

Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes



AUTORES:
Dra. Mabel Munist
Lic. Hilda Santos
Dra. María Angélica Kotliarenco
Dr. Elbio Néstor Suárez Ojeda
Lic. Francisca Infante
Dra. Edith Grotberg

Septiembre de 1998



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
Fundación W.K. Kellogg
Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)

Las solicitudes para reproducir o traducir todo o parte de esta publicación deberán dirigirse a la División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), del Programa de Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, U.S.A.

Reconocimientos:

Este trabajo ha contado con la asesoría técnica de la Dra. Matilde Maddaleno, Asesora Regional del Programa de Salud del Adolescente de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

Especiales agradecimientos a los comentarios y revisiones realizados por Gloria Coe, María Helena Henríquez, Dina Krauskopf, Itzhak Levav, Paola Quintanilla Godoy y Macarena Valdés.

Equipo de producción

Coordinación: Francisca Infante
Edición: Oscar Órdenes
Colaboración: Sylvia Singleton y Amalia Paredes
Diseño: Miki Fernández
Fotos: Armando Waak

Índice

Contexto	1
Prefacio	4
El concepto de resiliencia	7
Dos enfoques complementarios	10
Factores de riesgo, factores protectores y resiliencia.	12
La pobreza y la mirada optimista de la resiliencia.	16
Conductas y características resilientes	19
Perfil de un niño resiliente	20
Expresiones de los niños con características resilientes	22
Características y acciones que promueven la resiliencia a través del desarrollo psico-social en el niño y el adolescente	27
Embarazo y parto.	28
El niño de 0 a 3 años de edad.	32
El niño de cuatro a siete años de edad	36
El niño de ocho a once años de edad	42
El adolescente de 12 a 16 años de edad	46
Orientaciones para la programación de acciones de promoción de la resiliencia en niños y adolescentes	51
Estrategias y sus aplicaciones en casos diversos	53
La relevancia cultural y su pertinencia	53
Participación social y base comunitaria de los programas	54
Bibliografía	59
Opción grupal	
Trabajo grupal para equipos de salud	61
Introducción	63
Guía para facilitadores	64
Concepto de resiliencia	71
Conductas y características resilientes	75
Características y acciones que promueven la resiliencia a través del desarrollo psico-social en el niño y el adolescente	77
Orientaciones para la programación de acciones de promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.	81
Bibliografía	84
Solicitud de publicaciones	85



La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo.

Contexto

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

Apoyar el desarrollo de los adolescentes es una estrategia para prevenir las conductas de riesgo. El desarrollo es un proceso continuo a través del cual el adolescente satisface sus necesidades, desarrolla competencias (la habilidad para adaptarse a diversas ecologías y ambientes), y redes sociales. Se busca apoyar el desarrollo de adolescentes y jóvenes dentro del contexto de la familia, su ambiente socio-económico, político y cultural.

En este marco es importante apoyar a familias y comunidades para que sus instituciones e individuos guíen y apoyen el desarrollo de los adolescentes a través de la salud y el bienestar, la educación, el empleo y la participación social.

A su vez, la promoción de salud se define como un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Esto es probable a través de la formulación de políticas públicas saludables; la reorientación de los servicios de salud; la potenciación de las comunidades para lograr el bienestar; la creación de ambientes saludables; el fortalecimiento e incremento de las destrezas personales relacionadas con la salud y la construcción de alianzas.

Los programas de promoción de salud y de desarrollo adolescente de mayor impacto requieren esfuerzo y responsabilidad compartida para promover cambios simultáneos a nivel individual, grupal, organizacional y comunitario, incluyendo la participación de los adolescentes y jóvenes en todos los niveles.

El Programa de Salud del Adolescente de OPS tiene cinco líneas de acción:

- Formulación de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes y jóvenes en la Región
- Desarrollo de recursos humanos
- Creación de redes y difusión de información
- Mejoramiento del conocimiento de programas, prioridades y estrategias a través de la investigación
- Comunicación social y abogacía

Específicamente, esta publicación es una estrategia para dar apoyo técnico en la promoción de la resiliencia a aquellos que trabajan con niños y adolescentes. El Programa de Salud Adolescente define resiliencia dentro de un modelo de desarrollo, considerando la necesidad de alcanzar el máximo potencial de cada individuo en la interacción de las características personales con un ambiente facilitador. Esto se da a través de un proceso en espiral donde las distintas etapas del ciclo vital se van reactualizando en el logro de la siguiente. La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo.

La promoción de salud en términos generales sería el logro de una congruencia entre un desarrollo individual, familiar, la atención agente de salud-joven, programas de atención integral; abogar por las necesidades de la juventud en los espacios de decisión y políticas sociales comprometidas a dar oportunidades y crear una estructura social que incorpore a los jóvenes.



**"Pienso que todos
tenemos la semilla
de la resiliencia;
de cómo sea regada
dependerá su buen
crecimiento"¹**

¹ Palabras de un adolescente de Nueva York. En Laura J. Hilton, *La voz de los jóvenes*, Vol. 5, No. 3/1994. Ginebra, Suiza.

Prefacio

Los profesionales de la salud y la educación nos encontramos, en nuestro que hacer cotidiano, con personas o grupos que viven situaciones de tragedia o de estrés, que parecen difíciles o imposibles de superar. Sin embargo, la realidad nos muestra que no sólo las superan, sino que salen renovados, creativos y hasta optimistas de esas encrucijadas. Ese tipo de experiencias han sido vividas por distintos grupos a través de la historia, y han sido sistematizadas en distintos estudios, en distintos países y por distintos profesionales. En la actualidad, esa reacción se denomina *resiliencia*, y se la entiende como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

Con el presente manual deseamos presentar un instrumento que permita trabajar sobre las siguientes interrogantes:

- ¿Qué significa la resiliencia?
- ¿Qué sabemos respecto a ella?
- ¿Qué estamos haciendo como trabajadores de la salud y como educadores para promoverla?
- ¿Qué aspectos de la personalidad debemos fomentar?
- ¿Cómo debemos trabajar para su desarrollo y fortalecimiento?

Está dirigido, fundamentalmente, a los trabajadores de la salud y de la educación que trabajan con niños y adolescentes.

Al igual que el concepto de resiliencia, este trabajo no presenta un conocimiento acabado, puesto que dicho conocimiento está en evolución y se enriquece a través de experiencia y reflexión. El objetivo final es cada niño o adolescente; por lo tanto, las respuestas son múltiples y tendrán variaciones según las características del contexto.

Los autores de este manual han tratado de dilucidar aquellos conceptos e instrumentos que puedan tener la máxima aplicación en la práctica y las mayores posibilidades de ser introducidos en los programas de desarrollo de niños y adolescentes. No han intentado ser originales o innovadores, sino, más bien, han buscado componer, a partir de diversas fuentes, un texto coherente orientado hacia los servicios y, en especial, hacia el personal cuyo quehacer cotidiano lo pone en contacto con niños y adolescentes o sus padres. Han

considerado, con especial interés, los aportes que han realizado los más destacados estudiosos en la materia, como son Grotberg, Rutter, Vanistendael, Lösel y Osborne, cuyas referencias bibliográficas ponemos en la parte final. Para mejor comprensión del término “resiliencia”, el Programa de Salud del Adolescente, de la Organización Panamericana de la Salud, ha publicado el documento titulado *Estado del arte en resiliencia* (1997).

Al lector de este manual se le presentan dos opciones. Una es la de considerar su lectura como una guía personal que, junto con actualizar conocimientos de desarrollo psicosocial, enfatiza los aspectos de resiliencia. De esta forma orienta al lector en una autoevaluación respecto a su propio desempeño, como adulto y trabajador de la salud, en la promoción de la resiliencia, y del desarrollo sano de niños y adolescentes. La otra opción es la llamada “trabajo grupal para equipos de salud”, que consiste en un taller de cuatro sesiones de trabajo conjunto (de dos horas cada una), con técnicas participativas que combinen el contenido del manual con una propuesta lúdica de aprendizaje. Requiere de la organización de un equipo de profesionales que adapten las preguntas que sirven de guía personal al final de cada capítulo, según el método propuesto en “trabajo grupal para equipos de salud”. Si bien esa opción requiere una considerable inversión de tiempo, los resultados debieran ser de largo alcance, ya que es posible generar un ambiente de trabajo en el que todos aprendan en forma conjunta.

En ambos casos, el éxito depende del lector. Cualquier sugerencia que tenga respecto al manual o si desea presentar resultados obtenidos de su propia experiencia, le agradeceremos que se comunique con el Programa de Adolescencia de la OPS, para así ir formando una red informática y grupos de discusión que nos permitan avanzar en forma conjunta:

Pan American Health Organization
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, DC. 20037-2895
U.S.A.
e-mail: maddalem@paho.org
homepage: <http://www.paho.org/spanish/hppadol.htm>



“La promoción de la Resiliencia no es tarea de un sector determinado, sino la de todos los adultos que tienen la responsabilidad de cuidar y proteger a niños y adolescentes, asegurarles afecto, confianza básica e independencia”.

El concepto de resiliencia

Objetivos educativos

Al finalizar el presente capítulo, los educadores y los integrantes del equipo de salud estarán en condiciones de:

- Caracterizar la noción de resiliencia según diferentes autores.
- Señalar la complementariedad existente entre el enfoque de resiliencia y el de riesgo.
- Diferenciar los factores de riesgo de los factores protectores.
- Comprender la promoción de la resiliencia como una estrategia de intervención psico-social en situaciones de pobreza.

Desde hace mucho tiempo, la humanidad ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social.

Durante mucho tiempo, en las distintas esferas de las ciencias humanas, la tendencia fue de dar el mayor énfasis a los estados patológicos. Por ese motivo, las investigaciones se centraron en la descripción exhaustiva de las enfermedades y en el intento de descubrir causas o factores que pudiesen explicar resultados negativos, o no deseados, tanto en lo biológico como en lo mental.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados con ese método, muchas interrogantes quedaron sin respuesta. A menudo, las predicciones de resultados negativos hechas en función de factores de riesgo que indicaban una alta probabilidad de daño, no se cumplían. Es decir, la gran mayoría de los modelos teóricos resultaron insuficientes para explicar los fenómenos de la supervivencia humana y del desarrollo psico-social.

La aplicación del enfoque de riesgo, ampliamente difundido en los programas de salud y en diversas investigaciones basadas en ese modelo, mostró la existencia de numerosos casos que se desarrollaban en forma normal a pesar de constelaciones de factores que, en otros individuos, determinaban patologías severas.

Un hito lo marcó Werner (1992), quien estudió a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los 40 años. La investigadora notó que algunos niños que estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro— de considerarse todos los factores de riesgo que presentaban— llegaron a ser exitosos en la vida, a constituir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad. Algunos de ellos procedían de los estratos más pobres, de madres solteras adolescentes y de grupos étnicos postergados, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. La observación de estos casos condujo a la autora, en una primera etapa, al concepto de "niños invulnerables" (Werner, 1992). Se entendió el término "invulnerabilidad" como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas. Posteriormente se vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y que podía cargarse de connotaciones biologicistas, con énfasis en lo genético. Se buscó, entonces, un concepto menos rígido y más global que reflejase la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos; se encontró el de "capacidad de afrontar".

Desde el decenio de los años ochenta ha existido un interés creciente por tener información acerca de aquellas personas que desarrollan competencias a pesar de haber sido criados en condiciones adversas, o en circunstancias que aumentan las posibilidades de presentar patologías mentales o sociales. Se concluyó que el adjetivo resiliente, tomado del inglés *resilient*, expresaba las características mencionadas anteriormente y que el sustantivo "resiliencia" expresaba esa condición. En español y en francés (*résilience*) se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recuperar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora.

Así, el término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos.

A continuación se exponen algunas definiciones de la palabra “resiliencia” propuestas por diversos autores:

- ◆ *Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994).*
- ◆ *Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Kofler, 1989).*
- ◆ *Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas (Grotberg, 1995).*
- ◆ *La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994).*
- ◆ *La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, 1992).*
- ◆ *La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos (Suárez Ojeda, 1995).*
- ◆ *Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños (Osborn, 1996).*

A lo largo de la historia aparecen ejemplos de individuos destacados que hicieron aportaciones significativas para la humanidad, quienes debieron enfrentar severas circunstancias adversas (desde Demóstenes hasta Rigoberta Menchú, pasando por Piaget). Asimismo, pueblos enteros y grupos étnicos han demostrado capacidades sorprendentes para sobreponerse a la persecución, a la pobreza y al aislamiento, así como a las catástrofes naturales o a las generadas por el hombre (judíos, indígenas latinoamericanos, etc.).

Rigoberta Menchú

Poetisa quiché de Guatemala, Premio Nobel de la Paz. Durante la guerra civil que asoló a su país, vio morir a su padre, a su madre y a sus hermanos, asesinados por las fuerzas de represión. Debió huir a México para salvar la vida; así se transformó en una dirigente de los movimientos por los derechos humanos, reconocida a nivel mundial.

Los poemas escritos en quiché, su lengua materna, han sido traducidos a varios idiomas. Pese a los factores de riesgo y adversidades que marcaron su infancia y su adolescencia, Rigoberta logró superar dicha situación y aprovecharla para transformarse en una líder de talla internacional como defensora de los derechos humanos.

Ana Frank

Niña judía de doce años de edad, condenada a vivir oculta con su familia durante más de dos años en Amsterdam, Países Bajos, para escapar de los nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Escribió un diario en forma de cartas dirigidas a una amiga imaginaria, con lo que encontró esa "aceptación incondicional" que se ha señalado como elemento fundamental de la resiliencia. También, en su diario, aparecen con claridad las expresiones del "yo puedo", "yo tengo", "yo soy". Por ejemplo, "yo voy a poder", "yo espero", "te confío toda especie de cosas, como jamás he podido hacerlo con nadie", y "espero que tú seas un gran apoyo" (12 de junio de 1942).

A temprana edad, en medio de circunstancias tan adversas, Ana Frank fue capaz de mantener su optimismo y su confianza. Su diario puede ayudar mucho a los seres humanos que, tal vez, sin padecer tamañas adversidades, flaquean frente a las contingencias de la vida. "Quien tiene coraje y confianza no zozobrará jamás en la angustia" (7 de marzo de 1944).

Dos enfoques complementarios

Es conveniente diferenciar entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo. Ambos son consecuencias de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales. Sin embargo, se refieren a aspectos diferentes pero complementarios. Considerarlos en forma conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano.

El enfoque de riesgo se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Ha sido ampliamente utilizado en programas de atención primaria, y el personal de los mismos está familiarizado con sus conceptos y aplicaciones.

El enfoque de resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo "del desafío o "de la resiliencia. Ese modelo muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a un niño inerte en el cual se determinarán, inevitablemente, daños permanentes. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil. Por lo tanto, no debe interpretarse que este enfoque está en oposición del modelo de riesgo, sino que lo complementa y lo enriquece, acrecentando así su aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces.

La resiliencia es un instrumento clínico que exige un cuadro de referencia moral. Esto implica que un individuo debe superar la situación de adversidad dentro de las normas culturales en las que él se desenvuelve. No cabe duda de que, como agentes de salud y/o educadores, debemos discutir sobre lo socialmente aceptable y ser claros acerca de quiénes son aquellos que definen las normas. Cada situación depende de las circunstancias

locales, pero, sean cuales fuesen nuestras opiniones en ese debate, todos nos referimos a alguna idea de lo que es aconsejable y aceptable.

La resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Por lo tanto, no procede exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente innato. La separación que hay entre cualidades innatas e influencia del entorno es muy ilusoria, ya que ambos niveles necesitan crecer juntos, en interacción.

Dado ese proceso continuo que se desarrolla entre persona y entorno, es muy fácil entender que la resiliencia nunca es absoluta ni terminantemente estable. Los niños y adolescentes nunca son absolutamente resilientes de una manera permanente. Hasta el niño más resistente puede tener altibajos y deprimirse cuando la presión alcanza niveles altos.

Por eso existe la necesidad de complementar el enfoque de resiliencia con el de riesgo, en función de un objetivo mayor que es el de fomentar un desarrollo sano. Junto con promover aquellas características saludables de niños y adolescentes, es necesario intervenir para disminuir aquellos aspectos que le impidan alcanzar el máximo de potencial dentro de su fase de desarrollo.

La promoción de la resiliencia puede ser fuente de inspiración para la educación, la política social y la labor social. Un enfoque de resiliencia puede conducir a que se concentre la atención en la política social, lo que debiera ser una política de prevención de daños sociales.

Si consideramos que una de las tareas pendientes de los países de nuestro continente es el enfrentamiento y la superación de la pobreza, debemos dirigir nuestros esfuerzos hacia la comprensión de los mecanismos que actúan a nivel individual, familiar y comunitario, y que pueden traducirse, a través del desarrollo y la aplicación de programas de acción y educación, en el reconocimiento y reforzamiento de las fortalezas que surgen más allá de la vulnerabilidad.

Cabe insistir en que la resiliencia tiene dos componentes importantes: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.

El desarrollo del concepto de resiliencia ayuda a ver con claridad que existe esa dimensión en las personas y aporta una nueva mirada esperanzadora y optimista. Es así, como cada día se publican y se aplican más y más programas orientados a analizar los comportamientos resilientes presentes en algunos niños, adolescentes y adultos.

A pesar de la proliferación de investigaciones y aplicaciones prácticas, no podemos hablar de la resiliencia como si fuera un concepto unívoco y absoluto. Si bien entendemos la resiliencia como una capacidad humana y universal que está presente en las distintas comunidades, etnias y culturas, creemos que tiene rasgos y características particulares de acuerdo a los diferentes contextos en que se manifiesta. En este sentido, el intercambio de conocimientos y experiencias en ese ámbito resulta de gran utilidad para la orientación de nuestro trabajo, siempre y cuando seamos capaces de identificar aquellos factores propios a un contexto específico y, a la vez, de aportar a los recursos de la comunidad de que se trate.

Promover la resiliencia es reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad. Apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, según ellos perciben y se enfrentan al mundo. Nuestra primera tarea es reconocer aquellos espacios, cualidades y fortalezas que han permitido a las personas enfrentar positivamente experiencias estresantes asociadas a la pobreza. Estimular una actitud resiliente implica potenciar esos atributos incluyendo a todos los miembros de la comunidad en el desarrollo, la aplicación y la evaluación de los programas de acción.

Factores de riesgo, factores protectores y resiliencia

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

Esa concepción restringida no resulta suficiente para interpretar aspectos del desarrollo humano, ya que el riesgo también se genera en el contexto social y, afortunadamente, la adversidad no siempre se traduce en mortalidad.

Una aportación significativa a la conceptualización de riesgo la brindó la epidemiología social y la búsqueda de factores en el ámbito económico, psicológico y familiar. Eso permitió reconocer la existencia de una trama compleja de hechos psico-sociales, algunos de los cuales se asocian con daño social, y otros sirven de amortiguadores del impacto de éste. Los factores protectores pueden actuar como escudo para favorecer el desarrollo de seres humanos que parecían sin esperanzas de superación por su alta exposición a factores de riesgo.

Definiciones básicas

Factor de riesgo: es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Por ejemplo, se sabe que una adolescente tiene mayor probabilidad que una mujer adulta de dar a luz a un niño de bajo peso; si además es analfabeta, el riesgo se multiplica. En este caso, ambas condiciones, menor de 19 años y madre analfabeta, son factores de riesgo.

Se observó que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo. Otro aspecto reside en las personas generadoras de riesgo; por ejemplo, aquellos adolescentes y jóvenes que parecieran buscar o generar situaciones de riesgo a través de comportamientos que aumentan reiteradamente.

Factores protectores: son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias



desfavorables. Así, la familia extendida parece tener un efecto protector para con los hijos de las adolescentes solteras.

En lo que concierne a los factores protectores, se puede distinguir entre externos e internos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.

Individuos resilientes: Son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Esto último permite elaborar, en sentido positivo, factores o circunstancias de la vida que son desfavorables. Uno puede estar más que ser resiliente. Es necesario insistir en la naturaleza dinámica de la resiliencia.

Nuestro conocimiento de las condiciones, procesos y resultados de la resiliencia está lejos de ser exhaustivo. Sin embargo, ya es posible identificar elementos de resiliencia y factores de protección en relación con algunos daños.

Al analizar la interacción entre factores de riesgo, factores protectores y resiliencia uno no debe concentrarse sólo en el nivel individual. Por el contrario, debe “ampliar” el concepto para entender el interjuego que se da con las variables sociales y comunitarias. Un esfuerzo valioso en este sentido ha sido realizado por el Dr. Frederick Lösel en relación a los adolescentes con problemas de consumo de drogas en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Adolescentes y consumo de drogas		
ÁMBITO	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
CONDUCTA	Fuerte capacidad de decisión.	Resistencia a la autoridad.
ESPIRITUALIDAD	Fe creciente.	Involucrarse en sectas o cultos.
FAMILIA	Lazos familiares fuertes.	Consumo de droga en la familia.
ESCOLARIDAD	Éxito escolar.	Fracaso escolar.
PARES	Rechazo del uso de drogas.	Amigos que usan drogas.
CULTURA	Normas grupales positivas.	Normas antisociales
ECONOMÍA	Empleo estable de los padres.	Pobreza crónica.

Fuente: Losel, F., Bureau International Catholique de l' Enfance. 1994.



La pobreza y la mirada optimista de la resiliencia

El enfoque de resiliencia es parte de una vasta corriente conceptual que examina la pobreza, sus efectos, características y componentes. La importancia que adquiere la resiliencia estriba en que los factores sobre los cuales las acciones (parte de la intervención) son posibles, se conocen y, por tanto, se delimitan de antemano.

Así se entiende que la pobreza está compuesta de factores tanto distales como proximales. Entre los distales se incluyen los grupos sociales y los índices socio-económicos. Por su parte, los factores proximales son aquellos que tienen relación con la estructura, la dinámica familiar y las características temperamentales de las personas, entre otros.

A su vez, entre los factores proximales se distinguen los externos a las personas y los internos a ellas. Los factores externos son aquellos que ocurren más allá de la persona misma, como son, por ejemplo, las características de la familia en la cual está inserta y la escuela a la cual asiste. Como factores internos, han sido considerados aquellos de naturaleza más bien genética, como son la competencia cognitiva de las personas y sus rasgos físicos, además de los factores relacionados con la afectividad.

Debido al carácter de inamovilidad de los factores internos a la persona, la intervención ubica su accionar en aquellos considerados como factores externos, entendiendo que es sólo a partir de éstos que es posible actuar a través de intervenciones psico-sociales. Así, entonces, se definen las acciones por realizar y los pasos a través de los cuales es posible una intervención de prevención.

En esa intervención psico-social de tipo preventivo, el tipo de acciones que se definen como necesarias tienen relación con la situación de pobreza, lo que implica, generalmente, que los factores externos que la caracterizan tienden a estar marcados por los factores de riesgo. Estos factores de riesgo no son, desde luego, exclusivos de ese grupo social pobre, pero sí son visualizados como de mayor prevalencia. La razón de esto último estriba en la dinámica engorrosa y difícil que imponen los factores distales de la sociedad; es decir, en la situación de pobreza.

Los factores de riesgo de la pobreza (como son, por ejemplo, la situación habitacional precaria, la violencia intrafamiliar y la falta de alimentación adecuada), al actuar conjunta y simultáneamente, pueden tener un resultado negativo en el crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes.

Los programas de corte psico-social anteriores al decenio de los años ochenta estuvieron marcados por el enfoque de riesgo; es decir, la negatividad y la carencia que la situación de pobreza impone al crecimiento y al desarrollo integral de niños y niñas. Por otra parte, ha sido posible visualizar que, en la situación de pobreza, se acumulan factores de riesgo que a la vez tienden a permanecer en el tiempo. Esto condujo a que en los programas educativos surgiera la necesidad de compensar las carencias que presentaban los niños de la pobreza a través de la educación.

Esos programas han tenido un éxito relativo. Mientras tanto, la mirada estuvo puesta sólo en las carencias que, con alguna frecuencia, se aprecian en personas nacidas y criadas en situaciones adversas, como son la pobreza, el alcoholismo de los padres, la sobreprotección o el abandono.

Un cuadro diferente surge en los años ochenta cuando un grupo de investigadores en pobreza visualizan que, independientemente de las situaciones en que nazcan y vivan algunas personas, sus comportamientos distan mucho de mostrar carencias e incompetencias; y que, por el contrario, sus actitudes son más bien reactivas frente a las situaciones adversas que logran no sólo sobrepasar, sino hasta construir positivamente en torno a ellas.

Esa mirada permitió visualizar que, independientemente de la adversidad presente en algunas situaciones, existen mecanismos (protectores) que logran proteger a los seres humanos, creando en ellos la posibilidad de ser tanto vulnerables a los efectos de la adversidad, como resistirlos y construir positivamente, revirtiendo así su carácter de negatividad.

Si bien los factores de riesgo están presentes en las situaciones de adversidad, simultáneamente con éstos se presentan los mecanismos protectores que logran crear en las personas la posibilidad de revertir, no la situación a la que se ven enfrentadas, sino la percepción que tienen sobre ésta y, por tanto, de sobrepasarla. Esto va creando en las personas una percepción optimista sobre las situaciones y, a la vez, la sensación de que es posible actuar sobre ellas.

Dado que tanto las situaciones adversas, o los factores de riesgo, como los mecanismos protectores están presentes inclusive antes del nacimiento, la promoción de la resiliencia se inicia durante la etapa del embarazo. Sin embargo, se entiende que ésta es susceptible de iniciarse en cualquier etapa de la vida y frente a cualquier evento psico-social. Por ello, es determinante trabajar con los padres a la vez que con tantos actores sociales como sea posible dentro de la comunidad.

Junto con los factores de riesgo que están presentes en la situación de pobreza, existen mecanismos que logran proteger al individuo. De este modo, una intervención psico-social de carácter preventivo debería considerar su accionar a través de los factores externos en una forma integral y considerando la promoción de la resiliencia y de la participación comunitaria.



Conductas y características resilientes

Objetivos educativos

Al finalizar el presente capítulo, los integrantes del equipo de salud estarán en condiciones de:

- Describir las principales características que identifican el potencial de resiliencia en niños y adolescentes.
- Señalar la influencia que tienen las acciones de padres y educadores en el potencial de resiliencia de los niños.
- Facilitar el análisis y la evaluación de las acciones de los adultos como generadores de resiliencia.

En el capítulo anterior se ha definido el marco conceptual en el cual se inserta la resiliencia. Conocimos su definición, su complementariedad con el enfoque centrado en los factores de riesgo y su promoción como estrategia preventiva aplicada a las intervenciones psico-sociales. Ahora es posible entrar a profundizar en aquellos atributos relacionados con la posibilidad de ser resiliente.

En este capítulo se describen aquellos aspectos o factores que, según estudios, han demostrado ser componentes de conductas resilientes. Por ejemplo, la competencia social, la capacidad de resolver problemas, la autonomía y el sentido de propósito. Además, se ofrecen sugerencias para promover la resiliencia como padres, agentes de salud, educadores o cuidadores de niños y jóvenes que se encuentran viviendo en situación de adversidad.

Diversos estudios han demostrado que ciertos atributos de la persona tienen una asociación positiva con la posibilidad de ser resiliente. Estos son: control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima (concepción positiva de sí mismo), empatía (capacidad de comunicarse y de percibir la situación emocional del interlocutor), capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva, y capacidad de atención y concentración.

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.

Perfil de un niño resiliente

Frecuentemente, en lo publicado sobre este tema, se define al niño resiliente como aquel que trabaja bien, juega bien y tiene buenas expectativas. Esto pareciera demasiado abstracto para llevarlo a la práctica, por lo que se ha tratado de sintetizar y expresar más gráficamente aquellos atributos que han sido consistentemente identificados como los más apropiados de un niño o adolescente resiliente. Entre ellos cabe destacar los siguientes:

Competencia social

Los niños y adolescentes resilientes responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas; además, son activos, flexibles y adaptables aún en la infancia. Este componente incluye cualidades como la de estar listo para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales.

Una cualidad que se valora cada vez más y se la relaciona positivamente con la resiliencia es el sentido del humor. Esto significa tener la habilidad de lograr alivio al reírse de las propias desventuras y encontrar maneras diferentes de mirar las cosas buscándoles el lado cómico.

Como resultado, los niños resilientes, desde muy temprana edad, tienden a establecer más relaciones positivas con los otros. En los adolescentes la competencia social se expresa especialmente en la interrelación con los propios pares y en la facilidad para hacer amigos de su edad. Esta cercanía con los amigos es progresivamente selectiva y pasa de actividades grupales a otras en pareja; es frecuente que se inicien relaciones sentimentales que tengan valor como indicadores positivos de competencia social. En este aspecto del perfil, el adolescente resiliente muestra capacidad para establecer relaciones positivas con otros seres humanos.

Resolución de problemas

Las investigaciones sobre niños resilientes han descubierto que la capacidad para resolver problemas es identificable en la niñez temprana. Incluye la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales. Ya en la adolescencia, los jóvenes son capaces de jugar con ideas y sistemas filosóficos. Los estudios hechos con adultos que sufrían de problemas psicológicos han identificado consistentemente la falta de esa capacidad en la infancia. Por el contrario, los estudios hechos con personas resilientes encuentran repetidamente la presencia de capacidades para la resolución de problemas en la infancia. Por ejemplo, Rutter halló que era especialmente prevalente, en la población de niñas abusadas durante la infancia pero que llegaron a ser adultas sanas, la presencia de destrezas para planificar que les resultaron útiles en sus matrimonios con hombres “normales”.

Lo escrito sobre los niños de la calle que crecieron en barrios marginales provee un ejemplo extremo del rol que esas habilidades tienen en el desarrollo de la resiliencia, dado que esos niños deben lidiar continuamente con un ambiente adverso, como única manera de sobrevivir. Las investigaciones actuales muestran también que esas destrezas para solucionar problemas son identificables a temprana edad. Así es como el niño preescolar que demuestre ser capaz de producir cambios en situaciones frustrantes, posiblemente sea activo y competente en el período escolar.

Autonomía

Distintos autores han usado diferentes definiciones del término “autonomía”. Algunos se refieren a un fuerte sentido de independencia; otros destacan la importancia de tener un control interno y un sentido de poder personal; otros insisten en la autodisciplina y el control de los impulsos. Esencialmente, el factor protector a que se están refiriendo es el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno. Otros autores han identificado la habilidad de separarse de una familia disfuncional y ponerse psicológicamente lejos de los padres enfermos, como una de las características más importantes de los niños que crecen en familias con problemas de alcoholismo y enfermedad mental.

En el trabajo con niños de familias alcohólicas, se ha visto que si ellos quieren enfrentar exitosamente los dilemas del alcoholismo, deben desarrollar un distanciamiento adaptativo; es decir, alejarse del foco familiar de comportamiento disfuncional. Los niños resilientes son capaces de distinguir claramente por sí mismos, entre sus experiencias y la enfermedad de sus padres. Por lo tanto, entienden que ellos no son la causa del mal y que su futuro puede ser diferente de la situación de sus padres. La tarea del distanciamiento adaptativo implica dos desafíos: uno, descomprometerse lo suficientemente de la fuerza de la enfermedad parental para mantener objetivos y situaciones en el mundo externo de pares, escuela y comunidad; otro, sacar a la familia en crisis de su posición de mando en el mundo interno del propio niño. Ese distanciamiento provee un espacio protector para el desarrollo de la autoestima y de la habilidad para adquirir metas constructivas.

Sentido de propósito y de futuro

Relacionado con el sentido de autonomía y el de la eficacia propia, así como con la confianza de que uno puede tener algún grado de control sobre el ambiente, está el sentido de propósito y de futuro. Dentro de esta categoría entran varias cualidades repetidamente identificadas en lo publicado sobre la materia como factores protectores: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor, y sentido de la anticipación y de la coherencia. Este último factor parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia.

De estas cualidades, las que se han asociado con más fuerza a la presencia de adultos resilientes han sido las aspiraciones educacionales y el anhelo de un futuro mejor. Cuando un futuro atractivo nos parece posible y alcanzable, somos fácilmente persuadidos para subordinar una gratificación inmediata a una posterior más integral.

Aunque los estudios actuales permiten identificar características adicionales de los niños resilientes, las cuatro que hemos mencionados engloban los atributos que frecuentemente están asociados con experiencias exitosas de la vida. De allí que las consideremos como los factores básicos para constituir el perfil del niño resiliente.

Expresiones de los niños con características resilientes

Grotberg (1995) ha creado un modelo donde es posible caracterizar a un niño resiliente a través de la posesión de condiciones que en el lenguaje se expresan diciendo:

“Yo tengo”, “Yo soy”, “Yo estoy”, “Yo puedo”

En todas estas verbalizaciones aparecen los distintos factores de resiliencia, como la autoestima, la confianza en sí mismo y en el entorno, la autonomía y la competencia social.

A su vez, la posesión de estas atribuciones verbales puede considerarse como una fuente generadora de resiliencia.

Por ejemplo, así sucede al recurrir a las características de "tengo" personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente, y personas que me ayudan cuando estoy en peligro; éstas pueden tratar al niño o adolescente en una forma que fortalezca las características de "soy" una persona digna de aprecio y cariño y de "estoy"

seguro de que todo saldrá bien; las características de "puedo" hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan y también encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Se puede explicar estos verbos entendiendo su sentido de la siguiente manera:

TENGO

- Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

SOY

- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

ESTOY

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

PUEDO

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- Sentir afecto y expresarlo.

Como agentes de salud y educadores podemos promover la resiliencia si procuramos que la crianza y la educación formal y la informal aumenten las situaciones que producen estas verbalizaciones en cada niño que crece.

Análisis de situaciones con el encuadre de la resiliencia

A continuación presentamos algunas situaciones, descritas por Edith Grotberg, donde se consideran ejemplos de acciones que fomentan la resiliencia y de las que no la fomentan.

Por ejemplo:

El bebé está en la cuna, boca arriba, llorando y pataleando. Usted no sabe qué le pasa. El bebé sigue llorando y pataleando

Se fomenta la resiliencia si lo levanta en brazos y comienza a calmarlo mientras trata de determinar si está mojado, si tiene frío o calor, si necesita una palmaditas en la espalda para eructar o si simplemente necesita que lo tranquilicen (“tengo”). Si le hacen sentir que lo quieren y lo cuidan (“soy”/“estoy”), ayudarán a que se calme.

No se fomenta la resiliencia si el adulto lo mira, decide cambiarle los pañales y después le dice que deje de llorar. Si no deja de llorar, se va y deja que llore hasta que se canse. Esta interacción no fomenta la resiliencia, puesto que el bebé necesita algo más que pañales limpios. Necesita que lo levanten en brazos y que lo tranquilicen para saber que lo quieren y lo cuidan. Entonces se calmará.

La nena de dos años está con su mamá en un mercado. Ve una golosina, la toma y comienza a desenvolverla. Cuando la mamá trata de quitársela empieza a gritar “No, mía, mía!”

Se fomenta la resiliencia si la lleva aparte para que no moleste a los demás y le explica calmadamente que no puede tomar nada sin su permiso, y le da o le muestra otra cosa para distraerla. Le ayuda a comprender los límites de la conducta (“tengo”), le ayuda a hacerse responsable de su propia conducta (“soy”/“estoy”) y se comunica con ella mientras ella la escucha.

No se fomenta la resiliencia si simplemente la deja que se coma la golosina o si le pega y la regaña o si le abre la mano por la fuerza y le quita la golosina. Una interacción de este tipo hará que la niña tema a la persona quien constituye su fuente de afecto y confianza, que adopte una conducta rígida y que sienta que no la quieren ni la comprenden.

Noemí, de diez meses, está gateando en el suelo. Encuentra un trapo sucio y comienza a morderlo y a chuparlo. La persona que la cuida la ve y sabe que el trapo está muy sucio y puede causarle una infección.

Se fomenta la resiliencia si la madre reemplaza el trapo sucio con uno limpio y le dice al bebé que el otro trapo estaba sucio. La niña deja que su madre reemplace el trapo sucio con uno limpio y se queda contenta porque le dieron algo para reemplazar el trapo que había encontrado.

Con su respuesta la madre no irrita al bebé: cambia el trapo sucio por uno limpio y le habla al bebé calmadamente para que confíe (“tengo”) en su madre y se calme. El bebé continúa jugando y explorando el entorno (“puedo”) con confianza (“soy”/“estoy”).

También se fomenta la resiliencia si la persona que cuida a la niña le quita el trapo y se

enoja. La niña llora entristecida porque quería el trapo. La cuidadora le da un trapo limpio y la abraza. Frente a la situación, la cuidadora se enoja y le quita el trapo; también fomenta la resiliencia si en ese momento la persona que cuida a la niña cambia la forma en que estaba manejando la situación: busca un trapo limpio y abraza al bebé (“tengo”). De esta forma la niña se calma (“puedo”), siente que la quieren (“soy”/“estoy”) y continúa jugando.

Hay más de una forma de promover la resiliencia en los niños. Además, se puede cambiar la manera de proceder en cualquier momento si se advierte el peligro de no fomentar la resiliencia.

No se fomenta la resiliencia si la madre corre hasta la niña, le dice que el trapo está sucio y se lo quita de la boca. Si la madre está asustada. Si la niña deja que la madre le quite el trapo y no muestra ningún sentimiento. Si no se pone más el trapo en la boca. La respuesta de la madre está motivada por su propio temor de que la niña contraiga una infección y no se da cuenta de que la niña está pasiva y cede. Tampoco fomenta la resiliencia si la persona encargada no se comunica con ella, toma a la bebé en brazos, le quita el trapo y no expresa nada. El bebé se duerme.

Ejemplos reales de promoción de resiliencia

Una niña de once años estaba cuidando a su hermanito de tres años cuando la casa se incendió. Trató de apagar el fuego, pero no lo logró. Después trató de llegar a donde estaba su hermanito, pero tampoco pudo. Finalmente salió corriendo de la casa y su hermanito murió quemado.

Aunque se trata de una tragedia familiar, la capacidad de la niña para adquirir resiliencia es fundamental para que pueda superar esta adversidad y otras que se presenten en el futuro. Por eso es indispensable la característica de “tengo” personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente. También se aplican en este caso las características de “estoy” dispuesto a responsabilizarme de mis actos y “estoy” seguro de que todo saldrá bien; es decir, podremos recuperarnos de la tragedia, sentirnos más fuerte y más empáticos con las personas que sufren. Asimismo, son importantes en esta situación las características: “puedo” encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito y hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan o, en este caso, sobre un suceso devastador.

En cuanto a la interacción ejercida con la familia, ésta compartió la tragedia y expresó sentimientos de pesar, pérdida y congoja. Los padres consolaron a la niña y escucharon su explicación de cómo trató de salvar a su hermanito. Se dieron cuenta de que no se habían fijado en que la lámpara de nafta (“kerosene”), que iluminaba la habitación, tenía una pérdida y asumieron gran parte de la culpa. La familia salió de esta tragedia más unida que nunca y la niña pudo seguir adelante.

Un niño de cinco años le dice a su madre lo siguiente cuando vuelve de la escuela:
“Mi compañero de clases está siempre buscando pelea. Me pega y a veces me patea. Le digo que no lo haga; entonces no lo hace durante un rato y después empieza otra vez. Le tengo mucho miedo”.

Una forma de promover la resiliencia consistió en que la madre lo escuchó, le dijo que estaba apenada y lo consoló. Después le dijo que había hecho bien en contarle a la maestra y que lo hiciera cada vez que el otro chico lo molestara, hasta que no sucediera más. Se ofreció para hablar con la maestra o con los padres del otro niño, pero como quería reforzar la independencia de su hijo, no insistió. El niño se sintió con libertad para contar lo que sentía y para escuchar las soluciones para el problema. Se dio cuenta de que él mismo formaba parte de la solución y quiso saber que más podía hacer.

Situación personal:

Cuando se analizan estos ejemplos uno piensa en la propia experiencia de fomentar la resiliencia de sus hijos o de los niños que están a su cuidado. Sería útil reflexionar sobre la experiencia personal en forma estructurada. Para ello se proponen los siguientes pasos:

¿Recuerda Ud. alguna situación en la cual se haya encontrado con un niño o un adolescente y se haya planteado la posibilidad de fomentar la resiliencia?

- ¿Cuál fue la situación?
- ¿Qué hizo Ud.?
- ¿Cómo se sintió?
- ¿Qué hizo el niño o el joven cuando Ud. respondió de esa forma?
- ¿Cómo se sintió el niño?
- ¿Cuál fue el desenlace?

Después puede examinar la forma en que los padres y las personas que cuidan a niños y a jóvenes fomentan la resiliencia de los niños, y reflexionar si Ud. lo haría de manera diferente.

Pregúntese:

- ¿Cultivó las características "tengo" y ayudó al niño o al joven con las características de la resiliencia "soy"/"estoy" y "puedo"?
- ¿Qué dinámica se usó?
- ¿Qué cambiaría si se plantea la misma situación?

Características y acciones que promueven la resiliencia a través del desarrollo psico-social en el niño y el adolescente



Objetivos educacionales

Al finalizar el presente capítulo, los integrantes del equipo de salud y los educadores estarán en condiciones de:

- Describir la evolución de los principales anclajes psico-sociales de las características de comportamiento resiliente, según el modo de responder a las necesidades básicas de afecto, seguridad y autonomía.
- Sugerir acciones que agentes de salud y educadores puedan efectuar en cada etapa del desarrollo del niño y del adolescente, para generar y fortalecer las características resilientes.

El desarrollo del niño es un proceso complejo en el que distintos factores interactúan entre sí en forma dinámica. El medio socio-económico y cultural en que nace cada niño estará presente a lo largo de su crecimiento e influirá en su desarrollo, como también lo harán el aspecto biológico y el psicológico.

Si bien pueden dividirse estos tres aspectos para el análisis, no es fácil diferenciarlos en la realidad. La experiencia muestra sus interrelaciones: factores que parecen tan condicionantes como el genético, por ejemplo, pueden ser reforzados por acciones psico-sociales o ser contrarrestados; experiencias familiares negativas pueden atemperarse por la influencia del medio cultural, etc. A esta complejidad del proceso se agregan los aspectos de resiliencia, cuyo fortalecimiento oportuno aparece ahora como un componente necesario e imprescindible en las intervenciones sociales de promoción del desarrollo.

A continuación se tomarán distintos momentos de la vida de los niños y adolescentes, señalando aquellas características que fortalecen la organización psico-social del individuo. Son sumamente importantes para su vida, tanto presente como futura, y ejercen gran impacto en la organización de una mayor o menor resiliencia, en la forma en que se atiende las necesidades básicas, en las condiciones que los adultos generan para protegerlos y cuidarlos, en el amor que se les prodiga y en el estímulo de sus capacidades.

Como agentes de salud y como educadores podemos desarrollar acciones que promuevan la resiliencia. Como hemos visto anteriormente, éstas dependen del contexto cultural en que estamos insertos, de la familia, y de las características individuales del niño y del adolescente.

A continuación mencionaremos las distintas etapas del desarrollo psico-social y cómo es posible promover la resiliencia en cada una de ellas. También se presentarán actividades y actitudes que podemos desarrollar como agentes de salud o como educadores, y lo que se puede recomendar a los padres de niños y adolescentes.

Embarazo y parto

Período prenatal: niño (feto) durante el embarazo

Las características propias de este período del desarrollo del ser humano eran poco conocidas hasta fecha reciente. Los avances científicos hechos en el último decenio han conducido a cambios substanciales en los conceptos vigentes y en las posibilidades de intervenciones.

El reconocimiento de las múltiples capacidades del cerebro fetal y de las adquisiciones fundamentales que se realizan en esta etapa, hacen que este período sea de gran importancia para el establecimiento de la resiliencia a lo largo de la vida.

Durante los nueve meses del embarazo, se construye el cerebro humano, se inicia el desarrollo de los sentimientos, se comienza a establecer la sensibilidad emocional y comienza el funcionamiento del sistema nervioso. Todo aquello que favorezca este desarrollo ha de tener consecuencias positivas para hacer del niño un ser resiliente.

En este período hay una unidad simbiótica niño-madre. El niño cobra presencia para la



¿Qué pueden hacer padres, agentes de salud y educadores?

Durante el embarazo, el rol de los agentes de salud y cuidadores se centra en prestar apoyo e información a los padres —especialmente la madre—, ya que éstos pueden tomar medidas importantes para promover la resiliencia. No cabe duda de que éstas están muy cerca de las medidas orientadas a promover el desarrollo cerebral, tarea principal en ese momento de la vida humana.

Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- Comunicarse a menudo con su feto, pensando en él y hablándole con voz suave, tarea en la que debe participar también el padre, especialmente a partir del quinto mes de embarazo.
- Cantarle, tararearle canciones familiares y exponerlo a música suave adecuada al medio socio-cultural en que está creciendo. Es de señalar que estudios recientes muestran la proximidad y la asociación entre el desarrollo del centro cerebral de sensibilidad musical y el de capacidad lógico-matemática.
- Acariciarlo con suavidad a través del vientre materno.
- Alimentarse adecuadamente, tener actividad física moderada, evitar totalmente el alcohol, el cigarrillo o cualquier otra sustancia adictiva o potencialmente tóxica.
- Prepararse los pechos para una lactancia exclusiva y prolongada, como manera de fortalecer el apego o vínculo madre-hijo.
- Incluir al padre y a los hermanos en algunas de estas acciones, y preparar a la familia para la llegada del nuevo miembro.

madre, la familia y el entorno social antes de nacer. Para el desarrollo del bebé son importantes las respuestas del medio: encontrar una buena aceptación familiar, asegurar una espera con afecto por parte de sus padres y preparar las mejores condiciones para cuando salga del vientre de la madre. La estimulación para el establecimiento de todas las funciones psico-sociales es una necesidad que no debe dejar de atenderse, dado que es esencial para que el cerebro continúe su proceso de desarrollo.

El recién nacido

El nacimiento es uno de los cambios más trascendentes que el ser humano debe enfrentar. Debe pasar del confortante calor del útero materno a la frialdad y rudeza del mundo exterior. En cuestión de segundos debe establecer funciones vitales como, por ejemplo, la respiratoria. El nacimiento es una verdadera prueba de la resiliencia biológica y psicológica acumulada hasta el momento. En lo psicológico, esos primeros momentos de la vida extrauterina son de gran influencia en su futura personalidad y en el establecimiento de la relación afectiva con su madre (apego).

El recién nacido es un ser tan desvalido que no podría subsistir sin los cuidados del adulto. Incapaz de conseguir alimento o abrigo, está necesitado de afecto y en estado de adaptación como consecuencia del nacimiento (el cambio térmico, la intensidad de los ruidos, el contacto con la luz y el aire, el manipuleo de quienes lo reciben, la exigencia imperiosa de respirar, etc.). En esta catarata de cambios que se suceden en breves horas, el recién nacido tiene aún algo que lo une a la seguridad de su etapa anterior tan protegida: los latidos del corazón materno, que ha escuchado desde el interior del útero, puede recuperarlos si lo aproximan al pecho materno. Ese rítmico sonido familiar, junto con el calor de los brazos maternos, le permiten al recién nacido experimentar una sensación de seguridad en medio de la convulsión que significa nacer.

Ese cambio coexiste con una crisis de transformación de la madre: ambos padecen la situación de ruptura biológica de la relación especial que se ha establecido durante nueve meses. Este hecho marcará un cambio, más lento, que se producirá en la relación emocional entre ambos. Nacimiento-parto, dos aspectos simultáneos de un proceso que conforman un evento significativo para el crecimiento tanto del niño como de la madre. Además, como tiene repercusión psico-social, es también una etapa importante para la familia, en la que tendrán que asumirse nuevos roles (de padre, hermano, abuelo).

El recién nacido y la familia

Al nacer, y aun antes, el niño se incorpora a una familia. No hay un modelo único de composición y organización familiar. En algunos casos, puede ser que convivan la madre y el padre; en otros, que el padre no tenga presencia cotidiana; hay familias cuyas madres desempeñan un papel en forma continua a lo largo del tiempo, mientras que la figura del varón cambia o, a la inversa, la figura fija es la del padre; existen familias reducidas integradas por padres e hijos y las hay extensas que incluyen también a los abuelos (maternos, paternos o ambos). Es decir, la sociedad incluye a familias organizadas de distintas maneras. Además, los roles parentales que se espera pueden ser más o menos activos, con respecto a la atención de los hijos, según se trate de la madre o del padre.



¿Qué pueden hacer los padres y cuidadores?

Durante el nacimiento, e inmediatamente después de éste, la madre y el padre, en conjunto con los agentes de salud, pueden efectuar diversas acciones que favorecerán el desarrollo y la resiliencia del niño. Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- Asegurar la presencia del padre durante el parto y el período perinatal;
- Abrazar al bebé inmediatamente después del parto, hasta antes de que hayan cortado el cordón umbilical;
- Colocar al bebé sobre el pecho, entre los senos;
- Iniciar cuanto antes el contacto del bebé con el pecho, para aprovechar el calostro, de gran valor inmunitario contra las infecciones;
- Darle al bebé masajes rítmicos y repetitivos, muy suaves, y continuarlos con regularidad en los primeros meses de vida;
- En cuanto el bebé esté alerta, hacer que su mirada se encuentre con la de la madre;
- Hablarle al bebé, usando palabras melódicas y tranquilizadoras;
- Mantener al bebé al lado de la madre. Si no hay alguna enfermedad materna que lo impida, no es conveniente separarlo de ella.
- Incorporar prontamente el bebé a la familia, e incluir al padre en las tareas de estimulación y de higiene.



Si bien los modelos de familias cambian, la función que permanece fija es la de la reproducción biológica y cultural. La especie, y la sociedad, tienen así asegurada la continuidad. La relación con esos adultos significativos es crucial para el establecimiento de la resiliencia en la persona que llega al mundo. Esta función reproductora de la familia puede cumplirse en la medida en que se satisfagan las necesidades básicas del niño: alimento, abrigo, cuidado y afecto. Sólo así se asegura que el niño sobreviva y pueda asimilar los aprendizajes que le permitan incorporarse a la sociedad.

La primera figura significativa en la vida afectiva del niño es la madre, o quien ejerza su función, fuente de afecto y cuidados para que la criatura pueda subsistir biológicamente, desarrollarse psicológicamente e integrarse socialmente. También es importante la figura del padre, con los distintos papeles que le asigna cada cultura.

La incorporación del recién nacido al grupo familiar va acompañada de ajustes en los hermanos, quienes también se preparan para aceptar al nuevo miembro. A través de él reviven sus historias de bebés, cómo lo esperaron, cómo eran de pequeños, que hacían, etc.

El niño de 0 a 3 años de edad*

El afecto como una de las necesidades básicas

Con el nacimiento, el niño inicia un camino de descubrimiento del medio que lo rodea y de sí mismo. A partir de la relación simbiótica que tiene con su madre irá definiéndose gradualmente como individuo. Pero hay un largo período durante el cual el niño preci-

* Las etapas desde los 0 hasta los once años son tomadas de la *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*, Grotberg, 1996.

sa de la función materna y paterna para realizar una serie de aprendizajes que le permitan mayor autonomía.

El vínculo de la criatura con su madre —indispensable para su desarrollo— se fortalece con la lactancia materna. Esta debe establecerse inmediatamente luego del parto y mantenerse, en lo posible, hasta los 4 ó 6 meses de vida. El niño reconocerá a su madre ya no sólo por su ritmo cardíaco, sino también por el olor, la manera de sostenerlo, la presión de sus brazos, el tono de su voz, etc. A través de la lactancia el bebé recibe no sólo el alimento que le permite subsistir, sino también el afecto materno. La expresión de afecto por parte de la madre se observa a través de la mirada, las caricias, las palabras de cariño que le dirige al bebé; la manera de sostenerlo junto a su pecho al darle de mamar; y los cuidados que le brinda.

Inicialmente es sólo receptor del afecto de la madre. A medida que crece, el niño desarrolla cariño, aprende a responder a las expresiones de la madre, la busca con la mirada, pide una proximidad física con ella, le dirige sonrisas y aprende a besarla y abrazarla. Más adelante, el lenguaje oral le permite tener otras formas de expresión. Intercambiar afectos y poder expresarlos de distintas formas, es uno de los aprendizajes más importantes de la infancia y uno de los componentes esenciales de su futura resiliencia.

Sentirse querido significa, para cualquier niño, sentirse aceptado y valorado. Puede intentar resolver o superar situaciones difíciles apoyándose en la seguridad afectiva de ser aceptado. El niño necesita de *afecto incondicional*. Aquel que perdura sin exigencias, que no depende de su comportamiento. No se da como premio cuando el niño se somete a las exigencias del adulto, ni se retira como castigo por los caprichos, por fracasos o por las transgresiones de las normas. Tampoco depende del logro en los aprendizajes.

En las relaciones en que predomina ese afecto incondicional, el niño no corre el riesgo de perderlo si no cumple con determinadas exigencias. Podrá equivocarse, cometer errores y desobedecer, pero sin perder por ello el afecto. El amor sin exigencias ni condiciones le muestra al niño que él vale por sí mismo, con sus posibilidades y limitaciones. Es una fuente de tranquilidad, de seguridad y de autoestima. Ese afecto incondicional es, posiblemente, el pilar fundamental de la resiliencia.

El sentimiento de confianza básica

Durante sus primeros años, el niño adquiere destrezas y habilidades que le permiten mejorar el manejo de su cuerpo y de los desplazamientos por el medio. A medida que controla sus movimientos, afirma el aprendizaje del lenguaje articulado, lo cual le amplía la posibilidad de comunicarse con los demás, y comienza a desarrollar la sensación de confianza básica, como sentimiento positivo hacia el mundo. El bebé reconoce las sensaciones de bienestar y las asocia con la presencia de la madre o sus cuidadores. Se genera en él/ella sensación de que los demás lo cuidan. De ese modo aprende a confiar en los cuidados que le brindan y en el afecto que le dan. Cuando las necesidades del niño no son resueltas, con la urgencia que él/ella desea, o no son atendidas porque quien lo cuida no las ha identificado o comprendido, surgen sentimientos de desconfianza, malestar y frustración.

Esas experiencias opuestas se alternan en la vida cotidiana del bebé y se prolongan durante su infancia. Ambas son necesarias e inevitables. Lo importante es que predominen las del primer tipo sobre las del segundo, de manera que se produzca una sensación de confianza básica, que acepte ciertos límites y tolere la frustración. La confianza será intensa o débil, según las experiencias que hayan predominado en el bebé.

La confianza básica con respecto a los demás permite que en el niño surja también la confianza en sí mismo, en sus posibilidades para hacer y transformar: una sensación de optimismo frente al mundo y frente a uno mismo, que es esencial para la formación de la resiliencia.

A medida que deja de ser bebé, el apoyo que recibe el niño para su aprendizaje le confirma sus posibilidades para realizar los nuevos logros que trae el desarrollo. Los logros que realiza tienen un recorrido que incluye errores. Los aprendizajes siguen por caminos sinuosos, con avances y retrocesos. La familia, orientadora de los primeros aprendizajes, así como estimula los aciertos, marca también aquellos errores cuyas soluciones están al alcance del niño. Darle confianza al niño le facilita la superación de los errores que forman parte de su aprendizaje, siempre dentro de las posibilidades de éste. Ello genera confianza en sí mismo. Se puede llamar a esta situación "el círculo de la confianza básica". Así, la confianza inicial del adulto en las posibilidades del niño estimula los aprendizajes de éste y éstos, a su vez, profundizan mayor confianza en sí mismo.

La confianza en sí mismo permite tolerar frustraciones. El niño puede aceptar así los límites y las prohibiciones que los adultos le colocan. Los límites protegen al niño de los peligros, tanto físicos como sociales y emocionales. El límite puede ser de oposición y frustración de sus deseos, como también de protección y cuidado cuando se conoce su sentido. Es el conocimiento del significado y sentido del límite lo que permite una buena tolerancia frente a la frustración, lo que aumenta la confianza (la confianza de ser cuidado por quienes lo rodean). El establecimiento gradual y persuasivo de límites puede ser una manera de formar la resiliencia del niño.

Los primeros pasos independientes

Desde el nacimiento se inicia un camino que conduce gradualmente a la autonomía. El proceso de crecimiento y desarrollo conduce al niño, en general, a un aumento gradual de independencia: aprenderá a asir cosas, a sentarse, a gatear, a caminar, a hablar, a controlar esfínteres, a comer solo, a ir al jardín maternal, etc.

Cometer errores es una experiencia de aprendizaje para todo niño (y adulto). Ello no debe ser motivo para avergonzarlo o humillarlo, sino que debiera permitir el aumento de la confianza en sus cuidadores, si éstos le ayudan a rectificar sus equivocaciones; podrá volver más sólida su vinculación afectiva si el afecto es incondicional y no depende de sus éxitos; podrá incrementar su independencia en la medida en que le ayuden a superar errores sin que se sienta ridiculizado, criticado o avergonzado. El buen manejo de las reacciones ante el éxito/fracaso puede ser también un elemento de la formación de la resiliencia.

¿Qué pueden hacer los padres y cuidadores?

- Proveer amor incondicional, expresarlo física y verbalmente, ya sea tomándolo en brazos, acunándolo, acariciándolo o usando palabras suaves para calmarlo, confortarlo y alentarlo a que se calme por sí mismo.
- Proveerle lactancia materna inmediatamente después del nacimiento y mantenerla como alimentación exclusiva por 4 ó 6 meses y extenderla hasta el primer cumpleaños.
- Reforzar reglas y normas para los de 2 a 3 años, y utilizar la supresión de privilegios y otras formas de disciplina que no lo humillen, dañen o le expresen rechazo.
- Modelar comportamientos que comuniquen confianza, optimismo y fe en buenos resultados, para niños de 2 a 3 años de edad.
- Alabarlos por logros y progresos tales como control de esfínteres (a la edad debida), autocontrol, progresos en el lenguaje o cualquier otro avance en su desarrollo.
- Estimular a los niños de 2 a 3 años para que intenten hacer cosas por sí mismos con un mínimo de ayuda de los adultos.
- Reconocer y nombrar los sentimientos del niño y, de esa manera, estimularlo para que reconozca y exprese sus propios sentimientos y sea capaz de reconocer algunos sentimientos en otros (por ejemplo: tristeza, alegría, pena, felicidad, enojo, etc.).
- Usar el desarrollo del lenguaje para reforzar aspectos de resiliencia que lo ayuden a enfrentar la adversidad. Por ejemplo, decirle "yo sé que lo puedes hacer" impulsa su autonomía y refuerza su fe en sus propias destrezas para resolver problemas; de la misma manera, decirle "yo estoy aquí, contigo" lo reconforta y le recuerda que hay una relación de confianza de la que puede estar seguro.
- Alrededor de los tres años, preparar al niño para situaciones desagradables o adversas (gradualmente, si fuera posible), hablando sobre ellas, leyéndole libros, en juegos de relación, etc.
- Estar alerta a su propio temperamento y al del niño, para calibrar cuán rápida o lentamente introducir cambios, hasta dónde empujar, estimular, etc. También es muy importante lo siguiente:
- Contrapesar la libertad de exploración con apoyos seguros.
- Ofrecer explicaciones y reconciliación, junto con reglas y disciplina.
- Darle al niño consuelo y apoyo en situaciones de estrés y riesgo.
- Proveer un ambiente muy estable en los primeros meses de vida, pero con novedades (nuevas experiencias, nueva gente, otros lugares) en los de dos a tres años de edad.
- Cambiar y modificar la mezcla de libertad y seguridad, explicaciones y disciplina, etc., para los de dos o tres años de edad, de acuerdo a lo que indiquen progresivamente sus reacciones.



El niño de cuatro a siete años de edad

El niño, en esta etapa, es muy activo: el juego es el centro de sus actividades. Según sea niño o niña, está ocupado colgándose de un árbol, alimentando una muñeca, construyendo con bloques o cajas, jugando a la maestra, pateando una pelota, dibujando, etc. Gradualmente, el juego con los pares reemplaza el juego solitario. El juego de roles (a la mamá, al papá, a la maestra) permite revivir situaciones, resolver conflictos, anticipar conductas, etc. Este juego dramático permite que el niño ensaye y elabore interacciones con la realidad.

Inicia muchos proyectos que no necesariamente completa. Muchas veces los preparativos del escenario del juego demoran tanto que luego no hay tiempo para lo dramático. El juego terminó con los preparativos del mismo; es una gran oportunidad para fortalecer la resiliencia y es un área que debe desarrollarse.

Con un buen dominio del lenguaje, sus razonamientos son expresados a adultos y pares. Plantea preguntas sobre todo aquello que lo rodea y es muy curioso e indagador. Si las respuestas no lo satisfacen, insiste en su búsqueda. Percibe cuándo los adultos quieren eludir temas que les resultan difíciles, como los que tienen que ver con la sexualidad.

Persiste la necesidad de afecto

Más allá de cada etapa, la necesidad de afecto es una constante en la vida del ser humano, y es esencial para establecer y fortalecer la resiliencia. Esta necesidad se expresa de distinta manera, según el momento.

Como a los 5 ó 6 años, varones y mujeres se identifican con el padre del mismo sexo. Ello se nota en la expresión de los deseos de parecerse a ellos, ser como ellos y trabajar junto con ellos.

La necesidad de afecto supera los límites del marco familiar. El cariño entre el niño y los adultos de su barrio o comunidad, los maestros y los agentes de salud, ayudan como sostén del crecimiento infantil. Son marcos de seguridad adicionales que pueden resultar significativos en la vida de los niños y que les ayudan al despegue familiar para una mejor inserción en la comunidad y una mejor preparación para enfrentar adversidades.

En la relación afectiva con sus maestros, los niños pueden revivir los vínculos con sus padres. Esto puede ayudarles a reforzar vínculos positivos, a resolver conflictos y a compensar carencias. Un maestro puede tener gran importancia en la vida del niño y transformarse en el adulto significativo que lo apoya en salir de situaciones familiares extremas.

El niño precisa de su maestro un afecto que no esté condicionado por sus logros escolares. En esto se parece al afecto que necesita de su familia. El alumno es, ante todo, un niño que merece ser querido como tal, de modo que su lugar en la relación con el maestro no dependa del sinuoso recorrido de su aprendizaje.

Esta tranquilidad de ser querido y aceptado le sirve, a su vez, en situaciones de fracaso — cuando los resultados no son los esperados—, como apoyo para intentar una superación, y al tener que transformar solamente el fracaso, sin necesidad de reunir, además, otras condiciones adicionales para recuperar el afecto.

A diferencia del afecto con los maestros, el afecto con los pares está más condicionado a la presencia de características valoradas por el grupo: habilidades para determinadas actividades, formas de comunicación, posibilidades de compartir o de reclamar lo que se precisa, destrezas para determinados juegos, etc. Con los pares se aprende a intercambiar afectos condicionados, de modo que la corriente afectiva tiene momentos positivos y momentos negativos.

En las relaciones con los pares cada niño necesita sentir que ocupa un lugar en el grupo, que es aceptado y querido por algunas de sus condiciones.

Se afirma la confianza básica

En esta etapa la confianza básica se regula cada vez con un criterio más ajustado a la realidad: el niño va aprendiendo a confiar en el mundo externo, aunque reconociendo los peligros que tiene que atender. Gradualmente, a medida que sus contactos con el medio se amplían, aprende a diferenciar las situaciones, según contengan o no contengan riesgos. También va aprendiendo que hay hechos y circunstancias de la realidad que no puede cambiar porque están más allá de su voluntad.

Esas experiencias son positivas en la medida que permiten que la confianza básica se instale como un sentimiento de optimismo frente al mundo y a uno mismo, pero condicionado por una realidad que marca límites. La resiliencia implica la capacidad de estimar adecuadamente los riesgos que entraña cada actividad o comportamiento. De otra manera, se podría incentivar un sentimiento de omnipotencia en el niño que le haría perder su propia dimensión, o se representaría un mundo imaginario distinto del real y sus interacciones con él serían desajustadas. Pero, llegando al final de ese período, es de esperar que el niño haya captado que hay cosas que puede lograr y otras que no puede lograr, y que ante estas últimas puede pedir ayuda; que hay aspectos de la realidad que puede transformar y otros que no puede controlar.

El niño aumenta gradualmente sus posibilidades de reflexión y de comprensión del sentido de los límites puestos como cuidado y protección, fortaleciendo los sentimientos de confianza. Para ello es necesario que los límites sean razonables y no dependan de la arbitrariedad del adulto. Las frustraciones intensas cuyo sentido se desconoce, no pueden ser aceptadas como necesarias, ya que generan desconfianza, inhibiciones y agresiones. Para evitar tales experiencias, se requiere que los adultos estén muy atentos a las prohibiciones que colocan y acepten explicar a los niños las razones de dichas prohibiciones. Pocas prohibiciones bien fundamentadas y explicadas serán un refuerzo de la resiliencia de niños y adolescentes.

La escuela puede reforzar o menguar la confianza básica del niño, según cómo desarrolle sus acciones pedagógicas. Lo deseable es que las situaciones dominantes sean aquellas que promuevan la confianza y la resiliencia dando nuevas oportunidades para que los niños perciban sus posibilidades y ofrezcan un medio de tranquilidad en el cual se sientan protegidos.

Aprender lo que le propone la escuela significa que se han adquirido contenidos estimados y, por ello, el niño percibe que ha hecho suyos conocimientos valiosos. Ha cumplido, por otra parte, con las expectativas de la familia, la cual confirma sus posibilidades.

La escuela puede ser un escenario, en esta etapa, para descubrir posibilidades que se ignoraban, como también limitaciones. Tanto aprender a superar dificultades, como encontrar que se dispone de habilidades no reconocidas hasta el momento, incentiva los sentimientos de confianza y, por lo tanto, ayuda a construir la resiliencia.

La integración en el grupo de pares implica un reconocimiento y valoración de cada uno de sus miembros. La interacción apropiada y la confianza en la capacidad de respuesta de los demás, facilita la integración grupal y ésta, a su vez, al reforzar los lazos de unión, retroalimenta la confianza.

Los maestros y los pares limitan y analizan las situaciones conflictivas para ser aclaradas y lograr ajustar las conductas infantiles. En este sentido, los juegos reglamentados —característicos de este período— suelen provocar discusiones sobre las normas y su cumplimiento por parte de los jugadores. Son situaciones que permiten la revisión y la reparación de errores, y la comprobación de la existencia de una lógica de la acción a través de las normas del juego. Todo ello incrementa la sensación de confianza, de contar con instrumentos para actuar y protegerse, factores característicos de los individuos resilientes.

Progresar la independencia

La salida del ámbito familiar hacia instituciones educativas formales (jardines infantiles, escuelas), significa un paso muy importante en la adquisición progresiva de independencia y autonomía. Tanto la actividad lúdica, la estimulación recibida en los jardines infantiles y las tareas escolares, constituyen una actividad de la que queda excluida la familia. Es la primera experiencia individual y propia del niño, por separado de sus padres y cuidadores.

Ese paso tan importante en el logro de conductas independientes necesita un acompañamiento para que resulte positivo y no negativo. El niño se apoyará en el sentimiento de confianza básica para enfrentar un medio nuevo, con adultos y niños desconocidos, con actividades cuyas dificultades no puede prever, etc. En este pasaje de la familia a las instituciones escolares el niño debe ser orientado y respaldado por la madre o la cuidadora, y por la escuela o jardín infantil.

Una vez adaptado el niño a sus actividades escolares, la relativa independencia ganada con el reconocimiento social de una actividad propia lo conducirá a aquellas situaciones que puede manejar con autonomía, a aquellas para las cuales necesita ayuda y a aquellas para las cuales ofrecerá ayuda. Es decir, la independencia y la cooperación son dos aspectos del proceso de integración social. En esa etapa del desarrollo, es importante que las actividades que ponen a prueba las posibilidades del niño no sean organizadas por la escuela ni la familia como situaciones de competencia individual, sino de acciones solidarias de aprendizajes interdependientes. La independencia personal va así acompañada por la posibilidad de ayudar a otros (hermanos menores, compañeros de escuela, etc.).

Los adultos pueden considerar que los niños están en condiciones de aprender a manejar determinadas situaciones con criterio independiente cuando constaten que éstos están en condiciones de enfrentar las consecuencias. Por ejemplo, ir solo al centro del pueblo puede ser una conducta independiente del niño si, llegado el caso que se desorienta, sabrá cómo actuar para regresar a casa. El niño necesita ser orientado en su aprendizaje de independencia para sentirse protegido, sin interferencias negativas que prolonguen innecesariamente su dependencia.

En grandes ciudades, o en sociedades complejas, el logro de conductas independientes parece manejarse fuera del ámbito doméstico y familiar, y requiere aprendizajes orientados hacia:

- La detección y el reconocimiento de los peligros.
- Respuestas variadas y flexibles.
- La posibilidad del cuidado de sí mismo y de los demás.

¿Qué pueden hacer los padres y cuidadores?

Para promover la resiliencia en un niño de esa edad, los padres y cuidadores, junto con agentes de salud y educadores, pueden:

- Ofrecerle amor incondicional.
- Expresarle dicho amor verbalmente.
- Abrazarlo, mecerlo y usar una voz suave para calmarlo; enseñarle técnicas para que se calme antes de hablar de sus problemas o comportamientos inaceptables. Esas técnicas pueden ser: respirar profundamente o contar hasta diez antes de reaccionar.
- Moldear en él comportamientos resilientes frente a desafíos tales como problemas interpersonales, conflictos o adversidades; demostrar los comportamientos apropiados en diferentes situaciones; promover el valor, la confianza, el optimismo y la autoestima de manera permanente.
- Reforzar normas y reglas; usar la supresión de privilegios y otras formas de disciplinar que establezcan límites al comportamiento negativo y muestran algunas consecuencias de él, sin humillar al niño.
- Alabarlo por logros tales como armar un rompecabezas o leer un folleto, o por conductas positivas como dejar los juguetes ordenados o expresar su enojo sin estallar en berrinches.
- Animarlo a que actúe independientemente, con un mínimo de ayuda adulta.
- Continuar ayudándolo en su aprendizaje de reconocer sentimientos propios y ajenos.
- Continuar ayudándolo a conocer su propio temperamento (por ejemplo, cuán tímido o extrovertido es; cuán meticuloso o audaz es) así como el temperamento de los adultos que lo rodean.
- Exponerlo gradualmente a situaciones adversas y prepararlo para ellas mediante conversaciones, lecturas, e identificación y discusión de factores de resiliencia que puedan serle útiles.
- Animarlo a que demuestre simpatía y afecto, a que sea agradable y a que haga cosas lindas para los demás.
- Animarlo a que use sus destrezas para la comunicación y la solución de sus problemas, para resolver conflictos interpersonales o pedir ayuda de otros cuando la necesite.
- Comunicarse a menudo con él para discutir sobre los acontecimientos y problemas cotidianos, así como para compartir ideas, observaciones y sentimientos.
- Ayudarlo a que acepte responsabilidades por su propio comportamiento negativo y a que entienda que sus acciones positivas tienen consecuencias ulteriores que pueden favorecerlo.

Asimismo, padres y cuidadores pueden:

- Equilibrar tanto la provisión de ayuda como la estimulación de la independencia del niño.
- Ofrecerle comprensión y oportunidades de reconciliación junto con la exigencia del cumplimiento de reglas y normas.
- Aceptar sus errores y fallas, pero al mismo tiempo orientarlo para que logre su mejoramiento.
- Darle consuelo y aliento en situaciones estresantes.
- Promover y desarrollar la flexibilidad en él para que opte por una gama de factores de resiliencia como respuesta a situaciones adversas, por ejemplo, buscar ayuda en vez de seguir solo en una situación muy difícil; mostrar simpatía y comprensión en vez de continuar con enojo y miedo; compartir sentimientos con un amigo en vez de continuar sufriendo a solas.



El niño de ocho a once años de edad

Esta es la etapa del "niño productor". Sus actividades se centran en aprender las habilidades de la vida diaria, especialmente las del trabajo escolar. Espera tener éxito en su aprendizaje y proyectar una imagen positiva y de triunfador. Desea tener amigos íntimos y ser objeto de la aceptación y aprobación de sus pares. Desarrolla tareas individuales y colectivas. Gradualmente, los pares van cobrando una importancia cada vez mayor en su vida. Si no logra éxito en las empresas comunes, se siente inferior y se vuelve extremadamente susceptible a sus limitaciones. Si los cuidadores, maestros y amigos se burlan o le demuestran que es incapaz, se sentirá inseguro, y comenzará a dudar sobre sus merecimientos de afecto y sobre sus posibilidades de tener éxito en la vida. La sobrevaloración de los fracasos puede afectar la autoestima y aminorar el deseo de avanzar. El manejo adecuado de los fracasos consiste en hacer un análisis sobre cómo se produjeron, y en generar opciones de solución en conjunto. De esta manera se aporta a la formación de la resiliencia.

Hacia el final de esta etapa, la aparición de los primeros cambios púberes trastocan la estabilidad alcanzada. El cuerpo comienza a cambiar y aparecen los primeros rasgos sexuales secundarios. Surgen nuevas emociones e intereses: en poco tiempo comenzará la adolescencia.

El afecto y el conflicto de la pubertad

Durante los cambios púberes, aparecen modificaciones en la relación del niño con su familia. Aumentan los conflictos, no quiere ser tratado como niño pequeño pero tampoco como mayor, se observan cambios emocionales rápidos e inexplicables que lo hacen pasar de la risa al llanto. El amigo íntimo, o la amiga íntima asume un lugar de privilegio sobre otras relaciones. Al niño le cuesta mucho más que antes aceptar límites y a los padres saber qué límites poner; todo puede ser sometido a cuestionamientos. El hijo comienza a denotar aspectos nuevos de su personalidad que desconciertan a los padres o cuidadores. El niño está iniciando su etapa púbera.

Esas conductas expresan un conflicto que llevará unos diez años resolver: lograr la propia identidad. Para ello necesita separarse afectivamente de las figuras de sus padres para comportarse como sujeto autónomo, con deseos, emociones y criterios propios. Una fuerte definición de identidad constituye uno de los pilares de la resiliencia.

A menudo, los adultos se desconciertan e ignoran cuánta necesidad de afecto subsiste en el niño en esta etapa, aunque los choques y emociones de los púberes disfracen esa necesidad.

Esas características se irán modificando a lo largo de la adolescencia, etapa de desarrollo de mayor duración que las otras por la complejidad de los conflictos que surgen en ella.

Crisis de la confianza básica

El equilibrio logrado en la infancia entre confianza y desconfianza, que permite al niño acceder a una confianza básica regulada por el criterio de realidad, sufre un quiebre en la

pubertad. La confianza que le permitía manejarse en su entorno reconociendo los peligros, y con buena aceptación de sus posibilidades y limitaciones, tambalea. El cuerpo infantil, que conocía y dominaba, comienza a modificarse de diferentes maneras y en forma rápida, produciendo una gran inseguridad. Aparece la torpeza en lugar de la destreza habitual; nota cambios afectivos que no puede explicar y un entorno que le reclama conductas de grande, mientras le hace ver que aún es un niño. Estos cambios le crean una sensación de inseguridad e incertidumbre. La confianza básica está disminuida como consecuencia de la crisis vital que se inicia. Para que la confianza regrese es de gran ayuda que el púber conozca los cambios que se produzcan en él y que entienda que son parte de un hecho positivo: su crecimiento físico.

Si el púber vive esas modificaciones con plenitud, no se avergonzará, por ejemplo, de los cambios inesperados de voz y los podrá tomar con sentido del humor; tampoco se avergonzará de las mamas incipientes ni del bozo inicial, sino que los tomará como los cambios que le permitirán transformarse de niño, o niña, en joven. Sabrá, entonces, cuál es la dirección y el significado de sus modificaciones, y conocerá las funciones sexuales que tendrá que incorporar en la elaboración de su identidad. Todo ello le ayudará a recuperar la confianza básica en sí mismo y las posibilidades de sobreponerse a las adversidades de la vida.

La independencia se incrementa

El inicio de la pubertad marca tanto una nueva etapa en el logro de la independencia, como una ruptura de la dependencia. Esta ruptura se hará paulatinamente. La pubertad y la adolescencia marcan el período en que la marcha hacia la independencia se acelera. Ese proceso de aprendizaje se basa en los aprendizajes que se realizaron en la infancia. Se apoya también en los sentimientos de confianza básica que permiten avanzar y retroceder en la búsqueda de la independencia, sin desanimarse en los retrocesos.

Hay dos aspectos interrelacionados en ese recorrido:

- El logro de la independencia de la infancia y de los adultos (padres y cuidadores).
- La afirmación de la independencia para la integración laboral, afectiva y social.

En nuestros días, ese proceso encuentra múltiples trabas debidas a los complejos mecanismos de la sociedad. Las mayores dificultades se producen respecto a las posibilidades laborales y a la conformación de la vida familiar. Uno de los aprendizajes de la independencia es el ejercicio del criterio propio para la toma de decisiones. Para que la independencia permita que el púber se desarrolle con plenitud, se requiere que vaya unida al sentido de responsabilidad de los actos propios e independientes. Abandonar al joven sin orientarlo en su aprendizaje de la independencia es hacerlo sentir desprotegido; prolongar innecesariamente su dependencia es interferir en su desarrollo en forma negativa.

Hasta los once años, la escuela es un lugar de interacción con los pares. La oposición incipiente de parte de los púberes necesita del apoyo de los pares para afirmarse en el camino de la independencia y para sostenerse mutuamente en los sentimientos encontrados que surgen del enfrentamiento con los padres. Los pares serán los anclajes sociales que le permitirán enfrentar la soledad que entraña, en muchos momentos, la separación de los seres queridos.

¿Qué pueden hacer los padres y cuidadores?

- Proveer amor incondicional.
- Expresar dicho amor verbal y físicamente de manera apropiada a la edad.
- Usar límites, comportamientos tranquilizadores y observaciones verbales para ayudar al niño a que maneje y module sus sentimientos, especialmente los negativos y las respuestas impulsivas.
- Desarrollar comportamientos consecuentes que transmitan valores y normas, incluyendo factores de resiliencia.
- Explicar claramente las normas y expectativas.
- Elogiar los logros y comportamientos deseados, tales como finalizar una tarea difícil.
- Proveer oportunidades de practicar cómo lidiar con los problemas y adversidades a través de la exposición a situaciones adversas y fantasías manejables; dar guía en la solución de problemas basándose en el uso de factores apropiados de resiliencia.
- Alentar la comunicación de hechos, expectativas, sentimientos y problemas para que se discutan y compartan. Asimismo, padres y cuidadores deben:
- Equilibrar el desarrollo de la autonomía con la ayuda que debe estar siempre disponible, pero nunca ser impuesta.
- Equilibrar las consecuencias o sanciones de errores con cariño y comprensión, así el niño puede fallar sin sentir demasiada angustia, o miedo de la pérdida de la aprobación o del amor.
- Comunicarle y negociar con él acerca de su creciente independencia, sus nuevas expectativas y nuevos desafíos.
- Instarlo a que acepte la responsabilidad de sus comportamientos y, al mismo tiempo, promover su confianza y optimismo sobre los resultados deseados.
- Promover y desarrollar su flexibilidad para que seleccione diferentes factores de resiliencia como respuesta a situaciones adversas, por ejemplo, buscar ayuda, en vez de seguir solo en una situación muy difícil; mostrar simpatía y comprensión en vez de continuar con enojo y miedo; y compartir los sentimientos con un amigo en vez de continuar sufriendo a solas.



El adolescente de 12 a 16 años de edad

Para algunos autores, como Florenzano, esta etapa incluye parte de la adolescencia temprana y toda la intermedia. En ella continúan los cambios púberos y parte de la crisis de identidad se centra en el cuerpo. Hay un conflicto en el joven que ahora tiene su cuerpo con funciones sexuales adultas, pero una organización psico-social con características infantiles. El crecimiento rápido de los adolescentes desorienta también a padres y cuidadores; muchas veces no saben si tratarlos como a niños o mayores. Perciben que el hijo está cambiando y que van perdiendo al hijo-niño.

También el joven percibe la pérdida de su propia infancia, de las figuras paternas que lo acompañaron en esos años y del cuerpo que materializaba una identidad de niño. Su relación con los padres irá cambiando para transformarse al final de la adolescencia en una relación de adultos. Mientras tanto, el joven tratará de separarse de las figuras parentales. Busca una identidad propia, distinta, que lo distinga del padre y de la madre.

Los conflictos familiares se incrementan. Los adolescentes cuestionan las normas paternas, se resisten a vestirse como los adultos sugieren o indican, no aceptan las opiniones de los padres sobre sus amistades: buscan la diferencia para llegar a la afirmación de lo propio, lo que puede estereotiparse o agudizarse como una rebeldía que genera dificultades en la vida cotidiana. El grupo de pares cobra un significado particular, persistiendo tendencias a agruparse por sexo. El amigo, idealizado, es compañía inseparable, apoyo y confidente.

Las características de los adolescentes que atraviesan esta etapa pueden pasar desapercibidas en comunidades donde el pasaje de la infancia a la vida adulta es más gradual y donde el joven encuentra un lugar de inserción social. En las grandes ciudades los conflictos pueden exacerbarse. Es decir, el contexto influye en las características de la etapa. Los complejos mecanismos sociales que dificultan la inserción laboral de los jóvenes y aumentan la deserción escolar que se produce en la escuela media, dividen a la población adolescente en tres grandes grupos:

- Los que se escolarizan y tienen mejores oportunidades para capacitarse laboralmente, grupo que corresponde a la menor proporción de los adolescentes de los países latinoamericanos.
- Los que ingresan al mercado laboral, generalmente en condiciones precarias por no tener capacitación.
- Los que aumentan el número de desocupados

Los problemas socio-económicos han contribuido a que la adolescencia se haya transformado en una etapa cada vez más compleja y difícil de resolver. Para los jóvenes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en un medio social que los obliga a prolongar situaciones dependientes con respecto a los adultos.

Los afectos y conflictos se amplían

El mundo afectivo familiar sigue siendo un apoyo que ayuda al adolescente en esta etapa. El joven puede tener una culpa inconsciente por su conflicto con los padres y quiere diferenciarse de ellos, aunque los ame. Frente a eso, los padres deben responder con un afecto

to incondicional, más allá de los enfrentamientos que se produzcan. Los adultos deben reiterar su amor a sus hijos, a pesar de no estar siempre de acuerdo con ellos. Es necesario comprender que el conflicto no está dirigido a destruir a sus padres reales, sino a la imagen de los padres.

En el grupo de adolescentes que concurre a la escuela media, las dificultades con los padres pueden ser desplazadas hacia los profesores. Estos, además, reviven situaciones con sus propios hijos. Situaciones similares, de conflicto con adultos, pueden presentarse con otros miembros de la comunidad que trabajan con jóvenes. Es muy importante para los jóvenes encontrar figuras de adultos que les sirvan de puente para la salida del círculo familiar, sea en la escuela, en el trabajo, en el deporte o en otras actividades comunitarias. El adulto significativo ha sido descrito como un componente esencial de la resiliencia. Cuando esos adultos logran comprender los conflictos del joven, y no se distancian de él para transformarse en censor, logran establecer vínculos afectivos que los adolescentes necesitan.

Cuando se producen choques, en especial con los maestros, es frecuente que las familias apoyen a sus hijos, a menudo obrando en el único espacio de coincidencia que queda entre los adolescentes y sus padres, o a manera de protección del joven cuando la organización escolar es intransigente frente a planteamientos razonables. Además, los conflictos afectivos del joven con los docentes tienden a intensificarse en estos últimos años y requieren modificaciones en la formación docente y en la organización escolar para su superación. Es necesario que los docentes tengan pleno conocimiento de los procesos de los adolescentes y que exista un replanteamiento modernizado del modelo de autoridad y del de transmisión de conocimientos.

Por último, el "enamoramamiento" de adolescente puede constituir también lazos afectivos con personas ajenas al círculo familiar. Así, es importante dar información sobre lo sexual al joven para que opte por conductas responsables para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

La confianza básica se tambalea

Para el joven, esta es una etapa de desajuste en la confianza en sí mismo, puesto que se trata de encontrar la propia identidad. La irrupción de cambios físicos, emocionales y sociales, le ha hecho perder confianza en sus propias posibilidades, puesto que aún no las conoce bien. Ha perdido destreza física: el niño manejaba bien su cuerpo. Los cambios en el cuerpo del joven hacen necesario un período de ajuste de sus esquemas sensorio-motores, según las nuevas dimensiones de sus extremidades y de su fuerza.

Salir del ámbito familiar y escolar para ingresar en una nueva escuela, y compartir con nuevos pares y nuevos desafíos de aprendizaje, ayudan a desestabilizar su confianza básica. Lo mismo ocurre con los jóvenes que salen a buscar un trabajo que no encuentran, con el agravante de que, en muchas sociedades, se divulgan mensajes que pretenden acusar por su desocupación a los mismos jóvenes. Esto sucede cuando se afirma que "no consiguen trabajo porque no están capacitados". Si bien la capacitación es una variable, no es la única en la búsqueda de trabajo. Al omitirse la idea de que los puestos de trabajo han disminuido, el joven desocupado se descalifica, disminuye su autoestima y lo domina una intensa desconfianza en sus posibilidades.

A medida que va resolviendo su situación escolar o laboral y se forma una relación afectiva más estable con la familia al final de esta etapa, va recuperando la confianza. Esta puede salir hasta fortalecida a medida que el joven va superando las situaciones problemáticas, y, sobre todo, si cuenta con el apoyo comprensivo de familiares, maestros y jefes.

Para el joven, abandonar la escuela significa un fracaso. Si el adolescente continúa en la escuela se ayuda a recuperar y fortalecer la confianza en sus posibilidades. El adolescente suele convencerse de que los estudios no son para él y duda de sus capacidades intelectuales. Es muy importante que el adolescente sea sostenido por la escuela y la familia para que complete el ciclo medio y fortalezca su confianza.

Un salto en la autonomía

Al concluir la adolescencia temprana el joven realiza un avance importante en el logro de la autonomía. Aún no está en condiciones de manejarse solo, pero ha hecho progresos que le permiten un buen reconocimiento de su cuerpo, ha comenzado a diferenciarse de sus adultos, ha realizado planes pensando en un futuro relacionado con el trabajo y, en algunos casos, ha realizado un aprendizaje escolar con mayor independencia del medio familiar que durante la escolaridad primaria.

En las comunidades que tienen espacios organizados para la participación juvenil (clubes, iglesias, asociaciones vecinales, partidos políticos, etc.), los jóvenes logran incorporarse en actividades colectivas y cooperativas que les permiten efectuar aprendizajes sociales importantes: Observan una serie de estilos de participación y sus problemas, y aprenden a distinguir entre mecanismos institucionales democráticos, paternalistas y autoritarios.

Cuando los ámbitos laborales o escolares se transforman en campos de lucha entre jóvenes y adultos, se deforman los aprendizajes independientes porque se centran en estrategias de engaño, complicidad y ocultamiento. Algunos adultos pierden la capacidad para analizar, evaluar y decidir, sin poder arreglar los conflictos, lo que aumenta la distancia entre ellos y los jóvenes.

La falta de trabajo conduce a que los jóvenes trabajen con la familia. Esta situación puede aumentar los enfrentamientos, ya que los padres (con quienes se da la ruptura para completar la autonomía) son los mismos adultos con quienes se enfrentan por cuestiones de trabajo. Además, es en esta etapa que se vislumbra el futuro que los jóvenes se imaginan y hacia el que tienden. Esa capacidad de proponerse una meta y trazar los caminos para alcanzarla es uno de los pilares del desarrollo de la resiliencia.

Sin embargo, hay situaciones en las que los jóvenes tienen que tomar decisiones que corresponden a los adultos, asumiendo así responsabilidades excesivas para su edad. Esto no los prepara para la autonomía, sino que significa que hagan una adaptación deformada, con un alto costo para sí mismos. Inclusive puede producir el efecto contrario, ya que las decisiones independientes para las que uno no está preparado provocan temores, fracasos y dependencias.

Para tomar la mayoría de sus decisiones el adolescente precisa que un adulto lo acompañe: para recibir información, escuchar una opinión, conocer a alguien que haya tenido que

optar como él en situaciones semejantes, etc. Esto no debe confundir al adulto y hacerle creer que al consultarlo el joven está obligado a ejecutar y elegir según los criterios que el adulto expuso. Es posible que al joven le sirvan los criterios del adulto para decidir algo distinto de lo que el adulto espera. Este apoya, pero quien decide es el joven. La actitud de colaboración y de respeto por la decisión del adolescente fortalece la resiliencia.

Disentir, opinar de manera original en la escuela, la familia o el trabajo y fundamentar dicha opinión con tolerancia para con otros puntos de vista, son manifestaciones de la independencia y autonomía de juicios y razonamientos alcanzada por el adolescente. La autonomía le permite integrarse en las instituciones y cumplir con las tareas en que se ha comprometido, sin necesidad de controles externos, pero con la orientación que deben dar los adultos de su entorno.

¿Qué pueden hacer los padres y adultos responsables?

Para fortalecer la resiliencia en esta etapa de la vida, se puede tomar algunas acciones con los propios adolescentes y otras con los adultos encargados de ellos. Entre las primeras están aquéllas con las que se trata de reforzar los rasgos de los jóvenes resilientes para que ellos mismos puedan tomar el control de sus vidas y afrontar dificultades con las mejores herramientas. Cabe mencionar las siguientes medidas:

- Estimular el desarrollo de las capacidades de escuchar, de expresión verbal, y no verbal y de comunicación en general.
- Fortalecer la capacidad de manejo de la rabia-enojo y de las emociones en general.
- Reforzar la capacidad de definir el problema de optar por la mejor solución y de aplicarla cabalmente.
- Ofrecer preparación para enfrentar las dificultades del ingreso al mercado de trabajo.

Entre las medidas que se puede tomar con padres y educadores cabe mencionar las siguientes:

- Reforzar los conceptos de protección familiar y procreación responsable.
- Fomentar la habilidad de reconocer esfuerzos y logros.
- Desarrollar la capacidad de comunicación afectiva con los adolescentes.
- Aclarar los roles desempeñados dentro de la familia y favorecer el establecimiento de límites razonables para cada uno de los miembros.
- Favorecer la presencia de, al menos, un adulto significativo para el adolescente.



Orientaciones para la programación de acciones de promoción de la resiliencia en niños y adolescentes

Objetivos educacionales

Al finalizar el presente capítulo, los integrantes del equipo de salud podrán:

- Proponer a los agentes de salud y a los educadores formas de acción en el ejercicio de su rol que les permitan promover la resiliencia, a nivel individual y a nivel de programa.
- Identificar indicadores de contextos adecuados para la promoción de la resiliencia como parte del desarrollo psico-social de niños y jóvenes.
- Analizar el contexto cultural de cada comunidad y la participación de ésta en las intervenciones del agente de salud y del educador.

Quienes se encargan del cuidado de niños y adolescentes son quienes pueden prestar especial importancia a la estimulación de los pilares de la resiliencia a partir de su interacción con ellos. Esto significa estar atentos para incentivar situaciones en las que niños y jóvenes:

- Sientan afecto y aceptación.
- Desarrollen confianza básica en sí mismos y en el medio en el que se desarrollan.
- Organicen una independencia responsable conforme a sus posibilidades.

Los adultos de una sociedad cuidan y protegen a los más jóvenes desde diferentes roles. Quienes cumplan con la función paterna, maestros y profesores, personal de los centros de salud, animadores de las actividades recreativas en organizaciones de la comunidad (clubes, sociedades de fomento, bibliotecas públicas, etc.), miembros de iglesias encargados de niños y adolescentes, y los adultos que supervisen tareas laborales de jóvenes, todos tienen como responsabilidad dar respuesta a las necesidades básicas de niños y jóvenes. La forma en que cumplan sus roles generará mayor o menor confianza, afecto e independencia.

Los agentes de salud y los docentes habrán de actuar en los casos en que perciban problemas en el cuidado de los niños, antes de que un problema se torne permanente, o promoviendo el desarrollo del niño y su resiliencia. Esas acciones se realizan durante entrevistas planificadas o esporádicas, visitas domiciliarias, visitas al centro de salud, entrevistas con escolares y padres, en situaciones problemáticas entre niños y adultos, al revisar situaciones conflictivas creadas por colegas, etc.

Esas acciones pueden ser aleatorias o planificadas, ya sea en el plano de la atención individual o en el de la comunidad. No deben proponerse como programas aislados, sino que deben integrarse en programas de nutrición, salud y educación. La resiliencia va formándose junto con el desarrollo en un continuo que abarca casi todos los momentos de la vida cotidiana. De allí que los ámbitos en que se puede actuar para fortalecer la resiliencia sean muy variados: la casa, la calle, el comedor infantil o escolar, la escuela, la comunidad, el centro de salud, etc. De allí también que los promotores de esa condición sean diversos: padres, encargados de comedores, agentes de salud profesionales y no profesionales, maestros y educadores formales e informales, familias extendidas, etc.

Un programa diseñado para fomentar la resiliencia debe apoyarse en todo un sistema de desarrollo social y estar dirigido al refuerzo de sus factores protectores, a la formación de la autoestima del joven, al aumento de su competencia social, y al desarrollo de su capacidad de solucionar problemas. Debe ser, por lo tanto, un programa basado en la comunidad y de naturaleza transectorial, porque de esa manera puede abarcar los ámbitos en que se desarrollan las vidas de niños y adolescentes.

Estrategias y sus aplicaciones en casos diversos

El derecho de cada niño a desarrollar su potencial genético ha sido mencionado, muy a menudo, como punto de partida para los programas de la infancia. Desarrollar ese potencial varía según las culturas; los objetivos y resultados específicos son diferentes en cada sociedad. Por esta razón, el propósito principal de un programa de fortalecimiento de la resiliencia es la actitud de los niños cuando enfrentan adversidades y deben transformar sus propios entornos, según la cultura de que se trate. En algunas culturas se recalcará la autonomía; en otras, la autoestima; en otras se fortalecerá la comunicación. Pero en todas se encontrará las dimensiones individuales y sociales de la resiliencia, expresadas como necesidades.

Al satisfacer esas necesidades se produce una interacción entre el niño y su entorno que fortalece al niño y que no puede medirse sólo como la suma de sus impactos. Este aspecto interactivo implica claramente que los programas deben ser polifacéticos e integradores. Por desgracia, hasta ahora predomina la tendencia al enfoque fragmentado, de programas dirigidos a problemas específicos, que deja sin atender la estimulación de la interacción que surge entre cuidadores y niños.

Asimismo, el fortalecimiento de las instituciones debe verse de una manera abierta e integrada. Un trabajo holístico entraña “un enfoque a largo plazo, que brinde oportunidades positivas de desarrollo apropiadas con la edad y experiencia de los participantes, que tome en consideración los problemas familiares y del vecindario, que reconozca que los comportamientos saludables y no saludables ocurren dentro de un contexto determinado que es necesario examinar” (Burt, 1998). La capacitación del personal de un centro de salud u hospital no debe limitarse al tratamiento y prevención de enfermedades, sino que habrá de incluir, siempre, conceptos de desarrollo y promoción de la resiliencia.

La relevancia cultural y su pertinencia

Esta orientación se refiere a que los programas deben estar ajustados a las características sociales y culturales de cada escenario. Se ha visto cómo se ha acumulado abundante información de que no existe ese <<niño universal>>, especialmente en lo que hace a la psicología. De allí que las acciones y ejemplos que se propongan para fortalecer resiliencia, deben estar adecuados a situaciones de la vida cotidiana de cada sociedad.

Por otra parte, los programas tendrán más posibilidades de eficacia y duración si comienzan con criterios y soluciones ensayadas a nivel local. En cada sociedad se asigna mucha importancia a la capacidad para salir adelante con medidas innovadoras nacidas de la propia necesidad. Debe estimularse la capacidad comunitaria para la resolución de problemas.

El respeto de las culturas autóctonas y la utilización de los métodos locales pueden definirse como un planteamiento <<construccionista>> más que <<compensatorio>>. Si la participación de la comunidad es real, la programación será, por definición, constructiva y respetará la cultura. Esta actitud respetuosa debe contribuir al fortalecimiento de la identidad colectiva.

Participación social y base comunitaria de los programas

Más allá de las expresiones retóricas, se ha visto, frecuentemente, en proyectos y programas un aprovechamiento restringido del potencial de la comunidad. Cuando se trata de resiliencia, es esencial asignar un rol protagónico a la propia comunidad.

Una definición más completa de la participación comunitaria en un programa incluirá la movilización y la participación directa de la comunidad en todas sus fases, desde el diseño hasta la ejecución y la evaluación. Esto comporta la existencia y el crecimiento de mecanismos orgánicos a través de los cuales pueda tener lugar la participación. Significa envolver a toda la comunidad, y no sólo a algunos individuos, en un proceso constante de debate y acción.

La diferencia existente entre una perspectiva participativa y una no participativa se refleja en la distinción que se advierte entre <<transmitir mensajes de resiliencia y desarrollo>> y <<discutir todas las cuestiones planteadas en los programas respectivos>>. Análogamente, los programas de desarrollo comunitario, y las actividades realizadas para fortalecer las instituciones, pueden ser altamente participativos y estar controlados localmente, o pueden ser impuestos y carecer, prácticamente, de toda participación en su planificación, ejecución y evaluación.

Por último, la concientización de la opinión pública en general, o la de dirigentes políticos, profesionales y líderes que influyen en la opinión pública, debe concebirse de una manera plenamente participativa. No se trata de indicarle a la comunidad lo que debe valorar o lo que ha de creer, sino que se puede ayudar a que lo dilucide por sí misma, a través de la participación. Esto fortalece su destreza para la resolución de problemas y la confianza en la capacidad colectiva o grupal.

Preguntas relativas a cada intervención

Antes de cada intervención debemos preguntarnos:

¿Es esto beneficioso para los niños o adolescentes?

¿Mejora los vínculos entre el niño/adolescente y su familia?

¿Mejora los vínculos entre la familia y su comunidad?

¿Mejora la perspectiva de los padres respecto a las necesidades del joven?

¿Son los padres partícipes activos en el diseño del programa de su hijo?

¿Son los padres parte de la ejecución del programa de su hijo?

¿Si el programa está dirigido a adolescentes: son los adolescentes partícipes activos en el diseño y la ejecución del programa?

Ejemplo de experiencia de intervención psico-social de tipo preventivo, realizada en la Comuna de Alhué, Chile

El Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer, CEANIM² y MAK³ Consultora S.A., realizaron una intervención psico-social de tipo preventivo en sectores rurales de pobreza de la comuna de Alhué, Región Metropolitana de Chile, entre mayo de 1995 y diciembre de 1996. Esta intervención tuvo la resiliencia como concepto central.

Durante la intervención se reconoció la necesidad de trabajar con aquellos factores y mecanismos, personales y del entorno social, que actúan como protectores en situaciones de adversidad y que conducen a comportamientos resilientes. Esta intervención, de tipo preventivo, se desarrolló mediante acciones educativas orientadas a:

- Reforzar mecanismos y factores protectores en la infancia,
- Promover comportamientos resilientes en los niños y sus familias.

Las acciones se organizaron en proyectos, adoptando modalidades de atención no convencionales, que distan mucho de los sistemas estructurados de educación formal, como, por ejemplo, la sala de clases y/o el jardín infantil. Así, las propuestas adquirieron carácter de innovadoras y creativas.

El foco de la intervención fueron los niños/as de edad preescolar, especialmente aquellos menores de cuatro años por ser éste el grupo más vulnerable al estrés propio de la pobreza y aquel con elevada probabilidad de ser objeto de la revisión producida por la intervención preventiva.

Se incluyó, intencionalmente, a la familia, por que éste es el grupo donde los niños nacen, crecen y se desarrollan. Además, los niños de las edades señaladas sostienen sus primeras interacciones con su grupo familiar.

Intervención preventiva

La intervención incluyó tres proyectos. A continuación se señala la modalidad de trabajo, los protagonistas, los propósitos y los resultados:

2 Corporación privada sin fines de lucro. Creada en 1981, dirige su trabajo a mujeres, niños y familias pobres.

3 Sociedad de profesionales y técnicos.

Trabajo individualizado con madres y sus hijos: Visitas domiciliarias

Beneficiarios: Niños menores de cuatro años y sus madres. Se incorporaron, además, a mujeres embarazadas, iniciándose el trabajo de prevención antes del nacimiento del hijo.

Modalidad de trabajo: El programa consiste en una estrategia educativa basada en la modalidad de atención individual, donde la madre recibe en su hogar, durante ciclos de cuatro a cinco meses, la visita de una monitora (madre capacitada como agente educativa), una vez a la semana y durante 45 a 60 minutos.

Propósitos: Con esa modalidad, se pretende contribuir al desarrollo de conductas resilientes en las madres y sus hijos, y fortalecer los mecanismos protectores. Esto, a través del desarrollo del potencial de la madre para el mejoramiento de su calidad de vida y la de su hijo.

Con esta perspectiva, los objetivos específicos de este proyecto son:

Contribuir a que la madre de niños menores de cuatro años, perteneciente a sectores rurales en contextos de pobreza, logre:

- elevar su autoestima;
- reconocer la importancia de la niñez en el desarrollo humano y, por lo tanto, en el de su hijo;
- comprender que el desarrollo y crecimiento de su hijo son procesos interactivos que se dan entre él y el medio en que vive, a través de varias etapas;
- descubrir las capacidades de su hijo;
- reconocer la necesidad de estimulación temprana de su hijo;
- identificar la importancia del rol materno en el desarrollo de su hijo;
- valorizar sus capacidades y asumir un papel activo-educativo en la crianza de su hijo;
- fortalecer y enriquecer la relación con su hijo;
- favorecer estilos de comunicación adecuada con su hijo (interacción verbal y no verbal, física y emocional);
- ejercitar los elementos capacitadores en cuanto a estimulación temprana, pautas de crianza y patrones de comportamientos reforzadores de los mecanismos protectores;
- obtener información y orientación sobre los servicios de la red comunitaria rural donde vive, y facilitar su integración a ella.

Logros: En relación a los logros del proyecto, es importante destacar el creciente interés de las madres por participar en el proyecto. Cada visita significa para las madres una instancia en que se las acoge y escucha. Así se percibe en el proyecto un desarrollo en el nivel de la autoestima de las madres, especialmente en el rol que desempeñan ante sus hijos. Se aprecia en las madres un reconocimiento de la importancia de estimular el desarrollo de los niños. Sin embargo, ellas no llevan siempre a cabo con sus hijos los ejercicios recomendados.

Juego móvil: Talleres de juego

Beneficiarios: El foco de la intervención son los niños menores de cuatro años; estratégicamente, se incluyeron niños de hasta siete años de edad, como forma de llegar a los más pequeños, en tanto los mayores asumen el rol de líderes y modelos ante el resto del grupo, y cumplen tareas de apoyo al monitor del programa, durante las sesiones del taller.

Modalidad de trabajo: Este proyecto consiste en la creación de un espacio recreativo-educativo ambulante, que se traslada por las localidades de la comuna incorporadas al proyecto, haciendo uso de escuelas rurales y sedes comunitarias. El trabajo se realiza a través de la modalidad de talleres de juego con grupos pequeños de niños (alrededor de diez niños). Cada grupo participa, en ciclos de ocho meses, de una o dos sesiones semanales, con una duración de 90 minutos cada una.

Propósitos: Los propósitos se orientan a crear una instancia de estimulación creativa, recreativa y educativa, basada en el juego y con énfasis en las tareas de desarrollo propias de la etapa correspondiente a los niños de edad preescolar.

En este sentido, se ha considerado el desarrollo de la capacidad lúdica y creativa; del sentido del humor; de habilidades sociales; y de favorecer la relación grupal, como factores claves en el desarrollo de la resiliencia. Se ha pretendido también que los participantes experimenten formas variadas de juego, y que desarrollen actividades recreativas que motiven la expresión de sentimientos y emociones, que estimulen el trabajo corporal y faciliten el proceso de aprendizaje a través de juegos tradicionales, corporales, expresivos, orales y socio-dramáticos.

Logros: A través de las sesiones de juego colectivo se reforzaron los procesos de aprendizaje previos al ingreso a la escuela y se difundió la importancia de ésta. Ese trabajo permite observar avances en los niños, a través de actividades, tales como:

- asistencia regular a las sesiones;
- alta motivación por participar;
- adaptación al trabajo grupal, considerando la corta edad de los niños y las condiciones socio-culturales;
- concentración progresiva en las tareas propuestas;
- incorporación de juegos progresivamente más complejos;
- desarrollo de habilidades motrices y cognitivas;
- incorporación de la rutina de trabajo;
- un ambiente grupal cálido y acogedor.

Los contenidos a los que se presta importancia especial en esta estrategia son aquellos que indican la realización de un trabajo directo sobre factores como los siguientes:

- desarrollo de la afectividad;
- refuerzo de la autoestima del niño;
- valoración de sus pares en las relaciones;
- trabajo en grupo, confianza y respeto;
- sentido de pertenencia a un grupo;
- sentido del humor, al favorecer la capacidad lúdica, la imaginación y la creatividad;
- expresión de sentimientos y emociones;
- desarrollo de relaciones con otros a través de juegos libres, y en el establecimiento de normas y límites.

Talleres para padres

Beneficiarios: Familias de niños participantes en el Proyecto Juego Móvil.

Modalidad de trabajo: Se incorporó la modalidad de talleres grupales dirigidos a los padres o a figuras sustitutas de los niños participantes en el proyecto.

El taller consta de sesiones mensuales de capacitación, donde el método utilizado consiste de técnicas lúdicas, y activo-participativas, que promueven el rescate de la experiencia y de los conocimientos de los participantes. Los monitores conducen la sesión y refuerzan los contenidos considerados como importantes. Se hace entrega de material de apoyo escrito a los padres, tanto para traspasar los contenidos tratados a los demás integrantes del grupo familiar, como para reforzar lo discutido en la sesión.

Propósitos: El propósito es de incorporar al grupo familiar y, en definitiva, a la comunidad local, como unidad de intervención preventiva. Al incorporar el trabajo grupal con las figuras adultas más cercanas a los niños, se pretende fomentar conductas resilientes y favorecer el desarrollo de los mecanismos protectores, complementariamente al trabajo realizado con los niños en los talleres de juego.

También se espera reforzar la posibilidad de establecer redes sociales y de participar en ellas como fuente de apoyo para los padres y, por lo tanto, para los hijos, y a tener el papel de amortiguador en casos de maltrato de los niños.

El objetivo específico es aplicar contenidos que apoyen las pautas de crianza y analizar de cerca la forma en que los padres enfrentan las conductas de sus hijos.

Logros: Las sesiones han logrado suscitar un elevado interés por los temas entre las familias. Durante las sesiones se ha logrado formar un ambiente ameno con muestras de sentido del humor y creatividad crecientes.

En el uso de técnicas lúdicas y activo-participativas, se enfatizó la importancia del juego en el desarrollo del niño y cómo pueden promoverlo los adultos.

Conclusiones

Los métodos innovadores aplicados en la intervención preventiva desarrollada en Alhué han logrado motivar la participación de los beneficiarios. Las figuras adultas, que asumen los roles parentales de los niños beneficiarios de los proyectos, han asimilado competencias tendientes a favorecer la crianza de sus hijos. Las madres han asumido la importancia que les da el rol educativo en la crianza de sus hijos, lo que las ha motivado a solicitar que se aborden temas pertinentes en las sesiones de capacitación. A modo de ejemplo, algunas familias, reconociendo la importancia de estimular el desarrollo de los niños, gestionaron la incorporación de sus hijos al único centro preescolar formal de la comuna.

Sobre la base de la experiencia acumulada durante el proyecto, se desprende que los contenidos trabajados con los participantes se orientan directamente a la promoción y al refuerzo de los factores protectores. El juego, la estimulación temprana y la capacitación de las familias, han permitido desarrollar una intervención preventiva donde el panorama esperanzador de la resiliencia toma forma no sólo en el aspecto teórico, sino, también, en la práctica diaria.

Bibliografía

- Benard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School and Community*. North West Research Centre, Portland, Oregon, EE.UU.
- Blos, P. (1973). *La transición adolescente*. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
- Burt, Martha, Ph.D. *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* OPS, Fundación W.K. Kellogg (1998).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press. Cambridge, Gran Bretaña.
- Cusminsky, M., Lejarraga, H., Mercer, R., Martell, M., y Fescina, R. (1993). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. OPS – PALTER, No.33. Washington D.C., EE.UU.
- Erikson, E. (1966). *Infancia y sociedad*. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Fergusson, D.M. y Lynskey, M.T. (1996). "Adolescent Resiliency to Family Adversity." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol.37, No.3.
- Freud, S. (1967). *Una teoría sexual*. Vol.1, Obras Completas. Editorial Nueva Madrid, Madrid, España.
- Garnezy, N. (1991). "Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty." *American Behavioural Scientist*. Vol. 34, No.4.
- Grotberg, E. y Suárez Ojeda, E.N. (1996). "Promoción de la resiliencia en los niños". En *Medicina y sociedad*. Vol. 19, No. 2. Buenos Aires, Argentina.
- Grotberg, E. (1996). "Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano". Traducido por Suárez Ojeda. Fundación Bernard Van Leer, La Haya, Países Bajos.
- Grotberg, E (1995) "A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit" *Early Childhood Development: Practice and Reflections*. Number 8. Bernard Van Leer Foundation, La Haya, Países Bajos.
- Grotberg, E. (1993). *Promoting Resiliency in Children: A New Approach*. University of Alabama at Birmingham. Civitan International Research Center. Alabama, EE.UU.
- Hetherington, E. (1985). "Vulnerability and Resilience in Adolescence: Views from the Family." *Journal of Early Adolescence*. Vol. 5, No.1.
- Kagan, J.(1991). Presented at the Fostering Resilience Conference. Institute for Mental Health Initiatives. Washington D.C., EE.UU.
- Kotliarenco, M. A. y Dueñas, V. (1992). "Vulnerabilidad versus resiliencia: Una propuesta de acción educativa". *Derecho a la infancia*, 3er. Bimestre. Santiago, Chile.
- Kotliarenco, M. A., Alvarez, C., y Cáceres, I. (1995). "Una nueva mirada de la pobreza". En la persona menor de edad como prioridad en la agenda mundial: ¿Qué es lo necesario? Foro Mundial 1995. Puntarenas, Costa Rica.
- Kotliarenco, M.A., Alvarez, C., y Cáceres, I. Editoras (1996). *Resiliencia: Construyendo en adversidad*. CEANIM, Santiago, Chile.
- Lösel, F., Bliesener, T., Kferl, P. (1989). "On the Concept of éInvulnerability: Evaluation and First Results of the Bielefeld Project." En Brambring, M.; L^esel, F.; Skowronek, H. *Children at Risk: Assesment, Longitudinal Research and Intervention*. Walter de Gruyter, Nueva York, EE.UU.
- Luthar S. y Zingler, E. (1991). "Vulnerability and Competence: A Review of Reserch on Resilience in Childhood." *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 61, No. 1.
- Maddaleno, M., Munist, M., Serrano, C., Silber,T., Suárez Ojeda, E. y Yunes, J. (1995). *La salud del adolescente y el joven*. Publicación Científica No. 552. OPS/OMS. Washington, D.C., EE.UU.
- Milgram, N.A. (1992). *Psycho-social Characteristics of Resilient Children*. University Press. Tel Aviv, Israel.
- Mrazek, P. y Mrazek, D. (1987). "Resiliency in Child Maltreatment Victims: A Conceptual Exploration." En *Child Abuse and Neglect*. Vol. 2.
- Myers, R. (1993). *Los doce que sobreviven*. P.C. 545. OPS/UNICEF, Washington, D.C., EE.UU.
- Myers, R. (1993). *Hacia un porvenir seguro para la infancia*. UNESCO, Barcelona, España.

- Osborn, A. (1990). "Resilient Children: a Longitudinal Study of High Achieving Socially Disadvantaged Children." *Early Child Development and Care*. Vol. 62.
- Osborn, A. (1994). *Resiliencia y estrategias de intervención*. BICE, Ginebra, Suiza.
- Rutter, M. (1987). "Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms." *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 57, No. 3.
- Rutter, M. (1993). "Resilience: Some Conceptual Considerations." *Journal of Adolescent Health*. Vol. 14, No. 8.
- Suárez Ojeda, E.N. (1993). "Resiliencia, o capacidad de sobreponerse a la adversidad". *Medicina y sociedad*. Vol. 16, No. 3. Buenos Aires, Argentina.
- Suárez Ojeda E.N. y Krauskopf, D. (1995). *El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente: Una perspectiva psico-social*. Publicación Científica No. 552, OPS/OMS. Washington, D.C., EE.UU.
- UNESCO (1994). *Hacia un porvenir seguro para la infancia*. Barcelona, España.
- Valdés Correa, M. (1996). *Resiliencia en adolescentes*. Proyecto FONDECYT, Santiago, Chile.
- Vanistendael, S. (1994). *La resiliencia: Un concepto largo tiempo ignorado*. BICE. Ginebra, Suiza.
- Vanistendael, S. (1995). "Cómo crecer superando los percances". *Cuaderno BICE*. Ginebra, Suiza.
- Werner, E. y Smith, R. (1982). *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. McGraw Hill, Nueva York, EE.UU.
- Werner, E. (1989). "High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years." *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 59, No.1.
- Werner, E. (1993). "Protective Factors and Individual Resilience." En Meisels, S. y Shonkoff, J. (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention* (1993). Cambridge University Press. Nueva York, EE.UU.
- Wolin, S. y Wolin, S. (1993). *The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity*. Villard Books, Washington, D.C., EE.UU.

OPCIÓN GRUPAL



Trabajo grupal para equipos de salud

Psicóloga Francisca Infante E.



“Un manual de capacitación es muy parecido a un recetario. El cocinero o cocinera, según su personalidad, estilo culinario y experiencia, puede seguir las instrucciones al pie de la letra, hasta el último ingrediente, o añadir esto o lo otro para que la receta resulte más interesante. Con el tiempo, quien cocina puede prescindir totalmente de las instrucciones o seguir experimentando. Uno de los desafíos para instructores y facilitadores es encontrar su propio estilo y explorar diferentes métodos”.

(Taller de Género, Salud y Desarrollo. OPS, enero de 1997).

Introducción

La opción grupal que se presenta en este manual consiste en un taller participativo, donde se proponen una serie de actividades que permiten incorporar el concepto de promoción de la resiliencia a la experiencia profesional y personal de los trabajadores de la salud.

Desde la perspectiva de la resiliencia, es fundamental observar cómo cada uno interpreta su vida; no es una respuesta única ante los sucesos de la vida. Por eso, es muy importante que la promoción de la resiliencia se base en cada individuo, pero considerando las características y recursos de cada comunidad. En el desarrollo del taller se asume que la promoción de la resiliencia es una estrategia para el logro de un desarrollo sano, lo que implica la necesidad de un enfoque integral y de una atención multidisciplinaria que engloben todos los factores que están presentes, implícita o explícitamente, en la práctica profesional de cada uno.

Una vez que se conozca el concepto, es posible relacionar la resiliencia con muchas personas conocidas que han sabido enfrentarse a situaciones de adversidad y que han sido capaces de sobreponerse a ella, y hasta aprender de la dificultad o del riesgo. También, la resiliencia está presente en la cultura popular de algunos países, donde se evidencia en dichos como “hacer de tripas corazón”, “no hay mal que por bien no venga”, “a mal tiempo buena cara”, “no hay mal que dure cien años”, etc. (Donas, 1995).

Lo más probable es que los agentes de salud estén promoviendo la resiliencia de alguna u otra manera. Por eso, la opción grupal busca recoger la experiencia de aquellas personas que estén en contacto directo con niños y jóvenes y relacionarla con nuevos componentes conceptuales.

La opción grupal busca, asimismo, que los colegas o miembros de un mismo programa de salud o comunidad, se reúnan para cuestionar su forma de trabajo, los paradigmas que utilizan y, a partir de esto, plantear nuevas líneas de acción que se aproximen cada vez más a una perspectiva de desarrollo integral.

El taller participativo está dividido en cuatro sesiones de tres horas cada una. Los métodos que se aplican permiten integrar la experiencia personal y laboral con los componentes conceptuales. El

número ideal de participantes es de 20 a 30, organizados en dos o cuatro grupos pequeños.

En la sesión número uno se busca introducir el concepto de resiliencia en los esquemas conceptuales preexistentes. Para esto es necesario tener en cuenta los estereotipos que cada uno utiliza y así hacer las distinciones entre el enfoque de resiliencia y su complementariedad con el enfoque de riesgo.

En la sesión número dos se identifica aquellas características resilientes y se plantea las aportaciones que cada participante puede hacer, según su experiencia. Se asume que al estar uno consciente de las diferencias individuales, es posible compartirlas y concebir un trabajo multidisciplinario.

En la sesión número tres, el enfoque de resiliencia se centra en una perspectiva de desarrollo psicosocial, donde el foco de atención está en el niño y en el adolescente, tomados como individuos totales: con aspectos biológicos, sociales, psicológicos, y factores de riesgo y de protección, frente a los cuales los trabajadores de la salud pueden generar acciones que permitan la promoción de la salud y, específicamente, la promoción de la resiliencia.

Una vez que se haya analizado la propia experiencia y se haya revisado los conceptos relacionados con el enfoque de resiliencia, es posible diseñar acciones para la promoción de ésta.

La sesión número cuatro sirve para entregar orientaciones programáticas y para efectuar el análisis particular de los programas en que los participantes están insertos.

La quinta sesión, o un espacio de la cuarta, quedará destinada exclusivamente para hacer una evaluación y tener una conversación libre, respecto a las sesiones y al concepto general del taller.

“Un manual de capacitación es muy parecido a un recetario. El cocinero o cocinera, según su personalidad, estilo culinario y experiencia, puede seguir las instrucciones al pie de la letra, hasta el último ingrediente, o añadir esto o lo otro para que la receta resulte más interesante. Con el tiempo, quien cocina puede prescindir totalmente de las instrucciones o seguir experimentando. Uno de los desafíos para instructores y facilitadores es encontrar su propio estilo y explorar diferentes métodos”. (Taller de Género, Salud y Desarrollo. OPS, enero de 1997).

Guía para facilitadores

En la opción grupal el objetivo principal es introducir el concepto de resiliencia a partir de los conocimientos que los trabajadores de la salud han adquirido en su propia experiencia, tanto laboral como personal. De este modo, la tarea de facilitar tiene como finalidad que las personas participen activamente en la incorporación de este nuevo concepto y que cuestionen las ideas y paradigmas con los cuales trabajan, generalmente basados en el enfoque de riesgo. Para lograr una participación activa en el taller, se emplean diferentes actividades en las sesiones, actividades que permiten variaciones en la manera de aprender.

La propuesta de la opción grupal ofrece una serie de métodos y técnicas para lograr los mismo objetivos. Elija la que le resulte más cómodo, y con la cual tenga mayor garantía de obtener buenos resultados. El método y el tiempo hay que adaptarlos y ensayarlos, igual que una receta de cocina. Los ingredientes básicos seguirán siendo los mismos. El facilitador tiene plena libertad de adaptar las actividades del taller para convertirlo en un taller creativo y dinámico, que cumpla con los objetivos planteados en cada sesión. Los objetivos del facilitador son: generar la máxima participación posible, respetar las experiencias de los participantes, e incorporar el concepto de resiliencia en la labor diaria de las personas que trabajan con niños y adolescentes.

IMPORTANCIA DE LOS OBJETIVOS DE LAS SESIONES

El facilitador debe tener siempre presentes esos objetivos. Es lo que le permite realizar una sesión congruente y compacta. También ayuda a los participantes, ya que les recuerda el camino que hay que seguir, y la noción de avance y aprendizaje.

Se recomienda que los objetivos se planteen al principio de la sesión para volver a repasarlos en el cierre o en la evaluación. Un excelente recurso es dedicar permanentemente una sección del piza-

rrón, o un cartel, a los objetivos. Esto sirve de guía y recordatorio para usted y los participantes, quienes pueden leerlos a medida que avanza la sesión.

IMPORTANCIA DE LOS OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES

Cada sesión tiene una o dos actividades prácticas que el facilitador coordina. Son procedimientos novedosos que se aplican para el logro de los objetivos generales de cada sesión. Se recomienda que se anoten junto con sus objetivos de la sesión, como guía explícita de lo que se busca en cada actividad. Los objetivos de cada actividad deben ser repasados en las etapas de cierre y evaluación.

MENSAJE

Es una breve explicación que hace el facilitador acerca de las ideas que hay detrás de cada sesión. Es la síntesis que integra el contenido de cada capítulo, los objetivos de cada sesión y los objetivos de cada actividad.

TÉCNICA*

Identificación: Se recomienda que todos los integrantes del taller tengan un distintivo con su nombre, pegado en un costado del pecho. Esto permite llamar a las personas por su nombre y relacionarse con ellas en forma más personalizada, lo que crea un ambiente agradable.

Trabajo en parejas: El facilitador invita a los participantes a que formen parejas para presentarse, tratar un tema que surja durante el taller, analizar una pregunta concreta formulada por el facilitador (preparada de antemano). Si se emplea este método varias veces durante el taller, conviene cerciorarse de que las parejas cambien sus integrantes en cada ejercicio, ya que esto ayuda a que los participantes se conozcan mejor entre sí.

*Gran parte de las ideas y de la descripción de las técnicas que aparecen en esta sección han sido tomadas del Taller sobre género, salud y desarrollo, OPS, enero de 1997.

Ventaja: Permite la comunicación directa entre participantes, lo que aumenta la cohesión del grupo. Puede ser que requiera discusión. Se les pide a los participantes que se reúnan en parejas, analicen la pregunta durante unos minutos y luego expongan sus conclusiones en un debate, en plenaria. De esta forma se puede analizar un tema y explicarlo mejor que si quien instruye presenta individualmente sólo su punto de vista o sus ideas al respecto.

Desventaja: Puede consumir demasiado tiempo cuando se emplea para contestar preguntas de los participantes y, aunque es un medio útil, puede ser obstáculo para el control del tiempo. Es preferible emplear este método con mesura para que surta el mejor efecto.

Trabajo en grupos pequeños: La opción grupal incorpora el trabajo de grupos pequeños en todas sus sesiones. Se utiliza para hacer ejercicios breves. Esta herramienta pedagógica es muy importante para promover la participación activa, además de ser una técnica clave de capacitación. Proporciona un cambio importante en la discusión plenaria, y es una de las maneras claves de aumentar la comprensión, la discusión y las habilidades. También permite que las personas tímidas tengan la oportunidad de expresar sus opiniones.

Se debe limitar cada grupo a seis integrantes. Este número proporciona suficiente variedad, y reduce al mínimo el tiempo para la discusión y la duración de la presentación en plenaria.

Se necesitan varias salas o un salón lo suficientemente grande para que los participantes se subdividan en grupos de seis, con suficiente espacio entre uno y otro para permitir un trabajo grupal sin distracciones. Es recomendable que se cambie la composición de los grupos en cada sesión; de esta manera el participante aprende de distintos compañeros, conoce sus opiniones y se genera un ambiente suficientemente participativo y variado.

Proceso: Es necesario plantear de antemano las preguntas y las pautas de trabajo. Se puede hacer dando una hoja por persona o por grupo, que contenga:

- Los objetivos de la sesión

- Los objetivos de la actividad
- Las instrucciones de la actividad
- La pauta de trabajo
- El tiempo que se tiene para trabajar en grupo

Cada grupo debe nombrar un relator y un secretario que tome notas y escriba sus conclusiones. Los facilitadores deben hacer rondas, al comienzo, para cerciorarse de que cada participante comprenda el ejercicio. También se recomienda que tomen nota de las actitudes y dinámicas que observan en la sala; a veces esas notas sirven para las conclusiones y la evaluación. Además, deben avisar a los grupos, en varias ocasiones, cuánto tiempo les queda y hacerlo por lo menos a la mitad del tiempo asignado, y diez y tres minutos antes de que tengan que regresar a plenaria.

De vuelta en plenaria, los grupos exponen el trabajo realizado. Se solicita que algún grupo se ofrezca como voluntario para presentar el primer informe (en lo posible, sólo las conclusiones). Se concede, por lo general, cinco minutos a cada grupo para la presentación de sus conclusiones. Cuando la presentación del grupo haya terminado, se pregunta si los demás integrantes del grupo tienen algo que agregar, pero solamente para aclarar la presentación. El debate se realiza después de que todos los grupos hayan terminado sus presentaciones. Este proceso se repite con cada grupo.

Es fundamental que el facilitador vaya escribiendo lo que dicen los participantes en un cartel o pizarrón, y lo que exponga en la sección de conclusiones y cierre, a modo de integración de los contenidos que fueron presentados. En lo posible, con el nombre de la persona que lo dijo, lo que ayuda a mantener la atención y a dar un reconocimiento.

Grupos de examen rápido: Estos son grupos informales que pueden integrarse cuando el facilitador formula una pregunta importante, pero compleja, y no quiere ser el experto. Se pide a quienes participan que integren grupos de dos o tres personas para examinar la pregunta, y se les da tiempo para que expresen sus opiniones. El tiempo asignado debe ser breve: unos cinco minutos. También se puede recurrir a estos grupos de examen rápido para interrumpir una presentación

en plenaria. Hay que pensar con antelación en las preguntas que se va a plantear y escribirlas en un cartel o una pizarra.

Presentación en plenaria: En la opción grupal, las presentaciones en plenaria se utilizan para exponer el trabajo realizado en grupos pequeños y así generar discusión al respecto para introducir nuevos elementos conceptuales. Estas presentaciones:

- Introducen un contraste con las otras técnicas utilizadas en el taller.
- Permiten presentar la información en poco tiempo y combinarla con los ejercicios que se realizan antes o después de la plenaria.
- En un taller bien equilibrado se limitará el número de sesiones organizadas como clases formales, y se limitará a la transmisión de información y conocimientos.

Clase expositiva en plenaria: En la opción grupal habrá sesiones en las que se imparten clases expositivas, así como breves presentaciones en plenaria. Estas últimas son preferibles debido a su corta duración, por lo que es más fácil asimilar información, y suelen ser un medio sumamente eficaz para presentar un tema.

Dentro de esas clases que se proponen, se han incorporado actividades breves que permiten que sean más entretenidas y dinámicas. A continuación se da algunos consejos útiles para que la clase formal o breve sea lo más interesante posible.

Contenido:

1. Declaración de los objetivos desde el principio.
2. Personalización de contenido, experiencias e ilustraciones.
3. Integración de anécdotas, humor, ejemplos y metáforas.
4. Revelaciones que mantengan la atención.
5. Repetición de los mensajes fundamentales de diferentes maneras.
6. Resumen de los conceptos principales al final.

Preparación:

1. Prepararse plena y cabalmente.
2. Buscar bibliografía complementaria.

3. Escribir los conceptos sobresalientes en un cartel o pizarrón y apuntar las indicaciones importantes.

Técnica:

1. Repasar de antemano el material para presentarlo sin leer.
2. Preparar y verificar las ayudas visuales.
3. Variar la voz y el ritmo.
4. Evitar estar de pie sólo en un lugar, como pronunciando un discurso.
5. Mantener el contacto visual, pero con todo el grupo.
6. Hablar en voz alta y clara, en tono de conversación.
7. Concluir a tiempo.

Envolvimiento indispensable de los participantes:

1. Lograr que formulen preguntas.
2. Plantear una pregunta y pedirles que se dividan en parejas o grupos de examen rápido durante tres minutos para que la discutan y contesten.
3. Asignar de antemano una lectura corta.
4. Solicitar su participación para que corroboren aseveraciones del facilitador compartiendo sus experiencias y anécdotas.
5. Replantear al grupo preguntas formuladas por un participante.
6. Empezar con una lluvia de ideas.

Lluvia de ideas: Esta técnica da opciones a que cada participante exprese espontáneamente sus ideas. Así, se generan ideas innovadoras y fructíferas. Consiste en que el facilitador plantea una pregunta o un caso y solicita de los participantes sus respuestas espontáneas, en voz alta. Nada de censura. Todo se escribe en el pizarrón o en un cartel, inclusive las respuestas repetidas. El objetivo es generar tantas ideas como sea posible en el mínimo de tiempo. Los participantes se adaptarán al ritmo del ejercicio con rapidez y entusiasmo. Cuando se acaba el tiempo, el facilitador le pide al grupo que clasifique las respuestas por tema, empleando marcadores de colores o asignando letras a cada idea. Al final se pueden eliminar las repeticiones y, si se desea, dar un orden de las ideas. Sigue el debate en grupo, durante el cual se puede hacer hincapié en algunos conceptos, descartar

otros, hasta que se logra el consenso del grupo.

Algunas normas:

1. Plantear concretamente un problema, un caso o una pregunta.
2. Escribir las ideas en el pizarrón.
3. Si se graba, no se edita ni se comenta.
4. Sólo se puede hacer comentarios generales y pertinentes.
5. Mantener un ritmo rápido.
6. Pedir a los participantes que no se autocensuren. Decirles que algunas de las mejores ideas son las espontáneas.

Preguntas: Se puede fijar un momento determinado para las preguntas y el debate; por ejemplo, al final de una clase formal durante la plenaria. En efecto, en los talleres de capacitación con participación activa, las preguntas son fundamentales y necesitan fomentarse.

Sin embargo, hay riesgos:

- Participantes a quienes les gusta hablar mucho, y que hacen preguntas constantemente, aunque éstas no sean pertinentes
- Preguntas pertinentes a las que habría que dedicarle mucho tiempo y así alterar el horario de la sesión
- Preguntas que se convierten en comentarios
- Preguntas que suscitan un debate activo

“Estacionamiento”: Hay preguntas que se pueden responder más adelante en el taller, porque consumen mucho tiempo en una sesión determinada. Cuando esto suceda, “estacione” la pregunta en el pizarrón o en un cartel para responderla después. Algunas de esas preguntas dejarán de ser candentes, otras se responderán en el transcurso del taller y las que todavía estén pendientes pueden contestarse al final si todavía se considera necesario. Este es un mecanismo útil para controlar el tiempo sin que los participantes sientan que se los hizo a un lado.

Devolución de preguntas: A veces un facilitador no está seguro de cómo responder a una pregunta; a veces la pregunta es clave y surge cuando la concentración está decayendo. En ese caso, devuélvale la pregunta al grupo.

Cómo manejar a una participación dominante:

1. Decir con amabilidad, pero con firmeza, que las demás personas también necesitan la oportunidad de preguntar.
2. “Estacionar” sus preguntas mientras se elogia su entusiasmo.
3. Sugerirle la posibilidad de conversar con él posteriormente y de aclarar sus dudas, si parece que los demás no están interesados en la pregunta. A menudo, una vez que se esté cara a cara con la persona que le hizo la pregunta, perderá interés en ella.
4. Recurrir al humor para mitigar la tensión o el resentimiento que pueda estar acumulándose entre otros participantes que se sienten dominados.
5. Formar grupos de examen rápido con mayor frecuencia.
6. Cerciorarse de que la persona dominante pase de un grupo pequeño a otro, para que nadie tenga que “tolerar” a uno de esos participantes durante todo el taller.
7. Si insiste en preguntar, y se está acabando el tiempo, pedir a todo el grupo que decida si le gustaría seguir con ese tipo de preguntas, aunque se pierda el contenido de la sesión. De esta forma, la participación del grupo es lo que detiene los procedimientos, y no el facilitador.

TIEMPO

Uno de los elementos más importantes para que un taller funcione sin problemas (y, a menudo, uno de los más difíciles de lograr) es ceñirse estrictamente al horario. Hay que programar los componentes del taller con sentido de realidad para que los facilitadores no se vean atrapados. Se recomienda tener un reloj a la vista.

Es importante lograr un equilibrio entre la necesidad de que los participantes contribuyan con sus preguntas, comentarios y anécdotas, y la necesidad de avanzar y cubrir eficientemente el contenido íntegro.

Uno de los mejores comentarios que se puede recibir en la evaluación es que el tiempo es demasiado corto, pero que la organización del taller ha sido eficiente y se ha cubierto el material.

Durante el trabajo en grupo, hay que avisar, a intervalos regulares, cuánto tiempo queda.

Durante clases breves, sesiones de evaluación y plenarias, se debe recordar a los participantes de cuánto tiempo disponen para la sesión. Si están enfrascados en un tema, y están teniendo dificultades para captarlo y desean continuar, deténgalos y pídeles su opinión acerca de si desean seguir trabajando. Puede ser que tengan que quedarse después del tiempo programado. Los participantes necesitan tomar su propia decisión sobre eso. A menudo optarán por permanecer más tiempo si creen que están obteniendo resultados valiosos de la sesión.

MATERIALES

Dentro de la opción grupal el uso de los materiales depende de los recursos existentes y de la propia creatividad del facilitador. Lo más importante es la claridad con la que se exponen los contenidos y que éstos estén preparados a tiempo para la sesión.

Carteles: Este es material de apoyo visual que facilita la interacción con los participantes. Se pueden escribir antes de que la sesión comience y, luego, ir complementándolos a medida que ésta avanza. Si son carteles movibles, se pueden pegar en las paredes para usarse después, para ver varias hojas al mismo tiempo o para consultarlas en sesiones posteriores.

Preparación y uso:

1. Prepararlos de antemano, inclusive aquellos que van a emplearse para la lluvia de ideas o para las conclusiones en plenaria, las que sólo necesitan el título.
2. Es indispensable que la escritura sea legible y grande (las personas que estén en el fondo del salón tienen que verlas sin esfuerzo).
3. Agregar colores y subrayar.
4. Apuntar anotaciones a lápiz en las hojas del cartel para eliminar tarjetas u hojas sueltas.
5. Colocarse a un lado para no darles la espalda a los participantes.
6. Tener plumones frescos y cinta adhesiva a mano (tiza o tachuelas, dependiendo del material que utilice).

Hojas con el proceso: Cada participante o grupo

pequeño debe tener una hoja donde se explicita el proceso que se debe seguir en la sesión. Debe incluir los objetivos, el mensaje, las instrucciones y la pauta de trabajo de cada actividad. Para esto se recomienda hacer una adaptación de esta opción grupal, donde se obvian los comentarios que van dirigidos al facilitador. Otra posibilidad es que cada participante sea un multiplicador y repita esta experiencia con otros trabajadores de la salud o, incluso, la utilice como idea de actividades con niños y jóvenes.

CONCLUSIONES

Estas son fundamentales para conducir a buen fin el taller. Una vez que se hayan realizado todas las actividades programadas, las conclusiones permiten integrar y, a veces, concretar los diferentes contenidos de la sesión. En cada actividad, se sugiere una pauta de conclusiones en la cual centrar la discusión, para resumir las principales ideas y los objetivos de la sesión.

El rol del facilitador es determinante. Debe permitir una discusión activa y, al mismo tiempo, debe facilitar la integración de los contenidos. Tiene la opción de darles la tarea de concluir a los participantes, o puede hacerlo a modo de síntesis. En ambos casos, se recomienda:

- Que el facilitador tenga muy claros los objetivos de la sesión y, basándose en éstos, facilite o diseñe una síntesis.
- Que se relacionen en sí los comentarios que los participantes han realizado durante la discusión o durante la sesión en general.
- Que la lectura de los objetivos al final de las conclusiones sirva como cierre de la sesión.

EVALUACION

Es importante que exista una evaluación después de cada sesión y una al final del taller. Esto permite tener una devolución de la experiencia, no repetir los mismos errores y dar espacio para opiniones que no hayan sido dadas durante el desarrollo de las sesiones.



Puede ser en términos de:

1. Resultados esperados o cumplimiento de objetivos.
2. Experiencias personales.
3. Lo que más gustó y lo que menos gustó del taller o de la sesión.
4. Dificultades que se presentaron.
5. Acuerdos o desacuerdos con los conceptos planteados.
6. Que si ha servido para ampliar conocimientos.
7. La estructura de las actividades en cuanto a tiempo, claridad de contenidos, objetivos, etc.

El concepto de resiliencia aún está en vías de desarrollo; por lo tanto, es muy importante ir generando una sistematización de los estudios y actitudes que genera en los trabajadores de la salud. La evaluación de este tipo de taller permite una estructura común como base para suscitar la discusión de lo que está ocurriendo en los diferentes países y programas de América Latina.



CAPITULO I

Concepto de resiliencia

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Conocer la noción de resiliencia según varios autores
- Señalar la complementariedad que hay entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo
- Diferenciar los factores de riesgo y los factores protectores

OBJETIVO DE ESTA ACTIVIDAD

Abrir un espacio de diálogo en torno a nuestras representaciones sociales asociadas con ser joven.

MENSAJE

Como mejor podemos observar lo que hay de complementario entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo, es revisando los estereotipos sociales relacionados con ser joven. Centrarnos en un enfoque de resiliencia permite observar los potenciales individuales y trabajar con ellos para el logro de un desarrollo sano.

MÉTODO Y TIEMPO

1. Presentación, 30 minutos.
2. Trabajo en grupos pequeños: “Juventud divino tesoro, ¿o embrollo?” o “juego de las tarjetas”, 45 minutos.
3. Recreo, 15 minutos.
4. Clase expositiva 45 minutos.
5. Conclusiones 15 minutos.
6. Evaluación de la sesión 15 minutos.

MATERIALES

Actividad 1.2, un mazo de tarjetas por grupo de trabajo.

PROCESO**Presentación**

Se recibe a los participantes y se les da la bienvenida. (15 minutos). El facilitador expone los objeti-

vos que persigue el taller, enfatizando las posibilidades de conocimiento personal y grupal que la experiencia les ofrece. Debido al método de trabajo, es necesario recalcar la importancia del compromiso, del respeto y de la confidencialidad, en los casos en que sea necesario. Para facilitar el conocimiento entre los integrantes y para generar un ambiente de confianza, se realiza la dinámica inicial:

Y tú, ¿quién eres? (20 minutos)

El grupo se forma en círculo y cada uno se prende en el pecho un distintivo con su nombre. Por turno, cada participante se presenta dando un paso hacia adelante diciendo su nombre y dando su signo zodiacal, haciendo una mímica acerca de éste. Por ejemplo, un pisciano pondrá cara de pescado, un leo dará un rugido, etc. Luego, los compañeros imitarán la forma en que la persona se presentó. Esto se realiza con todos los integrantes, alternando presentación con imitación.

Otra alternativa es cambiar el signo zodiacal por una característica que rime con el nombre.

Por ejemplo: “Anita la bonita”, o “Ramón el guapetón”. Siempre acompañado de la mímica, ya que esto genera un ambiente de confianza, a la vez que permite conocer la actitud de cada participante.

Se puede aprovechar esta oportunidad para agruparse en grupos pequeños, de acuerdo a características comunes, por ejemplo, signos de agua, tierra, fuego y aire, que estén representados en cada grupo.

Introducción a la sesión de hoy (10 minutos)

Se leen los objetivos y se procede a la siguiente actividad. Si aparecen muchas preguntas, se recomienda utilizar el “estacionamiento” ya que la actividad debe ser lo más espontánea y desprejuiciada que se pueda.

Trabajo en grupos pequeños

Actividad 1.1 “Juventud divino tesoro, ¿o.... embrollo?”

Instrucciones:

A. (15 minutos) Se divide el grupo en dos o cuatro equipos (en principio, de no más de seis personas cada uno). Si son cuatro grupos, cada uno responde una pregunta acerca de cada situación.

Grupo 1. Ustedes son un grupo de amigos, de entre 13 y 15 años, que viven en el mismo barrio y tiene un grupo de música. Aunque, lo único que quieren es poder tocar en la plaza o en el gimnasio del barrio, están conscientes de que existen algunos riesgos que es necesario aclarar en la reunión con la directiva vecinal. Hoy se han reunido para resolver la existencia de:

- Cuatro razones a favor del concierto
- Cuatro razones en contra del concierto

Grupo 2. Ustedes son la directiva de la junta de vecinos. Un grupo de jóvenes del barrio les ha escrito una carta solicitando la posibilidad de que su grupo de rock tenga un concierto en la plaza o en el gimnasio del barrio. Si bien van a tener una reunión con ellos, ustedes han decidido prepararse con anterioridad para resolver las ventajas y desventajas de esa actividad. Quieren resolver la existencia de:

- Cuatro razones a favor del concierto
- Cuatro razones en contra del concierto.

B. (15 minutos) Una vez que cada grupo haya respondido las preguntas, se procede a exponerlas en una reunión entre los jóvenes y la junta de vecinos. Ambos grupos deberán discutir respecto al concierto y llegar a una solución.

El facilitador se encarga de coordinar la discusión y otra persona deberá estar tomando nota respecto a los juicios que aparezcan en la conversación.

Plenaria:

(15 minutos) Una vez que se haya llegado a un acuerdo, se propone una conversación en torno a las siguientes ideas:

- Comparar las ventajas de lo propuesto por el grupo de jóvenes con las ventajas del grupo de adultos. La idea o el estereotipo acerca de un joven es similar para ambos grupos, o depende de la edad.
- Lo mismo con las desventajas. El grupo de jóvenes representa lo mismo que el adulto ¿o existen diferencias?
- ¿Cuáles son los estereotipos con los que trabajamos como agentes de salud y educadores?
- ¿Existe relación entre las ventajas de formar el grupo de música y el modelo de adolescente sano? O, al contrario, ¿existe relación entre las desventajas de formar el grupo de música y el modelo de adolescente en riesgo?

Durante la plenaria, los facilitadores exponen las ideas planteadas en la discusión anterior, para luego buscar una conclusión en forma conjunta.

Trabajo en grupos pequeños

Actividad 1.2 “Juego de las tarjetas”*

Preparación del material: Se prepara un mazo por grupo, de por lo menos treinta tarjetas. Cada tarjeta debe tener una palabra asociada con ser joven. En la lista que se presenta a continuación, pueden ustedes agregar aquellas características que se relacionen directamente con su cultura; por ejemplo algún cantante de rock que esté de moda en este momento. También se recomienda dejar algunas tarjetas en blanco como comodín; de este modo los participantes pueden expresar alguna idea nueva. Una vez que los grupos pequeños estén formados, se procede a repartir las tarjetas.

*La actividad “Juego de las tarjetas” fue tomada y adaptada del “Taller de Prevención del Consumo Abusivo de Drogas en el Medio Escolar”, realizado por la Municipalidad de Santiago, en conjunto con la Universidad Diego Portales. Santiago, Chile, 1995.

sexualidad	rebeldes
droga	independencia
alcohol	inseguro
delincuencia	enfrentamiento
violencia	experimentación
tristeza	creatividad
soledad	energía
pandilla	impulsividad
perdidos	osadía
cesantía	desconcierto
sabiduría	inseguridad
música	apasionado
posibilidades	crítico
alegría	cambio
apoyo	sufrimiento
comunidad	futuro
familia	escuela
fiesta	participación
innovadores	deporte . . .

Instrucciones:

A. (5 minutos) Cada grupo tiene un mazo de tarjetas, las cuales se reparten entre los miembros en números iguales hasta agotarlas. Se da un tiempo para que los participantes observen y comenten el material en grupo. Mientras tanto, se explica que estas tarjetas contienen un texto relacionado con comportamientos, estados de ánimo, situaciones, vivencias, sentimientos, emociones, conceptos o ideas para trabajar en grupo.

Una vez que se hayan repartido las tarjetas, cada miembro del grupo deberá elegir dos tarjetas que mejor representen a:

Grupo 1: a) Los adolescentes
b) Los adolescentes en riesgo

Grupo 2: a) Cómo ven los adultos a los adolescentes
b) Cómo ven los adultos a los adolescentes en riesgo

A. (10 minutos) Luego que cada uno haya elegido sus tarjetas, comentará con su grupo acerca de si la elección fue fácil o difícil, cómo se

sintieron al hacer esta elección y por qué eligieron esa tarjeta. Una vez que todos hayan participado, cada grupo debe elegir tres tarjetas que representen mejor la idea del grupo, promoviendo así una discusión activa.

B. (15 minutos) Se realiza el mismo procedimiento con la pregunta siguiente.

Plenaria:

A. (15 minutos) Cada grupo expone al grupo total sus tarjetas elegidas, sus razones, motivos y comentarios sobre el trabajo grupal (en qué costó más ponerse de acuerdo, qué fue lo más relevante de la discusión, etc).

Como ayuda para el facilitador, se recomienda diseñar, en el cartel o en el pizarrón, una tabla comparativa, con el objetivo de graficar el paralelo entre las distintas respuestas.

1. Los adolescentes	2. Los adolescentes en riesgo
3. Cómo ven los adultos a los adolescentes	4. Cómo ven los adultos a los adolescentes en riesgo

Como pauta para la discusión se recomienda el siguiente pensamiento:

- Jóvenes y adultos tiene ideas semejantes respecto a los adolescentes. (*Comparar los cuatro cuadros*)
- ¿Cuáles son los modelos con los que trabajamos como agentes de salud y educadores? (*Comparar cuadros 3 y 4*)
- ¿Coinciden estos modelos con la realidad que presentan los jóvenes? (*Cuadro 1 y 3, 2 y 4*)

Clase expositiva

Una vez terminado el recreo, se recomienda recomodar las sillas y proceder con una breve exposición de lo que significa la resiliencia. (Un texto complementario es *Estado del arte en resiliencia*. OPS, 1997).

Para esto se sugiere dividir la exposición en tres áreas:

A. Enfoque complementario:

Conceptos claves: factores de riesgo y factores protectores

Área del capítulo: dos enfoques complementarios

A partir de la actividad anterior hemos experimentado los dos polos de un enfoque de salud. En uno se encuentra la idea de riesgo y en el otro la idea de protección. Como agentes de salud estamos relacionándonos constantemente con la enfermedad y, al mismo tiempo, con los fuertes individuales o familiares de las personas. Para esto se propone comenzar con la definición de los factores de riesgo y los factores de protección. Es fundamental que la clase sea participativa, donde se recojan las ideas y opiniones de los participantes.

B. Definición de “resiliencia”:

Conceptos claves: resiliencia, invulnerabilidad y modelo de resiliencia

Área del capítulo: concepto de resiliencia

Se recomienda escribir en un cartel las distintas definiciones de resiliencia que se presentan en el manual. Dentro de esta sección es importante hacer la distinción entre resiliencia e invulnerabilidad, y resaltar el hecho de que resiliencia es un estar dinámico que depende de los factores protectores de riesgo y de la relación que exista entre éstos; que depende de los rasgos de personalidad que permitan dar un sentido positivo a circunstancias que no siempre son favorables.

C. La resiliencia y el contexto:

Conceptos claves: factores distales, proximales, externos e internos

Área del capítulo: la pobreza y la mirada optimista de la resiliencia

Puede considerarse la resiliencia como una condición individual, en tanto depende del modo de percibirse a sí mismo y al mundo de cada persona,

así como de su capacidad para aprovechar los recursos existentes. De allí la importancia que tiene la propia identidad, la autoestima y la percepción de autoeficacia.

Pero es evidente que estos pilares no se pueden levantar en el vacío, sino que surgen de una interacción de factores diversos relacionados con el medio social y los grupos humanos en que cada individuo crece y se desarrolla. Por ello, el concepto debe ampliarse para cubrir el interjuego con las variables sociales y comunitarias. Allí reside, precisamente, el interés de la resiliencia para el sector social y los trabajadores de la salud pública.

Para los agentes de salud existen acciones posibles. Una de éstas es diseñar intervenciones psicosociales de carácter preventivo, enfocadas en los factores de riesgo externos de carácter proximal. Otra posibilidad es trabajar en el refuerzo de una imagen positiva del niño o joven, lo que se puede lograr a través de una atención basada en las características del individuo y en el contexto donde está inserto, para trabajar el modelo de salud sobre la base de los recursos que el paciente presenta y no sólo desde el enfoque de enfermedad.

CONCLUSIONES

Como cierre, es importante relacionar los contenidos de la clase expositiva con las ideas planteadas en la actividad inicial; resaltar la importancia de nuestra actitud como agentes de salud frente a los pacientes y la necesidad de fomentar aspectos sanos, cuestionar los estereotipos que aparecieron en la actividad práctica y en el modelo que estamos utilizando en nuestro programa.

EVALUACIÓN

CAPITULO II

Conductas y características resilientes

OBJETIVO DE LA SESIÓN

- Describir las principales características que identifican las posibilidades de resiliencia en niños y adolescentes.
- Señalar la influencia que tienen las acciones de padres y educadores en las posibilidades resilientes de los niños.
- Facilitar el análisis y la evaluación de las acciones de los adultos como generadores de resiliencia.

OBJETIVO DE ESTA ACTIVIDAD

Conocer cómo las distintas disciplinas pueden aportar al diagnóstico de un caso y al diseño de una intervención que permita fomentar la resiliencia.

MENSAJE

Como trabajadores de la salud, la promoción de la resiliencia se basa en una visión única e integral de cada individuo. Es un llamamiento a que nos concentremos en las diferencias individuales de cada persona, y en la atención interdisciplinaria.

MÉTODO Y TIEMPO

1. Introducción y clase expositiva, 55 minutos.
2. “¿Tengo características resilientes?”, 20 minutos.
3. Recreo, 15 minutos.
4. Trabajo en grupos pequeños “¿Y qué tiene de resiliente?”, 45 minutos.
5. Conclusiones, 15 minutos.
6. Evaluación de la sesión, 15 minutos.

MATERIALES

Una lista de las expresiones resilientes “soy”, “estoy”, “tengo” y “puedo”. Esta puede estar escrita en un cartel o puede ser entregado a cada persona.

PROCESO

Clase expositiva

Se puede hacer un breve resumen de los contenidos del capítulo, haciendo una distinción entre el perfil del niño resiliente y las expresiones, planteadas por Edith Grotberg, de “yo tengo”, “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”.

La clase debe ser lo más participativa posible, dando espacio a opiniones y presentando los ejemplos expuestos en el capítulo. Se puede complementar los contenidos con Estado del arte en resiliencia. OPS, 1997.

Se propone el siguiente ejercicio individual como instrumento didáctico:

“¿Tengo características resilientes?”

Se pide a los participantes que cierren los ojos y piensen en alguna situación difícil que les haya ocurrido hace poco, dentro o fuera de la familia. Este evento puede ir desde una complicación social cotidiana como, por ejemplo, asistir a una entrevista laboral, olvidar el cumpleaños de un amigo, hasta un problema personal.

Palabras para el facilitador: (debe ser en un tono constante y pausado) “Ahora que ya sabemos lo que es la resiliencia y las distintas características que la componen, quiero pedirles que por favor cierrren los ojos..., respiren profundo.... Concén-trense en las sensaciones del cuerpo..., las piernas..., los brazos..., el cuello. Ahora que están más tranquilos..., les quiero pedir que recuerden alguna situación difícil que les ocurrió hace poco.... No se esfuercen en pensar en algún problema grave o muy personal.... Simplemente recuerden una situación que les resultó complica-

da... (dar unos 30 segundos).

Una vez que tengan la imagen de esa situación ... observen o recuerden ... (3 minutos).

¿Qué hice en esa situación?...

¿Cómo me sentía?...

¿Había alguien en especial que me ayudó?...

¿Quién era esa persona... y qué hizo que me ayudó?...

¿Cuál fue el final...y cómo están las cosas ahora?...

Por favor, guarden esa imagen, y comiencen a abrir los ojos lentamente...."

Ahora que todos se han incorporado, invítelos a revisar su situación según la lista de expresiones: "tengo", "soy", "estoy", "puedo". (5 minutos).

Se considera que una situación ha sido resuelta en términos resilientes, cuando hay una resolución de la situación y la persona termina más fortalecida o con alguna enseñanza. Dentro de la situación deben existir factores resilientes en cada una de las expresiones, "tengo", "soy", "estoy" y "puedo", pero no es necesario que cumpla con todos ellos. Queda a juicio de los facilitadores hacer una revisión de la experiencia como trabajo personal, en parejas o en grupo de examen rápido. Vuelva a recalcar la importancia de la *confidencialidad* y del *respeto*.

Trabajo en grupos pequeños

Actividad 2.1

“¿Y qué tiene de resiliente?”

Una vez que ya sepamos las distintas definiciones de resiliencia y sus características, es posible incorporar este nuevo concepto en el análisis de un caso.

Instrucciones:

Elegir un caso clínico de antemano, que contenga la información necesaria para generar una discusión en torno a las características de resiliencia y

las acciones por realizar como trabajadores de la salud. El caso se expone en forma escrita.

A. Exposición del caso:

B. Situación diagnóstico:

Se analiza el caso agrupando los datos a partir de:

a) Los factores de riesgo.

b) Los factores de resiliencia, "tengo", "soy", "estoy", "puedo".

C. Acciones por realizar y tratamiento:

Una vez que se haya analizado el caso, cada miembro del grupo propone acciones de acuerdo a su experiencia y disciplina de trabajo. De acuerdo a éstas, se diseña un tratamiento orientado a promover la resiliencia. Es importante que en éste considere las aportaciones de las distintas disciplinas, la experiencia en la atención, los recursos propios del caso y la comunidad donde sucede.

Plenaria

Cada grupo expone su trabajo.

CONCLUSIONES (15 minutos)

1. Relacionar la clase expositiva con el análisis de caso.
2. Comentar respecto a lo que les fue más fácil de diagnosticar y lo que resultó más difícil. Cómo resulta observar un caso de acuerdo al enfoque de resiliencia y la combinación de las distintas disciplinas de trabajo.
3. Cómo resulta observar un caso específico de acuerdo a la enfermedad, complementándolo con los recursos definidos por el perfil del niño resiliente o en las expresiones planteadas por la Dra. Grotberg.

También sería interesante conversar respecto a la actitud de cada uno en lo que se refiere a este nuevo concepto.

EVALUACIÓN (15 minutos)

CAPITULO III

Características y acciones que promueven la resiliencia a través del desarrollo psico-social en niños y adolescentes

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

Describir la evolución de los principales anclajes psico-sociales de las características de comportamiento resiliente, según la modalidad en la satisfacción de las necesidades básicas de afecto, seguridad y autonomía.

Sugerir acciones que agentes de salud y educadores puedan efectuar en cada etapa del desarrollo del niño y del adolescente para generar y fortalecer características resilientes.

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD

Reafirmar los conocimientos relacionados al desarrollo psico-social, y sugerir acciones para fortalecer las características resilientes.

MENSAJE

Ya sea por la formación de cada disciplina o por la propia experiencia, la gran mayoría tenemos noción de los aspectos que fomentan un desarrollo sano y aquellos que lo entorpecen. El enfoque de resiliencia permite agregar nuevos conceptos, nombrar otros que ya se conocían y reorganizar los conocimientos adquiridos según la propia experiencia laboral y personal.

MÉTODO Y TIEMPO

1. Exposición de la introducción al capítulo, 30 minutos.
2. Trabajo en grupos pequeños: “Apostando al desarrollo” o “Ruleta del desarrollo”, 45 minutos.
3. Recreo, 15 minutos.

4. Clase expositiva a partir de los resultados obtenidos en la actividad, 30 minutos.
5. Conclusiones, 15 minutos.
6. Evaluación, 15 minutos.

MATERIALES

Actividad 3.1: Juego de tarjetas y cartel con tabla de apuestas.

Actividad 3.2: Juego de tarjetas y ruleta del desarrollo.

PROCESO

Introducción: Antes de comenzar la actividad se puede leer o exponer la introducción del manual, los objetivos de la sesión y de la actividad. Puede hacerse antes de formar los grupos pequeños, junto con explicar la actividad y los objetivos. O que cada grupo lea el material, para luego comenzar el juego.

Trabajo en grupos pequeños “Apostando al desarrollo”

Preparación del material: Cada grupo tiene una lámina o un cartel y un juego de fichas. Los carteles muestran un cuadro general de doble entrada, con 16 cuadros que corresponden a la intersección formada entre la etapa de desarrollo y el anclaje de resiliencia (afecto, confianza, autonomía y otros). Las fichas consisten en una tarjeta que contiene las acciones que promueven la resiliencia, explicitadas en el capítulo; también es importante dejar tarjetas en blanco con el objetivo de que los participantes

inventen acciones promotoras de resiliencia que no existan en el juego.

Nota: Las acciones de resiliencia explicitadas por cada etapa de desarrollo no están diseñadas para este juego, por lo que la persona encargada de organizar la actividad deberá adaptar y seleccionar aquellas que le parezcan adecuadas. Por ejemplo, proveer amor incondicional está presente en todas las fases; es labor de la persona encargada explicitar las acciones de amor incondicional en cada etapa.

“embarazo y parto”.

Una vez que el grupo haya clasificado todo el juego de fichas, se procede a revisar de acuerdo a la información presentada en el capítulo.

Trabajo en grupos pequeños

Actividad 3.2 “La ruleta del desarrollo”

Preparación del material: Se diseña un cartón o cartulina con una ruleta dividida en cinco secciones (se recomienda utilizar cinco colores diferentes por sección). Cada sección a su vez se divide en: padres,

Etapa de desarrollo/ modalidad de resiliencia	Embarazo/ parto	0-3 años	4-7 años	8-11 años	12-16 años
afecto					
confianza					
autonomía					
otros					

Instrucciones:

Se reparte el juego completo de fichas entre los miembros del grupo y se comienza a apostar. Lo importante es que cada acción sea sujeta a discusión. Existen varias acciones por etapa y modalidad. La categoría “otros” es para aquellas acciones que no coincidan con ninguna de las modalidades anteriores.

Por ejemplo: “El trabajador de salud debe ayudar a la madre en la preparación de sus pechos para una lactancia exclusiva y prolongada, como manera de fortalecer el apego o vínculo madre-hijo”.

El jugador lee la tarjeta y busca un cuadrado donde apostar. Puede ser la modalidad “afectiva”, o la modalidad “otros”, correspondiente al período prenatal, que en el capítulo se describe como

agentes de salud, programa. Es importante enumerar cada cuadro. De este modo la ruleta tiene 15 cuadros. Se utiliza el mismo juego de tarjetas que en la actividad anterior y un par de dados.

Instrucciones:

Cada participante elige su ficha de juego, puede ser una llave, la tapa de un lápiz o una piedra. Se reparte el juego de tarjeta en partes iguales entre todos los participantes del grupo pequeño. El primer participante lanza los dados y avanza el número de cuadros que le corresponda. Una vez que haya llegado a su destino, que corresponde a un grupo de edad y a un padre, agente de salud o programa, debe responder a la pregunta:

“¿Cuál es la mejor acción para promover la resiliencia en esta área?”

Si no tiene una tarjeta adecuada, deberá pedir ayuda a sus compañeros, quienes estarán felices de ayudarlo. El primer jugador que se libera de sus tarjetas, gana.

Por ejemplo: Su dado cae en el grupo de 4 a 7 años, en la sección agente de salud. ¿Qué puedo hacer como agente de salud para promover la resiliencia de un niño de entre 4 y 7 años? El jugador tiene las tarjetas de “acariciar con suavidad a través del vientre materno”, y “hablarle al bebé en forma melódica”. Como no le sirven, les pide a sus compañeros que lo ayuden. A partir de esto puede formarse una discusión, ya que más de uno tendrá una tarjeta que sirva. Lo importante es elegir la que el grupo considere como la más correcta; una vez que esto ocurra se deja la tarjeta en ese cuadro y continúa el próximo participante.

Plenaria y clase expositiva (45 minutos)

Se realiza la misma plenaria para ambas actividades. Junto con repasar los conceptos presentados

en el capítulo, se propone ir revisando los aspectos discutidos en el grupo. De esta forma se asegura una clase participativa que complementa la base teórica explicitada en el capítulo, con la experiencia de los participantes.

CONCLUSIONES (15 minutos)

Como conclusión, se recomienda centrarse en las aportaciones que pueden hacer de agentes de salud, de acuerdo a los distintos anclajes de resiliencia, ya sea en la relación con el niño, el adolescente o los padres. Es importante darles especial énfasis a los aportes nuevos que se realizaron a través de las tarjetas en blanco.

EVALUACIÓN (15 minutos)



CAPITULO IV

Orientaciones para la programación de acciones de promoción de la resiliencia en niños y adolescentes

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Proponer a agentes de salud y a educadores formas de acción en el ejercicio de su rol, que les permitan promover la resiliencia a nivel individual y a nivel de programa.
- Analizar el papel relevante de la cultura de cada comunidad y la participación social en las intervenciones del agente de salud y del educador.

OBJETIVO DE ESTA ACTIVIDAD

Analizar el programa de salud en el que trabaja y proponer acciones de cambio que enfatizen los factores promotores de resiliencia.

MENSAJE

Promover la resiliencia es un llamamiento a relacionarse con un individuo en su totalidad y trabajar con un enfoque interdisciplinario. Llevar a la práctica el concepto “bio-psico-social”, donde los aspectos biológicos, psíquicos y sociales están en constante interacción. La resiliencia y la prevención de enfermedades, y/o patologías individuales y sociales, demandan una aproximación dinámica que requiere de un enfoque integral y participativo.

MÉTODO Y TIEMPO

1. Introducción y clase expositiva (60 minutos).
2. Recreo, 15 minutos.
3. Trabajo en grupos pequeños “Resi..¿qué?” o “El remolino bio-psico-social”, 45 minutos.
4. Conclusiones, 15 minutos.
5. Evaluación, 15 minutos.
6. Evaluación del taller, 30 minutos.

MATERIALES

En todas las actividades se requiere una hoja de proceso con la pauta de trabajo.

Actividad 3.2: Un cartel por grupo que tenga el molino del desarrollo y lápices o plumones de colores.

PROCESO

I. Introducción y clase expositiva (60 minutos)

Si bien muchos pueden no haber conocido el término resiliencia, la promoción de ésta, casi siempre, está presente en los programas de prevención, especialmente en lo referente al desarrollo de niños y adolescentes.

En esta clase, se propone centrar el contenido en las estrategias que se utilizan para trabajar con un individuo “bio-psico-social”. Se trata de un enfoque multidisciplinario y de las consecuencias que éste tiene para los trabajadores de la salud y para los que requieren de los servicios.

Como parte final del manual, nos parece interesante generar una discusión en torno al análisis del propio programa, a partir de ciertos indicadores que han demostrado ser exitosos en la promoción de la salud.

Como textos complementarios a la lectura del capítulo, se recomienda:

- *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* Marta Burt, Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 1997.
- “Discussion paper. Programming for Adolescent Health” WHO/UNFPA/UNICEF. *Study Group on Programming for Adolescent Health*. Switzerland, 1995. Presentado en la conferencia

“Salud integral del adolescente y el joven de Latinoamérica y el Caribe”, OPS.HPP/HPF, Programa de Salud del Adolescente. Washington D.C., julio 1996.

- “Guía para abogar por la salud integral de los adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva”. *Advocates for Youth*, OPS. Washington D.C., 1995.

Trabajo en grupos pequeños (45 minutos)

Actividad 3.1 “Resi..¿qué?”

Instrucciones:

Esta actividad consiste en analizar el programa en el cual los participantes se hayan integrados. Se propone centrar la discusión según la siguiente pauta de trabajo.

A. Diseño y evaluación del programa o de las actividades para niños y adolescentes (15 minutos):

1. ¿Es esto beneficioso para los niños o adolescentes?
2. ¿Mejora los vínculos entre el niño/adolescente y su familia?
3. ¿Mejora esto los vínculos entre la familia y su comunidad?
4. La atención que estamos dando, ¿favorece la percepción de apoyo por parte del joven, la familia o el niño, hacia la institución?
5. ¿Mejora la capacidad perceptiva de los padres respecto a las necesidades del niño o joven?
6. ¿Estamos considerando las ideas, los pensamientos y sentimientos de niños y adolescentes dentro del programa?
7. ¿Son los padres partícipes activos en el diseño del programa de su hijo?
8. ¿Son los padres parte de la aplicación del programa de su hijo?
9. ¿Estamos considerando las distintas disciplinas dentro de la atención que les damos a niños y adolescentes?

B. Compromiso grupal (15 minutos): Una vez que se haya analizado el programa es importante sintetizar y dar un paso más allá. Este consiste en un compromiso individual y grupal según la aplica-

ción de acciones necesarias para promover la resiliencia.

Nota: Es importante hacer una distinción entre aquellos cambios que requieren de mucha inversión de tiempo y dinero, y aquellos cambios que (como mencionábamos en el primer capítulo) requieren una disposición basada en las necesidades del individuo y la promoción del desarrollo, potenciando capacidades del niño adolescente y familia, y reforzando los factores protectores.

Trabajo en grupos pequeños

Actividad 3.2 “El remolino bio-psico-social”

Preparación del material: En una cartulina o cartel se dibuja un espiral de cinco círculos. Cada círculo tiene un nombre; en el centro, “individuo”; en el segundo, es “familia”, en el tercero, “consultorio” o “centro de atención” (dependiendo de la institución donde trabajen los participantes); en el cuarto, “comunidad”; y, en el quinto, “país”. Es importante abordar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Cada grupo tiene un cartel o una cartulina con la espiral y dos lápices de color. Las palabras que serán escritas en el espiral corresponden a características de la comunidad y del programa en que los participantes trabajan. Estas pueden ser elaboradas de antemano por el facilitador, o a través de una lluvia de ideas con el grupo antes de dar las instrucciones.

Instrucciones:

“Por su comunidad ha pasado un remolino o tornado gigante que ha revuelto todos los integrantes conceptuales de las diferentes disciplinas. Ustedes son un equipo de expertos muy conocidos por el excelente trabajo que hacen en el servicio de salud de la comunidad afectada. Ahora se solicita su ayuda para reorganizar el caos posterior a tal tormenta.

“Adolescentes, niños, agentes de salud, potencial genético, educación, familia, participación juvenil, oportunidades, vacunas, habilidades socia-

les, temperamento, sentido de vida, estigma social, hepatitis, drogas, casas, fútbol, violencia, amor, televisión, política, música, etc. Todo se encuentra mezclado en forma de espiral humano. El único requisito que se debe cumplir para devolver todo al orden, es ubicar al individuo en el centro”.

A. El grupo comienza a buscar y a recordar los diferentes elementos que están presentes en la comunidad y a ubicarlos en alguno de los círculos escritos en la espiral. Es una forma de describir las diferentes características que han sido desordenadas. Para esto se utiliza una forma dinámica, ya que todos los elementos se encuentran en contacto y cambian de posición dependiendo de la circunstancia. (10 minutos).

B. Al reordenar las características, el grupo se da cuenta de que hay muchos elementos dentro de la espiral, que siempre han estado ahí, pero que nunca habían considerado dentro de su programa. Causas positivas y negativas que afectan la salud de niños y adolescentes. Para hacer la distinción, deciden marcar con diferentes colores aquellas características que están siendo incorporadas dentro del programa y con otro color aquellas que forman parte de su espiral, pero que el programa no ha incorporado dentro del diseño de intervención. (10 minutos).

C. Compromiso grupal: (10 minutos) Una vez que se haya analizado del programa, los elementos que lo conforman, aquellos que son considerados y aquellos que no lo son, se recomienda centrar la discusión en torno a:

- Donde haya mayor concentración de características; en el individuo, la familia, el consultorio o la comunidad.
- Cuál de estas áreas es la que más considera el programa.
- De acuerdo al esquema de la espiral, qué acciones es posible aplicar para promover la resiliencia.

Nota: Es importante hacer una distinción entre aquellos cambios que requieren de mucha inversión de tiempo y dinero, y aquellos cambios que (como mencionábamos en el primer capítulo) requieren una disposición diferente en la aproximación al niño, familia y adolescente.

Plenaria (15 minutos)

Una vez que se haya finalizado el trabajo en grupos pequeños, se procede a una plenaria muy breve donde cada grupo presenta un resumen de la discusión realizada.

CONCLUSIÓN (15 minutos)

En la conclusión se recomienda presentar los compromisos grupales de cada grupo pequeño. Discutir y llegar a un acuerdo respecto a acciones de cambio que es posible efectuar para promover la resiliencia. Es importante que estas líneas de acción se relacionen con los contenidos de la clase expositiva y del trabajo práctico de cada grupo.

EVALUACIÓN (45 minutos)

Se recomienda dividir lo que es evaluación de la sesión de la evaluación del taller. Por este motivo se ha concentrado una mayor cantidad de tiempo en esta sección, quizá para hacer una despedida o un rito de finalización.

Se sugiere que el grupo se organice en un círculo donde cada participante diga una palabra que represente lo que más le gustó del taller y lo que menos le gustó. También es importante dar un espacio de conversación libre respecto a las diferentes apreciaciones del taller y del enfoque de resiliencia.

Se recomienda que se escriba todo lo que se diga en esta evaluación, para sistematizar la información y las experiencias compartirlas con otros grupos que realizaron el taller.

BIBLIOGRAFÍA

“Guía para abogar por la salud integral de los adolescentes: Con énfasis en la salud sexual y reproductiva”. *Advocates for Youth., OPS y FNUAP.* Washington, D.C., 1995.

CIDE. *Proyecto Alforja, técnicas participativas para la educación popular.* Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE). Chile, 1987.

Donas, S. *Resiliencia y desarrollo humano: aportes para una discusión.* OPS, San José, Costa Rica, octubre 1995.

OPS. *Taller sobre género, salud y desarrollo: Guía para facilitadores.* OPS, Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D.C., enero de 1997.

OPS. *Estado del arte en resiliencia.* Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. OPS, Programa de Salud del Adolescente. Washington, D.C., julio de 1997.

OPS. *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* Marta Burt, OPS, Programa de Salud del Adolescente. Washington, D.C., 1997.

UDP. “Taller de prevención del consumo abusivo de drogas en el medio escolar”. Municipalidad de Santiago y Universidad Diego Portales. Santiago de Chile, 1995.

WHO/ UNFPA/UNICEF “Discussion Paper: Programming for Adolescent Health” Study group on programming for adolescent health. Switzerland, 1995. Presentado en la conferencia de Salud integral del adolescente y el joven de Latinoamérica y el Caribe. OPS.HPP/HPF/ Programa de Salud del Adolescente. Washington, D.C., julio de 1996.

SOLICITUD DE PUBLICACIONES DEL PROGRAMA DE ADOLESCENCIA

PUBLICACIONES GRATUITAS

Título	Idioma	Cantidad
Manual para la educación en salud integral del adolescente. OPS/UNFPA. Canessa, Nykiel, 1997.	<input type="checkbox"/> español	_____
Salud Sexual y reproductiva. OPS. Chelala. 1995	<input type="checkbox"/> español	_____
Familia y adolescencia: indicadores de salud; manual de aplicación de instrumentos OPS/Kellogg. Hernández. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención OPS/Kellogg. Moreno y Cols. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Guidelines for the Programming of Comprehensive Adolescent Care and Health Care Modules.	<input type="checkbox"/> english	_____
Diretrizes para a programação da saúde integral do adolescente e módulos de atendimento	<input type="checkbox"/> português	_____
Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente OPS/Kellogg. Zubarew y cols. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Evaluation of Missed Oportunities for Comprehensive Adolescent Health Care	<input type="checkbox"/> english	_____
Avaliação sobre oportunidades perdidas de atenção integral do adolescente	<input type="checkbox"/> português	_____
Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes: estimación de complejidad; condiciones de eficiencia. OPS/Kellogg. Zubarew y cols. Segunda edición, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Evaluation of Outpatient Health Services for Adolescents. Determining Complexity and Conditions of Efficiency	<input type="checkbox"/> english	_____
Avaliação de serviços de atendimento ambulatorial de Adolescentes. Estimativa de complexidade Condições de eficiência	<input type="checkbox"/> português	_____
Financiando el futuro. Advocates for Youth. 1995	<input type="checkbox"/> español	_____
El embarazo en la adolescencia: lineamientos para el diseño de investigaciones de aspectos socioculturales	<input type="checkbox"/> español	_____
Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano Fundación Bernard van Leer. Grotberg, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Manual para promover la resiliencia en la niñez y la adolescencia OPS/Kellogg/SIDA. Munist y Cols, 1998.	<input type="checkbox"/> español	_____
Capacitación para orientar adolescentes en sexualidad y salud reproductiva: guía para facilitadores, agosto 1993	<input type="checkbox"/> español	_____
Programa regional de adolescencia: proyecto OPS/Kellogg, informe evaluativo Niremberg. Perrone, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Guía para abogar por la salud integral de los adolescentes con énfasis en salud sexual reproductiva. Advocate for Youth/OPS, 1996	<input type="checkbox"/> español	_____
Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes, módulo del facilitador, OPS	<input type="checkbox"/> español	_____
Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes, módulo de aprendizaje, OPS	<input type="checkbox"/> español	_____



Título	Idioma	Cantidad
Estado de arte en resiliencia. OPS/Kellogg/SIDA. Kotliarenco y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
El ambiente legislativo y de políticas para la salud de los adolescentes en América Latina y el Caribe. OPS/Kellogg. Rodriguez y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
The Legislative and Policy Environment for Adolescent Health in Latin America and the Caribbean	<input type="checkbox"/> english	_____
Informe reunión de violencia en El Salvador. OPS/Kellogg/SIDA, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Técnicas participativas. OPS/Kellogg, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia OPS/Kellogg. Cerruti, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Promoción del crecimiento y desarrollo integral del adolescente: una propuesta de atención diferenciada. OPS/Kellogg. Bianculli y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Estado del arte en investigación y prevención de violencia en niños y adolescentes de las Américas. OPS/Kellogg/SIDA. McAlister, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Children, Young People and Violence: Research and Prevention in the Americas	<input type="checkbox"/> english	_____
La juventud y el liderazgo transformador. OPS/Kellogg. Blejmar y Cols., 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS/Kellogg. M. Burt, 1998	<input type="checkbox"/> español	_____
Why Should We Invest in Adolescents? PAHO/Kellogg. M. Burt, 1998	<input type="checkbox"/> english	_____

PUBLICACIONES EN ESPAÑOL EN VENTA

La salud del adolescente y del joven: publicación científica 552 OPS 1995, 586 pp., ISBN 92 75 31552 3 / US\$ 32.00 / 24.00 in developing countries Order Code PC 552	<input type="checkbox"/> español	_____
La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro 1995, 52 pp., ISBN 92 75 32055 1 / US\$ 8.00 / Order Code C 6	<input type="checkbox"/> español	_____
Manual de medicina de la adolescencia: PALTEX 20	<input type="checkbox"/> español	_____

Dirigir su solicitud a:
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Programa de Familia y Población
525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037, E.U.A.
Tel. (202) 974-3086 • Fax (202) 974-3694
E-mail: maddalem@paho.org