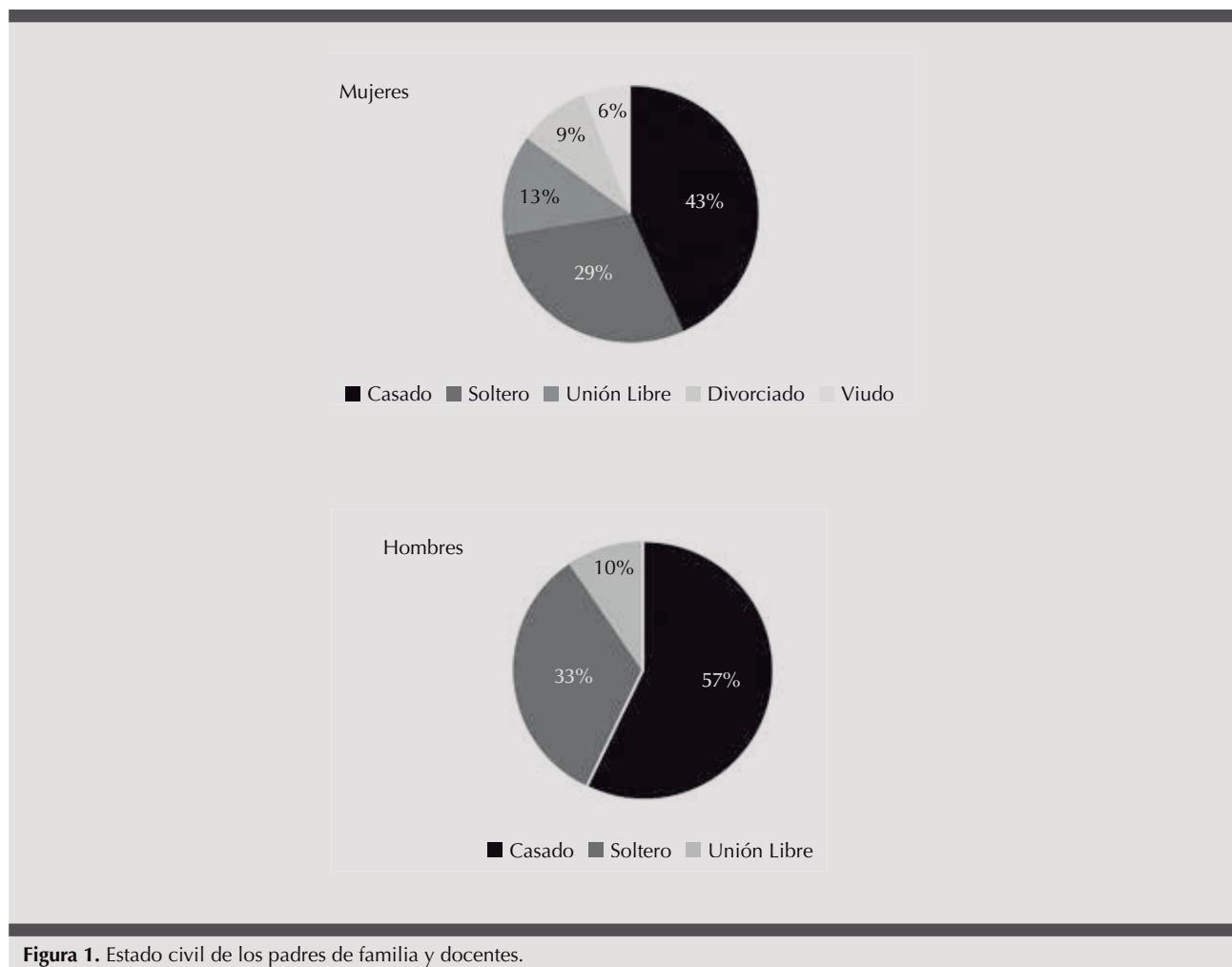


Figura 1. Estado civil de los padres de familia y docentes.

Uno de los enfoques sobre el desarrollo del individuo que nos permite entender la importancia de que los programas de promoción de la salud intervengan en diferentes escenarios es el modelo de Bronfenbrenner³⁷, en el cual se explica que la relación entre diferentes sistemas puede afectar al desarrollo de los individuos. Cuando se reformuló este modelo se denominó Modelo Bioecológico³⁸, cuya premisa central es el poder de los procesos proximales como un motor del desarrollo en tanto las interacciones entre persona y contexto. En el modelo se distinguen cuatro sistemas: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Basados en este modelo, se puede

entender el carácter multifactorial de la resiliencia, la relación entre factores de protección y de riesgo¹⁹ y que el desarrollo del individuo está influido por las interacciones con su familia, la escuela, la comunidad y la cultura en la que se desenvuelve¹⁸. A diferencia de otros programas de intervención en los que únicamente se aborda a un grupo etario (infantes, adolescentes, adultos), a personas en situación de riesgo (pobreza, violencia, discriminación, etc.) o a víctimas de un delito (maltrato, abuso sexual, violación, etc.) o de las condiciones de vida (enfermedad, situación de calle, etc.), el Programa «ISSSTE en tu Escuela» enfocó su intervención en un sector sano de la

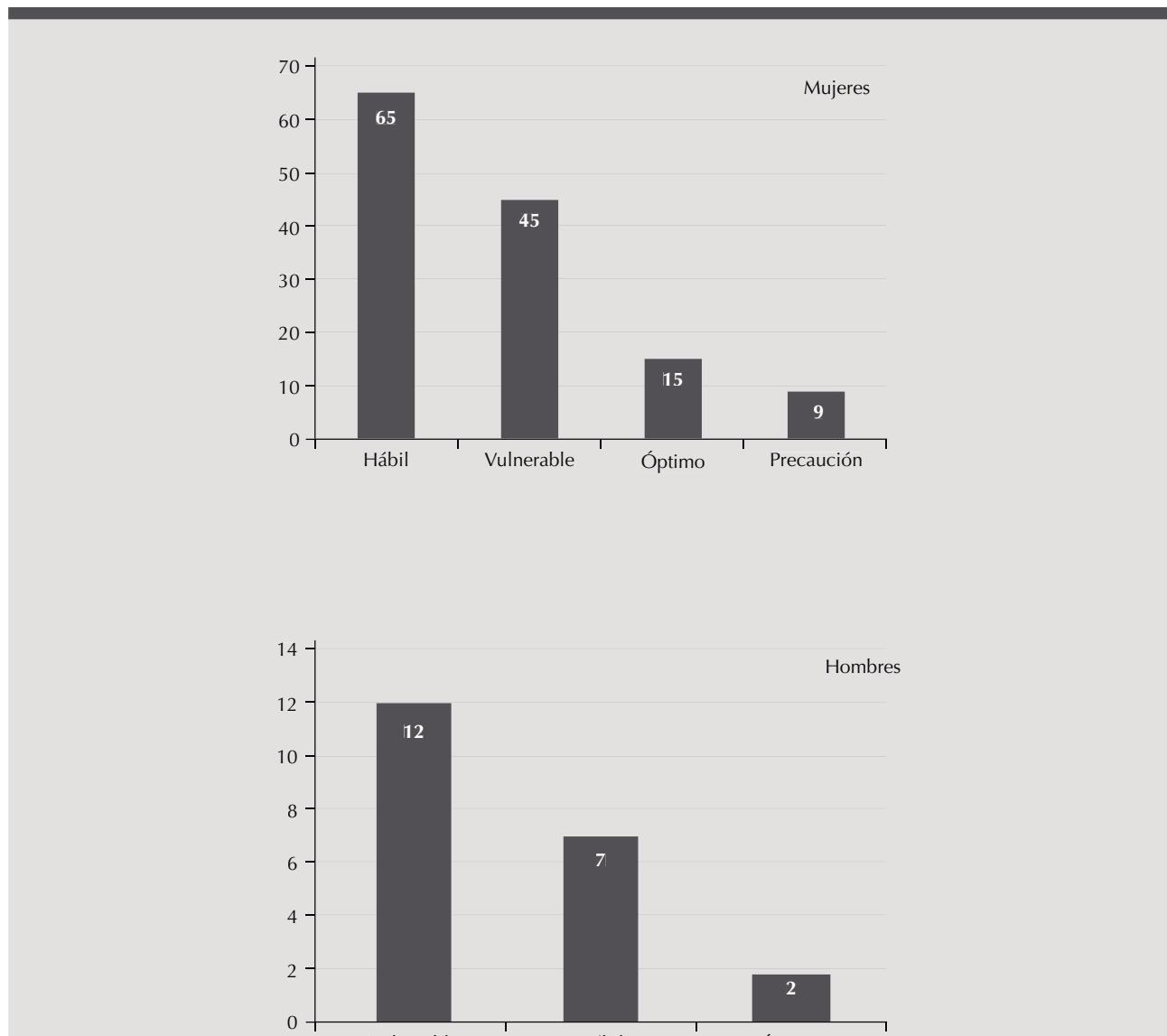


Figura 2. Número de hombres y mujeres con base en el nivel de resiliencia que alcanzaron después del taller.

población (niñas, niños, padres de familia y docentes de las EBDI) y en diferentes escenarios (familia y escuela). Aunque el taller se impartió a los infantes, padres de familia y docentes, en el presente artículo únicamente se presentan los resultados obtenidos en los dos últimos grupos.

Al analizar el nivel de resiliencia alcanzado por los participantes después de asistir al taller, se identificó que la mayoría de ellos obtuvieron niveles adecuados que favorecen su desarrollo integral; no obstante, un tercio de ellos se encontró en el nivel de vulnerabilidad y los menos, en el nivel de precaución. Estos

Tabla 2. Niveles de resiliencia adquiridos por los participantes

EBDIS	Resiliencia, según niveles y EBDI, por sexo					p*
	Óptimo	Hábil	Vulnerable	Precaución	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
UNO	3 (10.00)	12 (40.00)	07 (23.33)	08 (26.67)	30 (100)	0.36
Femenino	3 (10)	10 (33)	05 (17)	08 (26)	26 (87)	
Masculino		02 (07)	02 (07)		04 (13)	
DOS	5 (17.24)	15 (51.72)	09 (31.03)		29 (100)	0.51
Femenino	5 (17)	13 (45)	07 (24)		25 (86)	
Masculino		02 (7)	02 (07)		04 (14)	
TRES	4 (14.29)	11 (39.29)	13 (46.43)		27 (100)	0.66
Femenino	4 (14)	09 (32)	11 (40)		24 (89)	
Masculino		02 (07)	02 (07)		04 (11)	
CUATRO	3 (10.34)	11 (37.93)	15 (51.72)		29 (100)	0.01
Femenino	1 (03)	09 (31)	15 (52)		25 (86)	
Masculino	2 (07)	02 (07)			04 (14)	
CINCO	1 (3.85)	18 (69.23)	07 (26.92)		26 (100)	0.9
Femenino	1 (04)	15 (58)	06 (23)		22 (85)	
Masculino		03 (12)	01 (04)		04 (15)	
SEIS	1 (7.69)	05 (38.46)	06 (46.15)	01 (7.69)	13 (100)	0.93
Femenino	1 (8)	04 (31)	05 (38)	01 (08)	11 (85)	
Masculino		01 (08)	01 (08)		02 (15)	

*Prueba χ^2 ; EBDI: estancias de bienestar y desarrollo infantil; n: número.

resultados confirman la imperiosa necesidad de continuar con la impartición de estos talleres, ya que la meta obligada debe ser del 100% de padres y docentes que adquieran o mejoren sus habilidades en resiliencia.

La importancia de que los padres mejoren su calidad de vida y sus competencias o habilidades resilientes, reside en el hecho de que la familia es el instrumento de unión entre el individuo, la naturaleza y la cultura³⁹ y es un factor fundamental en la formación de personas sanas física y mentalmente⁴⁰. Las competencias parentales son el conjunto de capacidades que les permiten a los progenitores afrontar de manera flexible y adaptativa la tarea de ser padres, de acuerdo con las necesidades educativas y de desarrollo de las hijas e hijos⁴¹. Así, la resiliencia puede ser una competencia que le permita a los padres centrarse en sus hijos, generar expectativas reales de estos y potenciar sus capacidades y fortalezas.

Algunos autores han sugerido el término resiliencia parental, definida como «un proceso dinámico que

permite a los padres desarrollar una relación protectora y sensible ante las necesidades de los hijas e hijos a pesar de vivir en un entorno potenciador de comportamientos de maltrato»⁴². Con base en estos supuestos, en el taller de resiliencia del Programa «ISSSTE en tu Escuela» se les enseñó a los padres de familia y docentes conceptos y modelos de la resiliencia. Asimismo, es necesario destacar que dicho conocimiento también se les brindó a las niñas y niños, adaptado a la edad de los infantes. El objetivo de realizar esta intervención fue impactar no solo en las competencias parentales sino también en la resiliencia familiar, entendida esta como el «conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrar recursos y necesidades familiares, y aprovechar las oportunidades de su entorno»⁴².

El taller de resiliencia también se impartió a los docentes de las EBDI por dos motivos. El primero de ellos fue mejorar la calidad de vida de uno de los

principales recursos humanos en el proceso educativo; el segundo, garantizar que uno de los microsistemas en los que se desarrollan los niños se convierta en un factor de resiliencia. Algunos autores^{43,44} consideran que las formaciones psicológicas nuevas en la edad preescolar son el comienzo de la actividad voluntaria y que esta se encuentra regulada por el lenguaje, la personalidad y la imaginación; además, el niño en etapa preescolar aprende a relacionarse mediante la imitación de modelos⁴⁵, siendo sus principales ejemplos los padres y los docentes; por lo tanto, si los niños tienen como ejemplos padres y docentes resilientes, es más probable que desarrollen conductas resilientes para enfrentar las adversidades o problemas que se les presenten en un futuro.

En una investigación cualitativa⁴⁶ en la que docentes de niños de primaria fueron capacitados en temas de resiliencia se encontró que si el docente lleva a cabo el modelo de resiliencia, se muestra empático, acompaña a los infantes al momento de probar sus alternativas y reconoce sus fortalezas, no solo se obtendrá éxito académico, sino que se contrarrestarán los efectos de los factores de riesgo.

Así, la escuela es un escenario óptimo para la construcción y fomento de la resiliencia, después de la familia y en concordancia con esta⁴⁷. En su revisión, se enfatiza el papel activo que deben adquirir los docentes para contribuir a la compensación de la desigualdad y exclusión social. Además, considera que la formación de educadores para los retos actuales debe incluir una gran cantidad de recursos, todos ellos incluidos en lo que consideramos una personalidad resiliente.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio nos permiten reafirmar que la escuela es un escenario óptimo para la construcción y fomento de la resiliencia, después de la familia y en concordancia con esta. Asimismo, los talleres de resiliencia son herramientas necesarias para formar o fortalecer la resiliencia, a partir de los recursos personales con los que cada individuo cuenta. Nuestros resultados indican que este modelo permite alcanzar niveles adecuados de resiliencia y favorece que las niñas y los niños tengan como ejemplos padres y docentes resilientes, que pueden propiciar

en ellos su desarrollo óptimo y una salud física y emocional, aún en ambientes de riesgo o en situaciones de vulnerabilidad. Debido a las diferencias individuales y a que la resiliencia es un proceso dinámico que varía en el curso de la vida y que se desarrolla a partir de la adversidad, sería conveniente mantener su educación continua.

Finalmente, el Programa «ISSSTE en tu Escuela» puede convertirse en un factor de resiliencia que contribuya a elevar la calidad de vida de las y los derechohabientes del Instituto.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de «ISSSTE en tu Escuela», por su participación y entusiasmo en la planeación y ejecución del programa, y a todo el personal de las EBDI participantes, por su colaboración y facilidades otorgadas para la realización del trabajo.

REFERENCIAS

1. Sánchez JM, Buscatón N, Gómez P, et al. La familia como agente de salud. 1.^a edición. Madrid: Editorial CEAPA; 2012. pp. 4-68.
2. Munist M, Suárez Ojeda NO, Krauskopf D, et al. Adolescencia y resiliencia. México: Paidós; 2007.
3. Munist M, Santos H, Kotliarenko MA, et al. Manual de identificación y promoción de resiliencia en niños y adolescentes. Washington D.C.: Fundación WK Kellogg; 1998.
4. Suárez Ojeda EN, Krauskopf D. El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente: Una perspectiva psico-social. Washington: OPS-OMS; 1995.
5. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. Early childhood development. La Haya: Bernard Van Leer Foundation; 1995.
6. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. J Adolesc Health. 1993;14:626-31.
7. Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. Rev Clin Gerontol. 2011;21:152-69.
8. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. Ann NY Acad Sci. 2006;1094:1-12.
9. Rutter M. Resilience, competence and coping. Child Abuse Neglect. 2007;31:205-9.
10. Krauskopf D. Sociedad, adolescencia y resiliencia en el siglo XXI. En: Munist MM, Suárez Ojeda EN, Krauskopf D, et al. (Eds.). Adolescencia y resiliencia. México: Paidós; 2007.
11. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev. 2000;71(3):543-62.
12. Vanistendael S. Resilience: a few key issues. Malta: International Catholic Child Bureau; 1993.
13. Truffino JC. Resilience: an approach to the concept. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2010;3(4):145-51.
14. Vanistendael S, Vilar J, Pont E. Reflexiones en torno a la resiliencia. Una conversación con Stefan Vanistendael. Educación Social. 2009;43:93-103.
15. Manciaux M. La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa; 2003.
16. Silas JC. ¿Por qué Miriam sí va a la escuela? Resiliencia en la educación básica mexicana. RMIE. 2008;13(39):1255-79.
17. Morelato G. Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. Pensamiento Psicol. 2011;9(17):83-96.
18. Muñoz Garrido V, de Pedro Sotelo F. Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. Revista Complutense de Educación. 2005;16(1):107-24.

19. Aguiar-Andrade E, Acle-Tomasini, G. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología.* 2012;15(2):53-64.
20. Werner EE. Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science.* 1995;4(3):81-5.
21. García-Vesga MC, Domínguez-de la Ossa E. Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2013;11(1):63-77.
22. Jenson JM, Fraser MW. A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. En: Jenson JM, Fraser MW (Eds.). *Social policy for children and families. A risk and resilience perspective.* U.S.A.: Sage Publications Inc.; 2011. pp. 5-24.
23. Vanistendael S, Lecomte J. La felicidad es posible. Despertar en los niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. México: Gedisa; 2002.
24. Henderson N, Milstein M. *Resilience in Schools: Making it Happen for Students and Educators.* Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2003.
25. Groberg E. La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades. Barcelona: Gedisa; 2006.
26. Melillo A. Resiliencia en educación. En: Melillo A, Suárez Ojeda EN (Eds.). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas.* Buenos Aires: Paidós; 2001. pp. 123-44.
27. Gil EG. La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar. *El Guiniguada.* 2010;19:27-42.
28. Amar Amar J, Martínez González M, Utria Utria L. Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Revista Científica Salud Uninorte.* 2013;29(1):124-33.
29. González-Arratia López Fuentes NI, Valdez Medina JL. Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta Investigación Psicol.* 2013;3(1):941-55.
30. Peñas Flores NE. Fuentes de resiliencia en estudiantes de Lima y Arequipa. *Liberabit.* 2009;15(1):59-64.
31. Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud. 1996.
32. Saavedra Guajardo E, Villalta Paucar M. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit.* 2008;14:31-40.
33. Prado Álvarez R, Águila Chávez M. Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona.* 2003;6:179-96.
34. Duarte-Montiel MBA, Lozano-Sánchez JR, Martínez-González A, et al. Evaluación de competencias en Ciencias de la Salud. México: Editorial Médica Panamericana; 2013.
35. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República. México
36. Vera Poseck, B. Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Pap Psicol.* 2006;27(1):3-8.
37. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. *Am Psychol.* 1977;32(7):513-31.
38. Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. En: Lerner RM (Ed.). *Handbook of child psychology. Vol. 1. Theoretical models of human development.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2006. pp. 793-828.
39. Borges Z, Silva ME. Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas. *Invest Edu Enferm.* 2010;28(2):250-7.
40. Florentino MT. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicol.* 2008;15(1):95-113.
41. Rodrigo MJ, Martín JC, Cabrera E, et al. Competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Interv Psicosoc.* 2009;18(2):113-20.
42. Gómez E, Kotliarenco MA. Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología.* 2010; 19(2):103-31.
43. Solovieva Y, Quintanar L, Lázaro G. Efectos socioculturales sobre el desarrollo psicológico y neuropsicológico en niños preescolares. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología.* 2006; 6(1):9-20.
44. González-Arratia López Fuentes NI, Valdez Medina JL, Oudhof van Barneveld H, et al. Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia ergo sum.* 2010;16-3:247-53.
45. Hernández A. El subsistema cognitivo en la etapa preescolar. *Aquichan.* 2006;6(1):68-77.
46. Acevedo VE, Restrepo L. De profesores, familias y estudiantes: fortalecimiento de la resiliencia en la escuela. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2012;10(1):301-19.
47. Uriarte J. Construir la resiliencia en la escuela. *Rev Psicodidáct.* 2006; 11(1):7-23.