

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO
CONCEPCION-CHILE**



**RESILIENCIA EN FAMILIARES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN UNA
UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO Y FACTORES RELACIONADOS**



TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA

FABIOLA ANDREA ARRIAGADA GALLARDO

PROFESOR GUÍA: DRA PATRICIA JARA CONCHA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

AGOSTO 2014



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO
CONCEPCION-CHILE**



**RESILIENCIA EN FAMILIARES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN UNA
UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO Y FACTORES RELACIONADOS**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA

FABIOLA ANDREA ARRIAGADA GALLARDO

PROFESOR GUÍA: DRA PATRICIA JARA CONCHA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

AGOSTO 2014

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO**

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Profesor Guía: Doctora Patricia Jara Concha
Profesor Titular.

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Doctora Olivia Sanhueza Alvarado.
Profesor Titular.

Doctora Patricia Jara Concha
Profesor Titular.

Doctora Nieves Schade Yankovic
Profesor Titular.



Directora Programa Magíster: Doctora Sandra Valenzuela Suazo

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, en especial a mis padres por su continuo apoyo en los distintos proyectos de mi vida.

A mi hijo por ser mi apoyo constante.

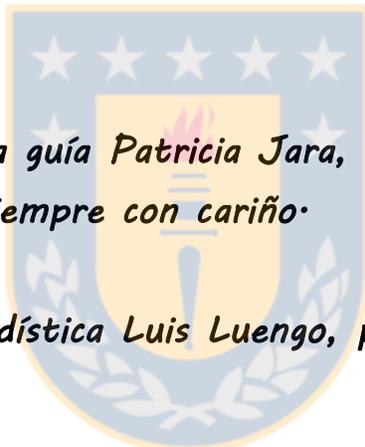
A mi hermana de la vida Mariel, agradeciendo su incondicionalidad y cariño.

A mi querida Profesora guía Patricia Jara, por su paciencia y sabiduría, guiándome siempre con cariño.

A mi Profesor de estadística Luis Luengo, por su importante apoyo en esta investigación.

A mi querida Profesora Roxana Enríquez, por siempre creer en mí.

Y en especial a los Familiares que generosamente participaron en este estudio.



A mi Luciano...simplemente

*por ser
parte de mi vida,
mi fortaleza y apoyo...*



INDICE

Resumen	12
Abstract	13
Introducción	14
1. Fundamentación del estudio.	15
2. Marco Teórico.	16
Resiliencia.	16
Funcionalidad Familiar	25
Teoría de la Transición de Afaf Meleis.	30
Unidad de Cuidados Intensivos.	33
Propuesta Teórica.	34
3. Marco Empírico	37
4. Formulación del problema de investigación	44
5. Objetivos del Estudio	45
6. Hipótesis de trabajo	46
7. Variables en Estudio	47
8. Material y Métodos.	48
8.1 Tipo de Estudio	48
8.2 Unidad de análisis.	48
8.3 Universo	48
8.4 Tamaño de la Muestra	49
a) Criterios de inclusión.	50
b) Criterios de exclusión.	50
8.5 Recolección de datos	51
8.5.1 Técnica de recolección de datos.	51
8.5.2 Prueba piloto.	55
8.5.3 Aplicación de los instrumentos.	55
8.5.4 Estadísticos de confiabilidad de los instrumentos aplicados.	56
8.5.5 Análisis de los datos.	56
8.5.6 Procesamiento de datos.	57



9. Consideraciones éticas	58
10. Presentación de Resultados	59
Análisis Descriptivo.	60
Análisis Inferencial	76
Análisis Correlacional	84
11. Discusión	89
12. Conclusiones	97
13. Recomendaciones	101
14. Referencias Bibliográficas	102

15. Anexos:

1. Proceso definición de variables.	110
2. Consentimiento informado.	112
3. Instrumento datos sociodemográficos. Persona hospitalizada y familiar responsable.	114
4. Escala de gravedad Apache Score.	117
5. Escala de funcionalidad familiar Apgar	118
6. Instrumento de Funcionalidad familiar Faces 20-esp	119
7. Escala Resiliencia SV-RES.(E.Saavedra-M.Villalta-2007)	120
8. Acta Evaluación Comité Ética HGGB.	124
9. Acta Evaluación Comité Ética UDEC.	125

INDICE DE TABLAS:

Tabla.1	Distribución de muestra según sexo, edad, días de hospitalización, hospitalizaciones anteriores y nivel de dependencia de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	60
Tabla.2	Distribución de patologías de ingreso de las personas hospitalizadas en la Unidad de cuidados intensivos.	61
Tabla.3	Distribución según Índice de gravedad APACHE II, en personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	62

Tabla.4	Distribución de muestra según sexo, edad, escolaridad, parentesco y presencia de enfermedad de familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.	63
Tabla.5	Distribución de enfermedades presentes en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.	64
Tabla.6	Distribución de la actividad laboral que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.	65
Tabla.7	Distribución de los ingresos económicos que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados intensivos.	66
Tabla.8	Distribución de la oportunidad de recibir información y percepción de la calidad de la información recibida por los familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.	67
Tabla.9	Distribución del Apgar Familiar evidenciado por los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	68
Tabla.10	Distribución de resultados de Apgar Familiar según sus cinco dimensiones obtenido en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.	69
Tabla.11	Distribución de resultados obtenidos de Funcionalidad Familiar de familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos a través de FACES 20-esp.	70
Tabla.12	Distribución de variable Resiliencia obtenido en familiar responsable de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	72
Tabla.13	Distribución de resultados de Nivel de Resiliencia obtenido en familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	73
Tabla.14	Distribución de factores de resiliencia obtenido en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.	74
Tabla.15	Relación entre Nivel de resiliencia y sexo del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.	76
Tabla.16	Relación entre Nivel de resiliencia y sexo de familiares responsables	76

de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla.17	Relación entre Nivel de Resiliencia por factores y sexo del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.	77
Tabla.18	Relación entre Nivel de Resiliencia y Nivel educacional de familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	78
Tabla.19	Relación entre Nivel de Resiliencia y condición socioeconómica de familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	79
Tabla.20	Relación entre el nivel de Resiliencia y Dimensiones del Apgar Familiar percibido por familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de cuidados intensivos.	80
Tabla.21	Relación entre Nivel de resiliencia por factores y Funcionalidad familiar a través de Apgar Familiar aplicado a familiar responsable de persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos.	81
Tabla.22	Relación entre Nivel de Resiliencia por factores y Funcionalidad familiar a través de FACES 20-esp aplicado a familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de cuidados Intensivos.	82
Tabla.23	Relación entre Nivel de Resiliencia y oportunidad de recibir información por parte del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.	83
Tabla.24	Relación entre la Percepción de la Calidad de la información recibida por el familiar responsable de persona hospitalizada en la Unidad de cuidados Intensivos y el Nivel de Resiliencia obtenido.	83
Tabla.25	Relación entre el nivel de resiliencia del familiar responsable y hospitalizaciones anteriores de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos.	84
Tabla.26	Relación entre el Nivel de Resiliencia y grupo etario de familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de cuidados Intensivos.	85
Tabla.27	Relación entre Nivel de Resiliencia del familiar responsable y Nivel de dependencia y Grado terapéutico de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos.	86

Tabla.28	Relación entre Nivel de Resiliencia y enfermedades crónicas del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.	87
Tabla.29	Relación entre el Nivel de Resiliencia y parentesco del familiar responsable con la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados intensivos.	88

INDICE DE ILUSTRACIONES:

Figura1.	Matriz Base del instrumento SV-RES para medición de Resiliencia.	23
Figura2.	Resumen de las diferencias generacionales de Resiliencia.	24
Figura3.	Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el Nivel de cohesión y Flexibilidad.	29
Figura4.	Teoría de la transición, Afaf Meleis.	32
Figura5.	Propuesta teórica de Enfermería: Resiliencia y transición.	36

INDICE DE GRAFICOS:

GRAFICO 1.

Distribución de Variable Resiliencia en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.	71
--	----

GRAFICO 2.

Relación entre nivel de Resiliencia de familiares responsables y score de gravedad APACHE II de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	86
--	----

RESUMEN:

El ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos es una experiencia traumática y difícil de abordar, significado de inestabilidad y riesgo vital del estado de salud de la persona, lo que implica también un impacto a nivel familiar, debiendo salir adelante a pesar de la adversidad. El objetivo de este estudio es identificar el Nivel de Resiliencia que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos Medicoquirúrgico del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción y sus factores asociados para mejorar estrategias de intervención del enfermero/a. Estudio Descriptivo Transversal, Cuantitativo, Correlacional, con una muestra de 117 familiares. Se utilizó un instrumento Sociodemográfico y de recopilación de datos clínicos, Apgar familiar, escala de funcionamiento familiar FACES-20 y la escala de Resiliencia "SV-RES", aplicados a familiares responsables de personas hospitalizadas. La propuesta teórica se basa en la Teoría de Rango medio de Afaf Meleis analizando transición e identificando factores protectores de la Resiliencia para intervenciones de enfermería futuras. Los resultados evidencian que familiares responsables de personas hospitalizadas, presentan un alto nivel de Resiliencia. Dentro de los factores de Resiliencia con menor puntaje obtenido se encuentran: Redes, Afectividad y Generatividad. Las variables sociodemográficas del familiar responsable, no se relacionaron significativamente con el Nivel de Resiliencia obtenido, a diferencia de la Funcionalidad Familiar que lo evidencia de manera significativa. Una funcionalidad familiar óptima, podría potenciar respuestas resilientes contribuyendo a la efectividad del cuidado de enfermería.

Palabras Claves: Resiliencia- Funcionalidad Familiar- Enfermería- Cuidados Intensivos.

ABSTRACT:

Admission to Intensive Care Unit is a traumatic and difficult experience of dealing, meaning of instability and health status of the person, which also implies an impact at the family that should get ahead despite adversity. The aim of this study is to identify the level of resilience that have responsible relatives of people hospitalized in Intensive Care Unit of Guillermo Grant Benavente Hospital of Concepción and his associated factors to improve nursing intervention strategies. This research corresponds a Transversal descriptive Quantitative and correlational study, with a sample of 117 families. Was used a Sociodemographic and clinical data collection instrument, Apgar family, family functioning scale of FACES-20 and scale of Resilience "SV-RES", applied to responsible person of people hospitalized. The theoretical approach is based on the Theory of Middle Range Afaf Meleis transition analyzing and identifying protective factors of resilience for future nursing interventions. The results show that responsible relatives of people hospitalized, have a high level of resilience. The factors with lower resilience scores obtained are: Support networks, Affective and Generativity. The socio demographic variables of responsible family member, was not significantly related to the level of Resilience obtained, Unlike of Familiar function evidence that were significant an optimal family functioning, could enhance resilient responses contributing to the effectiveness of nursing care.

Keywords: Resilience -Family functioning- Nursing- Intensive Care.

INTRODUCCION

La Unidad de Cuidados Intensivos Médicoquirúrgico es un servicio de alta complejidad que pertenece a la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, donde ingresan personas en estado de gravedad, que necesitan soporte vital avanzado por lo lábil de su condición de salud. Estas Unidades han mejorado su equipamiento y tecnologías a través de los años lo que apoya el cumplimiento de metas en un área que cada vez está más expuesta a exigencias técnicas y emocionales.

El ingresar a una unidad de alta complejidad, monitorizada y habilitada tecnológicamente, para manejar personas con inestabilidad de su estado de salud significa un estrés importante, no sólo para la persona enferma y el equipo de salud que lo atiende, sino que también para su familia, la cual responde de distintas maneras a esta situación de amenaza hacia un ser querido.

Pero, ¿qué hace que familiares y personas hospitalizadas respondan de manera distinta a la adversidad? De esta interrogante se desprende el concepto de resiliencia que corresponde a aquella capacidad que desarrollan las personas de sobreponerse a la adversidad y las condiciones difíciles, superarlas y salir fortalecido de ellas o incluso transformado, considerándose una capacidad humana trascendental para enfrentar exitosamente los diversos desafíos que presenta la vida.⁽¹⁾

Si bien existen estudios en relación a resiliencia en personas a nivel de la comunidad, son pocos los que se han desarrollado en el ambiente hospitalario y en Unidades de pacientes críticos.

1.- FUNDAMENTACION DEL ESTUDIO:

Indagar sobre qué factores afectan el nivel de resiliencia de familiares, guiará a los enfermeros/as a mirar y conocer la realidad de las respuestas de las personas frente a un enfermo en estado crítico de salud, para mejorar las estrategias disponibles de intervención, sin apoyarse solo en las necesidades y la enfermedad, sino dirigirnos a un modelo de prevención y promoción, basado en las potencialidades, los recursos y la capacidad de sobreponerse a la adversidad que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor. ⁽²⁾

Esta investigación se enfoca hacia el familiar responsable, quien es el apoyo de la persona que no puede responder frente a la situación de hospitalización que vivencia, por su condición de gravedad, permitiendo desarrollar mecanismos de acción preventiva y reforzar el apoyo que se le entrega desde la unidad de paciente crítico.

Para el enfermero/a y el equipo de salud en general, la utilidad de conocer la resiliencia y sus factores asociados, permitirá tener una visión más amplia para comprender la realidad en que están insertos la persona enferma y su familia ,a fin de mejorar estrategias de intervención y lograr potenciar al familiar responsable como un pilar fundamental de apoyo de la persona hospitalizada, contribuyendo a su recuperación, haciéndolo participe en el cuidado de enfermería entregado, mejorando la adherencia al tratamiento, disminuyendo los reingresos hospitalarios y las interconsultas innecesarias, por ende, contribuyendo a la calidad de vida. Promover la Resiliencia es un llamado a relacionarse con el usuario en su totalidad. ⁽³⁾

2. MARCO TEORICO:

RESILIENCIA:

La Resiliencia es un concepto relativamente nuevo en los programas de promoción de la salud , siendo que existe desde siempre en la humanidad , sólo estos últimos años es contemplado como parte de la realidad y se define como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido o transformar activamente la realidad habiendo vivido experiencias de adversidad. ⁽⁴⁾

Resiliencia proviene del vocablo latín “Resilium” que significa “volver de un salto”. El término es una castellanización de la palabra inglesa Resilience o Resiliency, siendo como una cualidad de las personas para resistir y adaptarse a situaciones traumáticas y difíciles. ⁽⁵⁾

La Resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y de traumas graves. ⁽⁶⁾

Sin embargo, la Resiliencia no es total, absoluta o lograda para siempre, si no que es un proceso que depende de la experiencia traumática vivida que puede superar los recursos del individuo y que varía según circunstancias, contexto, etapa de la vida y entorno cultural. ⁽⁷⁾

El concepto fue inspirado desde la física, donde se utiliza para referirse a la capacidad que tienen los materiales para resistir choques imprevistos sin quebrarse, o a recobrar su forma original después de haber sido sometidos a golpes o altas presiones. ⁽⁸⁾

En las ciencias sociales este concepto se introduce en los años setenta en un estudio a un grupo de personas desde el momento de su nacimiento hasta los cuarenta años, percibiéndose que algunos niños con factores de riesgo eran capaces de salir adelante y ser exitosos en la vida y constituir familias estables ⁽⁹⁾. Así se comienza a integrar este concepto de Resiliencia no solo a un individuo, sino también a la familia y comunidad.

Si bien son múltiples las definiciones de este concepto, la gran mayoría presentan tres componentes que son esenciales: la noción de amenaza o adversidad, adaptación positiva y el proceso que incluyen factores individuales, cognitivos emocionales y culturales del individuo.

A continuación se presentan las siguientes definiciones:

“Proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad”. ⁽¹⁰⁾

“Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas”. ⁽¹¹⁾

“Es la capacidad de construir positivamente conductas frente la adversidad y su comportamiento se caracteriza por ser socialmente aceptable”. ⁽¹²⁾

“La Resiliencia es una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiéndose por estos no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales”. ⁽¹³⁾

Ser resiliente no significa una protección absoluta, tiene límites y no hay persona que sea invulnerable, por lo que juegan un papel importante los factores de riesgo y los factores de protección. ⁽¹⁴⁾

Resiliencia surge de la interacción de los factores de riesgo y los factores de protección, en el momento en que la persona se ve expuesta a una situación estresante y muestra su capacidad para enfrentarlo, logrando obtener un beneficio para su vida a partir de aquella experiencia. Así también, se debe reconocer que los factores protectores y de riesgo no son estáticos, sino que varían de una persona a otra, considerando elementos como género y edad, e incluso según la etapa en que se encuentra la persona.

Los Factores de Riesgo pueden ser biológicos como bajo peso al nacer, defectos congénitos entre algunos y también ambientales, como la pobreza, baja escolaridad entre otros.⁽¹⁵⁾ Si bien el hablar de riesgo se encuentra un escenario negativo es importante conocerlo para trabajar sobre él y evitar su efecto.⁽¹⁶⁾ Los Factores protectores son herramientas utilizables en contra la adversidad que provienen del mismo individuo o de su medio, llamados también los Pilares de la Resiliencia que a continuación se exponen.⁽¹⁷⁾

- Autoestima consistente: Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo "suficientemente" bueno y capaz de dar una respuesta sensible.
- Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
- Independencia: Se define como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
- Capacidad de relacionarse: Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas.
- Iniciativa: El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. La capacidad para planear e iniciar tareas con la confianza y esperanza de lograr los objetivos propuestos.
- Humor: La capacidad de reír y encontrar lo cómico en la propia tragedia.

- Creatividad: La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- Moralidad: Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores
- Capacidad de pensamiento crítico: Permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta.

Los Pilares de la Resiliencia nombrados protegen al sujeto de los efectos adversos del medio a que se ven expuestos.

Además, según Edith Grotberg, para hacer frente a las adversidades y salir transformado se requiere la relación dinámica de Fuentes interactivas que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes⁽¹⁸⁾ y que dan como respuestas comportamientos saludables frente a eventos traumáticos, ellos son:

- a.- Relacionados con el apoyo que la persona puede percibir, “yo tengo”.
- b.- Relacionadas con las fortalezas intrasíquicas y condiciones internas de las personas “yo estoy” y “yo soy”.
- c.- Relacionadas con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas, “yo puedo”.

Existe además, un Modelo Ecológico Interaccional, el que direcciona Resiliencia como una acción orientada a metas, una respuesta sustentada, vinculada a una visión abordable del problema, como una conducta recurrente de la visión de uno mismo, caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos, proactivos frente a los problemas, los cuales tienen un sistema de creencias y vínculos sociales que interpreta la acción y resultados”⁽¹⁹⁾.

Las Fuentes Interactivas de Resiliencia de Grotberg y el Modelo Ecológico de Saavedra establecidos en una matriz, originan los doce Factores de Resiliencia, agrupados desde la conducta resiliente hacia las condiciones de base.⁽¹⁹⁾

Resiliencia ha sido medida en distintas dimensiones y formas. A continuación se presentan algunos tipos de instrumentos que cubren tres áreas de expresión y sus formas de medición:⁽²⁰⁾

- Pruebas proyectivas: La ambigüedad de las pruebas proyectivas ha resultado problemática en los estudios sobre Resiliencia. Constitutivo en la personalidad, se expresan mediante distintos comportamientos a lo largo de la vida y, por tanto, se hacen necesarios instrumentos de medición que combinen tanto aspectos objetivos, reconocidos conscientemente, como indirectos o proyectados.
- Pruebas de imagenología: Las últimas investigaciones sobre Resiliencia, dicen que el 30% de sus atributos serían hereditarios y están avanzando en la utilización de pruebas de imagenología cerebral, mediciones de potenciales electroencefalográficos, pruebas neuroendocrinológicas y de sistema inmunitario, lo mismo que en exámenes genéticos derivados de los estudios sobre ADN y genoma humano.
- Pruebas psicométricas: Estas pruebas generalmente son cuestionarios de auto reporte, tipo Likert, estandarizados mediante pruebas de análisis factorial que, de manera rápida y enmarcada en una teoría explicativa, ofrecen información sobre el fenómeno observado.

Las pruebas psicométricas en los estudios sobre Resiliencia son variadas, se utilizará en este estudio la Escala SV-RES, desarrollada por Saavedra y Villalta, 2008. La escala consta de 60 ítems dividida en 12 factores específicos de Resiliencia: Identidad, Autonomía, Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos, Redes, Modelos, Metas, Afectividad, Autoeficacia, Aprendizaje y Generatividad.

Saavedra define cada factor del siguiente modo ⁽¹⁹⁾:

Factor 1, Identidad (“Yo soy” - condiciones de base). Juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable, los que refieren a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia. Tiene que ver con la autodefinición básica que hace la persona de sí misma y es relativamente estable en el tiempo.

Factor 2: Autonomía (“Yo soy” - visión de sí mismo). Juicios que refieren al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural. Sentimiento de competencia frente a los problemas, buena imagen de sí mismo, independencia al actuar.

Factor 3: Satisfacción (“Yo soy” - visión del problema). Juicios que develan la forma particular en cómo el sujeto interpreta una situación problemática.

Factor 4: Pragmatismo (“Yo soy” - respuesta resiliente). Juicios que develan la forma de interpretar las acciones que la persona realiza. Es el sentido práctico para evaluar y enfrentar los problemas, orientación hacia la acción.

Factor 5: Vínculos (“Yo tengo” - condiciones de base). Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal. Condiciones estructurales que sirven de base para la formación de la personalidad, como las relaciones vinculares.

Factor 6: Redes (“Yo tengo” - visión de sí mismo). Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano. Condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo para el sujeto.

Factor 7: Modelos (“Yo tengo” - visión del problema). Juicios que refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas. Personas y situaciones que sirven de guía al

sujeto para enfrentar sus problemas. Experiencias anteriores que sirven de referente frente a la resolución de problemas.

Factor 8: Metas (“Yo tengo” - respuesta). Juicios que refieren al valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática. Objetivos definidos, acciones encaminadas hacia un fin.

Factor 9: Afectividad (“Yo puedo” - condiciones de base). Juicio que refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno. Auto-reconocimiento de la vida emocional del sujeto, valoración de lo emocional, características personales en torno a la vida emocional.

Factor 10: Autoeficacia (“Yo puedo” - visión de sí mismo). Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática. Capacidad de poner límites, controlar los impulsos, responsabilizarse por los actos, manejo de estrés, terminar lo propuesto.

Factor 11: Aprendizaje (“Yo puedo” - visión del problema). Juicios que refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje, a aprovechar la experiencia vivida, aprender de los errores, evaluar el propio actuar y corregir la acción.

Factor 12: Generatividad (“Yo puedo” - respuesta). Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas. Capacidad de crear respuestas alternativas frente a los problemas y planificar la acción.

Este instrumento SV-RES permite obtener un puntaje de Resiliencia para realizar probables intervenciones en áreas deficitarias.⁽²¹⁾ Además es un instrumento nacional. En la construcción de ítems se toma como base las categorías teóricas expresadas por Edith Grotberg (yo soy, yo estoy, yo puedo, yo tengo) y las categorías teóricas expresadas Eugenio Saavedra, (condición de base, imagen de sí

mismo, imagen del problema, respuesta activa resiliente) y se cruza ambos esquemas teóricos en una matriz doble.⁽¹⁹⁾

Saavedra recoge el carácter histórico de la constitución de la Resiliencia y en su perspectiva incorpora los aportes de Grotberg, en el sentido de abordar los diversos niveles de la realidad del sujeto que contribuyen a la constitución de la Resiliencia y las modalidades interactivas de su manifestación en el habla.

Figura 1. Matriz Base del instrumento SV-RES para medición de Resiliencia:

	Condiciones de base	Visión de sí mismo	Visión del problema	Respuesta Resiliente
Yo soy, Yo estoy	F1: Identidad	F2: Autonomía	F3: Satisfacción	F4: Pragmatismo
Yo tengo	F5: Vínculos	F6: Redes	F7: Modelos	F8: Metas
Yo puedo	F9: Afectividad	F10: Autoeficacia	F11: Aprendizaje	F12: Generatividad

Fuente: Saavedra y Villalta, 2008.

El constructo Resiliencia se ha desarrollado a través de los tiempos, distinguiéndose así en su desarrollo tres etapas generacionales ⁽²²⁾:

La primera etapa de investigación representó la lista de cualidades de Resiliencia de investigación en este tema y se focalizó en la identificación de capacidades y fortalezas de los individuos.

La segunda etapa de investigación en Resiliencia supuso un intento de responder a la pregunta de cómo se adquieren las cualidades Resilientes y cuáles son los procesos asociados a una adaptación positiva, dado que la persona vive o ha vivido en condiciones de adversidad.

La segunda generación de investigadores define este constructo como un proceso que maneja factores de riesgo y factores protectores, búsqueda de modelos para favorecer programas sociales. Surgen los Pilares de Resiliencia nombrados anteriormente y la dinámica que se vive entre ellos, lo cual es base para adaptación.⁽²²⁾

En la tercera etapa se profundizó en el concepto de Resiliencia y en cómo la fuerza motivacional dentro de cada uno puede conducir a lograr sabiduría, autoactualización y altruismo pudiendo estar en armonía con una fuente de fuerza espiritual. Existe un énfasis en la elaboración de modelos de aplicación. Se “construye resiliencia”.

Figura 2: Resumen de las diferencias generacionales de Resiliencia:

I GENERACIÓN AÑOS 80	II GENERACION AÑOS 90	III GENERACION AÑOS 2000
CAPACIDAD	PROCESO	PARADIGMA
Distingue a aquellos individuos que se adaptan a pesar de las predicciones de riesgo. Énfasis en la capacidad humana.	Dinámica entre factores que permite una adaptación positiva. Énfasis en la promoción. Búsqueda de factores protectores. Énfasis en el proceso. Énfasis en el contexto social.	Marco que nos explica la respuesta resiliente para dar énfasis a la elaboración de modelos de aplicación.
Se “es” Resiliente.	Se “está” Resiliente y se “aprende”.	Se “construye” Resiliencia.

FUENTE: PUIG, RUBIO, 2011.

Así, se observa que el concepto de Resiliencia está en continua evolución y desarrollo, llegando a establecer su construcción como pilar del empoderamiento frente a situaciones difíciles.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

La familia es uno de los contextos más importantes de la persona, considerada como un sistema dinámico viviente sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda, donde todos los integrantes fluyen y a la vez se ven afectados encontrándose en continua transformación⁽²³⁾ y modificaciones, en donde los problemas de un integrante influyen en el otro y también en la resolución de problemas. Se destacan la interacción y el orden a una finalidad.

Si se toma como referente teórico la Teoría General de Sistemas, se caracteriza al sistema familiar por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación".⁽²⁴⁾ En general, existen ejes de análisis que orientan el concepto de familia como la consanguineidad, nexo legal o conyugal y la convivencia, sin embargo el criterio más importante es el afectivo que supera a los anteriores. El criterio afectivo es la base para establecer relaciones sanas y de armonía, que al quebrarse alteran la funcionalidad familiar que implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran dirigidas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto.⁽²⁵⁾

La conducta individual de las personas, desde la comprensión del contexto ambiental total, en el que los individuos se desenvuelven en ambientes extremadamente complejos e incluyen dimensiones físicas, sociales, políticas y económicas, los individuos deben mantener una adaptación con sus medios ambientales y personales para sobrevivir. En algunas ocasiones, por razones estratégicas, se debe trabajar con un integrante de la familia por sus propiedades

particulares de interactuar e influir directamente en el sistema familiar.⁽²⁶⁾

Indagar en la funcionalidad familiar es una herramienta para la asistencia de las familias inestables y una guía de trabajo para los profesionales que intervendrán.

El Apgar familiar de Smilkinstein es un instrumento que plantea cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Las cinco preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Obteniéndose información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar, dando al Enfermero(a), una visión de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares.⁽²⁷⁾

Las siguientes son las dimensiones analizadas en el instrumento:

- Adaptación: Satisfacción de como los miembros de la familia utilizan sus recursos en los momentos de crisis para adaptarse a la situación.
- Participación: Satisfacción de la familia en el grado de comunicación existente con interés común para la solución de problemas.
- Ganancia: Satisfacción de los miembros en la medida que el grupo familiar acepte sus acciones.
- Afecto: Satisfacción de los miembros en relación a respuestas frente al recibo de amor y afecto dentro del grupo familiar.
- Recursos: Satisfacción de los miembros frente a como cada uno de ellos dedica tiempo, espacio y dinero en relación a los otros.

La aplicación del Apgar familiar contribuye a la identificación de familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. Aunque se ha determinado en algunos estudios “que su sensibilidad podría no ser adecuada debido a que puede existir cierto grado de disfunción no evaluable. Esto puede deberse a sesgos en las respuestas debido a la interpretación de la familia como una esfera privada cuya intimidad se tiende a preservar más que otros aspectos que afectan exclusivamente al individuo. Evidentemente esta consideración puede subestimar el grado de disfunción”.⁽²⁸⁾

El Faces-20 esp, es otro instrumento de medición de funcionalidad familiar, basado en la tercera revisión del Modelo Circunflejo de Olson (1988-1989).⁽²⁹⁾ Sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado según se determine con los resultados obtenidos. Los sistemas familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones.⁽³⁰⁾

La cohesión familiar es definida como la unión emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, se distinguen cuatro niveles.

- La cohesión desligada o desprendida se refiere a familias donde hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

- En la cohesión separada se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.
- En la cohesión conectada o unida son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.
- Cohesión enmarañada o enredada, máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

La Flexibilidad familiar es definida como la capacidad familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son:

- Caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.
- Flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.
- Estructurada es aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.
- Rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.⁽³¹⁾

La comunicación familiar es el tercer concepto, considerándose una dimensión facilitadora. Las habilidades para la comunicación descritas son: empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, etc. Hacen posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad.

Los estilos y estrategias de comunicación de una familia, están muy relacionados con la cohesión y la adaptabilidad, si se introducen cambios en estas estrategias, también es posible modificar el tipo de cohesión y de adaptabilidad. Se trata por tanto de una variable facilitadora del cambio.

Las tres dimensiones antes mencionadas de cohesión, adaptabilidad y comunicación pueden organizarse en un Modelo Circumplejo, que facilita la identificación de 16 tipos de familias que más tarde fueron descritas y que dieron origen a la escala de "Cohesión y Adaptabilidad Familiar" (CAF), objeto de este estudio.

A partir del Modelo Circumplejo los niveles centrales (cohesión separada y conectada) son los más viables para el funcionamiento de la familia, considerándose problemáticos los niveles extremos (cohesión desligada y enmarañada). Los niveles centrales de adaptabilidad (estructurada y flexible) son más favorables para el funcionamiento de la familia. Los extremos (rígidos y caóticos) son los más problemáticos. ⁽³¹⁾A continuación se presenta la caracterización de los sistemas familiares:

Figura 3: Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de Cohesión y Flexibilidad

		COHESIÓN			
		Bajo →	Moderado →	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo ↑	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

FUENTE: Escala de funcionamiento familiar Faces III. ¿Modelo de dos o tres sistemas. Schmidt, Barreyro, Maglio.2010.

Conocer la funcionalidad familiar abre el inicio para el apoyo profesional que se le puede entregar a las familias y una potencialización hacia la promoción de familias resilientes, conociéndose la Resiliencia familiar como la “Capacidad desarrollada en una familia, sacudida fuertemente por una desgracia, para sostener y ayudar a uno o varios de sus miembros, víctimas directas de circunstancias difíciles, a construir una vida rica y plena de realización para cada uno de los integrantes a pesar de la situación adversa a la que se ha sometido el conjunto”.⁽³¹⁾ Así, la Resiliencia familiar, ayuda a movilizar recursos dentro de la familia para hacer frente a la adversidad y superar la situación,enfrentar constructivamente, los desafíos de la vida e incluyendo circunstancias difíciles e incluso traumáticas ,gracias a recursos emocionales, afectivos ,relacionales, cognitivos, conductuales y morales .Resultados de experiencias de buenos tratos recibidos en sus familias nucleares, y/o en su familia extensa y/o comunidad se convierte en útil herramienta en el apoyo de la persona con problemas graves de salud, pasando a ser los seres queridos quienes apoyan el proceso de recuperación.⁽³²⁾

TEORIA DE LA TRANSICION DE AFAP MELEIS:

En la revisión de modelos teóricos y teorías de Enfermería, se incorpora una teoría de Rango medio como es la Teoría de Transición, orientada a personas, familia, comunidad y sociedad que experimenta algún tipo de transición en la vida, en salud o enfermedad.

Según la autora de esta teoría, la Enfermera/o es la encargada/o de promover y mantener el bienestar, autocuidado y calidad de vida, así debe entender que los cambios de salud a enfermedad es una Transición en donde la persona evidencia una vulnerabilidad que le es propia.⁽³³⁾

Se entiende por Transición el paso de una etapa, condición o estado de la vida a

otro, esto implica una interacción de la persona con el medio en que se encuentra inserto, provocando un cambio en su salud, roles, expectativas, habilidades y demandas. Todo lo anterior se desarrolla en un tiempo con una responsabilidad para obtener un resultado frente a la transición vivida, que dependerá directamente de la vulnerabilidad que presenta la persona y de las condiciones facilitadoras o inhibidoras del proceso de transición, como lo son condiciones personales, significados, creencias y actitudes culturales, conocimiento, status socioeconómico y condiciones en que se está inmerso. Todo lo anterior podría perjudicar o fortalecer la etapa de transición. ⁽³⁴⁾

Existen transiciones de desarrollo, situacional, salud- enfermedad y organizacionales, que además se pueden presentar de forma única, múltiple o secuencial, pudiéndose o no relacionar unas a otras.

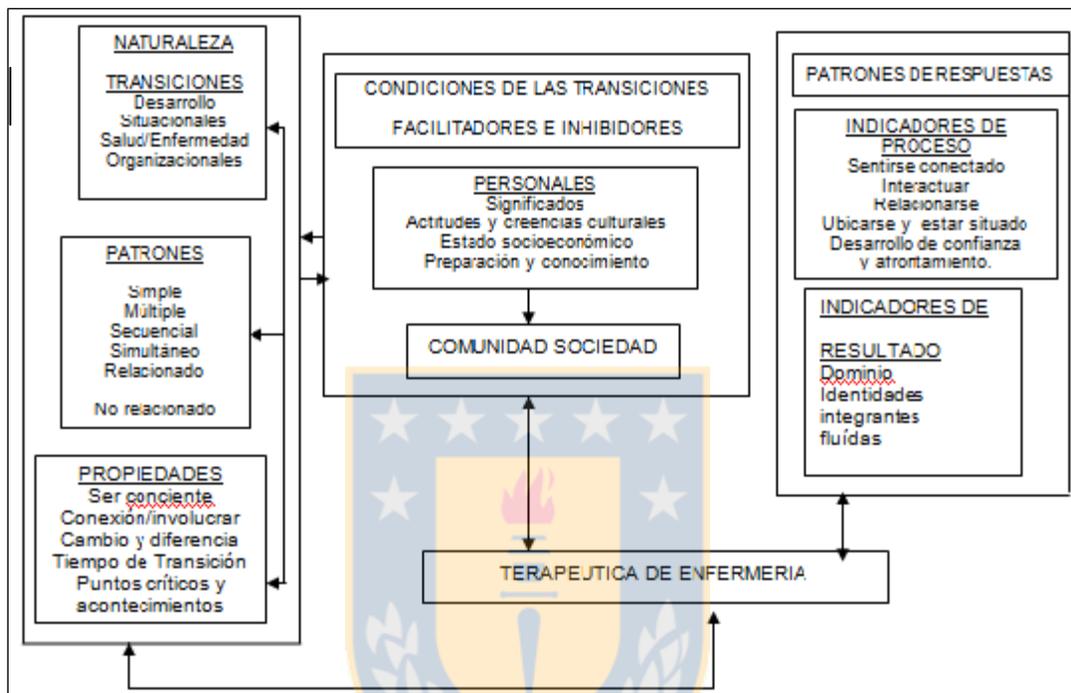
La contribución de enfermería como cuidadores es alcanzar el bienestar, trabajar con las condiciones y patrones de la transición, guiando a las personas a alcanzar niveles de estabilidad y crecimiento frente a sucesos que se deben afrontar. Entender que una transición exitosa, necesita de una relación entre la persona con inestabilidad en salud, su familia y la enfermera/o, debiendo ser altamente recíproco, ya que así se fortalece el proceso de cuidado en el ámbito hospitalario, implicando una calidad técnico científica, calidez en el trato, comunicación asertiva, proceso enseñanza aprendizaje bidireccional entre el profesional y la persona en transición.

El desarrollo de una adecuada transición promueve un cambio de salud a enfermedad, que mejora la calidad de vida, disminuirá el número de consultas futuras y reingresos hospitalarios.

El objetivo de la teoría de transición es servir de guía para comprender el proceso que se presenta al enfrentar episodios, ya sean situacionales o de transformación de salud a enfermedad, es por este motivo que se relaciona directamente con el concepto de Resiliencia⁽³⁵⁾, que es la capacidad que tiene la persona para enfrentar

situaciones que le provocan estrés e involucran toma de decisiones, saliendo fortalecido de éstos.⁽³⁶⁾

Figura 4: TEORIA DE LA TRANSICION, AFAF MELEIS:



FUENTE: Marriner, 2010.

Ambos conceptos, Resiliencia y Transición se relacionan estrechamente, ya que en ambos existen factores de riesgo o de inhibición y factores facilitadores o de protección que se entrelazan para el desarrollo del proceso de crisis que se vive.

Un alto nivel de Resiliencia sugiere que la persona posee ciertas condiciones que le permiten vivenciar un estado de transición en forma positiva, terminando fortalecida y con nuevas herramientas que podrá utilizar en situaciones de adversidad a futuro.

El enfermero/a debe tener una comunicación constante con la persona hospitalizada y su familia para reconocer el proceso de transición y los factores que influyen en su nivel de resiliencia, que mientras mayor sea, mejor será la forma en que evoluciona el proceso de transición de salud a enfermedad.

Promover la Resiliencia y entender su concepto conlleva a que el proceso de transición se desarrolle de una manera adecuada, mejorando la calidad de vida y entregando nuevas herramientas a la persona y entorno para salir adelante en nuevas situaciones de crisis y en el desarrollo de transiciones saludables.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Una Unidad de Cuidados Intensivos es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los candidatos a ingresar en estas unidades son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros. Muchos hospitales han habilitado áreas de cuidados intensivos para algunas especialidades médicas. En estas unidades los usuarios y su familia se someten a un ambiente hostil y desconocido, en donde la tecnología se manifiesta con monitores, máquinas y ruidos de alarma que le son agresivos y amenazantes, viéndose sometidos a situaciones difíciles que le provocan estrés y ansiedad, respondiendo de manera única y particular. ⁽³⁷⁾

Para cualquier familia, el hecho de tener a uno de sus miembros ingresado en una Unidad crítica, supone una tremenda carga emocional y es obligación aclarar sus dudas y proporcionar ayuda en el proceso de transición que viven. Los familiares presentan una elevada prevalencia de ansiedad y depresión, lo que probablemente afectará a la comprensión, el razonamiento y la comunicación. ⁽³⁸⁾

Las necesidades de los familiares responsables de personas hospitalizadas en unidades críticas han sido objeto de interés en diversos estudios, todos con el mismo propósito: conocer las necesidades de estos familiares y permitir la planificación de intervenciones que puedan atender las demandas reales del binomio paciente-familia.

El familiar responsable de una persona hospitalizada en una unidad de Cuidados intensivos crítico generalmente se enfrenta a un ser querido que está en una situación de riesgo vital y no es capaz de cuidarse por sí mismo, por ello su rol se magnifica en este contexto.

PROPUESTA TEORICA

Conceptos como Transición y Resiliencia interactúan con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas a través de la práctica de Enfermería.

El paso de salud a enfermedad es una adversidad que se presenta como proceso de transición que afecta a la persona y a su familia, los cuales responden de variadas formas dependiendo de factores ambientales, personales, socioculturales en que han estado insertos y han adquirido como experiencias de vida, factores que pueden resultar protectores o de riesgo.⁽³⁹⁾ Las respuestas de las personas pueden ser variadas y múltiples, al manifestarse saludables, enfrentan la adversidad como una propuesta al crecimiento personal y se convierten en resilientes para la persona afectada y su familia, confluyendo en la resolución de su problema de enfermedad y mejorando su calidad de vida y condición de salud.

Las influencias situacionales del entorno pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en el proceso de transición, por lo que la gestión de enfermería es vital para el desarrollo de una transición eficiente, aumentando el nivel de resiliencia, lo que se logra potenciando los doce factores de Resiliencia. El enfermero(a) debe reconocer estos factores e integrarlos en su valoración, planificando su intervención para el desarrollo de resiliencia en todas las personas que dependen de su cuidado.

Los factores pertenecientes a la fuente interactiva del “yo soy”, “yo estoy”, son identidad, autonomía, satisfacción y pragmatismo, relacionados con fortalezas

internas que se adquieren a los largo de la vida. En ellos el enfermero(a) puede desarrollar su plan de acción en la entrega de herramientas de solución de problemas, según el perfil de la persona o familiar que depende de su cuidado, ya sea en forma individual o grupal.

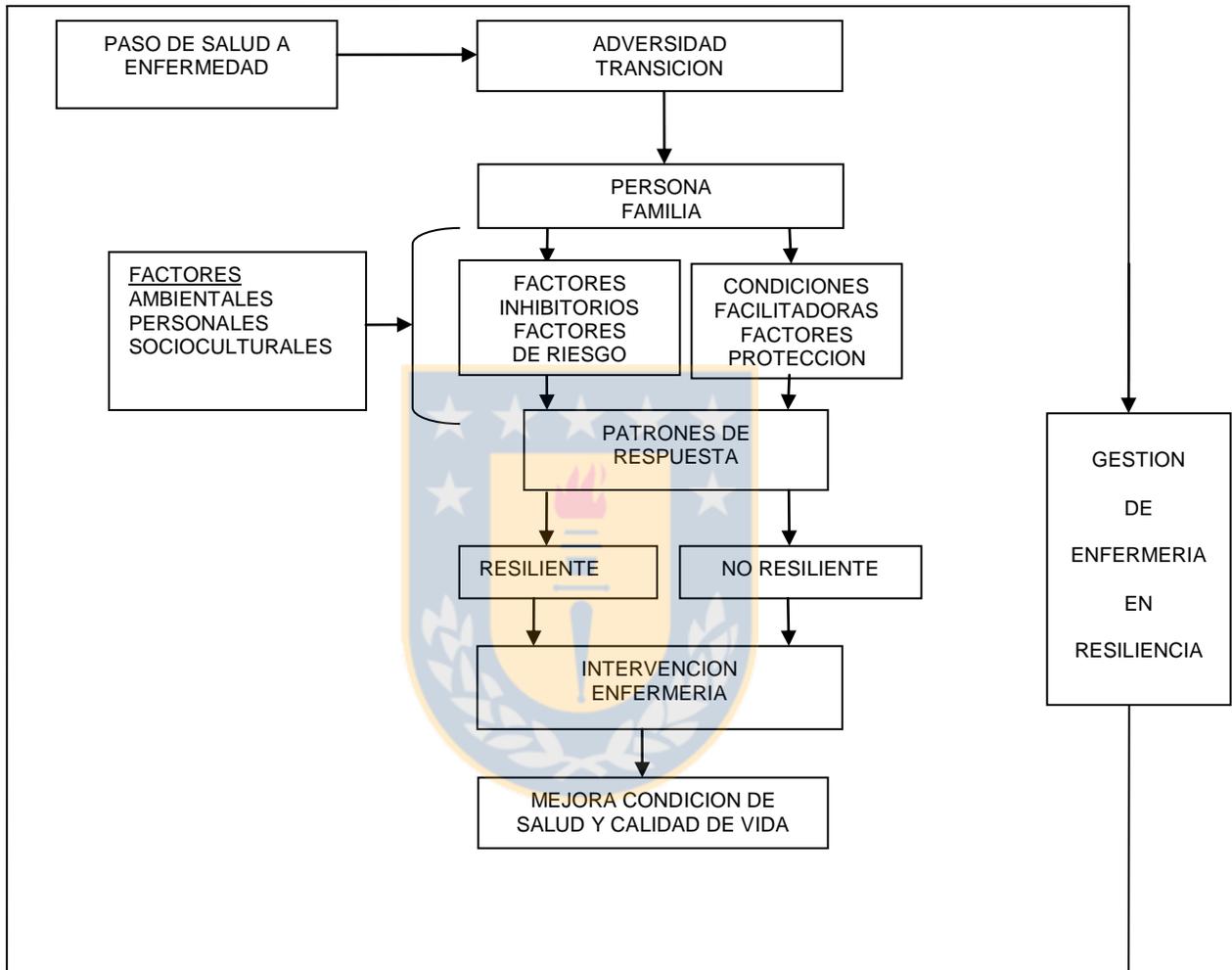
La segunda fuente interactiva “Yo tengo”, donde los factores que lo integran son vínculos, redes, modelos y metas, relacionados con el apoyo que la persona puede percibir, el enfermero(a) puede desarrollar una importante tarea en esta área, fortaleciendo los vínculos familiares, orientando sobre las redes de apoyo con que la persona puede disponer y si la situación lo permite, contactarlos con personas que han vivido experiencias similares, que actúan como modelos en esta búsqueda de solución de problemas. Todo lo anterior se puede desarrollar a través de talleres o en forma individual, dependiendo de la condición de salud que se vivencia.

La tercera fuente interactiva “yo puedo”, incluye los factores de afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad, los que se logran potenciar con la gestión de enfermería , que entrega las herramientas para potenciar en la persona la capacidad de creer en sus fortalezas, logrando salir adelante con los recursos que posee. Entregar un ambiente cálido y de confianza, donde la persona y/o familiar sientan seguridad y logren establecer una comunicación adecuada, en busca de la estabilidad emocional y de su condición de salud.

Frente a las respuestas no resilientes, con la Gestión de Enfermería, se logran modificar, hasta lograr el camino a transiciones y respuestas saludables, lo que se logra plantear en el desarrollo de la propuesta teórica.

A continuación se presenta un esquema que relaciona los aspectos teóricos de la Teoría de la Transición y Resiliencia, discutidos en el marco teórico y que constituyen una propuesta teórica de trabajo, elaborado por la autora de esta investigación.

**Figura 5: PROPUESTA TEORICA DE ENFERMERIA:
RESILIENCIA Y TRANSICIÓN.**



FUENTE: Resiliencia en familiares de personas hospitalizadas en una unidad de paciente crítico y factores relacionados. 2014.

3. MARCO EMPIRICO:

Las diversas investigaciones que apuntan a Resiliencia, han cambiado la forma en que se percibe a la persona, sin tener una visión de riesgo y enfermedad, sino una visión de prevención y promoción, basado en los recursos y en el entorno lo que permite salir fortalecido de la adversidad.

La importancia de una persona significativa en la vida:

Werner en el año 1955 ⁽⁴⁰⁾, comenzó esta investigación longitudinal en un prolongado estudio de epidemiología social realizado en la isla de Kauai (Hawai). El estudio fue llevado a cabo durante 32 años. Se estudio la evolución de 700 niños recién nacidos sometidos a condiciones de vida marcadas por la pobreza extrema, situaciones de estrés, disolución del vínculo parental, alcoholismo, abuso, entre otras, a pesar de estas situaciones 30% de los niños lograron sobreponerse a las adversidades y construirse como personas la posibilidad de un futuro. A partir de esta hallazgo, se sostiene que el desarrollo exitoso se debe a que el afecto y el amor recibido estaban en la base de tales desarrollos exitosos. Se constató además, que la influencia más positiva es una relación cariñosa y estrecha con un adulto significativo, dado que aquellos niños que tuvieron al menos una persona o familiar que los aceptó tal y como eran, independientemente de sus aspecto físico, temperamento o inteligencia, fueron creciendo con una alto nivel de autoestima, y resultaron ser personas sobresalientes que lograron sobreponerse a las circunstancias adversas y salir adelante. Este estudio marca el inicio del constructo Resiliencia y posterior a esto se realizaron variadas investigaciones, orientadas a descubrir los factores que desarrollan a un ser Resiliente, enmarcados en la segunda generación de investigadores.

Un estudio posterior evidencia un aspecto interesante, que son los factores protectores que poseían niños en alto riesgo, los cuales les permitieron evitar el fracaso escolar y mostraban un alto nivel académico, a pesar de sus

adversidades.⁽⁴¹⁾ Las dimensiones como: la actitud de los estudiantes, las características de su proceso de aprendizaje, el ambiente de aprendizaje, y el entorno relacionado con la motivación hacia los estudios fueron aristas importantes en el desarrollo de Resiliencia. Los factores protectores y resilientes encontrados en niños fueron: concepto positivo de sí mismos, actitud positiva hacia el instituto de enseñanza, el aprendizaje y los estudios y la percepción de la imagen que sus compañeros tenían sobre ellos era positiva.

Otras investigaciones de largo plazo de seguimiento, han demostrado que niños que viven bajo violencia intrafamiliar y maltratos, no todos se convierten en adultos maltratadores, la diferencia estaba en que existía al menos una persona en su círculo de desarrollo que confiaba y le brindaba apoyo, desarrollando fuerzas de resiliencia, superación del daño gracias a la solidaridad.⁽³⁸⁾ Se puede afirmar que “los buenos tratos durante la infancia son el principal factor de prevención de los comportamientos violentos. Por otra parte, las investigaciones sobre el origen de la Resiliencia nos permiten descubrir que esta emerge de las dinámicas de buenos tratos.”⁽³⁹⁾ Se describen los factores más importantes relacionados con la resiliencia en niños , que los factores externos más relevantes eran modelos positivos a imitar, tener relaciones afectivas y de apoyo dentro y fuera de la familia, tener un vínculo estable y positivo con al menos una persona.⁽⁴¹⁾

Resiliencia y género:

Por un lado, existen investigaciones en donde la variable sexo, muestra una tendencia de mayor Resiliencia en hombres que mujeres, siendo estos primeros más independientes mientras que las mujeres solo superaban en Resiliencia cuando tenían un apoyo significativo externo.⁽⁴²⁾

Otros , en cambio, evidencian a mujeres con mayor Resiliencia que hombres⁽⁴³⁾ ,ya que el género femenino se relaciona con mayores puntajes en los factores resilientes que los varones.⁽⁴⁴⁾ Se encuentran diferencias de género destacando que las

mujeres poseen mayor Resiliencia, ya que poseen mayor apoyo social y familiar, así el hecho de ser mujer pasa a ser un factor protector. ⁽⁴⁵⁾

Al comparar las variables hombres y mujeres, existen diferencias significativas a favor de las mujeres en autoestima, empatía y Resiliencia. Mientras hombres y mujeres presentan igual frecuencia de conductas Resilientes, el género femenino desarrolla fortaleza interna y habilidades personales, mientras que los hombres tienden a ser más pragmáticos. ⁽⁴⁶⁾

Así, son las mujeres quienes tienen mayor apoyo social y le es menos problemático pedir ayuda, en cambio el género masculino socialmente se le exige una reacción inmediata frente a la dificultad sin pedir apoyo externo. Los hombres muestran mayor Resiliencia, con rasgos a ser más independientes, en tanto que las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un mayor apoyo externo significativo de amigos, maestros, en caso de escolares y familia. ⁽⁴⁷⁾

Se plantea que mujeres presentan mayor nivel de Resiliencia demostrando una mayor sensibilidad emocional, tendencia al cuidado, capacidad de detectar sentimientos y señales no verbales y mayor preocupación por otros. Ser mujer es considerado como una variable protectora, mientras que el ser hombre representa una mayor vulnerabilidad al riesgo. ⁽⁴²⁾ El género femenino estaría más acostumbrado a recibir ayuda y cariño y no así el masculino que es más reacio a recibir ayuda.

Resiliencia y edad:

Los cambios o crisis de vida no son propiedad de un grupo etario, pueden establecerse en cualquier periodo de vida y pareciera ser que los niveles de resiliencia no están asociados directamente a una edad determinada. Se podría pensar que los grupos etarios extremos podrían evidenciar mayor labilidad, como la adolescencia, una edad llena de proyectos y gran vitalidad y por otro lado, la edad adulta, podría evidenciarse como una crisis en su globalidad, producto de la partida de los hijos y la redefinición de roles. ⁽⁴⁸⁾

Desde otro punto de vista, se visualiza que los adultos mayores estarían en una etapa plena de sabiduría que le otorgaría herramientas para poseer un nivel de Resiliencia adecuado y que a pesar del incremento de experiencias desfavorables y altamente estresantes en la vejez, muchas personas mayores logran adaptarse a los cambios y siguen reportando adecuados niveles de satisfacción con la vida o, al menos éste no decrece en comparación a etapas anteriores. ⁽⁴⁹⁾

En cambio , en el rango de edad Adolescente, se observa que a mayor Resiliencia, mayor locus de control interno y estilo de enfrentamiento directo; mientras que una menor Resiliencia se asocia con mayor inseguridad, devaluación, expectativas sociales y aspectos negativos de la autoestima. ⁽⁵⁰⁾

Las dimensiones de Resiliencia siguen patrones distintos según edad, los niños poseen en mayor medida factores de protección internos que los adultos y a la vez estos, poseen factores de protección externos. ⁽⁴²⁾

Resiliencia y Nivel socioeconómico:

Investigaciones demuestran que no existe conexión entre el nivel socioeconómico y la Resiliencia. ⁽⁵¹⁾Aunque la pobreza no es una condición de vida aceptable, no impide su desarrollo, no existiría relación entre clase social y Resiliencia. ⁽⁵²⁾

En el Nivel socioeconómico, no se encuentran diferencias significativas, sin embargo se encontraron diferencias en el área de creatividad y de interacción en el estrato bajo e iniciativa a favor del estrato alto. ⁽⁵³⁾

Se tiende a pensar que los niños de un nivel socioeconómico alto son más resilientes, estos, son más exitosos en la escuela, porque poseen mayor apoyo monetario, pero no significa que sean resilientes. Aunque la pobreza no es una condición de vida aceptable, no impide el desarrollo de la Resiliencia. El nivel socioeconómico y la Resiliencia, no estarían relacionados. ⁽⁵⁴⁾

Resiliencia y nivel educacional:

Alumnos resilientes, tienen mayor probabilidad de tener un buen nivel académico, sobre todo, si la escuela presenta ciertas características que ayuden al desarrollo del alumno, que no se relaciona con el tamaño, ni antigüedad de la escuela, sino con la naturaleza de la escuela, características del cuerpo docente y la naturaleza de la escuela como razón social. ⁽⁵⁵⁾

Se tiende a pensar que los niños de un nivel socioeconómico alto son más resilientes por el apoyo monetario, pero al parecer no se relacionaría nivel académico con una resiliencia mayor. ⁽⁵⁵⁾De manera inversa las personas resilientes tienen más probabilidades de mostrar mejores habilidades académicas y una autopercepción de mayor competencia en la escuela y el trabajo.

Así también, existen estudios, que señalan una cierta tendencia, que a medida que aumentan los años de estudio, aumentan las conductas resilientes y que pudiera asociarse a los años de estudio, así como al intercambio social que se vive. ⁽⁵⁶⁾.

Resiliencia discapacidad y enfermedad:

Existen algunos estudios en relación a personas discapacitadas y con patologías crónicas en la literatura, pero es escasa la información en el área de personas hospitalizadas en cuidados intensivos en relación a Resiliencia. Lo que si se puede rescatar de estos trabajos es que es un área a desarrollar en salud para utilizarlo como herramienta de prevención y rehabilitación en condiciones adversas de enfermedad.

En el campo de la discapacidad todavía hay pendiente mayor investigación. En resultados de estudios se observa que los participantes muestran una capacidad de Resiliencia alta. Esto permitiría pensar que las experiencias y obstáculos por los que pasan estos jóvenes, les hace que desarrollen esta capacidad en un alto grado. Sin duda, esto no implica que las personas que tienen una discapacidad no experimenten emociones negativas, sino que las emociones positivas coexisten con las negativas durante estas circunstancias adversas y éstas, pueden ayudar a potenciar la capacidad de afrontamiento para adaptarse adecuadamente a dichas circunstancias. ⁽⁵⁷⁾

“En lo que respecta a la enfermedad crónica, se aprecia que el apoyo social, creencias espirituales, autotrascendencia, optimismo, autoestima, autoeficacia, autocontrol, sentido y propósito en la vida y el afecto positivo son variables que favorecen y modulan Resiliencia”, convirtiéndose en un apoyo como factores protectores de salud”. ⁽⁵⁸⁾

La importancia de potenciar la Resiliencia sobre la enfermedad, se plantea que al realizar intervenciones, se pueden potenciar aspectos que ayuden a llevar mejor la enfermedad, demostrando la posibilidad de cambio y potenciación de la Resiliencia a partir de un programa de tratamiento. ⁽⁵⁹⁾

Por otro lado, personas con distintas patologías crónicas relacionan Resiliencia con la capacidad de entender la enfermedad, ya que esto disminuye la incertidumbre por parte de ellos y por ende aumenta los niveles de este constructo. ⁽⁶⁰⁾

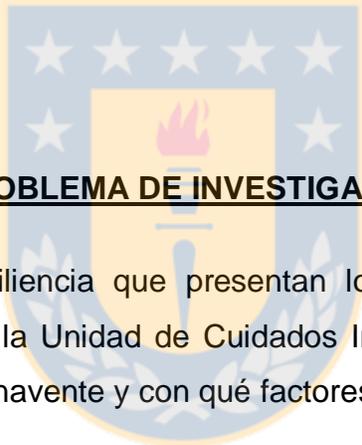
Las características clínicas que tiene una enfermedad, vale decir, sus signos y síntomas, tienen mayor relevancia sobre la Resiliencia, que las condiciones sociodemográficas de las personas cuando se es adulto mayor. ⁽⁶⁰⁾



4. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

PROPOSITO:

Conocer el nivel de Resiliencia que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad Cuidados Intensivos Medicoquirúrgico del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción y sus factores asociados, con el fin de identificar estrategias futuras que potencien la recuperación y su calidad de vida.



PROBLEMA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es el Nivel de Resiliencia que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Medicoquirúrgico del Hospital Guillermo Grant Benavente y con qué factores se asocia?

5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

MEDIR EL NIVEL DE RESILIENCIA QUE PRESENTAN LOS FAMILIARES RESPONSABLES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SUS FACTORES ASOCIADOS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar el Nivel de Resiliencia que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- 2.- Identificar las características sociodemográficas del familiar responsable en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- 3.- Relacionar características sociodemográficas que influyen en el nivel de Resiliencia que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- 4.- Determinar si la funcionalidad familiar percibida por el familiar responsable de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, se relaciona con su Nivel de Resiliencia.
- 5.- Determinar si la percepción de la calidad de información que recibe el familiar responsable en cuanto a la condición de la persona hospitalizada, se relaciona con su nivel de Resiliencia obtenido.
- 6.- Determinar si la gravedad de la persona hospitalizada en la Unidad de cuidados intensivos se relaciona con el nivel de Resiliencia del familiar responsable.

6. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

En relación a lo evidenciado en el marco teórico y empírico se desprenden las siguientes hipótesis de trabajo:

1.- FAMILIAR DE GENERO FEMENINO PRESENTA MAYOR NIVEL DE RESILIENCIA QUE EL MASCULINO

HO: El familiar de género femenino no tiene mayor nivel de Resiliencia que el masculino.

HI: El familiar de género femenino tiene mayor nivel de Resiliencia que el masculino.

2.- EL NIVEL EDUCACIONAL DEL FAMILIAR NO SE RELACIONA CON EL NIVEL DE RESILIENCIA.

HO: El nivel educacional del familiar se relaciona con el nivel de Resiliencia.

HI: El nivel educacional del familiar no se relaciona con el nivel de Resiliencia.

3.- EL NIVEL SOCIOECONOMICO DEL FAMILIAR NO SE RELACIONA CON EL NIVEL DE RESILIENCIA.

HO: El nivel socioeconómico del familiar se relaciona con el nivel de Resiliencia.

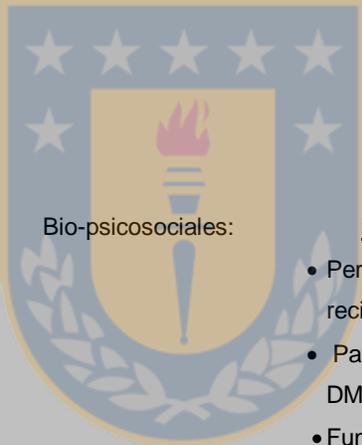
HI: El nivel socioeconómico del familiar no se relaciona con el nivel de Resiliencia.

4.- LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SE RELACIONA CON NIVEL DE RESILIENCIA.

HO: La funcionalidad familiar no se relaciona con el Nivel de Resiliencia

HI: La funcionalidad familiar se relaciona con el Nivel de Resiliencia

7. VARIABLES EN ESTUDIO:

Variable Dependiente:	Variable Independiente:
RESILIENCIA.	<p data-bbox="672 457 889 485">Socio-demográficas:</p> <p data-bbox="976 457 1260 485"><u>Del familiar responsable:</u></p> <ul data-bbox="954 499 1401 779" style="list-style-type: none">• Edad.• Sexo.• Lazo consanguíneo con persona hospitalizada.• Ocupación.• Nivel educacional (Escolaridad).• Nivel socioeconómico de la familia. <p data-bbox="976 793 1295 821"><u>De la persona hospitalizada:</u></p> <ul data-bbox="1057 835 1357 947" style="list-style-type: none">▪ Edad.▪ Sexo.▪ Días de hospitalización.  <p data-bbox="672 1041 862 1068">Bio-psicosociales:</p> <p data-bbox="987 1041 1276 1068"><u>Del familiar responsable:</u></p> <ul data-bbox="938 1083 1401 1278" style="list-style-type: none">• Percepción de la calidad de Información recibida.• Patologías Crónicas del familiar (HTA, DM, IAM antiguos, otros).• Funcionalidad Familiar. <p data-bbox="959 1335 1284 1362"><u>De la persona hospitalizada:</u></p> <ul data-bbox="938 1377 1401 1572" style="list-style-type: none">• Patología de ingreso.• Hospitalizaciones anteriores.• Probabilidad de mortalidad.• Nivel de dependencia de cuidados de enfermería. <p data-bbox="1256 1671 1401 1698">(ver anexo 1)</p>

8. MATERIAL Y METODOS:

8.1. Tipo de Estudio:

Estudio Cuantitativo, Transversal, Descriptivo, correlacional.

8.2. Unidad de análisis:

Familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente en la Ciudad de Concepción durante Agosto a Noviembre 2013.



8.3 Universo:

Lo constituyeron los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción durante Agosto a Noviembre 2013.

Durante el año 2013 hubo un total de ingresos de 606 personas.

8.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó por medio de un muestreo No probabilístico, por conveniencia. Con un 95% de intervalo confianza y un error de 5%.

Para calcular el tamaño de muestra se consideró como objetivo el estimar la media de resiliencia. Los valores usados para el cálculo son: tamaño de la población de estudio 606, desviación estándar 20,6 (obtenido del estudio piloto inicial), nivel de confianza del 95%, precisión de 1 a 5. Con estos valores se obtuvo:

Precisión	Tamaño de muestra
1	442
2	244
3	140
4	88
5	59

Considerando informativa una precisión menor o igual a 5, y además tomando en cuenta los recursos de tiempo y otros, se decidió a recolectar una muestra como mínimo de 100. Finalmente se obtuvo una muestra de 120, de las cuales en 3 no se presentaban respuestas completas, por lo que muestra de estudio quedó conformada por 117.

Los familiares responsables fueron seleccionados según la llegada a los horarios de visita y cumplimiento de criterios de inclusión.

a) CRITERIOS DE INCLUSION:

De la persona hospitalizada:

- Ingresado en Unidad de Cuidados Intensivos Medicoquirúrgico.
- Encontrarse después de 24 horas de hospitalización.

Del familiar responsable:

- Ser la persona responsable de la persona hospitalizada con lazos consanguíneos o de convivencia de pareja.
- Mayor de 18 años

b) CRITERIOS DE EXCLUSION:

Del Persona hospitalizada:

- Estar en su primer día de hospitalización.

Del familiar responsable:

- Sin lazos consanguíneos o sin convivencia de pareja.
- Menor de 18 años.
- Capacidades mentales alteradas.



8.5. RECOLECCION DE DATOS:

8.5.1 Técnica de recolección de datos:

La información será obtenida a través de los siguientes instrumentos:

- **Instrumento Sociodemográfico elaborado por la autora. (Anexo 3)**
- **Instrumento de funcionalidad familiar APGAR. (Anexo 5)**

El apgar familiar es una medición de la satisfacción de los miembros de la familia con cada uno de los componentes básicos de la función familiar. Las propiedades psicométricas son de una buena consistencia interna, con valor de alfa de Cronbach de 0.84 en su validación española.

Es un cuestionario autoadministrado de cinco preguntas cerradas, pudiendo cada una contestarse con categorías de “casi nunca”, “a veces” y “casi siempre”, con un puntaje que va de 0 a 2.

Los cinco componentes básicos de la función familiar están representados en inglés por el acrónimo APGAR:

A. Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas o situaciones de crisis.

P. Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar fórmulas de resolución de éstos. Cooperación en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones.

G. (“Growth”) Desarrollo o gradiente de crecimiento: capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo vital familiar, permitiendo la individuación y separación de los miembros de la familia.

A. Afectividad: capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada

miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia.

R. Capacidad de resolución: capacidad de instrumentalizar los elementos anteriores, entendida como compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir ingresos y espacios.

Sus rangos de resultado son:

0 a 3 puntos: disfunción familiar severa

4 a 6 puntos: funcionalidad moderada

7 a 10 puntos: alta funcionalidad

Los resultados obtenidos de la percepción de una persona no constituyen un diagnóstico de la familia, ya que cada persona tiene una percepción particular del funcionamiento familiar. Solamente establece una alerta para explorar con profundidad y comparar con los resultados de los demás miembros.

- **Instrumento de funcionalidad familiar abreviado Faces III. (Anexo 6)**

Este instrumento está basado en la tercera revisión del Modelo Circunflejo de Olson (1988-1989). Consta de 20 ítems redactados en forma de afirmación. Sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

Cada ítem de la escala presenta 5 alternativas de respuestas, cuyos puntajes oscilan entre:

1 a 5 puntos: Nunca	1 punto
Casi nunca	2 puntos
A veces	3 puntos
Casi siempre	4 puntos
Siempre	5 puntos

El puntaje general resulta de sumar las puntuaciones alcanzadas en los 20 ítems.

Puede ser contestado por mayores de 12 años.

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares.

La calificación de adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares.

Clasificación:



- Cohesión:

-No relacionada 10-34

-Semi relacionada 35-40

-Relacionada 41-45

-Aglutinada 46-50

- Flexibilidad:

-Rígida 10-19

-Estructurada 20-24

-Flexible 25-28

-Caótica 29-50

- **Escala de Resiliencia (SV_RES). (Anexo 7)**

Tipo de instrumento: Escala.

Autor: Eugenio Saavedra Guajardo.

Tiempo de administración: 20 minutos.

Items: 60 items con 5 alternativas cada uno.

Puntaje: "Muy de acuerdo" = 5 a "muy en desacuerdo" = 1.

Puntaje máximo: 300 puntos.

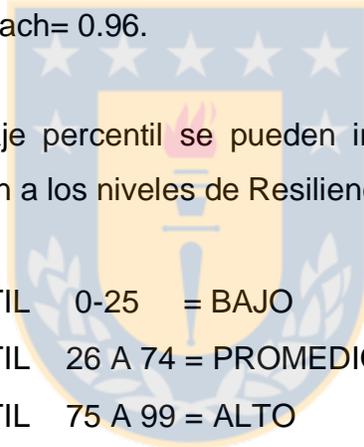
Puntaje mínimo: 60 puntos.

Validez: Coeficiente Pearson de $r = 0.76$.

Confiabilidad: Alfa de Cronbach = 0.96.

Según las tablas de puntaje percentil se pueden interpretar los resultados de la siguiente manera en relación a los niveles de Resiliencia:

- PUNTAJE PERCENTIL 0-25 = BAJO (235- 143 puntos)
- PUNTAJE PERCENTIL 26 A 74 = PROMEDIO (274- 236 puntos)
- PUNTAJE PERCENTIL 75 A 99 = ALTO (300-275 puntos)



8.5.2. Prueba Piloto:

Fue llevada a cabo en la Unidad Intermedio Medicoquirúrgica dependiente de la Unidad de Cuidados Intensivos, con similares características a la muestra que será investigada.

Se realizó prueba piloto a un 10% de familiares responsables en relación a la muestra con el fin de someter a prueba diferentes aspectos en la ejecución de la investigación, previa firma de consentimiento informado.

Periodo de tiempo destinado al desarrollo del instrumento fue de 20 minutos aproximado en donde el 80% de los familiares responsables lo desarrolla sin problemas y solo el porcentaje restante pide ayuda para su lectura.

8.5.3. APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

Fue aplicado por la Investigadora en horarios de visitas a la Unidad Paciente Crítico, de 16 a 18 horas en dependencias UCIM.



8.5.4. ESTADÍSTICOS DE CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS:

Estadísticos de fiabilidad
INSTRUMENTO SV-RES RESILIENCIA

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,963	60

Estadísticos de fiabilidad
INSTRUMENTO APGAR FAMILIAR

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,736	5

Estadísticos de fiabilidad
INSTRUMENTO FACES III

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,801	20

8.5.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Se utiliza el sistema informático SPSS versión 15.0 para Windows.

8.5.6. PROCESAMIENTO DE DATOS:

TIPO DE ANALISIS	VARIABLES	INSTRUMENTO	VALIDACION DEL INSTRUMENTO
DESCRIPTIVO: MEDICION DE FRECUENCIAS ESTADISTICOS DE TENDENCIA CENTRAL.	DE LA PERSONA HOSPITALIZADA <ul style="list-style-type: none"> • EDAD • SEXO • PATOLOGIA • DIAS HOSPITALIZACIÓN • HOSPITALIZACIONES ANTERIORES • NIVEL DE DEPENDENCIA Y GRADO TERAPEUTICO • GRAVEDAD DEL FAMILIAR: <ul style="list-style-type: none"> • EDAD • SEXO • ESCOLARIDAD • PARENTEZCO • OCUPACION • CONDICION SOCIOECONOMICA • ENFERMEDADES. • RECIBO DE INFORMACION • CALIDAD DE INFORMACION • FUNCIONALIDAD FAMILIAR RESILIENCIA	CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO APACHE II CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO APGAR FACESIII SV-RES	DOUGNAC 2007 MADDALENO 1987 OLSON 1994 SAAVEDRA VILLALTA 2008
INFERENCIAL: ANOVA T-STUDENT	RESILIENCIA DE LA PERSONA HOSPITALIZADA: <ul style="list-style-type: none"> • EDAD • SEXO • DIAS HOSPITALIZACIÓN • HOSPITALIZACIONES ANTERIORES • NIVEL DE DEPENDENCIA Y GRADO TERAPEUTICO • GRAVEDAD DEL FAMILIAR RESPONSABLE: <ul style="list-style-type: none"> • EDAD • SEXO • ESCOLARIDAD • PARENTEZCO • OCUPACION • CONDICION SOCIOECONOMICA • ENFERMEDADES. • RECIBO DE INFORMACION • CALIDAD DE INFORMACION • FUNCIONALIDAD FAMILIAR 	SV-RES APACHE II APGAR FACESIII	SAAVEDRA VILLALTA 2008 DOUGNAC 2007 MADDALENO 1987 OLSON 1994

9. CONSIDERACIONES ETICAS:

Cumplimiento de los siete requisitos éticos postulados por Ezequiel Emanuel:

- 9.1 Valor: Esta intervención conduce a generar conocimientos sobre el comportamiento familiar para orientar mejoras en la salud y bienestar, se desarrolla como un estudio preliminar para detectar factores relacionados.
- 9.2 Validez Científica: Estudio realizable con objetivos medibles se alcanzan conclusiones válidas sin exposición de las personas. Posee diseño, objetivos, metodología científica y plan de análisis de datos.
- 9.3 Selección equitativa: Existe selección equitativa de participantes.
- 9.4 Riesgo/Beneficio: Todos los participantes son informados de los beneficios del estudio. Se minimizan riesgos potenciales que se pudieran haber presentado, respetando horario de visitas y prolongándolo en ocasiones.
- 9.5 Evaluación independiente: Estudio aprobado por el comité de ética de la Universidad de Concepción y del Hospital Guillermo Grant Benavente. Se solicitó autorización del autor del instrumento recolector de datos, Eugenio Saavedra Guajardo.(Anexo 5)
- 9.6 Consentimiento Informado: Se solicitó a los participantes firmar un consentimiento escrito que acredita su participación en calidad de voluntario, asegurando el resguardo de la información entregada, absolutamente privada y confidencial. Además del consentimiento al estudio que faculta el comité de ética del Hospital Guillermo Grant Benavente y el comité de ética de la Universidad de Concepción.
- 9.7 Respeto por los participantes: Resguardo de la información entregada, absolutamente privada y confidencial

10. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Para analizar los resultados obtenidos se expondrán en el siguiente orden:

- ANALISIS DESCRIPTIVO.
- ANALISIS INFERENCIAL.
- ANALISIS CORRELACIONAL.

El análisis estadístico comienza con un análisis descriptivo (tablas de frecuencia, medidas de resumen y gráficos) de las variables principales, donde se analizarán primero los datos de la persona hospitalizada y luego del familiar responsable. Para comparar medias se aplicó la Prueba t para dos muestras independientes y ANOVA para más de dos medias. En caso de no cumplirse los supuestos, se aplicó las pruebas no paramétricas correspondientes (Mann-Whitney y Kruskal-Wallis). Para verificar normalidad se usó la prueba de Shapiro-Wilks.

Al analizar la relación entre variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman y para la consistencia interna de Resiliencia se cuantificó con el Alfa de Cronbach. Para los contrastes se consideró una significancia del 5%.

ANALISIS DESCRIPTIVO

DATOS PERSONA HOSPITALIZADA:

TABLA N°1: Distribución de muestra según sexo, edad, días de hospitalización, hospitalizaciones anteriores y nivel de dependencia de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

VARIABLE	CATEGORIA	N	PORCENTAJE	MEDIA	DE	MIN	MAX
SEXO	MUJERES	59	50,4				
	HOMBRES	58	49,6				
EDAD				51,8	16,25	15	83
DIAS HOSPIT				6,19	5,63	2	36
HOSPITALIZACION ANTERIOR	SI	89	76,07				
	NO	28	23,93				
N.DEPENDENCIA	A1	101	86,32				
	B1	16	13,68				

FUENTE: "Resiliencia en familiares de personas hospitalizadas en una unidad de paciente crítico y factores relacionados" 2014.

En los datos sociodemográficos obtenidos de las personas hospitalizadas, se evidencia que existe un similar porcentaje entre hombres y mujeres. Presentando una edad promedio de 51 años donde el Persona hospitalizada de menor edad presenta 15 años y el mayor 83 años.

En relación a los datos clínicos obtenidos se evidencia un promedio de 6 días de hospitalización, teniendo 36 días la persona con estadía más prolongada en la unidad. Un 76% de la muestra ha presentado hospitalizaciones anteriores y un 86,3% está clasificado con nivel de dependencia máximo A1, que implica mayor dependencia de cuidado.

TABLA 2: Distribución de patologías de ingreso de las personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos:

PATOLOGIA	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
RESPIRATORIAS	49	41,88
NEUROQUIRURGICAS	24	20,51
ABDOMINALES	13	11,11
POLITRAUMATIZADOS	7	5,98
NEFROUROLOGICAS	5	4,27
CARDIOLOGICAS	3	2,56
OTRAS	16	13,68
TOTAL	117	100

FUENTE: Ídem a Tabla N°1.

En la tabla se observa que predominan las patologías respiratorias y neurointensivas, sumando ambas, corresponden a un 60 % aproximado de la muestra. Se definen como “Otras patologías” las que se han presentado en menor cuantía, entre ellas Patologías Ginecológicas, Inmunológicas y Autoinmunes, las cuales no se dan frecuentemente en la unidad.

TABLA 3: Distribución según Índice de gravedad APACHE II, en personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos:

% APACHE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 %	4	3,42
8 %	27	23,08
15 %	36	30,77
25 %	26	22,22
40 %	15	12,82
55 %	6	5,13
75 %	3	2,56
TOTAL	117	100

FUENTE: Idem a tabla N°1.

El Score de gravedad APACHE II es aplicado a toda persona que ingresa a hospitalizarse a la Unidad de Cuidados Intensivos, dando indicios del porcentaje de probabilidad de mortalidad, que pueda presentar el enfermo hospitalizado.

Así, los datos obtenidos evidencian, que 36 integrantes de la muestra, presentan un 15 % de probabilidad de mortalidad y un 27 de ellos presentan un 8% de posibilidad de mortalidad, siendo ambos los mayores porcentajes. Sólo 9 personas hospitalizadas presentan la posibilidad de tener sobre 50 % de mortalidad.

1.2.- DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE:

Tabla 4: Distribución de muestra según sexo, edad, escolaridad, parentesco y presencia de enfermedad de familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.

VARIABLE	CATEGORIA	N	PORCENTAJE	MEDIA	DE	MIN	MAX
SEXO	MUJERES	86	73.5				
	HOMBRES	31	26.5				
EDAD	18 a 28	23	19,7	39,62	12,64	18	72
	29 a 40	42	35,9				
	41 a 60	44	37,6				
	MAS DE 60	8	6,8				
ESCOLARIDAD	NINGUNA	2	1,71				
	BASICA	24	20,51				
	MEDIA	49	41,88				
	TECNICO	25	21,37				
	UNIVERSITAR	17	14,53				
PRESENTA ENFERMEDAD EL FAMILIAR	SI	31	26,5				
	NO	86	73,5				
PARENTESCO	ESPOSO.PAREJA	29	24,79				
	HERMANO (A)	15	12,82				
	HIJO (A)	50	42,74				
	MADRE PADRE	12	10,26				
	OTROS	11	9,4				

FUENTE: Idem a tabla N°1.

En relación a los datos obtenidos del familiar responsable, se puede determinar que el mayor porcentaje de la muestra son mujeres, obteniendo un 73.5% .El mayor promedio de edad se encuentra entre 41 a 60 años.

Según escolaridad un 41.8% de familiares responsables han terminado su enseñanza media, siendo el mayor porcentaje encontrado. Sólo dos personas se encuentran sin escolaridad en la muestra.

Los datos obtenidos según el parentesco del familiar responsable con la persona hospitalizada, evidencia un 42.7 % de hijos que se responsabilizan de sus padres y un 24.7% corresponden a esposos o parejas. Más del 73% de los familiares no presentan ninguna enfermedad que les impida ejercer esta responsabilidad.

TABLA 5: Distribución de enfermedades presentes en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos:

ENFERMEDAD FAMILIAR	TOTAL	PORCENTAJE
CARDIOVASCULAR	12	10,26
CA-LINFOMA	5	4,27
DIABETES	6	5,13
P.PSIQUIATRICAS	3	2,56
OTRAS	5	4,27
NINGUNA	86	73,50
TOTAL	117	100

FUENTE: Ídem a tabla N°1.

Si bien existe un 73.5 % de familiares responsables sin patologías, se evidencia en la muestra un 31% con diversas enfermedades crónicas, las que se podrían descompensar por el estrés de la situación, como lo son patologías cardiovasculares y siquiátricas entre otras.

TABLA 6: Distribución de la actividad laboral que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos:

OCUPACION	TOTAL	PORCENTAJE
AREA SERVICIOS	28	23,93
AREA TECNICA	11	9,40
DUEÑA DE CASA	44	37,61
AREA ADMINISTRATIVA	10	8,55
AREA EDUCACION	12	10,26
ESTUDIANTE	9	7,69
CESANTE	3	2,56
TOTAL	117	100,00

FUENTE: Idem a tabla N°1.

En un grupo heterogéneo de actividades, el ser dueña de casa se destaca en número. Luego las actividades del área servicio le siguen en porcentaje.

Existe aproximadamente un 10% del total de personas que señalan ser estudiantes y sin trabajo formal.

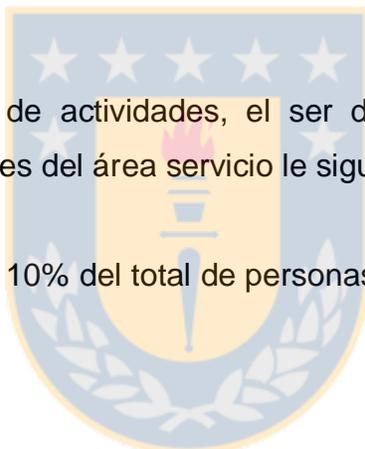


TABLA 7: Distribución de los Ingresos económicos que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos:

C.SOCIOECONOMICA	Total	Porcentaje
Menos de 150 mil	83	71,0
Entre 150-350 mil	22	18,8
Entre 350 mil- 750 mil	9	7,6
Más de 750 mil	3	2,6
total	117	100

FUENTE: Idem a Tabla n°1

Del total de personas pertenecientes a la muestra, aproximadamente el 70% presentan ingresos menores de 150 mil pesos, importante cifra si se considera que en esta condición, aumentan los gastos de movilización y compra de insumos básicos para el cuidado del familiar. Son escasos los casos con ingresos mayores de 750 mil pesos.



TABLA 8: Distribución de la Oportunidad de recibir Información y Percepción de la calidad de la información recibida por los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos:

RECIBE INFORMACION		TOTAL	PORCENTAJE
No		3	2,56
Sí		114	97,44
Total		117	100,00
INFORMACION		TOTAL	PORCENTAJE
Sí	MUY BUENA	42	36,84
	BUENA	54	47,37
	REGULAR	16	14,04
	DEFICIENTE	1	0,88
	MUY DEFICIENTE	1	0,88
	Total	114	100,00

FUENTE: Idem a tabla N°1.

Un gran porcentaje de familiares responsables pertenecientes a la muestra, refieren haber recibido información en relación a la condición de salud de la persona hospitalizada, la cual la catalogan dentro de los rangos “de muy buena y buena “, con más de un 80% entre ambos.

Menos de un 2% indica que la información que recibe fue muy deficiente o deficiente según su percepción, refiriendo verbalmente que se le destina poco tiempo a la entrega de la información.

Tabla 9: Distribución del Apgar familiar evidenciado por los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos:

VARIABLE	n	Media	DE	Mín	Max	Mediana
APGAR	117	8,38	1,89	2,00	10,00	9,00

APGAR FAMILIAR	Total	Porcentaje
Grave Disfunción	3	2,56
Moderadamente Disfuncional	15	12,82
Muy Funcional	99	84,62
Total	117	100,00

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

El estudio revela una alta puntuación en Funcionalidad Familiar según la percepción de la población estudiada, donde el 84,6% se definen como familias muy funcionales, un 13% moderadamente disfuncionales y menos del 3% con grave disfunción.

Los integrantes de la muestra perciben pertenecer a familias muy funcionales, lo cual sería una fortaleza en la situación en que se encuentran insertos y enfrentar la adversidad frente a un estado de enfermedad de uno de sus integrantes.

Tabla 10: Distribución de resultados de Apgar Familiar según sus cinco dimensiones obtenido en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos:

APGAR	ADAPTACION		PARTICIPACION		GANANCIA		AFECTO		RECURSOS	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Casi nunca	5	4,2	6	5,1	7	5,9	9	7,6	0	0
A veces	30	25,6	28	23,9	23	19,6	45	38,4	10	8,5
Casi siempre	82	70,0	83	70,9	87	74,3	63	53,8	107	91,4

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Al analizar los resultados según las dimensiones de Apgar Familiar, se observan resultados homogéneos, salvo en el ítem “Afecto”, donde la pregunta que se realiza es: ¿está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?, existiendo un porcentaje importante que refiere que solo “a veces” con un 38.4%.

En cambio, en la dimensión “Recursos”, más del 90% da una respuesta positiva, con un “Casi siempre”, contexto acorde a la tendencia de nuestros tiempos, en donde hay menos tiempo destinado a compartir en familia.

Tabla 11: Distribución de Resultados obtenidos de Funcionalidad familiar de familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos a través de Faces 20-esp.

COHESION	TOTAL	%	FLEXIBILIDAD	TOTAL	%
Desligada	13	11,11	Rígida	16	13,7
Separada	33	28,21	Estructurada	21	17,9
Conectada	45	38,46	Flexible	32	27,4
Enmarañada	26	22,22	Caótica	48	41,0
total	117	100	Total	117	100

FUENTE: Ídem a Tabla N°1.

Los resultados obtenidos en relación a Cohesión, que se entiende como el grado de unión emocional de los integrantes de la familia, evidencian un mayor porcentaje en el tipo “Conectada”, con un 38,4%, siendo familias donde existe una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre sus miembros, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

Además, se encuentra un puntaje interesante en la clasificación de “Cohesión separada”, con un 28,2%, donde se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.

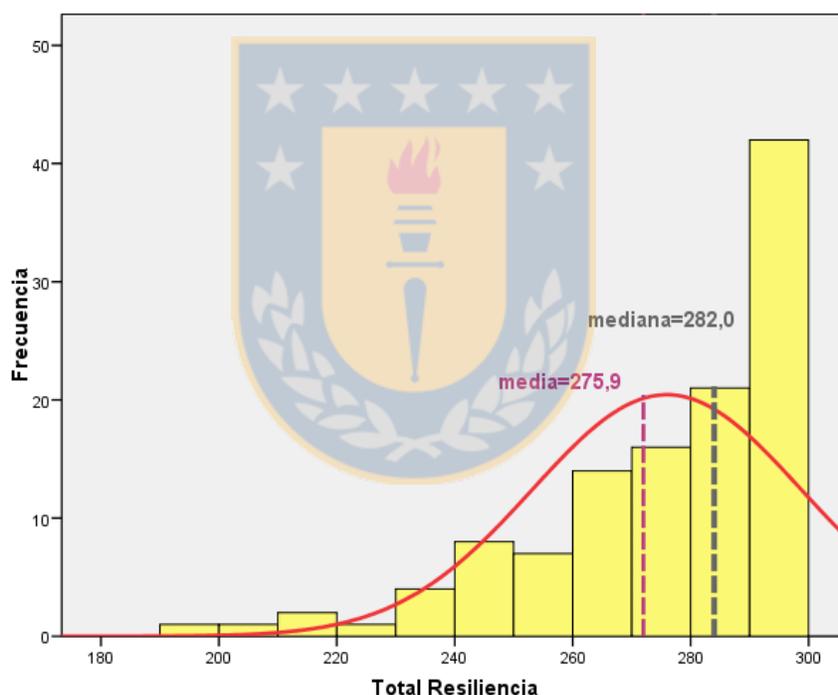
En relación a la Flexibilidad evidenciada, definida como la capacidad familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas en respuesta al estrés situacional o evolutivo, se manifiesta el mayor porcentaje en la clasificación “Caótica” con un 41%, que se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.

Como segundo porcentaje evidenciado con mayoría de puntaje se evidencia la adaptabilidad “flexible”, un 27.4% que se caracteriza por estar frente a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

Las dos clasificaciones con puntaje mayoritario en Cohesión y Flexibilidad posicionan a las familias en un Rango medio con alto grado de flexibilidad y un moderado grado de cohesión.

DISTRIBUCION VARIABLE RESILIENCIA

GRAFICO 1: Distribución de Variable Resiliencia en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de cuidados intensivos.



FUENTE: Ídem a Tabla N°1.

Se presenta la distribución de los resultados de frecuencia de Nivel de Resiliencia obtenido en la muestra, a través de Histograma que evidencia asimetría, donde el valor de la Mediana pasa a ser mayor que la Media y la cola de distribución se aleja por la izquierda. Se estima entonces, que el Nivel de Resiliencia se distribuye de forma anormal. Debido a esto para el análisis de los datos, nos guiaremos por estadísticos de medición central.

Tabla 12: Distribución de variable Resiliencia obtenido en familiar responsable de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

N	Válidos	117
	Perdidos	0
Media		275,95
Mediana		282,00
Asimetría		-1,219
Error típ. de asimetría		0,224
Curtosis		1,410
Error típ. de curtosis		0,444

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Se evidencia una distribución que se aleja de la Simetría, por lo que se aleja de la normalidad.

El coeficiente de asimetría es mayor al doble del error típico de asimetría, luego la distribución se aleja de la simetría, evidenciando alejamiento de la normalidad. Lo mismo se puede decir de la curtosis.

Como regla aproximada, un valor de la asimetría mayor que el doble de su error típico se asume que indica una desviación de la simetría.

TABLA 13: Distribución de Resultados de Nivel de Resiliencia obtenido en familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos

	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana	Q1	Q3
Resiliencia	117	275,95	22,83	190,00	300,00	282,00	264,00	294,00

Resiliencia	Total	Porcentaje
Bajo	7	5,98
Promedio	40	34,19
Alto	70	59,83
Total	117	100,00

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

El instrumento aplicado evidencia que el mayor porcentaje de la muestra corresponde a un Alto Nivel de Resiliencia, con casi un 60 %obtenido y un puntaje de 275,9 de promedio, evidenciando que este valor se encuentra en el límite inferior del rango que lo califica en Alto Nivel.

El Nivel de Resiliencia Promedio o Medio corresponde a cuarenta personas encuestadas, evidenciado en un 34.1 % de la muestra y en mínima cuantía los que tienen Bajo Nivel, con un 5.9 % de la muestra.

En relación al valor de la variable Nivel de Resiliencia en tendencia central, el valor aumenta a 282 puntos, que evidencia un Alto nivel de Resiliencia, mejorando el valor final en relación al promedio.

TABLA 14: Distribución de Factores de Resiliencia obtenido en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.

FACTORES DE RESILIENCIA	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana	Nivel Resiliencia
IDENTIDAD (yo soy-yo estoy)	23,10	2,73	5,00	25,00	24,00	ALTO
AUTONOMIA (yo soy-yo estoy)	22,97	2,45	15,00	25,00	24,00	ALTO
SATISFACCION (yo soy-yo estoy)	22,96	2,51	12,00	25,00	24,00	ALTO
PRAGMATISMO (yo soy-yo estoy)	22,74	2,94	9,00	25,00	24,00	ALTO
VINCULOS (Yo tengo)	22,97	2,36	15,00	25,00	24,00	ALTO
REDES (Yo tengo)	22,84	2,32	15,00	25,00	23,00	ALTO*
MODELOS (Yo tengo)	23,46	2,25	15,00	25,00	25,00	ALTO
METAS (Yo tengo)	22,94	2,41	15,00	25,00	24,00	ALTO
AFECTIVIDAD (Yo puedo)	22,13	2,81	11,00	25,00	23,00	ALTO*
AUTOEFICACIA (Yo puedo)	23,29	2,30	12,00	25,00	24,00	ALTO
APRENDIZAJE (Yo puedo)	23,02	2,74	9,00	25,00	24,00	ALTO
GENERATIVIDAD (Yo puedo)	23,03	2,91	6,00	25,00	24,00	ALTO*

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Al realizar el análisis del Nivel de Resiliencia por factores, se desprende en los datos obtenidos de tendencia central, que todos ellos se encuentran en el Nivel Alto. Destacándose tres factores que se encuentran en el nivel inferior del “Rango Alto Nivel” con menor puntaje, ellos son Redes, Afectividad y Generatividad.

El factor Redes, que pertenece a la Fuente interactiva de Grotberg “Yo soy, Yo estoy”, se relaciona con la fuerza intrasíquica que posee la persona, la visión de sí mismo frente a la capacidad de poseer juicios en relación al vínculo afectivo que establece la persona con el entorno social cercano.

El factor Afectividad, inserto en la Fuente interactiva del “Yo puedo”, se inclina a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos, juicio que refiere a las posibilidades de sí mismo y el vínculo con el entorno, además de la capacidad de tener buen humor, establecer relaciones de confianza y exteriorizar las emociones.

Por último, el tercer factor Generatividad, que también se encuentra en el límite inferior del “Rango Alto Nivel”, perteneciente a la Fuente interactiva del “Yo puedo”, inserto en la respuesta Resiliente, relacionado a juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones adversas, el esfuerzo para lograr los objetivos o trabajar con otros en la solución de problemas.



ANALISIS INFERENCIAL:

A continuación se responden a las hipótesis planteadas en este estudio:

TABLA 15: Relación entre Nivel de Resiliencia y sexo del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos:
(T student)

Sexo familiar	n	Media Resiliencia	D.E.	Mín	Máx	Mediana	p
Hombre	31	276,5	23,5	209,0	300,0	282,0	0,873
Mujer	86	275,7	22,7	190,0	300,0	281,0	

FUENTE: Idem a Tabla 1.

Si bien son más mujeres que hombres los familiares responsables de personas hospitalizadas en la muestra estudiada, ambos tienen puntajes similares del nivel de Resiliencia obtenido, que los inserta en el rango de Alto nivel.

No se presenta diferencia significativa en Resiliencia media por sexo, lo que hace que se rechace la hipótesis planteada, donde mujeres tendrían mayor nivel que hombres. Nos encontramos frente a una muestra sin diferencias de Resiliencia entre hombres y mujeres.

TABLA 16: Relación entre Nivel de resiliencia y sexo del familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos:

SEXO FAMILIAR	Nivel Resiliencia	Total	Porcentaje
Hombre	Bajo	2	1,71
	Promedio	9	7,69
	Alto	20	17,09
Mujer	Bajo	5	4,27
	Promedio	31	26,50
	Alto	50	42,74
Total	Total	117	100,00

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Independiente del sexo, se mantiene una tendencia en donde ambos se mantienen en alto Nivel de Resiliencia. Y son puntuales los casos que tienen Bajos Niveles.

TABLA 17: Relación entre Nivel de Resiliencia por factores y Sexo del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos:

(ANOVA- K.Wallis)

Variable	SEXO	n	Media	Mediana	p	N.RESILIENCIA
IDENTIDAD	hombre	58	22,84	24	0,315	ALTO
	mujer	59	23,36	24		ALTO
AUTONOMIA	hombre	58	22,83	23	0,523	ALTO
	mujer	59	23,12	24		ALTO
SATISFACCION	hombre	58	22,78	23	0,440	ALTO
	mujer	59	23,14	24		ALTO
PRAGMATISMO	hombre	58	22,78	24	0,882	ALTO
	mujer	59	22,69	24		ALTO
VINCULOS	hombre	58	23,00	24	0,907	ALTO
	mujer	59	22,95	24		ALTO
REDES	hombre	58	22,57	23	0,215	ALTO
	mujer	59	23,1	24		ALTO
MODELOS	hombre	58	23,17	24	0,170	PROMEDIO
	mujer	59	23,75	25		ALTO
METAS	hombre	58	22,48	23	0,042	PROMEDIO
	mujer	59	23,39	24		ALTO
AFECTIVIDAD	hombre	58	21,59	22,5	0,038	ALTO
	mujer	59	22,66	23		ALTO
AUTOEFICACIA	hombre	58	23,16	24	0,531	ALTO
	mujer	59	23,42	24		ALTO
APRENDIZAJE	hombre	58	22,76	24	0,314	ALTO
	mujer	59	23,27	24		ALTO
GENERATIVIDAD	hombre	58	22,74	24	0,298	ALTO
	mujer	59	23,31	25		ALTO

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

En el análisis por factores de Resiliencia, los resultados de tendencia central evidencian que mujeres presentan en los factores de Autonomía, Satisfacción, Redes, Modelos, Metas , Afectividad y Generatividad , mayores puntajes que los hombres. Estos a su vez, en los factores Pragmatismo y Vínculos logran un discreto promedio mayor, resaltando la tendencia del sexo masculino a ser más prácticos en

la resolución de problemas y valorizando la sociabilización primaria que las mujeres, las que a su vez, se destacan por su afectividad y la utilización de redes en la solución de conflictos.

Cabe resaltar en el análisis por factores, que hombres logran un Nivel de Resiliencia Promedio en Metas y Modelos, en relación a la tendencia central en general, estos puntajes menores guían a pensar en una baja tendencia a apoyarse en redes que la sociedad entrega para la solución de conflictos, con metas poco establecidas.

Los factores que reflejaron una relación significativa estadística, son sólo dos, Afectividad y Metas.

TABLA 18: Relación entre Nivel de Resiliencia y Nivel educacional de familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos. (ANOVA. K.Wallis).

NIVEL EDUCACIONAL	n	Media Resiliencia	D.E.	Mín	Máx	Mediana	p
NINGUNO	2	263,00	52,33	226,00	300,00	263,00	0,376
BASICA	24	267,54	30,86	190,00	300,00	275,00	
MEDIA	49	275,67	21,08	209,00	300,00	280,00	
NIVEL TECNICO	25	281,28	15,59	246,00	300,00	283,00	
NIVEL UNIVERSITARIO	17	282,29	18,07	239,00	300,00	285,00	

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

De la tabla N.15 se puede desprender, que a medida que aumenta el nivel de escolaridad, también aumenta el puntaje obtenido de resiliencia .Las personas con nivel educacional básico se encuentran con puntaje final de resiliencia “Promedio” y los que poseen Enseñanza media, Técnico y Universitaria se encuentran con alto Nivel de resiliencia con puntaje creciente. Esta tendencia se podría explicar con que ser resiliente potenciaría obtener un mejor nivel educacional, pero no por tener mayor nivel educacional se es más resiliente.

Sin considerar el tramo “ninguno” (por ser solo dos casos), no existiría relación significativa entre Escolaridad y Resiliencia, a pesar de la tendencia que se observa en los puntajes obtenidos. Esto concuerda con la segunda hipótesis propuesta que la escolaridad no se relacionaría directamente con el Nivel de Resiliencia obtenido.

TABLA 19: Relación entre Nivel de Resiliencia y Condición socioeconómica de familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad Cuidados Intensivos. (ANOVA. K. Wallis)

CONDICION SOCIOECONOMICA	n	MEDIA RESILIENCIA	D.E.	Mín	Máx	MEDIANA RESILIENCIA	p
MENOS DE 150 MIL	83	273,30	21,15	209,00	300,00	283,00	0.30
ENTRE 150-350 MIL	22	282,36	16,90	243,00	300,00	285,50	
ENTRE 350-750 MIL	9	282,33	18,80	239,00	300,00	290,00	
MAS DE 750 MIL	3	263,50	3,54	261,00	266,00	263,50	

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Entre las variables Nivel socioeconómico y Nivel de Resiliencia, podemos decir, que no existe una relación directa en los puntajes finales obtenidos, ya que en todos los niveles de ingresos, se observa un puntaje de Resiliencia “Alto” y puntajes finales similares.

No existe una relación significativa entre Nivel socioeconómico y Resiliencia como se había postulado en la tercera hipótesis planteada. Se puede desprender de estos datos, que el ser resiliente, no se relaciona con los ingresos económicos que se puedan poseer.

TABLA 20: Relación entre el Nivel de Resiliencia y Dimensiones del Apgar familiar percibido por familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.
(R- Spearman)

APGAR	Correlac. Spearman (Resiliencia y Apgar)	P	P total	Spearman
ADAPTACION	0,23	0,01	<0,05 total	0,32
PARTICIPACION	0,31	0,00		
GANANCIA	0,3	0,00		
APECTO	0,15	0,11		
RECURSOS	0,2	0,03		

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Al establecer una relación entre Funcionalidad Familiar, a través del Apgar Familiar y el Nivel de Resiliencia, se observó una relación significativa entre variables. Los altos valores de funcionalidad familiar en el Apgar, se entrelazan también con altos valores de los Niveles de Resiliencia obtenidos en la muestra evidenciando una relación positiva.

Al realizar el análisis por dimensiones, se evidencia en la muestra una relación significativa entre variables, salvo en la dimensión “Afecto”.

Las dimensiones con mayor significancia son Participación, que define el grado de poder de los familiares para tomar decisiones y responsabilidades y Ganancia , que se refiere al crecimiento que perciben los familiares para autorrealizarse con apoyo mutuo.

TABLA 21: Relación entre Nivel de Resiliencia por factores y funcionalidad familiar a través de Apgar familiar aplicado a familiar responsable de persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos

(R-Spearman)

Factores Resiliencia	R(Spearman) con APGAR	P
PRAGMATISMO	0,34	0,002
VINCULOS	0,31	0,005
METAS	0,29	0,001
SATISFACCION	0,27	0,003
REDES	0,25	0,01
MODELOS	0,24	0,01
APRENDIZAJE	0,23	0,01
AUTOEFICACIA	0,22	0,02
AFECTIVIDAD	0,22	0,02
AUTONOMIA	0,19	0,04
GENERATIVIDAD	0,19	0,04
IDENTIDAD	0,16	0,08

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Al realizar el análisis de la relación del Apgar total y los doce factores de Resiliencia, se observa estadísticamente una relación significativa entre casi la totalidad de los factores. Se debe excluir factor Identidad que no cumple significancia necesaria. Podríamos inferir que la funcionalidad familiar estaría relacionada con la capacidad de los individuos en salir adelante a pesar de la adversidad.

Los factores de Resiliencia que presentan una relación con mayor significancia son: Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos y Metas.

TABLA 22: Relación entre Nivel de Resiliencia por factores y Funcionalidad familiar a través Faces 20-esp aplicado a familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.

FACTORES RESILIENCIA	R(Spearman) con COHESION	P	FACTORES RESILIENCIA	R(Spearman) con FLEXIBILIDAD	P
VINCULOS	0,3	0,01	VINCULOS	0,18	0,06
MODELOS	0,27	0,03	AUTONOMIA	0,13	0,15
METAS	0,25	0,01	PRAGMATISMO	0,13	0,17
AUTONOMIA	0,23	0,01	METAS	0,12	0,21
REDES	0,23	0,01	REDES	0,08	0,4
IDENTIDAD	0,22	0,02	AFECTIVIDAD	0,08	0,42
SATISFACCION	0,21	0,02	IDENTIDAD	0,07	0,47
PRAGMATISMO	0,2	0,03	APRENDIZAJE	0,07	0,47
AUTOEFICACIA	0,18	0,05	GENERATIVIDAD	0,06	0,55
AFECTIVIDAD	0,16	0,08	MODELOS	0,06	0,5
GENERATIVIDAD	0,15	0,1	SATISFACCION	0,01	0,9
APRENDIZAJE	0,15	0,1	AUTOEFICACIA	-0,03	0,77
R(SPEARMAN) =-0,21 P<0,05			R(SPEARMAN)=-0,11 P<0,25		

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

La Funcionalidad familiar, vista a través de Escala Breve (FACES-20 ESP) basada en Faces III, nos permite evaluar la cohesión y flexibilidad de este sistema, así en la Tabla.26, se evidencia su relación con los doce Factores de Resiliencia.

Se visualiza que Cohesión existe una significativa relación con Resiliencia en la mayoría de sus factores, la unión expresada en los integrantes de la familia sería un factor potenciador para superar la adversidad.

Los Factores que más relación de significancia tienen son: Autonomía, Vínculos, Redes y Metas. Por otro lado, la flexibilidad familiar, no representa significancia con los doce Factores de Resiliencia. La capacidad de asumir roles, estadísticamente no se relacionaría con la capacidad de salir adelante a pesar de la adversidad

TABLA 23: Relación entre Nivel de Resiliencia y oportunidad de recibir información por parte del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos

RECIBIO INFORMACION	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana
No	3	262,67	32,15	226,00	286,00	275.0
Sí	114	276,30	22,63	190,00	300,00	282,1

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Más del 95% de los familiares responsables refieren haber recibido información y los casos que refieren lo contrario son sólo tres, por lo que no se realiza un cálculo de significancia entre ambas variables.

TABLA 24: Relación entre la Percepción de la Calidad de la información recibida por el familiar responsable de persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos y el Nivel de Resiliencia obtenido.
(ANOVA.K.Wallis)

CALIDAD INFORMACION	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana	P
MUY BUENA	42	281,21	21,88	190,00	300,00	286,50	0,09
BUENA	54	273,00	21,39	216,00	300,00	275,00	
REGULAR	16	270,75	26,63	209,00	300,00	280,00	
DEFICIENTE	1	292,00	0,00	292,00	292,00	292,00	
MUY DEFICIENTE	2	291,50	7,78	286,00	297,00	291,50	

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Entre el Nivel de Resiliencia y Percepción de la Calidad de la información recibida, se evidencia que las personas que refieren haber recibido una información de “Muy buena, “Buena” o “Regular”, no obtienen diferencias importantes en los puntajes

finales y posicionándose con alto nivel de Resiliencia. Estadísticamente no existe una relación significativa entre ambas variables.

ANALISIS CORRELACIONAL:

TABLA 25: Relación entre el Nivel de Resiliencia del familiar responsable y Hospitalizaciones anteriores de la persona hospitalizada en la Unidad Cuidados

Intensivos:

(T- student. Mann-Whitney)

H. ANTERIOR	n	MEDIA RESILIENCIA	D.E.	Mín	Máx	Mediana	p
No	28	274,11	20,56	217,00	298,00	276,0	0,30
Sí	89	276,53	23,58	190,00	300,00	282,0	

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Se podría pensar que personas que han vivido la experiencia de tener a un familiar hospitalizado previamente, aumentaría su Nivel de Resiliencia en las posteriores hospitalizaciones por ser una situación conocida. Los datos obtenidos no respaldan este supuesto, no encontrando relación significativa entre variables.

TABLA 26: Relación entre el Nivel de Resiliencia y grupo etario de familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos. (ANOVA. K.Wallis).

EDAD FAMILIAR	n	MEDIA RESILIENCIA	D.E.	Mín	Máx	Mediana	P
18 a 28	23	277,17	18,25	245,00	299,00	278,0	0,31
29 a 40	42	278,17	22,10	209,00	300,00	285,0	
40 a 60	44	274,45	24,88	190,00	300,00	282,0	
más de 60	8	269,00	28,69	226,00	300,00	269,0	

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

En los datos obtenidos entre Nivel de Resiliencia y Grupo etario, se observa que hasta los 60 años los niveles son altos, en cambio, sobre los sesenta años, los adultos mayores presentan Nivel de Resiliencia en Rango Promedio, menor grado de Resiliencia en su puntaje final obtenido que el resto. Se podría pensar, que a medida que pasan los años, se tendrían mayores condiciones para enfrentar la adversidad, gracias a la experiencia vivida, pero esto no se evidencia en la muestra estudiada. Por otro lado, esta etapa de vida, también existe cierta vulnerabilidad, dependiendo de lo que se ha vivido y las fortalezas internas presentes en el individuo.

A pesar de lo anterior, estadísticamente en esta muestra, no existe relación significativa entre Resiliencia y grupos etarios.

TABLA 27: Relación entre Nivel de Resiliencia del familiar responsable y Nivel de dependencia y Grado terapéutico de la persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.(T-student . S.Wilk):

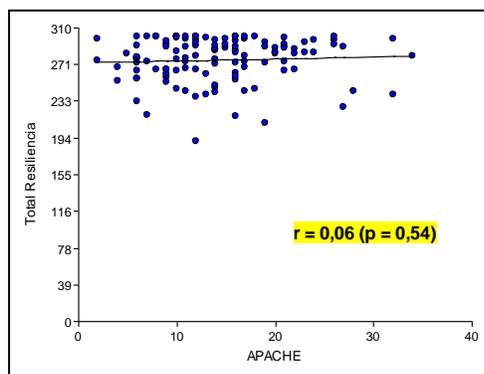
Nivel Dependencia Grado Terapéutico	n	MEDIA RESILIENCIA	D.E.	Mín	Máx	P
A1	101	275,48	23,61	190,00	300,00	0,575
B1	16	278,94	17,46	245,00	300,00	

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

A través de los datos extraídos, se evidencia que no existe una relación significativa entre el Nivel de Resiliencia y Nivel de Dependencia y Grado terapéutico que posee, refiriéndose a la necesidad de cuidados requeridos por la persona y cuan dependiente es de los cuidados entregados por el equipo de salud. Familiares poseen alto Nivel de Resiliencia independiente de la necesidad de cuidados que el persona hospitalizada requiera y la dependencia en que se encuentre.

Gráfico N.2: Relación entre el Nivel de Resiliencia de familiares responsables y Score de Gravedad APACHE II de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

(Spearman):



FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Se puede pensar que tiene un alto porcentaje de mortalidad, la capacidad del familiar responsable de seguir adelante en la adversidad sería más compleja y difícil, pero no se evidencia estadísticamente una relación significativa entre Nivel de Resiliencia obtenido y Porcentaje de mortalidad que tiene la persona hospitalizada según Score de gravedad APACHE II.

TABLA 28: Relación entre Nivel de Resiliencia y Enfermedades Crónicas del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.
(ANOVA. K.Wallis)

ENFERMEDAD FAMILIAR	n	MEDIA RESILIENCIA	D.E.	Mín	Máx	Mediana	p
CARDIOVASCULARES	12	271,17	16,79	243,00	300,00	270,0	0,21
NEOPLASIAS	5	232,20	29,55	190,00	266,00	243,0	
DIABETES	6	283,00	16,66	261,00	300,00	288,0	
OTRAS	5	272,20	21,02	239,00	297,00	274,0	
PSIQUIATRICAS	3	281,33	24,95	253,00	300,00	291,0	
NINGUNA	86	278,70	21,29	209,00	300,00	284,5	

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

El mayor número de familiares responsables no presentan patologías, pero existe un porcentaje con Hipertensión, Diabetes y un pequeño número con Neoplasias en tratamiento. En los últimos, es notorio el Bajo Nivel de Resiliencia que presentan, según la tabla anterior.

A pesar de ello no se puede establecer una relación significativa entre patologías que poseen los familiares responsables y Resiliencia.

TABLA 29: Relación entre el Nivel de Resiliencia y Parentesco del familiar responsable con la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

(ANOVA, K.Wallis)

PARENTESCO	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana	p
ESPOSO- PAREJA	29	277,24	24,42	190,00	300,00	282,00	0,40
HERMANO	15	277,87	24,42	217,00	300,00	287,00	
HIJO	50	278,24	20,75	209,00	300,00	285,00	
OTROS	11	269,91	27,49	216,00	300,00	275,00	
PADRE MADRE	12	266,42	21,13	232,00	300,00	266,00	

FUENTE: Idem a Tabla N°1.

Los datos obtenidos revelan que no existen variaciones importantes en los puntajes de Resiliencia total y el parentesco que tienen los familiares responsables con la persona hospitalizada, salvo en padres y madres, que se encuentran en Rango Promedio de Resiliencia, con menor puntaje obtenido. Si bien, responsabilizarse de un familiar enfermo, ya es una situación de adversidad importante, esto se agudizaría, si ese familiar es un hijo.

A pesar de ello, en el análisis de esta muestra, no se observa relación significativa entre parentesco del familiar y su Nivel de Resiliencia.

11. DISCUSION

En la presente investigación participaron 117 familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Medicoquirúrgica del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Los datos obtenidos de las personas hospitalizadas, entregan que en la muestra 59 son hombres y 58 son mujeres, con un promedio de edad de 51 años y con 6 días de hospitalización promedio. De ellos, un 76% corresponde a 86 personas que han presentado hospitalizaciones previas. Las patologías más recurrentes que se presentan son las respiratorias y le siguen en número las neuroquirúrgicas.

El 30.7% de personas hospitalizadas presentan un 15% de probabilidad de mortalidad y un 22.2% de ellos, presenta un 25% de probabilidad de mortalidad, datos obtenidos por el score de gravedad Apache II.

En relación a su Nivel de Independencia y Grado terapéutico, referido a la dependencia de sus cuidados y a la complejidad de estos, se observa que un 86.3% son A1 (dependencia total y máximo grado terapéutico) y un 13,68% son B1 (dependencia total y alto grado terapéutico). Esto habla de personas que requieren hospitalización en el área crítica por su complejidad, inestabilidad y cuidados especializados.

En los datos encontrados de los familiares responsables de personas hospitalizadas, podemos distinguir que 86 son mujeres y 31 son hombres, con un promedio de edad de 40 años, perteneciendo 44 de ellos al rango de 41 a 60 años ,42 familiares responsables al rango de 29 a 40 años, 23 con rango de edad de 18 a 28 años y en menor cantidad, 8 personas que integran el grupo etario de mayores de 60 años, adultos mayores.

De los familiares responsables participantes en este estudio, un 41,8%, poseen escolaridad media, le siguen un 21.7% con enseñanza Técnica y con educación

básica un 20,51%, siendo los rangos más destacados en cuantía. De ellos el 70% tiene ingresos menores a 150 mil pesos.

En mayor frecuencia son los hijos los que se evidencian como familiares responsables de la persona hospitalizada, con un 42,72%, le siguen los esposos(as) o parejas con un 24,79%, luego son familiares responsables los hermanos con un 12,82%, y los padres con un 10,26%.

Se desprende también de la muestra, que un 86% de los familiares responsables, no presentan enfermedades y el 31% restante, poseen Hipertensión, Diabetes y algunos enfermedades Neoplásicas.

Se visualiza de los datos obtenidos que son dueñas de casa un 37,6% y le sigue como ocupación el área de servicios públicos con un 23,9%.

Más de un 97% de los familiares responsables, refieren haber recibido información de la condición de la persona hospitalizada. Su percepción de la información recibida es “Buena” en un 47,37% y “Muy Buena” en un 36,84%, le sigue un 14,04% que la informa como “Regular”, siendo estos últimos los que verbalmente refieren que es poco el tiempo que se brinda a entregar información a los familiares.

La aplicación de las escalas de funcionalidad familiar nos entregan una visión de la dinámica que perciben los familiares en el sistema donde están insertos, de acuerdo a esto, se obtuvieron los datos que a continuación se presentan:

En la aplicación del instrumento Apgar Familiar, se obtuvo un puntaje promedio de 8.38 puntos que corresponde a una familia “Muy Funcional”, percibida por los familiares responsables que forman parte de la muestra. Al realizar un análisis por dimensiones, que componen el instrumento, se observa que todas tienen puntajes similares en sus resultados finales, salvo la Dimensión “Afecto”, que tiene el puntaje más bajo, así como la dimensión “Recursos” la más alta. Si bien se poseen los recursos materiales necesarios para subsistir, el familiar responsable siente que pasa poco tiempo con su familia.

En cuanto a la escala de funcionalidad familiar breve, basada en Faces III , que mide Cohesión y Flexibilidad familiar , evidenció que en el ámbito “Cohesión se obtuvo resultado de las familias consideradas como “Conectadas” con un 38,4% y en relación a la “Flexibilidad” un 41% se clasifica como “Caóticas”. Ambos parámetros sitúan a una funcionalidad familiar de Rango Medio.

Entendiendo en Cohesión por “Conectada” a familias en que hay cercanía emocional y lealtad en las relaciones familiares logrando independencia emocional. Pero en la muestra también se encuentra un 28,2% de familias calificadas como “Separadas”, en donde los familiares comparten algunos momentos y algunas decisiones pero de igual forma logran equilibrio y estabilidad emocional.

En el aspecto de Flexibilidad Familiar, el mayor porcentaje se encuentra calificada como “Caótica” o demasiado flexibles, que se caracterizan por un liderazgo imprevisible o limitado, con constantes cambios y variabilidad en su organización. El segundo porcentaje más alto se encuentra en la clasificación “Flexible” que se caracterizan por ser familias con activa negociación con sus hijos y frecuentes cambios en sus dinámicas.

En los datos obtenidos de nuestra variable dependiente, el Nivel de Resiliencia, se obtuvo un Alto Nivel con un puntaje promedio de 275.95, pero al analizar el resultado en tendencia central, se observa que el puntaje aumenta manteniéndolo en el rango. Al revisar el total de la muestra, se observa que un 59,83% de los familiares presentan un Alto Nivel de Resiliencia, le sigue un 34,19% que clasifica en un Rango Promedio y finalmente un 5.98% tiene un Bajo Nivel de Resiliencia de la totalidad de los familiares responsables pertenecientes a este estudio.

Al realizar el análisis del Nivel de Resiliencia por factores, se desprende en los datos obtenidos de tendencia central, que todos ellos se encuentran en el Nivel Alto. Destacándose tres factores que se encuentran en el nivel inferior del “Rango Alto Nivel” con menor puntaje, ellos son Redes, Afectividad y Generatividad.

El factor Redes, que pertenece a la Fuente interactiva de Grotberg “Yo soy, Yo estoy”, se relaciona con la fuerza intrasíquica que posee la persona, la visión de sí mismo frente a la capacidad de poseer juicios en relación al vínculo afectivo que establece la persona con el entorno social cercano.

El factor Afectividad, inserto en la Fuente interactiva del “Yo puedo”, se inclina a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos, juicio que refiere a las posibilidades de sí mismo y el vínculo con el entorno, además de la capacidad de tener buen humor, establecer relaciones de confianza y exteriorizar las emociones.

Por último, el tercer factor Generatividad, que también se encuentra en el límite inferior del “Rango Alto Nivel”, perteneciente a la Fuente interactiva del “Yo puedo”, inserto en la respuesta Resiliente, relacionado a juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones adversas, el esfuerzo para lograr los objetivos o trabajar con otros en la solución de problemas.

En relación a las Hipótesis planteadas en esta investigación:

Al relacionar el Nivel de Resiliencia obtenido y sexo del familiar responsable, aceptándose la hipótesis nula, ya que no hubo relación significativa entre Resiliencia y sexo. Hombres y mujeres obtuvieron similares valores en el puntaje final evidenciado con un Alto nivel de Resiliencia. Se esperaba que las mujeres obtuvieran mayor Nivel, por la tendencia a recibir mayor apoyo social y familiar, además de estar ligadas universalmente a un rol de compañía hacia la persona enferma.

Al realizar el análisis por factores de Resiliencia, los resultados de tendencia central evidencian que mujeres presentan en los factores de Autonomía, Satisfacción, Redes, Modelos, Metas, Afectividad y Generatividad, mayores puntajes que los hombres. Estos a su vez, en los factores Pragmatismo y Vínculos logran un discreto promedio mayor, resaltando la tendencia del sexo masculino a ser más prácticos en la resolución de problemas y valorizando la sociabilización primaria más que las

mujeres, las que a su vez, se destacan por su afectividad y la utilización de redes en la solución de conflictos.

Cabe resaltar en el análisis por factores, que los hombres logran un Nivel de Resiliencia Promedio en Metas y Modelos, en relación a la tendencia central en general, estos puntajes menores guían a pensar en una baja tendencia a apoyarse en redes que la sociedad entrega para la solución de conflictos, con metas poco establecidas.

Los factores que reflejaron una relación significativa estadística, son sólo dos, Afectividad y Metas, importante aspecto a considerar en la potencialización de Resiliencia según sexo.

En relación a Nivel de Resiliencia obtenido por el familiar responsable y su Nivel educacional, se concuerda con la hipótesis propuesta, ya que no se encontró relación significativa entre Nivel educacional y Resiliencia. Se tiende a suponer que a mayor Resiliencia se obtendría mayor escolaridad entregando respuestas más Resilientes⁽⁵²⁾, por lo reflejado en puntajes finales, no se relaciona nivel académico con una Resiliencia mayor.⁽⁵⁰⁾ De manera inversa las personas resilientes tienen más probabilidades de mostrar mejores habilidades académicas.

Otra hipótesis planteada, formula que el Nivel de Resiliencia obtenido no se relacionaría con la condición socioeconómica que posee el familiar responsable y efectivamente no existe relación significativa, por lo que se acepta esta hipótesis. A mayor ingreso no existe mayor Resiliencia, son otros los factores que influyen en la capacidad de salir adelante a pesar de la adversidad en la muestra estudiada. Este resultado es apoyado por el marco empírico, en donde Investigaciones demuestran que no existe conexión entre el nivel socioeconómico y la Resiliencia.⁽⁴⁷⁾ Aunque la pobreza no es una condición de vida aceptable, no impide su desarrollo, no existiría relación entre clase social y Resiliencia.⁽⁴⁸⁾

Al establecer una relación entre Funcionalidad Familiar, a través del Apgar Familiar y Resiliencia, se observa una relación significativa entre variables. Los altos valores de funcionalidad familiar en el Apgar, se entrelazan también con altos valores de los Niveles de Resiliencia obtenidos en la muestra evidenciando una relación positiva.

Al realizar el análisis por dimensiones de apgar familiar, se evidencia en la muestra una relación significativa entre variables, salvo en la dimensión “Afecto”. En relación del Apgar total y los doce factores de Resiliencia, se observa estadísticamente la relación significativa en casi la totalidad de los factores, entendiendo la relación entre ambas variables. Se debe excluir factor Identidad que no cumple significancia necesaria. Podríamos inferir que la funcionalidad familiar estaría relacionada con la capacidad de los individuos en salir adelante a pesar de la adversidad. Los factores de Resiliencia que presentan una relación con mayor significancia son: Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos y Metas.

La Funcionalidad familiar, vista a través de Escala Breve (FACES-20 ESP), nos permite evaluar la cohesión y flexibilidad de este sistema, se evidencia su relación con los doce Factores de Resiliencia.

Se visualiza que Cohesión existe una significativa relación con Resiliencia en todos sus factores, la unión expresada en los integrantes de la familia sería un factor potenciador para superar la adversidad. Por otro lado, la flexibilidad familiar, no representa significancia con los doce Factores de Resiliencia. La capacidad de asumir roles, estadísticamente no se relacionaría con la capacidad de salir adelante a pesar de la adversidad.

Otras relaciones planteadas:

La información recibida por el familiar responsable es otro de los aspectos que se relaciona con el Nivel de Resiliencia. Se observó que los familiares responsables que tenían una “Muy buena” percepción, en relación a la información recibida, tenían Niveles altos de Resiliencia en sus puntajes finales, al igual que los que calificaban la

información recibida como “Buena” o “Regular”, a pesar de esto, no se evidencia una relación significativa entre variables.

En otro aspecto, se podría pensar que el vivir una experiencia traumática, como hospitalizaciones anteriores de un ser querido, plantearía un escenario conocido y menos estresante para el familiar, pero en la muestra estudiada, no se encontró relación significativa entre esas dos variables. Al parecer, no influiría que el tener experiencias de hospitalizaciones anteriores, aumente el Nivel de Resiliencia de los familiares responsables.

El Nivel de Resiliencia obtenido en relación a los diferentes grupos etarios de los familiares responsables que participan en la investigación, evidencian que no existe una relación significativa, pero al observar los valores finales de Resiliencia los Niveles más bajos se enfocan en los mayores de 60 años, con un Rango Promedio. Los grupos etarios extremos, en la edad adulta, puede evidenciarse como una crisis producto de la partida de los hijos y la redefinición de roles, que pudiese significar algún grado de vulnerabilidad. ⁽⁴⁴⁾

Al analizar los puntajes finales de Resiliencia en los familiares responsables, se observa que el 73.5 % no presenta patologías, pero en el porcentaje restante se refleja que las enfermedades cardiovasculares son las más frecuentes. El menor Nivel de Resiliencia se observó en familiares responsables con patologías neoplásicas. Frente a esto, se podría pensar que un familiar responsable, si posee algún tipo de enfermedad, presentaría menor Resiliencia por su inestabilidad en salud, pero los datos obtenidos no muestran una relación significativa.

Al relacionar Nivel de Resiliencia y el Parentesco del familiar responsable que integra la muestra, no se encontró una relación significativa. Se destaca entre los datos obtenidos, que los padres responsables de sus hijos como personas hospitalizadas tienen Nivel de Resiliencia menor, que los otros familiares con relación familiar distinta, un hijo en estado de enfermedad, sin duda debe ser un acontecimiento difícil de sobrellevar.

Se evidencia que entre Resiliencia y Nivel de dependencia y grado terapéutico, no existe una relación significativa, refiriéndose a la necesidad de cuidados requeridos por la persona y cuan dependiente es de los cuidados entregados por el equipo de salud. Familiares poseen alto Nivel de Resiliencia independiente de la necesidad de cuidados que la persona hospitalizada requiera y la dependencia en que se encuentre.

Se podría pensar que si un enfermo hospitalizado, se encuentra muy grave y tiene un alto porcentaje de probabilidad de mortalidad , la capacidad del familiar responsable de seguir adelante en la adversidad sería más compleja y difícil , pero no se evidencia estadísticamente una relación significativa entre Nivel de Resiliencia obtenido y Porcentaje de mortalidad que se obtiene según Score de gravedad APACHE II.



12. CONCLUSIONES:

Finalizada esta investigación y de acuerdo a los objetivos planteados para ésta, se puede concluir del Nivel de Resiliencia de los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción lo siguiente:

El Nivel de Resiliencia obtenido por los familiares responsables que conforman la muestra es un Alto Nivel de Resiliencia.

En relación a los doce factores que constituyen Resiliencia se desprende en los datos obtenidos de tendencia central, que todos ellos se encuentran en el Nivel Alto. Los factores que se encuentran en el nivel inferior del “Rango Alto Nivel” con menor puntaje son Redes, Afectividad y Generatividad.

Los factores analizados en la personas hospitalizadas, establecidos en esta investigación, como patologías, hospitalizaciones anteriores, grado de dependencia terapéutico y porcentaje de mortalidad, no se relacionan significativamente con el Nivel de Resiliencia obtenida por el familiar en esta muestra.

Los factores sociodemográficos del familiar establecidos, como edad, sexo, parentesco escolaridad, nivel socioeconómico y otros como el poseer una enfermedad, no se relacionan significativamente con el Nivel de Resiliencia en esta muestra. Tampoco lo es, la percepción de la calidad de la información recibida.

En relación a sexo, hombres y mujeres presentan altos niveles de Resiliencia, sin establecerse significancia estadística. En relación al análisis por factores, mujeres presentan altos niveles en Autonomía, Satisfacción, Redes, Modelos, Metas, Afectividad y Generatividad, en cambio los hombres, poseen mayor puntaje en los factores de Vínculos y Pragmatismo y tienen menor puntaje en Afectividad.

Existe una relación significativa en los resultados entre Nivel de Resiliencia y Funcionalidad familiar en ambas escalas medidas, Apgar y Faces III abreviada.

En relación del Apgar total y los doce factores de Resiliencia, se observa estadísticamente la relación significativa entre casi la totalidad de los factores, entendiendo la relación entre ambas variables. Se debe excluir factor Identidad que no cumple significancia necesaria. Podríamos inferir que la funcionalidad familiar estaría relacionada con la capacidad de los individuos en salir adelante a pesar de la adversidad. Los factores de Resiliencia que presentan una relación con mayor significancia son: Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos y Metas.

La Funcionalidad familiar, vista a través de Escala Breve (FACES-20 ESP) basada en Faces III. Se visualiza que en Cohesión existe una significativa relación con Resiliencia en todos sus factores, la unión expresada en los integrantes de la familia sería un factor potenciador para superar la adversidad. Por otro lado, la flexibilidad familiar, no representa significancia con los doce Factores de Resiliencia. La capacidad de asumir roles, estadísticamente no se relacionaría con la capacidad de salir adelante a pesar de la adversidad. Los Factores que más relación de significancia tienen con Cohesión son: Autonomía, Vínculos, Redes y Metas.

Se puede establecer de los datos obtenidos, que independiente de los factores sociodemográficos y de los factores que determinan la condición de salud de la persona hospitalizada como gravedad y nivel de dependencia de sus cuidados, el ser Resiliente se relacionaría directamente con la Funcionalidad Familiar en que están insertos sus integrantes y refieren percibir. La importancia de incluir a la familia en el proceso de recuperación del enfermo, cobra una importancia real en el desarrollo del plan de trabajo.

Uno de los Factores de Resiliencia, incluido en la fuente interactiva de Grotberg “Yo puedo”, como condición de base, es la Afectividad, que cobra una importancia real en los resultados de esta investigación. Por un lado es uno de los tres factores en el

límite inferior del rango de alto nivel de Resiliencia, por otro, es la dimensión con menor puntaje dentro del Apgar Familiar, y en la variable sexo masculino es uno de los factores con menor puntaje, por otro lado, en la mujer tiene un mayor puntaje, logrando significancia estadística. Sin duda trabajar el Factor Afectividad desde la persona, incluida su familia, potenciaría el nivel de Resiliencia y su promoción, gracias a la gestión de enfermería.

Al potenciar condiciones de base como la Afectividad, se fortalecen las herramientas necesarias para enfrentar la adversidad. Así también, consolidar factores que integran la “visión de si mismo” como el factor Redes y Generatividad en la respuesta Resiliente, logran aumentar en la persona su capacidad de enfrentar una situación de estrés y adversidad para salir fortalecidos. Respuestas resilientes en el familiar responsable, lo convierte en nuestro aliado en la recuperación de la persona hospitalizada, en un participante activo en la toma de decisiones frente a terapias y tratamientos, haciendo salir adelante a la persona en transición.

Promover Resiliencia, potenciar sus factores en talleres de integración a los familiares desde el momento que un enfermo ingresa a una Unidad Crítica, hará fortalecer sus respuestas frente a la adversidad, potenciando un familiar responsable del enfermo, conocedor de la evolución, tratamiento, pronóstico de la enfermedad, pero más allá de esta arista biomédica, potenciar a un ser humano en todas sus dimensiones. Implementar a futuro una Unidad de Promoción de Resiliencia a nivel hospitalario, que unifique conocimientos y potencie al enfermo y familiares en el proceso de Transición de salud a enfermedad sería de real importancia en el área Clínica y también en la Gestión de procesos.

En Chile, existen programas de Promoción de Resiliencia en niños, que poco a poco, cobran importancia, pero a nivel de adultos son pocas las actividades que se realizan. Potenciar Resiliencia Comunitaria en los programas de atención primaria, sin duda empoderaría a la población a salir de la adversidad en cualquier ámbito de su vida.

En el área docente asistencial, el constructo debe ser incorporado para potenciar las herramientas del profesional en formación, no sólo en la atención directa de personas, sino también en su propia potencialización de facultades que lo fortalezcan en salir adelante a pesar de la adversidad.

La importancia de esta investigación, es que abre un abanico de posibilidades a nuevos trabajos en el área, ya que a nivel de Enfermería el dominio del constructo Resiliencia es escaso y promover Resiliencia sugiere fomentar condiciones que permiten vivenciar un estado de transición en forma positiva, fortalecida y con nuevas herramientas a utilizar en situaciones de adversidad.

El enfermero/a debe mantener una comunicación constante con la persona y su familia, en todas las áreas, para reconocer el proceso de transición y los factores que influyen en su nivel de Resiliencia, que mientras mayor sea, mejor será la forma en que evoluciona el proceso de transición de salud a enfermedad.

Recordando la propuesta teórica planteada, promover Resiliencia y entender su concepto, conlleva a que el proceso de transición se desarrolle de una manera adecuada, mejorando la calidad de vida y entregando nuevas herramientas a la persona y entorno para salir adelante en nuevas situaciones de crisis y en el desarrollo de transiciones saludables, con resultados de acción positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Es así ,que se puede suponer, que a mayor Resiliencia mayor sería la capacidad del individuo de adquirir modelos de salud adecuados, ya que se dispone a ver más allá de la transición que vive, logrando un producto final positivo y de crecimiento personal.

El tener la capacidad de enfrentar la adversidad de una manera óptima, con alto nivel de Resiliencia, permitirá al familiar evolucionar de la tristeza y el desconcierto hacia un escenario en donde la adversidad es un camino hacia la esperanza.

13. Recomendaciones

Se estima necesario seguir profundizando con investigaciones en el área, profundizando en los siguientes aspectos:

- Relación de los distintos grupos atareos y los Factores de Resiliencia, esto debido a que los resultados obtenidos evidenciaron menor puntaje en adultos mayores, a pesar de no tener relación significativa en esta muestra. Las edades extremas, quizás posean aspectos que se debieran intervenir desde otra mirada.
- Dentro de los resultados, se perciben familiares responsables de la persona hospitalizada que poseen diversas enfermedades, siendo las neoplasias las que reflejan un notorio Nivel Promedio de Resiliencia. La realidad de las personas que están a cargo del cuidado de personas enfermas es variado, el poseer una enfermedad podría limitar sus capacidades para empoderarse en su rol.
- La espiritualidad, religiosidad y Resiliencia es un aspecto que debe estudiarse con mayor profundidad en futuras investigaciones, al parecer es una arista importante en la potencialización de la forma de enfrentar la adversidad. La espiritualidad motivaría la búsqueda de la trascendencia y sentido de vivir que tiene una estrecha relación al salir adelante en la adversidad.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Becoña E. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Psicopatología y Psicología clínica* 2006; 11(3):125-146.
2. Castro M, Lanes J, Carreño A. Una escala de percepción de Resiliencia en el ambiente proximal, validez factorial y consistencia interna. *Liber adicctus* 2009; 10(5): 153-156.
3. Cortés J. Resiliencia: Una mirada desde la Enfermería. *Cienc y Enf* 2010; XVI (3): 27-32.
4. Saavedra E, Castro A. Construcción y validación de una escala de Resiliencia para escolares. [Artículo en Internet]. Universidad Católica del Maule. Chile 2010. Disponible en http://www.rediberoamericanadetrabajoconfamilias.org/ponentes/pdf/chi_castrosana.pdf
5. Monroy Cortés Brisa Gissel, Palacios Cruz Lino. Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2014 Ago 16]; 34(3): 237-246. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300007&lng=es.
6. Rodríguez M. Familia Escuela. Resiliencia Familiar. 1ª ed. Buenos Aires: Dunken Editores; 2009.
7. Gómez E, Kotliarenco M. Resiliencia familiar, un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista Psicología* 2010; 19(2):103-132.

8. ALADEE. [base de datos en Internet].Uruguay: Resiliencia, Asociación latinoamericana de educación y estimulación;2009. [acceso noviembre 2013].Disponible en: <http://www.alaee.org/document/paysand1.pdf>
9. Pereira Roberto. Resiliencia individual, familiar y social. En Libro de Ponencias: VIII congreso virtual de Psiquiatría Interpsiquis.2007.Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/tratamientos/resiliencia-individual-familiar-y-social/>
10. Córdova A, Andrade P, Rodríguez S. Características de Resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. Universidad Intercontinental, México. 2005; 7(2):101-122.
11. Szarazgat D, Glaz C. Resiliencia y aprendizaje en sectores populares”. Revista Iberoamericana de Educación, Argentina, 2006:.40 (3); 3-25.
12. Sierra L, Pozo J, Monroy K. Resiliencia, humanismo y psicoanálisis. Influencias, Encuentros y desencuentros. Un abordaje teórico.[Tesis].Universidad de Sabana. Facultad Psicología. 2006.
13. Fontainés T, Urdaneta G. Actitud resiliente de los docentes en ambientes universitarios. Universidad Católica Cecilio Acosta, Venezuela, 2009; 10(1):163-180.
14. Kotliarenco M, Cáceres I, Fontacilla M. El estado del arte de la Resiliencia. 1ª ed. Chile: Organización Panamericana de la salud; 1997.
15. Andrade M, Pereira S. Resiliencia Familiar: Nuevas perspectivas en la promoción y prevención de salud. Psicología. Brasil 2011; 1(7):43-55.
16. Salgado A. Métodos e instrumentos para medir la Resiliencia: Una alternativa peruana. Liberabet. Psicología, Perú 2005; 10(11):41-48.

17. Grotberg E, Kotliarenco A, Munist M, Santos H, Suarez E . [base de datos en Internet]. Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes. Virtual Library OPS.1998. [citado 16 de abril 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdresiliencia/Resilman.pdf>
18. Puig G, Rubio J. Manual de Resiliencia aplicada. 1ª ed. España: Editorial Gedisa; 2011.
19. Saavedra E, Villalta M. Escala de Resiliencia SV_RES para jóvenes y adultos. CEANIM. Chile. 2008.
20. Villalobos A. Desarrollo de una medida de Resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner en prueba el modelo explicativo de Resiliencia basado en variables psicosociales. [Tesis]. Universidad de Costa Rica, Psicología; 2009.
21. Bustos M. Factores de resiliencia en adolescentes residentes en un centro de protección de Valparaíso. Revista psicología. 2013; 2(4):85-118.
22. Delage M. Resiliencia Familiar. 1ª ed. España: Editorial Gedisa; 2010.
23. Arnold M, Osorio F. Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Cinta de Moebio. 1998; 1(3):40-49.
24. Instituto Interamericano del niño, niña y adolescentes. Concepto de familia. La familia como sistema. IIN. 2011. México: Organización de estados americanos. Disponible en: <http://www.iin.oea.org/IIN2011/materiales-publicaciones.shtml>
25. Zicavo N, Palma C, Garrido G. Adaptación y validación del faces 20-esp. Reconociendo el funcionamiento familiar en Chillán. Revista Latinoamericana

Ciencias sociales.2012 ;10(1): 219-234

26. Hidalgo C, Carrasco, E. Salud Familiar: Un modelo de atención Integral en la atención Primaria. 2a. Ed. Chile: Ed. Universidad Católica de Chile; 2009.
27. Lombardi Gómez, Zulema. Instrumento de atención integral a la familia. Medicina familiar y comunitaria. Ministerio de Salud. Perú. 2010. Disponible en: www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s3/III-1.%20PROFAM.pdf
28. Rodríguez,G, Rodríguez I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia Renal Crónica . Revista Médica IMSS. México. 2004; 42 (2):97-102.
29. Muñoz, Feixas, Compan, Montesano. La evaluación del cambio terapéutico. Universidad de Barcelona. Facultad Psicología. España. 2012.1-18. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32746/1/Evaluaci%C3%B3n%20del%20cambio%20terap%C3%A9utico.pdf>
30. Schmidt Vanina, Barreyro Juan Pablo, Maglio Ana Laura. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. Escritos de Psicología [revista en la Internet]. 2010 Abr [citado 2014 Ago 22]; 3(2):30-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19893809201000010004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19893809201000010004&lng=es)
31. Zegers Beatriz, Larraín M. Elena, Polaino-Lorente Aquilino, Trapp Alejandro, Díez Isabel. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [revista en la Internet]. 2003 Ene [citado 2014 Jun 15] 41(1):394. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272003000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S071792272003000100006>.

32. Barudy J. Resiliencia Familiar: La parentalidad positiva como contexto productor de la resiliencia individual. Barudy-Dautagnan Formación y consultoría.[PPT].España.2012.Disponible en:www.msssi.gob.es/.../familiasInfancia/parentalidadPos2012/
33. Davies, S. Meleis theory of nursing transitions and relatives experiencias of nursing home entry. Journal of advanced nursing. 2005;1(52):658-671.
34. Meleis A, Sanyer L, Hildfinger DK, Shumacher K. Experiencing transitions: A emerging middle range theory. Adv nurs Ser. 2000; 23(1):12-28.
35. Ospina D. La medición de la Resiliencia. Investigación Educ. Enfermería, 2007; 25: 58-65.
36. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías de enfermería. 6ª. Ed. España. 2007.
37. Alguinga N, Rea M, Usuy M. Influencia del entorno asistencial en los niveles de ansiedad en familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital "Carlos Andrade Marín". Quito 2009; 89.
38. Barudi, Jorge. Maltrato infantil. Ecología social, prevención reparación. 1a Ed. Galdoc. Santiago. Chile. 2000.
39. Barudi, Jorge. Promover el buen trato y los recursos resilientes como bases de la prevención, tratamiento de las consecuencias de la violencia humana. Santiago. Chile. 2003. Disponible en: http://cepavi.jalisco.gob.mx/Material_didactico/Buen%20trato/Buen%20trato.pdf
40. Favez Yolanda, Garcia Wilson. Factores relacionados con resiliencia en estudiantes de educación básica. Revista Psicología universidad de Cuenca . Ecuador. 2013. p.71. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3539>

41. González Norma, López Anata. Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. Revista investigación psicológica. México. 2013; 3(1): 941-955.
42. Alvarez L, Cáceres L. Resiliencia, rendimiento académico y variables socio demográficas en estudiantes universitarios de Bucaramanga. Revista de psicología Iberoamericana .Colombia. 2010; 18:37-46.
43. Aguirre Ana. Prácticas de crianza y su relación con rasgos resilientes entre niños y niñas. [Tesis]. Universidad Bogotá. Colombia. 2010.
44. Morales Marisol, Díaz Damaris. Estudio comparativo de Resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. Universidad San Nicolás de México. Uaricha. Revista de Psicología. México. 2011; 8(17):62-77.
45. Matalinares M, Arenas C, Yaringaño J, Sotelo L, Díaz G. Factores personales de resiliencia y autoconcepto en estudiantes de primaria de Lima. Revista IIPSI Perú. 2011; 4(1):187-207.
46. Estefó, M. Factores resilientes en adultos jóvenes de 25 a 30 años pertenecientes a la Universidad abierta Interamericana en Rosario. [Tesis]. Santa Fé Rosario, 2011.
47. Saavedra E, Villalta M. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas en personas entre 15 y 65 años. Universidad Católica del Maule, Liberabit, 2008; 14(1):31-40.
48. Jiménez F, Arquedas I. Rasgos de sentido de vida Del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. [Tesis]. Universidad de Costa Rica, 2009.
49. González Norma, López Fuentes. Resiliencia y factores protectores en

- menores infractores y en situación de calle. *Psicología y salud*. 2012; 22. (1):49-62.
50. Grotberg, Edith. The international Resilience Project. *Psychologists Pacing the challenge global culture with human rights and mental health*.1999; 4:111-117.
51. Vaillant George, David Timoteo. Inteligencia emocional y la mitad de la vida de la resiliencia en colegiales con baja inteligencia. *American Journal of orthopsychiatry*. USA. 2000; 70(2):215-222.
52. Prado R, Aguila M. Diferencia en la Resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Revista Dialnet.Universidad Nacional Federico Vilarreal*. Lima Perú.2003;6(1):179-196.
53. Saavedra E, Castro A. Triada familiar y resiliencia, una perspectiva de posibilidades. *Universidad católica del Maule*. Chile ,2009;1-15.Disponible en: <http://www.academiaperuanadepsicologia.org/revista/triada%20familiar.pdf>
54. Rutter, M., Maugham, B., Mortimore, P. &Ouston, J. *Fifteen thousand hours*.Cambridge, MA: Harvard University Press.1a Ed. EEUU 1995. Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/12137/Bibliograf%C3%ADa.pdf>
55. Palomar J, Gómez N.Desarrollo de una escala de medición de la Resiliencia con mexicanos (RESI_M). *Centro de investigaciones psicológicas y ciencias afines*. Argentina 2010; 27(1)7-22.
56. Suriá Martínez, Raquel. Resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Boletín Psicología*. 2012;12 (1):75-89.
57. Quiceno Japcy, Vinaccia Stefano. Resiliencia una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Universidad Católica de Colombia*.

2011; 9. (17):69-82.

58. Quiceno Japcy, Vinaccia Stefano, Remor Eduardo. Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoidea. Revista de psicopatología y psicología. España 2011; 16(1):27-47.
59. Quiceno Japcy, Vinaccia Stefano, Remor Eduardo. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual religioso en relaciones con la calidad de vida y la salud de enfermos crónicos colombianos. Anales de psicología. España. 2012; 28(2):366-377.
60. Quiceno Japcy, Vinaccia Stefano. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. Psicología desde el Caribe. 2012; 29(1):87-104



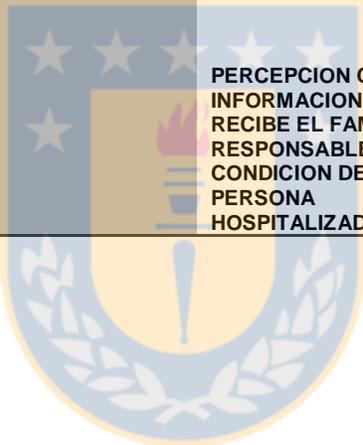
15. ANEXOS

ANEXO 1:

PROCESO DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL
RESILIENCIA	CAPACIDAD DEL SER HUMANO PARA HACER FRENTE A LAS ADVERSIDADES Y SUPERARLAS.	FAMILIAR RESPONSABLE	<p>Persona con lazo consanguíneo o de convivencia que está a cargo de recibir información diariamente de la condición de la persona hospitalizada, firma consentimientos de procedimientos y es elegido por la familia para este fin.</p> <p>Persona ingresada a la unidad de cuidados intensivos para la recuperación de su condición de salud</p>
		PERSONA HOSPITALIZADA	
		NIVELES DE RESILIENCIA	<p>BAJO NIVEL PUNTAJE PERCENTIL 0-25 (235- 143 puntos)</p> <p>PROMEDIO PUNTAJE PERCENTIL 26-74 (274- 236 puntos)</p> <p>ALTO PUNTAJE PERCENTIL 75- 99 (300-275 puntos)</p>
		EDAD DE PERSONA HOSPITALIZADA.	Edad cronológica de persona ingresada a Cuidados Intensivos.
		EDAD DEL FAMILIAR.	Edad cronológica de persona ingresada a Cuidados Intensivos..
		PARENTESCO DEL FAMILIAR RESPONSABLE CON PERSONA HOSPITALIZADA.	Relación consanguínea de familiar responsable con la persona hospitalizada.
		NIVEL EDUCACIONAL DEL FAMILIAR.	<p>ENSEÑANZA BÁSICA</p> <p>ENSEÑANZA MEDIA</p> <p>NIVEL TECNICO</p> <p>NIVEL UNIVERSITARIO .</p>

		<p>NIVEL SOCIOECONOMICO DE LA FAMILIA.</p> <p>OCUPACION DEL FAMILIAR RESPONSABLE</p> <p>PATOLOGIA DEL PERSONA HOSPITALIZADA.</p> <p>GRAVEDAD DEL PERSONA HOSPITALIZADA .</p> <p>NIVEL DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS</p> <p>PERCEPCION CALIDAD INFORMACION QUE RECIBE EL FAMILIAR RESPONSABLE SOBRE CONDICION DE SALUD PERSONA HOSPITALIZADA</p>	<p>Menos de \$150.000.- \$150.000 - \$350.000.- \$350.000 - \$750.000.- Más de \$750.000.-</p> <p>Actividad que desarrolla el familiar responsable para subsistir económicamente.</p> <p>Diagnóstico médico causa de ingreso a UCI de la persona enferma.</p> <p>Según valoración escala APACHE de gravedad.. (anexo 2)</p> <p>Grado de dependencia de cuidados entregados por enfermería. A1-B1</p> <p>EXCELENTE SUFICIENTE INSUFICIENTE NULA</p>
--	--	--	---



Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

RESILIENCIA EN FAMILIARES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRITICO Y FACTORES RELACIONADOS

Estimado familiar:

Mi nombre es FABIOLA ARRIAGADA GALLARDO, ENFERMERA de la Unidad de Paciente crítico del Hospital HGGB y candidata a Magister de Enfermería de la Universidad de Concepción.

Sabemos que la hospitalización de su ser querido ha provocado un impacto para usted y su familia, por ello me encuentro desarrollando una investigación, a la cual lo invito a participar voluntariamente. En esta investigación pretendo conocer aspectos sobre resiliencia que nos permitirán adquirir herramientas para mejorar nuestro trabajo y lograr estrechar las relaciones con familiares futuros. Se entiende por resiliencia la capacidad de las personas para salir adelante a pesar de la adversidad

En qué consiste su participación?

Se le solicitará responder un cuestionario en una de sus visitas al hospital, que le ocupará aproximadamente 20 minutos de su tiempo, que no perjudicará el tiempo de visita para su familiar al que usted tiene derecho.

Riesgos y beneficios:

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio. Sólo ayudará a mejorar el conocimiento sobre lo que estamos estudiando.

Compensación:

No se dará ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad:

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Participación voluntaria:

La participación es estrictamente voluntaria. Su negativa no tendrá ninguna repercusión para su familiar y no tiene que dar explicaciones por no aceptar.

Derecho de retirarse del estudio:

El participante también tendrá el derecho de retirarse después de consentir, en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

A quién contactar en caso de preguntas relacionadas con el estudio:

Fabiola Arriagada Gallardo .Enfermera encargada de la investigación.
faarriagada udec.cl. Departamento de Enfermería Universidad de Concepción.
Cel: 97729256.

A quién contactar en caso de preguntas relacionadas con los derechos como participantes del estudio:

Dra. María Antonia Bidegain ; Presidenta Comité Etico Científico Servicio Salud Concepción.
Fono: 041-2722745.

Si desea participar, favor de completar autorización, de la cual se le otorgará una copia una vez firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas.

Yo.....voluntariamente

doy mi consentimiento y participaré en el estudio.

.....
NOMBRE Y FIRMA FAMILIAR ENCUESTADO

.....
PARENTESCO FAMILIAR RESPONSABLE:

FECHA:

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO SI PROCEDE:

.....
NOMBRE Y FIRMA PERSONA SOLICITA EL CONSENTIMIENTO

.....
FECHA:

.....
NOMBRE Y FIRMA DELEGADO DE LA DIRECCION HGGB

.....
FECHA:

FECHA APLICACIÓN INSTRUMENTO:

EN RELACION AL FAMILIAR:

- SEXO: HOMBRE
- MUJER

- EDAD:

- ESCOLARIDAD:

- NINGUNO.
- ENSEÑANZA BÁSICA
- ENSEÑANZA MEDIA
- NIVEL TECNICO
- NIVEL UNIVERSITARIO.

- PARENTEZCO CON PERSONA HOSPITALIZADA:

- OCUPACION:

- CONDICION SOCIOECONOMICA:

- MENOS DE \$150.000.
- \$150.000 - \$350.000.
- \$350.000 - \$750.000.
- MAS DE \$750.000.

○ ENFERMEDADES ANTERIORES:

1.- ¿RECIBIO INFORMACION SOBRE LA ENFERMEDAD Y CONDICION DE SU PACIENTE ?

SI

NO

2.- SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA, ¿COMO CONSIDERA QUE FUE LA INFORMACION RECIBIDA?

MUY BUENA

BUENA

REGULAR

DEFICIENTE

MUY DEFICIENTE



ANEXO 4 :

ESCALA DE GRAVEDAD APACHE SCORE.

Variable	+ 4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura	>41	39-40.9	—	38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	< 29.9
TAM	>160	130-159	110-129	—	70-109	—	50-69	—	< 49
FC	>180	130-159	110-129	—	70-109	—	50-69	40-54	< 39
FR	>50	35-49	—	25-34	12-24	10-11	6-9	—	< 5
A a PO2	> 500	350-499	200-349	—	<200	—	—	—	—
Po2	—	—	—	—	> 70	61-70	—	55-60	< 55
PH Arterial	> 7.7	7.6-7.69	—	7.5-7.59	7.33-7.49	—	7.25-7.32	7.15-7.24	< 7.15
HCO3	> 52	41-51.9	—	32-40.9	23-31.9	—	18-21.9	15-17.9	< 15
Sodio	> 180	160-179	155-159	150-154	130-149	—	120-129	111-119	< 110
Potasio	> 7	6-6.9	—	5.5-5.9	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9	—	< 2.5
Creatinina	> 3.5	2-3.4	1.5-1.9	—	0.6-1.4	—	< 0.6	—	—
Hto	> 60	—	50-59.9	46-49.9	30-45.9	—	20-29.9	—	< 20
Recuento Leucocitos	> 40	—	20-39.9	15-19.9	3-14.9	—	1-2.9	—	< 1
Glasgow	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Puntaje fisiológico agudo	—	—	—	—	—	—	—	—	—

ANEXO 5

ESCALA FUNCIONALIDAD FAMILIAR APGAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

ANEXO 6: INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FACES 20 -esp:

**ANEXO 1 FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).
Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen**

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
------------	-----------------	--------------------	-------------------	--------------

Describa su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- 11. Nos sentimos muy unidos
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- 14. En nuestra familia las reglas cambian
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad
- 19. La unión familiar es muy importante
- 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

ANEXO 7:

ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES
(E.SAAVEDRA-M.VILLALTA-2007)

SEXO:

EDAD:

EVALUE EL GRADO EN QUE ESTAS AFIRMACIONES LO(A) DESCRIBEN.
MARQUE CON UNA "X" SU RESPUESTA.
CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES.
NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS.

YO SOY YO ESTOY	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1.Una persona con esperanza.					
2.una persona con buena autoestima.					
3.Optimista respecto al futuro.					
4.Seguro de mis creencias o principios.					
5.Creciendo como persona.					
6.Rodeado de personas que en General me ayudan en situaciones difíciles.					
7.En contacto con personas que me aprecian.					
8.Seguro de mi mismo.					
9.Seguro de mis proyectos y metas.					
10.Seguro en el ambiente en que vivo.					
11.Una persona que ha aprendido a salir delante en la vida.					
12.Un modelo positivo para otras personas.					
13.Bien integrado en mi lugar de					

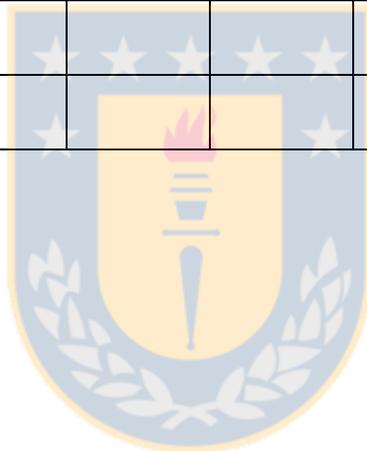
trabajo					
14.Satisfecho con mis relaciones de amistad.					
15.Satisfechos con mis relaciones afectivas.					
16.Una persona práctica.					
17.Una persona con metas en la vida.					
18.Activo frente a mis problemas.					
19.Revisando constantemente el sentido en mi vida.					
20.Generando soluciones a mis problemas.					

YO TENGO	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
21.Relaciones Personales confiables.					
22.Una familia bien estructurada.					
23.Relaciones afectivas sólidas.					
24.Fortaleza interior.					
25.Una vida con sentido.					
26.Acceso a servicios sociales-públicos.					
27.Personas que me apoyan.					
28.A quien recurrir en caso de problemas.					
29.Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa.					
30.Satisfacción con lo que logrado en la vida.					
31.Persona que me han orientado y aconsejado.					
32.Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas.					

33. Personas en las que puedo confiar.					
34. Personas que han confiado sus problemas en mí..					
35. Personas que me han acompañado cuando tengo problemas.					
36. Metas a corto plazo.					
37. Mis objetivos claros.					
38. Personas con quien enfrentar los problemas.					
39. Proyectos a futuro.					
40. Problemas que puedo solucionar.					

YO PUEDO	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
41. Hablar De mis emociones.					
42. Expresar afecto.					
43. Confiar en las personas.					
44. Superar las dificultades que se me presenten en la vida.					
45. Desarrollar vínculos afectivos.					
46. Resolver problemas de manera efectiva.					
47. Dar mi opinión.					
48. Buscar ayuda cuando la necesito.					
49. Apoyar a otros cuando tienen dificultades.					
50. Responsabilizarme por lo que hago.					
51. Ser creativo.					

52.Comunicarme adecuadamente.					
53.Aprender de mis aciertos y errores.					
54.Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.					
55.Tomar decisiones.					
56.Generar estrategias para solucionar mis problemas.					
57.Fijarme metas realistas					
58.Esforzarme por lograr mis objetivos.					
59.Asumir riesgos.					
60.Proyectarme al futuro.					





ANEXO. 8 ACTA EVALUACION COMITÉ ETICA HGGB

UNIDAD DE INVESTIGACION
N° INT. 771 / 06.12.12
DRA. M.V.B.S / ESK / B.M. / mega

007714 .11.12.2012

RESOLUCION EXENTA N°:

CONCEPCION,

VISTOS: Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República, DFL. 1/2005 MINSAL., DS. 140/2004 MINSAL., DS. 38/2005 MINSAL., Res. 43/81, Res. 752/2006 MINSAL, Art. 98° Letra B) del DFL. 29/2004, Res. 612/23.06.2011.

RESUELVO:

Deléguese la facultad establecida en el Art 11 de la Ley 20.120 que se concede al Director del Centro o establecimiento en que se desarrolla la investigación, en el sentido de firmar los Consentimientos Informados y actuar como Ministro de Fe, al Jefe CR URPAC del HGGB, sólo en lo referente al estudio titulado:

“Resiliencia en familiares de pacientes hospitalizados en una Unidad de paciente crítico y factores relacionados”

ANOTESE Y COMUNIQUESE,

DR. SERGIO OPAZO SANTANDER
DIRECTOR
HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

DISTRIBUCION:

- Oficina de Partes
- RR.HH
- Unidad de Investigación
- Asesoría Jurídica
- Jefe CR URPAC
- Investigador

ANEXO. 9 ACTA EVALUACION COMITÉ ETICA UDEC



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



Sra.
Prof. Sandra Valenzuela S.
Directora
Programa Magíster en Enfermería
Facultad de Medicina
Presente./

De mi consideración,

Me es grato hacer llegar a UD. el informe ético del Proyecto de Tesis de la alumna del Programa de Magíster en Enfermería, Sra. Fabiola Arriagada G., denominado "Resiliencia en familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de paciente crítico y factores relacionados".

Sin otro particular, me despido de UD. saludándola muy atentamente.


Dr. Enrique Seguel S.
Director (S) de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción



Concepción, 4 de Octubre de 2012.
ESS/ecv
DIFM 041/2012





UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



Concepción, 3 de octubre de 2012

Dr. Edgardo Sanzana S.
Director de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimado Dr. Sanzana:

En respuesta a su solicitud de Evaluación Ética del Proyecto de Tesis denominado "Resiliencia en familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de paciente crítico y factores relacionados", de la alumna del Programa de Magister en Enfermería Sra. Fabiola Arriagada Gallardo, le envío mis observaciones de acuerdo a los estándares preestablecidos¹:

1. **Valor científico o social:** este proyecto permitirá contar con evidencia que sustente la esencia y rol de la Enfermería como disciplina. Los resultados contribuirán a una planificación estratégica de ésta para trasladar los conceptos filosóficos a la práctica asistencial.
2. **Validez científica:** Utiliza los principios científicos y metodologías de la investigación cualitativa adecuados. El investigador fundamenta adecuadamente su diseño metodológico; describe las categorías y subcategorías que abordará en las fases de su proyecto; explicita el procedimiento de recolección de información, el tipo de análisis y triangulación que realizará, siendo coherente con los objetivos de su proyecto. Asimismo, cumple con los criterios de calidad científica en investigaciones cualitativas.
3. **Transparencia en la selección de los sujetos:** La condición de los sujetos de investigación se ajusta a los propósitos de la investigación, por lo tanto se justifica adecuadamente que ingresen en el estudio.
4. **Equilibrio entre riesgos y beneficios:** no existen riesgos potenciales, ni beneficios directos para los sujetos de investigación. Sin embargo, indirectamente se benefician todos los participantes y la sociedad, por los resultados e impacto potencial.
5. **Revisión independiente:** no existen conflictos de interés de este comité con la propuesta de investigación.
6. **Consentimiento informado:** describe el procedimiento ético que se realizará e incluye el formulario consentimiento informado que se ajusta a los requerimientos internacionales (propósito de la investigación, voluntariedad de participación, garantía de confidencialidad y posibilidad de retiro voluntario en cualquier etapa de la investigación).
7. **Respeto hacia los sujetos, instituciones y comunidades que participan:** respeta el principio de autonomía de los participantes, a través del proceso de Consentimiento informado.

De acuerdo a lo planteado, se **APRUEBA** el proyecto.

Atentamente,

Dr. Alejandro Soto Sepúlveda
Integrante Comité de Bioética
Facultad de Medicina



¹ Emanuel E: ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolás F, Quezada A, editores. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003

