



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“ INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA CAPACIDAD DE
RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
CHILLÁN VIEJO”**

AUTORES.

MERIÑO MORALES, MIGUEL A.
OLAVE SANDOVAL, ANDREA D.
RODRIGUEZ VIDAL, ROBINSON A.
RUBILAR MUÑOZ, ISIS F.

DOCENTE GUÍA:

E.U. MAGISTER EN FAMILIA
CORTES RECABAL JUANA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN-CHILE

2008

AGRADECIMIENTOS

Los autores de esta investigación agradecen:

- Directivos Consultorio Violeta Parra, por proporcionarnos la información necesaria para la prueba piloto.
- Directivos CESFAM Dr. Federico Puga Borne por permitirnos la realización de esta investigación en el establecimiento.
- Los adultos mayores que participaron en la prueba piloto y en la muestra, por su buena disposición y colaboración.
- Sra. Juana Cortés Recabal, nuestra docente guía.
- Sra. Ana Pincheira, por su ayuda durante el proyecto de tesis.
- Sra. Cristina Sepúlveda
- Familia y amigos por su comprensión y apoyo.

DEDICATORIAS

Agradezco a Dios, a mis padres, a mis hermanas Ángela y Marcia y mi prima Marianela por apoyarme durante este proceso. A mis tías Marcia y Marianela por entregarme su ayuda y apoyo incondicional siempre”.

Isis Rubilar Muñoz.

“A Dios, por siempre darme una nueva oportunidad, e inspirarme a seguir este camino. A mi familia y amigos, por apoyarme siempre. A Álvaro Meniconi por su amor y preocupación constantes. Y a la familia García Pando, por su cariño, apoyo y buena disposición en todo momento.”

Andrea Olave Sandoval.

“A mis padres, a mi abuela y a mi gran amiga Paula Suazo, por su apoyo constante e inspiración en momentos difíciles”

Miguel Meriño Morales.

“A Dios, sobre todas las cosas, quien en todo me ha ayudado hasta aquí. A mi madre, quien siempre me ha apoyado para seguir estudiando. A mi abuela, por su compañía y oraciones en mi favor. Al pastor Mario Mora y esposa, Teresa Romero, quienes me acogieron en su hogar al llegar a la carrera. Y a todos quienes de una u otra manera me han respaldado en esta etapa”

Robinson Rodríguez Vidal.

RESUMEN

Estudio descriptivo de corte transversal, cuyo propósito fue determinar la influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles, de la ciudad de Chillán Viejo.

La muestra estuvo constituida por 60 adultos mayores adscritos al Centro de Salud Familiar “Dr. Federico Puga Borne”, escogidos mediante selección aleatoria sistémica, conformando el 5% del universo.

Para obtener los datos familiares, se construyó un cuestionario destinado a conocer las características sociodemográficas, estilos de vida y salud de la familia del adulto mayor estudiado. Para la variable Resiliencia se utilizó la escala de Resiliencia tipo Likert elaborada por E. Saavedra, M. Villalta el 2007.

Durante la investigación, se categorizó al total de usuarios de acuerdo a su nivel de resiliencia. Las categorías fueron: alto, promedio y bajo nivel de resiliencia. Esto permitió relacionar determinadas características familiares con el nivel de resiliencia obtenida.

Los adultos mayores estudiados se ubicaron preferentemente en niveles promedio y alto. Se demostró que adultos mayores con algún tipo de enfermedad crónica no transmisible, que viven con familias y que presenten alguna característica específica, como: creencia y participación religiosa, nietos presentes en el hogar, alta escolaridad familiar, vivir acompañado, participación en grupos comunitarios, familiares no fumadores ni consumidores de alcohol, asistencia completa a controles de salud y tener un familiar afectado por enfermedades invalidantes, podrían modificar su grado de resiliencia, según la característica familiar estudiada.

Palabras claves: Resiliencia, Adulto Mayor, Familia, Enfermedades no Transmisibles.

ABSTRACT

Descriptive trans-sectional investigation, which purpose was to determine family influence on resilience development of elderly people with non transmissible chronic diseases, from Chillán Viejo city.

The sample was constituted with 60 older adults vinculated to Family Health Center “Dr. Federico Puga Borne”, chosen by means of systemic random selection, forming a 5% of the universe.

To obtain family details, a questionnaire was constructed destined to know sociodemographic characteristics, lifestyles and health of the studied older adult’s family. For the Resilience variable, the Resilience scale Likert type made by E. Saavedra, M. Villalta 2007 was used.

During the investigation, every user was categorized according to his resiliency level. The categories were: high, medium and low resilience level. This allowed to relate determined familiar characteristics with the resilience level obtained.

The evaluated older adults preferentially located in medium and high levels. It was demonstrated that elders with any kind of non transmissible chronic diseases and living with families who shows a specific characteristic as: religious belief and participation, grandchildren at home, high family education level, living accompanied, community groups participation, non smoker or alcohol consumer relatives, complete health controls attendance, and having a relative affected by catastrophic or invalidating diseases, could modify their resilience level, according to the studied family characteristic.

Key words: Resilience, Older Adult, Family, Non Transmissible Chronic Diseases

INDICE

	Pág.
<u>I. INTRODUCCIÓN</u>	1
1.1 Presentación y Fundamentación del problema	4
Importancia de la investigación para la profesión	7
1.2 Problematización	8
1.3 Marco Teórico	10
Marco Empírico	25
1.4 Propósito de la investigación	30
1.5 Objetivos Generales y específicos	30
1.6 Listado de Variables	32
<u>II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	33
2.1 Tipo de Diseño	33
2.2 Universo y Muestra	33
2.3 Unidad de análisis	33
2.4 Aspectos Éticos	34
2.5 Procedimientos para recolección de datos	34
2.6 Descripción del instrumento recolector	34
2.7 Prueba Piloto	35
2.8 Procesamiento para la recolección de datos	35
<u>III. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS</u>	36
3.1 Análisis de resultados	36
3.2 Discusión de los resultados	56
<u>IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES</u>	61

4. Anexos

Anexo 1: Definición Nominal y Operacional de Variables

Anexo 2: Carta Solicitud Autorización a Director de Consultorio, prueba piloto

Anexo 3: Carta Solicitud Autorización a Director de CESFAM Chillán Viejo

Anexo 4: Consentimiento Informado

Anexo 5: Instrumento Recolector

Anexo 6: Escala de Resiliencia SV_RES

Anexo 7: Escala de Resiliencia adaptada

Anexo 8: Baremo de Evaluación Escala de resiliencia SV-RES.

I. INTRODUCCIÓN

La llamada tercera edad, o conocida también como: vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución, y no una auténtica etapa del desarrollo humano. También se ha tratado con muy poca frecuencia la capacidad de resiliencia de este grupo etáreo.¹

El proceso de envejecimiento de la población se encuentra en diferentes etapas en el mundo. La proporción de adultos mayores en los países desarrollados es mayor que la de los países en desarrollo (21% y 8% de la población total, respectivamente).¹

De acuerdo a las Perspectivas de Población Mundial de Naciones Unidas, en el 2010, Japón, con 225 adultos mayores por cada cien menores de 15 años, Italia y Alemania con alrededor de 190, serán los países de mayor envejecimiento. Para ese año, Japón tendrá cuatro veces más Adultos Mayores por cada 100 niños y niñas que Chile.¹²

En el proceso de transición al envejecimiento, Chile aumentaría su Índice de Dependencia Demográfica (IDD) de 57,2 en el 2005 a 60,0 en el 2020. Esto significa que, por cada cien personas potencialmente activas habría 60 dependientes (menores de 15 y 60 años o más). Se observa también que la distribución por sexo en los adultos mayores presenta un incremento porcentual constante en hombres y mujeres desde 1992. El envejecimiento se concentra más en la población femenina, debido a una menor mortalidad, lo que incide en una esperanza de vida superior respecto de los hombres y, por ende, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.¹²

La capacidad de resiliencia puede definirse como la capacidad del hombre de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e incluso sufrir un cambio a causa de ellas. Que algunos individuos resisten mejor que otros los vaivenes de la existencia, la adversidad y la enfermedad es un hecho admitido desde hace siglos, pero que en gran parte no se ha explicado. Durante mucho tiempo se atribuyó esta característica poco común a una

“constitución” especial. Recientemente, se ha tenido en cuenta la interacción entre el individuo y sus allegados, sus condiciones de vida y su ambiente vital, por lo que el interés en su estudio ha ido en crecimiento.¹⁷

En su mayoría, los estudios y publicaciones sobre la resiliencia tratan de niños y adolescentes, mas rara vez sobre adultos y, excepcionalmente, de adultos mayores. Sin embargo, en el campo de la resiliencia, la edad avanzada plantea dos cuestiones relacionadas además entre sí. La primera se refiere a la duración en el tiempo, incluso a la perennidad, de una conducta resiliente que apareció pronto en la vida. Si es precoz, puede mantenerse y reforzarse con un aumento de la autoestima, fruto del enfrentamiento y superación de traumas. Y la segunda es que también puede hundirse debido a un estrés que supere la capacidad de resistencia del sujeto, adormecerse en una vida sin historias, y aun desviarse hacia la arrogancia, la intolerancia o actitudes paranoides.¹⁷ He aquí la importancia del apoyo de los miembros más cercanos del adulto mayor: su familia, para adaptarse y superar el evento o enfermedad que lo aqueja y enfrentarse a este suceso con voluntad y entereza.

En los tiempos actuales, mucho se habla de la crisis de la familia a nivel mundial, ya que han surgido valores emergentes que tienden a sustituir los valores de la familia tradicional. Pero nada apunta hacia la desaparición de la familia como grupo humano, muy por el contrario, ésta ha resistido a lo largo de los tiempos a los impactos sociales.¹

A pesar de la preocupación de los antropólogos y la existencia de un gran número de publicaciones sociológicas sobre la vida familiar y de estudios de expertos de las leyes de familia, la psicología y psiquiatría continuaron enfocando al usuario de manera individual.

Sólo en los últimos 25 años se ha producido un creciente interés científico-clínico en la apreciación de la familia como la fuerza social más significativa en el desarrollo humano y de sus aportes en los procesos de salud y enfermedad.¹

Considerando lo anteriormente expuesto, este punto es de gran importancia para el profesional de enfermería, ya que la familia del adulto mayor puede ser un arma fundamental si es capaz de motivarlo de forma creativa en su participación y compromiso con su salud, haciendo tomar conciencia a cada miembro sobre las complicaciones que conlleva una patología, entregando las armas necesarias para que unidos sean capaces de enfrentarla día a día.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En Chile, las personas viven, en promedio, 10 años más que en 1920. Actualmente 2.005.684 personas en Chile tienen más de 60 años, de ellos el 56% son mujeres (1.122.547) y 44% hombres (883.137). Se espera que para el 2015, los mayores de 75 años sean el 4% de la población, medio punto porcentual más que en el año 2007.

Nuestro país, al igual que los países desarrollados, está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de su población¹², por lo que ampliar el conocimiento en el campo de la resiliencia se hace fundamental. Esta capacidad es importante durante todo el crecimiento y desarrollo de la persona y es más amplia que la adaptabilidad, ya que ésta última es un elemento de la resiliencia.¹⁷

La resiliencia no es absoluta, sino que se desarrolla como fruto de factores de riesgo y factores protectores, no se adquiere de una vez y para siempre, requiere de incentivos. Por ello, es necesario siempre estimular la capacidad de resiliencia de las personas, brindando el apoyo necesario para que las armas que posee cada individuo para enfrentar la vida se manifiesten en las situaciones que lo requieran.

Si una persona no ha superado los traumas de su niñez, le costará más ser resiliente en su vida adulta, sin embargo, si se ayuda a una persona a superar sus traumas, su capacidad de resiliencia aumentará.¹⁷

El estudio de la capacidad de resiliencia en los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles es muy relevante en estos tiempos, ya que la población AM está en aumento, junto con estas enfermedades crónicas.

Además, los AM con estas patologías tienen una gran cantidad de factores de riesgo que ponen a prueba esta capacidad, siendo necesario el apoyo familiar, ya que una adecuada participación de la familia promoverá en estas personas el levantarse y seguir su vida, aun encontrándose en la etapa final de su ciclo vital. La literatura dice que si la familia estimula

a un adulto mayor realizar cosas que le gusten, su capacidad de resiliencia aumentará considerablemente y logrará una mayor satisfacción personal.¹⁷

La familia es clave para el adulto mayor, el seguir ligado a ella lo fortalece emocional y afectivamente. La vida familia también representa una cierta vigilancia para su integridad física, ya que a determinada edad el Adulto Mayor, aunque esté sano, estará más expuesto a sufrir accidentes.²³

En Latinoamérica, una de cada cuatro familias tiene al menos una persona mayor entre sus miembros. En Chile, casi el 30% de los hogares tiene algún Adulto Mayor viviendo con otras generaciones.²³

Los Adultos Mayores que viven solos están aumentando rápidamente y lo hacen en mayor proporción que el resto de la población. En 1992 casi el 9% de los mayores de 60 años vivían solos. Diez años después, este grupo representa el 11,7% del total.²³

Hoy más que nunca, los hijos del adulto mayor, llegada la adultez y solvencia económica, tienden a emigrar y formar su propio nido, el que en la mayoría de los casos tiende a conservar la estructura nuclear, lo que deja al adulto viviendo por su propia cuenta. Además, la familia de hoy no está preparada para extender su número de miembros e incluir al adulto mayor. Las exigencias laborales obligan a los jefes de hogar a mantenerse ausentes por largos períodos de tiempo y los hijos deben aprender a ser cada vez más independientes, lo que repercute en la evolución del sistema valórico, cada vez más frágil. Esto es motivo de confusión y necesidad constante de adaptación para el adulto mayor.

Tener a los abuelos en la casa también puede ser beneficioso para la familia. En Chile el porcentaje de Adultos Mayores que ayuda en la crianza de sus nietos es significativo. Según el último Censo del año 2002, en los sectores más desposeídos, un 25% de los

niños menores de 13 años viven en casa de sus abuelos. Pero este hecho no es sólo un fenómeno que afecta a los sectores más vulnerables: en el Gran Santiago por cada cinco niños que viven con sus padres, uno vive con sus abuelos²³

IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería debe fomentar la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles, dando a conocer a la comunidad la influencia positiva de su presencia durante el desarrollo de la patología y cómo esto se asocia a un mejor seguimiento y control de sus afecciones. Junto con esto, dar a conocer el concepto de resiliencia, de tal manera que la población comprenda las grandes capacidades del ser humano para hacer frente a las difíciles pruebas de la vida y salir fortalecido de dicha experiencia.

Es por esto que el profesional de enfermería debe conocer cual es la “influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNT” para poder así enfocar sus actividades no sólo al adulto mayor, sino también incluir a los miembros familiares, fomentando el apoyo y comprensión de éstos, por medio de programas educativos en el área de atención primaria que sirvan de apoyo a este grupo etáreo y familia para enfrentar las situaciones de crisis y cambios propios del ciclo vital en conjunto, logrando que se sobreponga a aquellas experiencias que le han provocado desequilibrio tanto físico como emocional.

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la influencia de la familia en la capacidad de resiliencia en el adulto mayor con ECNTs del Centro de Salud Familiar de Chillán Viejo?

1.2 PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Influirá en la capacidad resiliencia del Adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo su situación de pareja?
2. ¿Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo el número de personas con las que vive?
3. ¿Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo el consumo de alcohol de uno de los miembros de su familia ?
4. ¿Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo el tabaquismo de alguno de los miembros de su familia?
5. ¿Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo que la familia tenga mascotas?
6. ¿Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs la presencia de nietos en el hogar?
7. ¿Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo el que uno o más de lo miembros de la familia consuma drogas ilícitas?
8. ¿Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo la escolaridad familiar?
9. ¿Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo que el ingreso económico familiar mensual no satisfaga sus necesidades básicas?
10. ¿ Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo que la familia participe activamente en una religión?

11. ¿ Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo que la familia participe en grupos comunitarios?
12. ¿ Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo la presencia de enfermedad invalidante en alguno de los miembros de la familia?
13. ¿ Influirá en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs del CESFAM de Chillán Viejo el apoyo de la familia en el seguimiento de los controles de salud ?

1.3 MARCO TEORICO

FAMILIA

La familia puede ser definida desde distintos puntos de vista, siendo los más usados la mirada estructural y funcional.

En nuestro país se define como “un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.” Dentro de los tipos de familia mas destacadas dentro de nuestro país tenemos “la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.”

El núcleo familiar es el encargado de satisfacer las necesidades más básicas de la persona, desde el momento de nacer hasta el fallecimiento de la persona.

Las funciones de la familia en nuestro país se pueden definir de la siguiente manera:

Función biológica: se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.

Función educativa: tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.

Función económica: se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

Función solidaria: se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

Función protectora: se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.”

De esto se puede desprender la idea básica de nuestro planteamiento investigativo, de la familia como factor protector para el adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles. ⁴

RESILIENCIA:

“Resiliencia” es una palabra que proviene del inglés, es utilizada en la física para expresar la cualidad de ciertos materiales de resistir a los impactos.⁷ Etimológicamente proviene del latín “Resilire” que significa “volver a entrar saltando” o saltar” hacia arriba”²⁰

Según Boris Cyrulnik la resiliencia es la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación.¹⁶

En términos de ingeniería la resiliencia es la capacidad de un material para recobrar su forma original, después de someterse a una presión deformadora.²²

Desde los fundamentos psicológicos se denomina actualmente resiliencia a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

Existen diferentes definiciones del concepto resiliencia pero en todas se enfatizan las características del sujeto resiliente: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a las situaciones vitales adversas, estresantes, que le permiten atravesarlas y superarlas. También se destacan dos elementos cruciales: la resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. No se nace resiliente ni se adquiere “naturalmente” en el desarrollo, depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos, responsable de la construcción del sistema psíquico humano.²⁰

La resiliencia se caracteriza por provenir básicamente de una relación significativa del sujeto con una, dos o más figuras de su entorno, y no constituye un estado definitivo, es decir, se puede estar más o menos resiliente de acuerdo con la situación que se vive y las condiciones del entorno, aunque la presencia de factores protectores bien establecidos en la infancia y en la adolescencia pueden facilitar al sujeto un buen desenvolvimiento, aun en las peores circunstancias.

Existen factores internos como la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la responsabilidad, la capacidad de elegir o de cambio de las competencias cognitivas que hacen resilientes a las personas, una vez fortalecidos estos aspectos, que se conjugan en lo que llamamos espíritu. Además se refuerzan las posibilidades del grupo de apoyar a las personas como ser humano integro, seguro y capaz de salir adelante.

Son condicionantes externos los de carácter social, económico, familiar, institucional, espiritual, recreativo y religioso, los cuales son promovidos o facilitados por el ambiente, las personas, las instituciones y las familias que intervienen en la atención, el trato y el tratamiento de los grupos e individuos que están en situación de riesgo y vulnerabilidad.²²

Se puede considerar que las principales actitudes que fortalecen los factores protectores o resilientes en los humanos son:

- Demostraciones físicas y verbales de afecto y cariño en los primeros cuatro años de vida.
- Reconocimiento y atención a sus éxitos y habilidades.
- Oportunidades de desarrollo de destrezas.
- Actitud de cultivo, cuidado y amor por parte de todos sus semejantes y especialmente de los encargados de su cuidado y protección.
- Apoyo de un marco de referencia ético, moral y espiritual.

La mayor parte de los estudios sobre la resiliencia se han centrado en los rasgos y la predisposición individuales; algunos determinaron que ciertos rasgos, como un temperamento sereno y despreocupado y un alto nivel de inteligencia, eran elementos favorables, aunque no esenciales, para alcanzarla, pues al suscitar reacciones más positivas en las demás personas, facilitan la aplicación de las estrategias de superación y de habilidades para resolver problemas. Más significativo aun es poseer una alta autoestima y un buen control personal. Una alta autoestima y una buena dosis de eficacia personal tornaban más probable el éxito en la superación de las dificultades, en tanto que el desvalimiento aumenta la posibilidad de que cada acontecimiento adverso origine otro.²⁹

El desarrollo de resiliencia se sustenta en 8 pilares fundamentales:

PILARES DE LA RESILIENCIA

Estos pilares pueden ser entendidos de la siguiente manera:

- **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 la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
- **Iniciativa.** Gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- **Humor.** La capacidad de reír y encontrar lo cómico en la propia tragedia.
- **Creatividad.** Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- **Moralidad.** La consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y la capacidad de comprometerse con valores, este elemento ya es importante desde la infancia, pero sobre todo a partir de los 10 años.
- **Autoestima consistente.** Base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo. ²⁰

Según un artículo publicado por **René Knopoff et al**, en el año 2001, sobre “Resiliencia y Envejecimiento” el derrumbe de vida experimentado por los ancianos es causado por un conjunto de factores inherentes a la etapa senil, como son la salida del sistema laboral, encontrarse sin familia nuclear, viudez o enfermedad del cónyuge, “lo que los deja en soledad y sin los lazos establecidos al otro miembro de la pareja”.

También proponen que “uno de los factores principales de riesgo de deterioro de la calidad de vida en la vejez es el aislamiento social, ligado a la exclusión y al rechazo”¹⁵

Para volverse resiliente, es necesario encontrar cómo se impregnaron dentro de la memoria los recursos internos, cuál es el significado del trauma para la persona, y cómo la familia, amigos y cultura colocan alrededor del herido recursos externos que le permitirán retomar un tipo de desarrollo más sano y armonioso. ⁷

Stefan Vanistendael y Jacques Lecomte, en el año 2000, concluyen que determinados factores, como la adquisición de responsabilidades, el altruismo hacia el prójimo como medio de reparación personal, sentirse amado, la fe y búsqueda de filosofía, otorgan sentido a la existencia y permiten al individuo encontrarle cierto sentido a su sufrimiento. En su revisión, encuentran que la adquisición de responsabilidades permite alcanzar equilibrio psicológico en situaciones de adversidad, tal como se evidencia en un estudio comparativo del devenir personal de dos grupos de niños maltratados (Zimrin, 1986). En él se demostró que quienes habían sido responsables de algún otro niño, como un hermano pequeño a quién protegían y atendían, o de algún animal cuyo bienestar dependía de ellos, salían de la adolescencia con éxito.²⁷

La trascendencia de satisfacer las necesidades espirituales es algo que debe ser considerado. El constante cambio de estilos de vida y sistemas de valores confunde al adulto mayor, ya que no alcanza a digerir esta sucesión permanente de variaciones. Según dice **José Luis Ysern de Arce** en su artículo “Espiritualidad del Adulto Mayor. La Eficacia del corazón”, publicado en el año 2007, la espiritualidad ofrece a los ancianos la ayuda necesaria para encontrar estabilidad dentro de lo que siempre cambia, promueve el crecimiento del espíritu, ayuda a encontrar la verdad en uno mismo y entrega esperanza. Además, le permite adoptar una postura de vida más contemplativa que lo lleva a aprovechar su tiempo libre gozando con el arte, la lectura, el silencio y la oración. De esto deducimos que el adulto mayor es capaz de enfrentar de mejor manera los cambios que conlleva el paso a la ancianidad.³⁰

LA TERCERA EDAD: DESARROLLO FÍSICO Y COGNITIVO

El grupo de los adultos mayores son las personas que están en el llamado periodo de la “vejez” o “tercera edad”, el cual comienza a inicio de los sesenta años. En cuanto a este grupo existen una serie de percepciones erróneas basadas en estereotipos negativos y positivos, lo cual sucede por falta de conocimiento del desarrollo físico y cognoscitivo de los adultos mayores. Generalmente sucede que las personas de todas las edades asignan

estereotipos más negativos a los ancianos y más positivos a los jóvenes, desconociendo muchas veces con estas ideas infundadas, la capacidad de resiliencia de los adultos mayores.¹⁰

Cabe señalar, que para su mejor comprensión y debido a que los adultos mayores no forman un grupo cohesivo, la vejez debe dividirse en subetapas, según los tramos de edad. Esta subdivisión la realizaron Irene Burnside y colegas en 1979.

Estos tramos son:

Sexagenarios: 60 a 69 años de edad: Importante transición, ya que el adulto mayor debe adaptarse a una nueva estructura de roles, sus ingresos disminuyen por la jubilación o la disminución de las horas de trabajo, la Sociedad reduce sus expectativas, su fortaleza física decrece un poco y sufren la muerte de algunos amigos y colegas.

Septuagenarios: 70 a 79 años de edad: Aumenta la incidencia y prevalencia de enfermedades, la muerte de amigos y parientes, deben adaptarse a una menor participación en las organizaciones formales. También las manifestaciones de inquietud, ansiedad y los problemas de salud existentes suelen agravarse en esta década. Se observa una disminución de la actividad sexual de hombres y mujeres (muchas veces por la pérdida de la pareja).

Una de las principales tareas de la vida consiste en conservar la integridad de la personalidad frente al deterioro de las capacidades sensoriales y ante el aumento de las probabilidades de discapacidad.¹⁰

Octogenarios: 80 A 89 Años de edad: A la mayoría de los AM les resulta más difícil adaptarse e interactuar con el ambiente, requiriendo de ayuda para mantener los contactos sociales y culturales. En general son débiles, pero esto no significa necesariamente discapacidad ni dependencia total.¹⁰

En los afroamericanos se han identificado dos factores que hacen que la entrada de las personas a la tercera edad sea con mayor adaptación, considerándola más una transición que una crisis. Estos dos factores de gran valor adaptativo son: 1) oración y filiación a una confesión religiosa y 2) ayuda de la familia y de los amigos. Esto se ha reflejado en que los

que tienen mucho apoyo de la iglesia y de la familia suelen sentirse mejor que los que reciben un apoyo moderado⁹

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR EN CHILE.

Como es sabido en Chile, tanto como en el mundo entero, el cambio demográfico día a día se hace más notorio, lo que conlleva una serie de repercusiones en todos los niveles de nuestra sociedad.²⁴ Actualmente, según cifras entregadas por el INE 2007 existen 2.005.684 personas en Chile que tienen más de 60 años, de ellos, el 56% son mujeres (1.122.547) y el 44% hombres (883.137).¹²

Si subdividimos de forma mas especifica y ahondamos en predicciones, según datos estadísticos entre 1950 y 2025 la población mundial se multiplicará de la siguiente manera: población general por 3 veces, población mayor de 60 años por 6 veces, población mayor de 80 años por 10 veces, los mayores de 60 años aumentan 1 millón por mes y por ultimo el 80% de los adultos mayores vive en países en vías de desarrollo”⁸

Basándose en lo anterior, se debería tener una sana preocupación frente a estos cambios morfológicos y constitutivos que la sociedad está viviendo, buscar la adaptación a ellos y generar programas y políticas capaces de disminuir los grandes déficit que surgen de mano de lo antes mencionado.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

El presente estudio está enfocado en la resiliencia y capacidad de adaptación del adulto mayor frente a agentes agresores internos como son las enfermedades crónicas no transmisibles. Diabetes, hipertensión arterial y obesidad son los principales problemas crónicos de nuestra población, que se ven amplificadas al aumentar en edad. Como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 3. Prevalencia y promedio de factores de riesgo según edad

Factores de Riesgo	20-39 años n= 759%	40-49 años n= 554%	50-59 años n= 817%	60-70 años N= 95%	P
Obesidad	11,2	15,2	20,7	26,3	<0,01
HTA	12,5	25,9	42,5	50,5	<0,01
Hipercolesterolemia	43,8	62,4	65,9	60,6	<0,01
Diabetes	0,7	3,3	5,7	17,0	<0,01
Hiperuricemia	3,7	4,3	5,2	5,3	NS
Tabaquismo	52,8	53,3	36,4	16,8	<0,01
Sedentarismo	83,0	81,6	83,6	74,7	NS
Promedio +/- DE	2,1 +/- 1,0	2,5 +/- 1,1	2,6 +/- 1,1	2,5 +/- 1,2	<0,01

* Factores de riesgo según edad(6)

Según la OMS, “Enfermedades Crónicas no transmisibles” (ECNT) son las Enfermedades de los estilos de vida.²¹

La Center for Disease Control de Atlanta (CDC) la define como "enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo".³

Entre las ECNT encontramos las siguientes: enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebro vasculares, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, crisis hepática, obesidad*, diabetes mellitus*, hipertensión arterial*, problemas de salud mental,

osteoporosis, enfermedades músculo esqueléticas, colecistitis crónicas, úlceras pépticas y tabaquismo* (* Son ECNT y factores de riesgo a la vez) .²¹

Existen muchos factores que pueden contribuir a la aparición de estas enfermedades, los cuales se relacionan principalmente con el autocuidado deficiente en los estilos de vida. Entre estos factores encontramos: tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, dieta inadecuada, obesidad, inactividad física, hipertensión arterial, colesterol alto, contaminación ambiental, diabetes, stress, sedentarismo.

Cabe señalar que existen otros factores de riesgo que no pueden ser modificados, entre ellos tenemos la edad avanzada, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, antecedentes personales de eventos cardiovasculares, etc.

La mayoría de las ECNT tienen factores de riesgo comunes, además éstos rara vez se encuentran aislados. Lo que ocurre casi siempre es que se sobreponen, potenciando su letal efecto, es decir el todo de esta combinación de factores de riesgo es más que la suma de ellos.

A nivel mundial son la principal causa de muerte y discapacidad. Causa aproximadamente 33,1 millones de defunciones al año, el 60% de la mortalidad mundial, el 45,9% de la carga mundial de morbilidad y proyectadas al 2020, si las tendencias se mantienen, representarán el 73% de las defunciones y el 60% de la carga de morbilidad.²

Las ECNT en Chile constituyen el principal problema de salud. Si bien años atrás el mayor problema de salud eran las enfermedades infectocontagiosas, ahora se ha producido un cambio epidemiológico, convirtiéndose éstas en el mayor problema de salud debido a diversos factores. Son las que producen más de la mitad de las defunciones, es una importante causa de muerte prematura y morbilidad con tendencia ascendente, tienen una alta prevalencia de los principales factores de riesgo y, además, tendencia al aumento. Existe una capacidad limitada del sistema de salud para abordarlas, provocando altos costos para la sociedad y el sector salud.⁵

Estudios han demostrado que sólo el 10% de la población adulta en Chile tiene un solo factor de riesgo; el 90% restante tiene algún tipo de combinación, por lo que la incidencia y prevalencia de ECNT en nuestro país sigue en aumento. Los adultos mayores son el grupo etáreo donde es más frecuente la presencia de ECNT, ya que muchos de ellos tienen más factores de riesgo que el resto de la población.³

RESILIENCIA, ADULTO MAYOR, FAMILIA, ECNTs Y PROFESIONALES DE LA SALUD

El envejecimiento de las sociedades ha hecho aumentar notablemente la cantidad de personas con afecciones crónicas.

Quienes están afectados por discapacidades viven mucho más tiempo que en el pasado. Pero a pesar de que la mayoría de los adultos mayores conservan su buena salud, es frecuente que la pérdida de funciones físicas y mentales, los dolores crónicos y el deterioro progresivo de ciertos males causen preocupación. El daño físico y mental puede verse exacerbado por la depresión y sensación de pérdida del autocontrol, todo lo cual provoca repercusiones en la angustia de los demás miembros de la familia.²⁹

Muchas familias dicen que al capear juntas los temporales de la crisis, su relación se enriquece y se torna más llena de cariño de lo que podría haber sucedido en otras circunstancias. Una crisis puede ser un llamado de advertencia que avive nuestra atención respecto de lo que realmente importa en la vida. Una pérdida dolorosa puede impulsarnos en una dirección imprevista.²⁹

Los estudios de individuos resilientes llevados a cabo en las dos últimas décadas pueden enseñarnos mucho sobre el modo de entenderla y promoverla.

Los sistemas de creencias del enfermo, los miembros importantes de su familia y los profesionales de la salud, delinean la experiencia de la enfermedad y todas las situaciones

que rodean la sanación. Es necesario considerar las explicaciones causales acerca del modo y la causa de aparición y persistencia de los problemas de salud, así como las creencias sobre el papel de los profesionales y la familia en el proceso y resultado del tratamiento, por esto es necesario analizar la influencia restrictiva o facilitadora que pueden tener el medio hospitalario y los procedimientos médicos habituales, promoviendo que los miembros de la familia compartan información sobre el estado del enfermo, ayudándose unos a otros a dotar de sentido esa experiencia y dominar los desafíos que ella impone.²⁹

TEORÍA

El Modelo de Adaptación de Callista Roy, basó sus trabajos en la teoría de adaptación de Nelson. Según Roy, los hombres son seres biopsicosociales que existen en un entorno. El entorno y el yo transmiten tres clases de estímulos: focal, residual y contextual. Estos inciden sobre los seres humanos y crean necesidades en uno o más modos de adaptación interrelacionados, como el concepto fisiológico de la propia identidad, la función de roles y la interdependencia. Mediante dos mecanismos de adaptación, llamados regulador y cognador, (se refiere a procesos mentales complejos resultantes de la percepción, información, aprendizaje, juicio y emociones de cada persona), cada persona manifiesta respuestas adaptativas o ineficaces que requieren la intervención de enfermería.¹⁸

SUPUESTOS PRINCIPALES:

SUPUESTOS DERIVADOS DE LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS.

- 1) **Holismo:** un sistema es un conjunto de unidades tan relacionadas o interconectadas que forman un todo unitario.
- 2) **Interdependencia:** un sistema es un todo que actúa como tal a través de la interdependencia de sus partes.
- 3) **Procesos de control:** todo sistema tiene entradas al sistema, salidas, y procesos de control e interacción.
- 4) **Aporte de información:** las entradas al sistema en forma de reglas o interacciones suele recibir el nombre de información.

5) Complejidad de los sistemas vivos: los sistemas vivos son infinitamente más complejos que los mecánicos y se rigen por normas e interacciones que gobiernan su funcionamiento unitario.

SUPUESTOS DERIVADOS DE LA TEORÍA DEL NIVEL DE ADAPTACIÓN.

1. **Conducta como adaptación:** el comportamiento humano refleja la adaptación a las fuerzas del entorno y el organismo.

2. **Conducta adaptativa como función de los estímulos y del nivel de adaptación:** la conducta adaptativa es función del estímulo y del nivel de adaptación, es decir, del efecto combinado de los estímulos focales, contextuales y residuales.

3. **Niveles de adaptación dinámica individual:** La adaptación es un proceso de respuesta positiva a los cambios producidos en el entorno; esta respuesta positiva disminuye las respuestas necesarias para afrontar los estímulos y eleva la sensibilidad que propicia nuevas respuestas ante nuevos estímulos.

4. **Procesos de respuesta positivos y activos:** las respuestas reflejan el estado del organismo y las propiedades de los estímulos, por lo que pueden verse como procesos activos.

SUPUESTOS DERIVADOS DEL HUMANISMO.

1. Creatividad: capacidad de creación personal.

2. Finalidad: la conducta del ser humano se dirige a un fin primordial, y no es una simple concatenación de causas y efectos.

3. Holismo: todo individuo es holístico.

4. proceso interpersonal: la relación interpersonal es importante.

SUPUESTOS DERIVADOS DE LA REALIDAD

Basándose en la realidad se pueden definir cuatro supuestos:

1. La existencia de un objetivo en la vida humana.

2. La unidad de objetivos.

3. La actividad y la creatividad.

4. El valor y el sentido de la vida.

ENFERMERÍA.: El objetivo de enfermería según Roy consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su auto-concepto, el desempeño de roles, y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad. La enfermería desempeña un papel único como facilitadora de la adaptación, valorando la conducta en cada uno de estos 4 modos adaptativos, e interviniendo en la manipulación de los estímulos.

PERSONA.

Según Roy una persona es un ser biopsicológico en constante interacción con un entorno cambiante, define a la persona, el ser receptor de la asistencia sanitaria, como un sistema vivo, complejo y adaptativo con procesos internos (cognador y regulador) que sirven para mantener la adaptación en los cuatro modos adaptativos (necesidades fisiológicas, auto-concepto, función de rol e interdependencia).¹⁸

SALUD.

La salud es el estado y el proceso de ser o de convertirse en una persona completa e integrada. Como tal, es un reflejo de la adaptación, es decir, de la interacción entre el sujeto y el entorno.

La salud y la enfermedad conforman una dimensión inevitable de la experiencia vital global de cada persona. La enfermería se relaciona con esta dimensión. Cuando los mecanismos de afrontamiento son ineficaces se produce la enfermedad. En cambio, si la persona mantiene un buen mecanismo de adaptación, estará sana.

ENTORNO

Según Roy, es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y la conducta de las personas y grupos. Un entorno cambiante es lo que estimula las respuestas de adaptación de las personas.

RELACIÓN ENTRE TEORÍA DE ENFERMERÍA Y CAPACIDAD DE RESILIENCIA.

El concepto de Adaptación es un elemento de la Resiliencia, es decir, la resiliencia es más amplia que la Adaptación ¹⁶

La definición de Adaptabilidad que da Callista Roy y la definición de Resiliencia que da la literatura tienen mucha semejanza, encontrando puntos comunes en ambos conceptos. Una definición de resiliencia dice que: “la resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”.¹⁷

Al analizar esta definición, se encuentran por lo menos las siguientes relaciones con la teoría de Roy:

- La adaptación, al igual que la resiliencia es una capacidad humana que se desarrolla a lo largo de la vida.
- Roy señala que el ser humano es un sistema que vive en constante interacción con el entorno, buscando la estabilidad a través de la adaptación. De la misma manera, se establece que cuando hay resiliencia la persona es capaz de desarrollarse bien pese a acontecimientos desestabilizadores, es decir, que el sistema humano frente a cambios del entorno (retroalimentación positiva) busca la adaptación, ya sea a través de la modificación de los factores influyentes o a través de la adaptación a ellos (retroalimentación negativa), buscando de esta forma un equilibrio del sistema humano.¹⁸

La capacidad de resiliencia, al igual que la capacidad de adaptación no es absoluta, es decir, no se adquiere de una vez y para siempre, sino que es fruto de factores de riesgo y factores protectores.¹⁶

En resumen, se puede inferir que cuando una persona como sistema tiene mayor capacidad de adaptarse a las situaciones del medio, su capacidad de resiliencia será mayor, ya que utilizará todas las herramientas disponibles para sobreponerse a la situación estresora.

Los adultos mayores con ECNTs son sistemas con mucha dificultad para adaptarse a su situación de salud, ya que en este periodo se acumulan muchos factores estresores y si agregamos las patologías, el tratamiento riguroso que debe cumplir, los controles de salud, etc. vemos que son demasiados los factores del medio, lo que hace más difícil una respuesta adaptativa de parte de ellos. Por otro lado, entre los factores protectores de este sistema humano se encuentra la familia, quienes contribuyen a la estabilidad de este grupo etéreo.¹⁶

MARCO EMPÍRICO

El cambio en la demografía mundial, los avances en tecnología médica y su consecuente aumento de la esperanza de vida, nos obliga a fijar nuestra atención en la creciente población de adultos mayores y modificar el enfoque de los estudios actuales.

La “resiliencia” es un concepto relativamente nuevo y en la manera que evoluciona nuestra sociedad actual radica su enorme importancia. Por ello, es inapelablemente significativo explorar este terreno desde la perspectiva de la población senil.

Diversos eventos catastróficos marcan el paso de la edad adulta a la adultez mayor, tales como la viudez, la aparición de enfermedades crónicas, el cese laboral etc. Dentro de este contexto, **Susan E, Hardy** et al, en el año 2004, efectuaron un estudio cuantitativo sobre el efecto percibido de eventos estresantes en adultos mayores viviendo en la comunidad.¹¹

La muestra se compuso de 754 ancianos de 70 años y más, que eran independientes en cuatro determinadas actividades básicas del diario vivir (ABDV): bañarse, vestirse, caminar y moverse desde una silla, que además han experimentado algún evento estresante en la vida. Los participantes demostraron diversas respuestas a los eventos estresantes, que posiblemente indicarían diferentes grados de resiliencia. 603 de ellos (80%) identificaron un evento estresante. De ellos, el 18% identificó una enfermedad personal, el 42% la muerte de un familiar o amigo, 23% la enfermedad de un miembro de la familia o amigo, y el 17% un evento no médico.

Aunque los participantes constantemente describieron sus eventos como altamente estresantes, reportaron variadas consecuencias de aquellos acontecimientos en sus vidas. Mientras un 27% a un 59% de ellos reportaron consecuencias negativas considerables para los 4 tipos de eventos mencionados, un 17% a 36% refirió consecuencias positivas como la iniciación de nuevas actividades que se han vuelto importantes para ellos y mejorías en su percepción de vida. Dependencia en actividades instrumentales del diario vivir (AIDV) y síntomas depresivos fueron asociados independientemente con variadas consecuencias

negativas percibidas. Se concluye que los adultos mayores, al ser interrogados en relación con su mayor evento estresante, reportan una amplia gama de sucesos y, aunque se confirma la importancia de los eventos médicos, se encontró que los no médicos pueden ser igualmente percibidos como altamente tensionantes. Sorpresivamente, una pequeña minoría acusó una enfermedad personal como el más devastador.¹¹

Los acontecimientos graves sacuden profundamente al individuo que los experimenta. Soportarlos y reconstruirse después de ellos, depende en gran medida del enfoque que la persona le da a este sufrimiento, así como también encontrarle un nuevo sentido a su vida, comprometiéndose en una nueva dinámica del vivir. **Flor Jiménez Segura e Irma Arguedas Negrini en el año 2004**, realizan un estudio cualitativo sobre rasgos de sentido de vida en el enfoque de resiliencia, en personas de 65 y 75 años a 8 AM pertenecientes al grupo de envejecimiento integral de la Universidad de Costa Rica o a la asociación Gerontológico costarricense. En éste se identifican los 8 rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia presentados por estos ancianos a lo largo de su existencia, diferenciado por sexo.¹³

Entre los rasgos estudiados (Intereses, metas, motivaciones para el logro, aspiraciones educativas, optimismo, persistencia, fe y espiritualidad, sentido del propósito), se obtiene que las mujeres se orientan mayormente a actividades altruistas, como el trabajo comunitario, capacitación a otras personas, estudios espirituales para aportar a otros y transmisión de valores a otras generaciones.. Los hombres tienden a identificar mayormente los logros laborales, estudios para obtener mejores empleos, aprendizaje de oficios y capacitaciones en la edad adulta como los factores que otorgan sentido a sus vidas.

El desarrollo de resiliencia tiene como base algunos pilares de carácter personal, que son fundamentales, cuyo capital de despliegue va formándose durante la infancia, promovido por ciertos factores familiares y de crianza. Pero también involucra la convergencia de numerosos factores tangenciales a la formación como individuo, relacionados con el

entorno de la persona y que adquieren especial relevancia en el proceso de resiliencia en personas mayores, como el ingreso económico.

Es así como **Gail Wagnild**, en el año 2003 realizó un estudio cuantitativo sobre resiliencia y envejecimiento exitoso, efectuando una comparación entre adultos mayores de altos y bajos ingresos económicos. Como muestra se tomaron 408 adultos mayores de ingresos económicos altos y 273 de ingresos económicos bajos, perteneciendo todos ellos al área urbana de la misma región geográfica de Estados Unidos. En este estudio se obtuvo que existe una relación significativa y positiva entre resiliencia y los indicadores de envejecimiento exitoso: percepción de estado de salud, moralidad, vida satisfactoria y conductas de promoción de salud. Se rechazó la inexistencia de relación entre resiliencia e ingresos económicos, debido a que la comparación arrojó una diferencia entre los adultos mayores con altos y bajos ingresos, relativa a la percepción de estos indicadores, siendo más favorable en los individuos con mejor situación económica.²⁸

La educación formal o escolaridad promedio del individuo resiliente es igualmente un factor que incide en la génesis de capacidad de resiliencia, ya que condiciona la forma en que la persona interactúa con su entorno humano y la construcción de su medio socio-económico. De esta manera, **Aldo Melillo**, en el año 2001, realiza una investigación relativa a la influencia de la educación en el proceso de resiliencia, en una escuela primaria chilena ubicada en un barrio necesitado, que con nueva directora había evidenciado una positiva evolución. Se concluye que la escuela tiene especial importancia como red de apoyo en la niñez y es un valioso escenario de estímulo de la autoestima, además de entregar herramientas para el aprendizaje de comunicación efectiva y relaciones armoniosas entre pares.¹⁹

Considerando lo anterior, podríamos extender la influencia de la educación individual del resiliente un poco más allá. Se considera elemental analizar la influencia de la escolaridad promedio del entorno familiar del adulto mayor en su resiliencia, tomando en cuenta los aportes de ésta para la disminución de la pobreza por medio de condiciones que aumentan

las posibilidades de obtener empleo, además de favorecer situaciones que promuevan el desarrollo del adulto mayor como individuo necesario y valorado.

El envejecimiento trae consigo el decrecimiento de las redes sociales del adulto mayor, debido al aumento de pérdidas de sus individuos componentes y a la menor capacidad para reemplazarlos haciéndose de nuevos amigos o conocidos. Por ello, se vuelve imperioso contar con una persona significativa, que les permita sentirse reconocidos o necesitados.¹⁹

Nelson García y Johana Henríquez Troncoso, en el año 2006, desarrollan un estudio cualitativo sobre la percepción de las personas mayores de la ciudad de Chillán respecto a los cambios ocurridos en la familia. En éste se demuestra que entre las relaciones familiares de las personas mayores, adquiere especial significación el vínculo con los nietos, siendo particularmente importante para las mujeres, quienes adoptan un rol más activo dentro de este nexo. Los adultos mayores participantes en esta investigación perciben los cambios en las relaciones familiares como una parte más de la vida. Dentro de las consecuencias negativas que estos cambios conllevan, reportan un fuerte sentimiento de soledad, aun en presencia física de la familia y muy fuertemente relacionado con la viudez, ya que ésta trae consigo la pérdida de compañía y cambios en los estilos de vida.⁹

Maryalice Jordan-Marsh et al, en el año 2005 realizan un estudio en el contexto de una revisión transdisciplinaria, sistemática y unificada de literatura sobre la importancia de los “parentescos ficticios” (“fictive kin”), como apoyo para los adultos mayores, entendiéndose por esta expresión todos aquellos individuos que no están emparentados por lazos directos de sangre o matrimonio, sino un vínculo que se caracteriza por conexiones de obligaciones mutuas que implican respeto, responsabilidad y deberes (Chatters, Taylor y Jayakody, 1994), tales como primos, compadrazgos, parentescos políticos, incluso nietos, etc. Los datos obtenidos en la exploración literaria apoyan fuertemente que los parentescos ficticios pueden ser vistos como una forma legítima de capital social a lo largo de la vida.¹⁴

En el año 2007, **Jair Lourenco Silva et al.** Investigan las relaciones interpersonales en familias con miembro fármaco-dependiente. El estudio tiene carácter cualitativo-interpretativo y pretende evidenciar los patrones del humor en estos sistemas familiares, tomando como supuesto la correlación entre humor y ciclo de la drogadicción, a través de un estudio de caso de terapia familiar estructural y estratégica.²⁵

Se toma una familia con miembro adicto, estrato socioeconómico medio y perteneciente a la ciudad de Sao Paulo y que fue parte de una pesquisa mayor, constituida por cuatro familias en diferentes etapas del ciclo vital familiar.

La investigación confirma los supuestos de que los patrones de depresión y manía presentes en los individuos adictos también se expresan en el ámbito familiar, retroalimentándolo y produciendo patrones de conducta repetitivos entre sus miembros y que pueden dejarlos más vulnerables a la drogadicción.

La familia estudiada en particular presentaba un sistema de funcionamiento con límites rígidos en relación al exterior y con dificultad para aceptar a nuevos miembros, lo que reduce y debilita su red de apoyo, fragilizando el sistema familiar.²⁵

1.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Conocer la influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles.

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL 1:

Identificar que factores sociodemográficos de la familia influyen en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

Objetivos específicos

2.1 Detectar si la situación de pareja influye en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

2.2 Conocer influencia del número de personas que viven con el adulto mayor con ECNTs en su capacidad de resiliencia.

2.3 Determinar la influencia de la escolaridad familiar en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

2.4 Establecer la influencia del ingreso económico familiar mensual para satisfacción de necesidades básicas en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNT.

2.5 Reconocer si la creencia y participación activa en una religión influye en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

2.6 Determinar si la presencia de nietos en el hogar influye en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs la presencia de nietos en el hogar.

2.7 Conocer si la tenencia de mascotas en la familia influye en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

OBJETIVO GENERAL 2

Conocer los estilos de vida de la familia que influyen en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNT.

Objetivos específicos

3.1 Determinar si el consumo de alcohol de algún miembro de la familia influye en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

3.2 Conocer si el hábito tabáquico de algún miembro de la familia influye en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

3.3 Detectar si el consumo de drogas ilícitas en los miembros de la familia influye en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

3.4 Indagar si la participación familiar en grupos comunitarios influye en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

OBJETIVO GENERAL 3

Detectar si existe relación entre factores de salud de la familia y la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

Objetivos específicos

4.1 Determinar si existe relación entre el apoyo de la familia en el seguimiento de los controles de salud y la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

4.2 Identificar si existe relación entre la existencia de enfermedad invalidante de uno de los miembros de la familia y la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs.

1.6 LISTADO DE VARIABLES

1. VARIABLE DEPENDIENTE:

1.1 Capacidad de Resiliencia

2. VARIABLES INDEPENDIENTES:

2.1 Variables sociodemográficas:

- Situación de pareja
- N° de personas con las que vive
- Escolaridad familiar
- Ingreso económico familiar mensual
- Creencia y Participación activa en una religión
- Presencia de Nietos en el Hogar
- Tenencia de mascotas

2.2 Variables de estilos de vida

- Participación familiar en grupos comunitarios
- Consumo de alcohol
- Tabaquismo
- Consumo drogas ilícitas

2.3 Variables de salud

- Enfermedad familiar invalidante
- Seguimiento controles de salud.

II METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

El tipo de diseño de este estudio es descriptivo de corte transversal.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo:

Estuvo conformada por 1.208 AM de 60 a 85 años, inscritos en el CESFAM de la comuna de Chillán Viejo.

Muestra:

Esta muestra se definió de manera aleatoria, según los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- AM entre 60 y 85 años.
- AM que vive con una o más personas.
- AM con ECNTs.
- AM residentes en la zona urbana de la comuna de Chillán Viejo, de la provincia de Ñuble de la octava región.
- AM adscritos al CESFAM de Chillán Viejo.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Adulto mayor con las características señaladas en la muestra del CESFAM de Chillán viejo que viven con su familia.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó autorización previa a la aplicación del instrumento recolector a la Directora del CESFAM de Chillán Viejo, señora Clara Silva Becerra, mediante una solicitud gestionada a través de la directora de la Escuela de Enfermería, señora Elena Espinoza Lavoz. (anexo 3)

En cuanto a la participación de los adultos mayores, fue voluntaria, manteniendo la confidencialidad y anonimato de los datos recolectados por medio de la aplicación del instrumento, lo que fue respaldado por el consentimiento informado. (anexo 4)

2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó por medio de encuestas aplicadas en el consultorio y en grupos comunitarios a aquellos adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, según información verbal aportada por el usuario, además de revisión de su carné de control. A éstos se les aplicó un cuestionario creado por los autores, y que incluye la Escala de Resiliencia SV – RES DE E. Saavedra adaptada.

2.6 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR:

Para la recolección de los datos se utilizaron 2 instrumentos los cuales se describen a continuación.

a. Cuestionario estructurado:

Instrumento elaborado por los autores, destinado a conocer características sociodemográficas, estilos de vida y de salud de la familia del AM con ECNTs.

Este consta con 16 preguntas, de las cuales 11 son dicotómicas cerradas, 5 politómicas.

b. Escala de Resiliencia de SV –RES:

Para medir la capacidad de resiliencia de los adultos mayores se utilizó la escala de Resiliencia tipo Likert elaborada por E. Saavedra, M. Villalta el 2007.²²

La escala esta compuesta de 60 ítems, con 5 alternativas cada uno, divididos en 12 factores específicos de resiliencia:

Yo soy, Yo estoy; Factor (F) 1 Identidad”, F2 Autonomía. F3 Satisfacción, F4 Pragmatismo.

Yo tengo; F5 Vínculos, F6 Redes, F7 Modelos, F8 Metas.

Yo puedo; F9 Afectividad, F10 Autoeficiencia, F11 Aprendizaje, F12 Generatividad. (anexo 6).

Después de obtenido el puntaje total se clasificó dentro de los siguientes niveles:

- **Percentil 0- 25: Bajo Nivel de Resiliencia**
- **Percentil 26 - 74 : Promedio Nivel de Resiliencia**
- **Percentil 75 – 99: Alto Nivel de Resiliencia**

2.7 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se aplicó a 11 adultos mayores pertenecientes al Consultorio Violeta Parra de la comuna de Chillán, con previa autorización de la directora del establecimiento y el consentimiento informado de los AM que participaron en esta etapa del estudio.(anexo 2)

Con esta prueba se verificó el grado de comprensión del instrumento recolector, se determinó el tiempo necesario para su aplicación y se realizó las correcciones pertinentes según los resultados obtenidos.

2.8 PROCESAMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS:

Una vez obtenida la información, los datos fueron tabulados en una planilla Excel, posteriormente fueron llevados al programa Infostat para calcular sus frecuencias absolutas y extraer tablas específicas para cada variable. No es posible realizar pruebas estadísticas debido a que la investigación es de carácter descriptivo.

III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

NIVEL DE RESILIENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ECNTS DEL CESFAM CHILLÁN VIEJO.

Tabla N° 1

NIVEL DE RESILIENCIA	N° DE PERSONAS	%	SEXO			
			M	%	H	%
Resiliencia alta	26	43,33	22	47,83	4	28,57
Resiliencia Promedio	26	43,33	18	39,13	8	57,14
Resiliencia Baja	8	13,33	6	13,04	2	14,29
Total	60	100	46	76,66	14	23,33

Fuente: Influencia de la familia en la resiliencia del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles de la Universidad del Bio-Bio, sede Chillán, año 2008.

Este estudio estuvo compuesto por 46 mujeres y 14 hombres. Del total de hombres encuestados un 28,57% resultaron altamente resilientes, el 57,14% presentó resiliencia promedio y el 14,29% restante un bajo nivel de resiliencia. Del total de mujeres de este estudio el 47,83% presentó un alto nivel de resiliencia, el 39,13% un nivel promedio y el 13,04% restante un bajo nivel de resiliencia.

En la tabla se puede observar el nivel de Resiliencia de los adultos mayores con ECNTs del CESFAM Chillán Viejo, de los cuales un 43,33% presentó alto nivel de resiliencia (nivel 3), un 43,33%, mostró nivel promedio de resiliencia (nivel 2) y sólo un 13,33%(nivel1) bajo nivel de resiliencia.

De esto se concluye que más del 86% de los adultos mayores encuestados presentan niveles promedio y alto de resiliencia y el 14% restante bajos niveles de resiliencia y el que se mantengan en estos niveles es probablemente gracias a la compañía de la familia.

SITUACIÓN DE PAREJA V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla N° 2

SITUACIÓN DE PAREJA	Baja resiliencia		Resiliencia promedio		Alta resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Soltero	2	20	3	30	5	50	10	100
Casado	4	10,81	16	43,24	17	45,95	37	100
Viudo	2	15,38	7	53,85	4	30,77	13	100
Conviviente	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a la variable situación de pareja, se observa que del total de solteros el 20% se encuentra en un bajo nivel de resiliencia, el 30% en nivel promedio y el 50% restante en un alto nivel de resiliencia.

Del total de adultos mayores casados, el 10,81% se encuentra en un bajo nivel de resiliencia, el 43,24% en nivel promedio y el 45,95% en un alto nivel de resiliencia.

Del total de adultos mayores viudos el 15,38% está en un bajo nivel de resiliencia, el 53,85% en un nivel promedio de resiliencia y el 30,77% en alto nivel de resiliencia. De esto puede inferirse que la situación de pareja no tiene relación con el nivel de resiliencia, porque la distribución porcentual sigue una tendencia similar por categoría para todos los niveles.

NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE EL ADULTO MAYOR V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla N° 3

N° DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE EL A.M.	Baja resiliencia		Resiliencia promedio		Alta resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 persona	0	0	7	63,64	4	36,37	11	100
2 o más personas	8	16,33	19	38,78	22	44,90	49	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación al número de personas que viven con el adulto mayor se observa que, del total de ancianos que viven con 1 persona, el 63,64% presenta un nivel promedio de resiliencia y el 36,37% restante presentaría un alto nivel de resiliencia, sin registrarse casos en bajo nivel de resiliencia.

Del total de ancianos que viven acompañados de 2 o más personas, el 16,33% se ubica en un bajo nivel de resiliencia, el 38,78% en un nivel promedio y el 44,90% restante presentaría un alto nivel de resiliencia.

De esto se puede inferir que aquellos adultos mayores que viven con 2 o más personas presentan tendencia al desarrollo de mayores niveles de resiliencia, contrario a lo que sucede con aquellos ancianos que viven acompañados de sólo 1 persona.

ESCOLARIDAD FAMILIAR V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla N° 4

ESCOLARIDAD MÁS ALTA DE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	Nunca fuimos a la escuela	0	0	0	0	1	100	1
Básica incompleta	0	0	8	66,67	4	33,33	12	100
Básica completa	1	25	1	25	2	50	4	100
Enseñanza media incompleta	0	0	4	57,14	3	42,86	7	100
Enseñanza media completa	7	30,43	11	47,83	5	21,74	23	100
Enseñanza superior (universitaria)	0	0	2	15,38	11	84,62	13	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a la variable escolaridad familiar, se observa que los adultos mayores con ECNTS, que dentro de su familia, nadie recibió educación el 100% presentó un alto nivel de resiliencia.

Con enseñanza básica incompleta el 33,33% presenta un alto nivel de resiliencia, un 66,67% un nivel promedio y un 0% un bajo nivel de resiliencia.

En aquellas familias con una enseñanza básica completa, el 50% de los adultos mayores presentaron un alto nivel de resiliencia, el 25% un nivel promedio de resiliencia y el 25% restante un bajo nivel de resiliencia.

De quienes poseían enseñanza media incompleta, el 42,86% se ubicó en un alto nivel de resiliencia, el 57,14% en nivel promedio de resiliencia y un 0 % en un bajo nivel de resiliencia.

Con enseñanza media completa un 21,74% presentó un alto nivel de resiliencia, el 47,83% un nivel promedio y el 30,43% restante un nivel bajo de resiliencia.

En las familias en que alguno de sus miembros alcanzó un nivel de enseñanza superior, el 84,62% de los adultos mayores encuestados se encuentra en un alto nivel de Resiliencia, el 15,38% en un nivel promedio y un 0% en un nivel bajo de resiliencia.

De esto se concluye que a medida que aumenta la escolaridad familiar aumentaría también el nivel de resiliencia, ya que favorece que éste se mantenga dentro de niveles alto y promedio de resiliencia.

INGRESO FAMILIAR MENSUAL V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla N° 5

Ingreso familiar mensual

INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de \$50.000	0	0	0	0	3	100	3	100
Mayor a \$50.000 y menor o igual \$100.000	1	5,88	9	52,94	7	41,18	17	100
Mayor a \$100.000 y menor o igual a \$150.000	3	16,67	9	50	6	33,33	18	100
Mayor a \$150.000 y menor o igual a \$200.000	2	20	5	50	3	30	10	100
Más de \$200.000	2	16,67	3	25	7	58,33	12	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Al establecer la relación entre nivel de resiliencia e ingreso familiar, se puede ver que del total de personas con ingreso menor a \$50.000, el 100% se encuentran en un nivel alto de resiliencia.

Del total de adultos mayores con ingreso familiar mayor a \$50.000 y menor o igual a \$100.000, el 5,88% tiene un bajo nivel de resiliencia, el 52,94%, un nivel promedio y el 41,18% restante se muestra con un alto nivel de resiliencia.

Del total de adultos mayores con ingreso familiar mayor a \$100.000 y menor o igual a \$150.000, el 16,66% se encuentra en un bajo nivel de resiliencia, el 50% en un nivel promedio y el 33,33% restante presenta un alto nivel de resiliencia.

Del total de adultos mayores con ingreso familiar mayor a \$150.000 y menor o igual a \$200.000, el 20% tiene un bajo nivel de resiliencia, el 50% un nivel promedio y el 30% un alto nivel de resiliencia.

Del total de adultos mayores con ingreso familiar mayor a \$200.000, el 16,67% se encuentra con un bajo nivel de resiliencia, el 25% con un nivel promedio y el 58,33% presenta un alto nivel de resiliencia.

Es interesante apreciar que todas las personas cuyo ingreso familiar es inferior a \$50.000, poseen un nivel alto de resiliencia. En los demás tramos de ingreso familiar, los porcentajes de adultos mayores con un nivel de resiliencia promedio y alto es mayor que el porcentaje de adultos mayores con baja resiliencia.

Tabla N° 6

Le alcanza para satisfacer necesidades básicas con ingreso familiar

SATIS. NECESIDADES. BÁSICAS	Baja resiliencia		Resiliencia promedio		Alta resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	6	18,18	11	33	16	48	33	100
No	2	7,4	15	55	10	37,6	27	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a la SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS se observa que del total de personas que sí satisfacen sus necesidades básicas, el 18,18% se encuentra en un

nivel bajo de resiliencia, 33% en un nivel promedio y el 48% restante en un alto nivel de resiliencia.

Del total de personas que no satisfacen sus necesidades, el 7,4% se encuentra en un nivel bajo de resiliencia, el 55% en un nivel promedio y el 37,6% restante en un alto nivel de resiliencia.

En conclusión, se aprecia una tendencia de las personas que sí satisfacen sus necesidades básicas a tener un alto nivel de resiliencia. En cambio, las personas que no satisfacen sus necesidades básicas tienden a tener un nivel promedio de resiliencia.

CREENCIA Y PARTICIPACIÓN RELIGIOSA V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla N° 7

Creencia en un Ser Superior:

CREENCIA EN UN SER SUPERIOR	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sólo yo creo	0	0	3	100	0	0	3	100
Yo no creo, pero los miembros de mi familia sí creen	1	100	0	0	0	0	1	100
Yo creo y también algunos miembros de mi familia.	1	20	3	60	1	20	5	100
Todos creemos.	6	11,76	20	39,22	25	49,02	51	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a la creencia en un ser superior se observa que, del total de adultos mayores que reportan creer individualmente en un ser superior, el 100% se encuentra en un nivel promedio de resiliencia, sin registrarse casos en alto, o bajo nivel de esta capacidad.

Del total de adultos mayores que reportan no creer, pero el resto de su familia sí, el 100% se encuentra en un bajo nivel de resiliencia, sin registrarse casos en niveles promedio o alto.

Del total de adultos mayores que refieren creer, al igual que algunos miembros de su familia, el 20% está en un bajo nivel de resiliencia, el 60% en un nivel promedio y el 20% restante en alto nivel de resiliencia. Por otro lado, del total de ancianos que refieren que

todos los miembros de su familia creen en un ser superior, el 11.76% se ubica en un bajo nivel de resiliencia, el 39.22% en nivel promedio y el 49,02% restante se ubica en un alto nivel de esta capacidad.

De esto se infiere que, los ancianos que viven en hogares en que todos sus miembros son creyentes, alcanzan mayores niveles de resiliencia que aquellos que se reportan como creyentes en forma individual, creyentes junto a algunos miembros de su familia, o aquellos que se reportan como no creyentes. Del total de personas encuestadas, el 98,33% que declara ser creyente, además de algunos o todos los miembros de su familia, tiende al desarrollo de resiliencia alta o promedio. El 1,67% restante que refiere no creer en un ser superior aparece con bajo nivel de resiliencia.

Tabla N° 8

Asistencia a reuniones religiosas por parte del adulto mayor y su familia

ASISTENCIA FAMILIAR A CULTO RELIGIOSO	Baja resiliencia		Resiliencia promedio		Alta resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Semanalmente	3	9,68	13	41,94	15	48,39	31	100
Mensualmente	4	23,53	8	47,06	5	29,41	17	100
Casi nunca	1	9,09	5	45,45	5	45,45	11	100
Nunca	0	0	0	0	1	100	1	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a la asistencia a reuniones religiosas de la familia, se observa que del total de adultos mayores que asisten semanalmente a su culto religioso un 48,39% presenta un alto nivel de resiliencia, un 41,94% un nivel promedio y el 9,68% restante un bajo nivel de resiliencia.

También se puede observar que el 29,41% de quienes asisten mensualmente a sus reuniones religiosas presentan un alto nivel de resiliencia, un 47,06% un nivel promedio y el 23,53% restante un bajo nivel de resiliencia.

De los adultos mayores crónicos que casi nunca asisten a sus reuniones religiosas, el 45,45% presenta un alto nivel de resiliencia, igual porcentaje un nivel promedio y el 9,09% restante un bajo nivel de resiliencia.

Sólo 1 persona que no asiste nunca a reuniones religiosas, presenta un alto nivel de resiliencia. No se observa en los otros niveles.

En conclusión, se aprecia que aquellos adultos mayores que asisten semanalmente junto a su familia, presentan mayores niveles de resiliencia en comparación a aquellos que participan en forma más esporádica, puesto que el 98,33% que refiere asistir a celebración de culto religioso al menos ocasionalmente, presenta tendencia a concentrarse en niveles de resiliencia alta y promedio y el 1,67% restante que declara no asistir, presenta bajo nivel de resiliencia.

De lo anterior se infiere que la Creencia en un Ser superior y el ejercicio de la espiritualidad por medio de asistencia al culto religioso, son factores coadyuvantes en el desarrollo de resiliencia.

PRESENCIA DE NIETOS EN EL HOGAR V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla N° 9

NÚMERO DE NIETOS	BAJA RESILIENCIA		RESILIENCIA PROMEDIO		ALTA RESILIENCIA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 ó mas nietos	3	8,57	13	37,14	19	54,29	35	100
Ningún nieto	5	20	13	52	7	28	25	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a los nietos que viven o visitan frecuentemente al adulto mayor, se puede ver que del total de adultos mayores que viven con 1 o más nietos o que son visitados frecuentemente por ellos, el 8,57% presenta un bajo nivel de resiliencia, el 37,14% un nivel promedio y el 54,29% restante presenta un alto nivel de resiliencia.

Del total de adultos mayores que no viven con nietos ni son visitados frecuentemente por ellos, el 20% tiene un bajo nivel de resiliencia, el 52% un nivel promedio y el 28% restante tiene alto nivel de resiliencia.

De lo anterior se puede apreciar que el mayor porcentaje de adultos mayores con un nivel alto de resiliencia se encuentra en aquellos que viven con 1 o más de sus nietos o que son visitados frecuentemente por alguno de ellos.

Se observa la importancia de la presencia y contacto frecuente de los nietos con el adulto mayor para mantener niveles promedio y alto de resiliencia. En este estudio más del 50% de los adultos mayores encuestados percibían la presencia activa de sus nietos y se mantenían en niveles alto y promedio de resiliencia.

TENENCIA DE MASCOSTAS V/S NIVEL DE RESILIENCIA

TENENCIA DE MASCOTAS	BAJA RESILIENCIA		RESILIENCIA PROMEDIO		ALTA RESILIENCIA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	4	10,8	19	51,4	14	37,8	37	100
No	4	17,4	7	30,4	12	52,2	23	100

Tabla N° 10

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a la variable TENENCIA DE MASCOTAS se observa que, del total de personas que sí tienen mascotas, el 10.8% se encuentran en un bajo nivel de resiliencia, un 51.4% se encuentra en un nivel promedio de resiliencia, y el 37.8% restante en un alto nivel de resiliencia.

Del total de personas que no tienen mascotas, el 17,4% se encuentra en un bajo nivel de resiliencia, un 30,4% se encuentra en un nivel promedio de resiliencia, y el 52,2% restante se encuentra en un alto nivel de resiliencia.

Del total de personas que poseen mascotas, se aprecia que la mayoría de las personas que tienen mascotas en el hogar se encuentran en un nivel promedio de resiliencia, en cambio más de la mitad de las personas que no las tienen muestran un nivel alto de resiliencia. Esto puede deberse a que el adulto mayor estudiado vive acompañado de su familia, por lo que el tener un animal en casa no representa un factor importante en el desarrollo de resiliencia, aunque esto puede adquirir mayor relevancia para un adulto mayor que vive solo, ya que éste representaría su única compañía.

PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN GRUPOS COMUNITARIOS V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla Nº 11

PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN GRUPOS COMUNITARIOS	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	5	14,71	15	44,12	14	41,18	34	100
No	3	11,54	11	42,31	12	46,15	26	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En la tabla se observa que, del total de adultos mayores que participan en grupos comunitarios, el 14.71% presenta un bajo nivel de resiliencia, el 44.12% un nivel promedio y el 41.18% restante un alto nivel.

Del total de ancianos que no participan en grupos comunitarios, el 11.54% se ubica en nivel bajo de resiliencia, el 42.31% en nivel promedio y el 46.15% restante se ubica en alto nivel de resiliencia.

Del total de adultos mayores cuyas familias no participan en grupos comunitarios, más del 48% muestra niveles de resiliencia promedio y alto. Menos del 40% cuyas familias participan en grupos comunitarios tiende a concentrarse también en estos niveles, aunque predominantemente en alta resiliencia.

De esto se concluye que aunque ambos grupos muestran tendencia a concentrarse en los niveles promedio y alto, y por ende, al desarrollo de capacidad de resiliencia, los individuos cuyas familias no participan en grupos de la comunidad muestran mayores porcentajes de alta resiliencia.

TABAQUISMO FAMILIAR V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla N° 12

TABAQUISMO FAMILIAR	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	Sí	3	11,54	12	46,15	11	42,31	26
No	5	14,71	14	41,18	15	44,12	34	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a la variable tabaquismo familiar, el 44,12% del total de adultos mayores viviendo en hogares en que ningún miembro de su familia fuma presenta un alto nivel de resiliencia, un 41,18% un nivel promedio de resiliencia y un 14,71 % un bajo nivel de resiliencia.

De total de adultos mayores que posee un miembro fumador en su familia el 42,31% presenta un alto nivel de resiliencia, el 46,15% un nivel promedio de resiliencia y el 11,54% restante un bajo nivel de resiliencia.

Del total de personas que refieren no tener familiares fumadores en el hogar, el 48 % tiende a concentrarse en niveles de resiliencia alto y promedio, al igual que el 38% de aquellos que sí tienen familiares con hábito tabáquico.

Aunque ambos grupos tienden al desarrollo de resiliencia, se aprecia una pequeña diferencia entre ambos en el nivel alto, ya que el porcentaje de adultos mayores altamente resilientes con familiares no fumadores, es casi un 2% mayor que los adultos mayores con familiares fumadores del mismo nivel.

CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS POR ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla N° 13

CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN LA FAMILIA	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	0	0	0	0	1	100	1	100
No	8	13,56	26	44,07	25	42,37	59	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Del total de adultos mayores encuestados, más de las $\frac{3}{4}$ partes se concentran en niveles promedio y alto de resiliencia.

En cuanto a la variable consumo de drogas ilegales por algún miembro de la familia, sólo un adulto mayor refiere tener un familiar que consume drogas y este adulto mayor está clasificado con un alto nivel de resiliencia.

Del total de adultos mayores que en cuya familia nadie consume drogas ilícitas, el 13,56% presenta un bajo nivel de resiliencia, el 44,07% un nivel promedio y el 42,37% restante presenta un alto nivel de resiliencia.

Se puede apreciar que en las familias en que no hay consumo de drogas, el porcentaje de adultos mayores con baja resiliencia es menor en relación al porcentaje de personas con un nivel de resiliencia promedio y alto.

**CONSUMO DE ALCOHOL DE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA
V/S NIVEL DE RESILIENCIA.**

CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA.	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	4	6	10	40	11	44	25	100
No	4	11,4	16	45,7	15	42,5	35	100

Tabla N° 14

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a la variable CONSUMO DE ALCOHOL DE ALGUN MIEMBRO EN LA FAMILIA, se observa que del total de personas que sí tienen algún familiar que consume alcohol, un 16% posee bajo nivel de resiliencia, 40% posee un nivel promedio de resiliencia, y el 44% restante presenta un alto nivel de resiliencia.

Del total de personas que no tienen un familiar que consume alcohol, el 11,4% posee un nivel bajo de resiliencia, el 45,7% posee un nivel promedio de resiliencia, y el 42,5% restante posee un nivel alto de resiliencia.

En conclusión, se aprecia que más del 80% de las personas para ambas categorías, poseen un nivel promedio o alto de resiliencia. Se aprecia una leve tendencia al bajo nivel de resiliencia en las personas que poseen un familiar que consume alcohol, por sobre aquellas personas que no poseen familiares en esta condición.

SEGUIMIENTO DE CONTROL DE SALUD V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Asistencia a Control de Salud

Tabla Nº 15

ASISTENCIA A CONTROL DE SALUD	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Asiste a todos sus controles	7	12,07	25	43,10	26	44,83	58	100
No asiste a todos sus controles	1	50	1	50	0	0	2	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En el gráfico se observa que, del total de adultos mayores que asisten a todos sus controles, el 12,07% muestra un bajo nivel de resiliencia, el 43,10% muestra nivel promedio y el 44,83% restante muestra un alto nivel de resiliencia.

Del total de ancianos que refieren no asistir a todos sus controles, el 50% se ubica en un nivel de resiliencia bajo y el 50% restante se ubica en un nivel de resiliencia promedio, sin registrarse casos en nivel de resiliencia alto.

Más del 80% de los adultos mayores encuestados que asistían a todos sus controles, presentan niveles promedio y alto de resiliencia.

De esto se infiere que aquellos ancianos que cumplen a cabalidad con la asistencia a sus controles de salud, tienden a desarrollar mayores niveles de resiliencia que aquellos que no asisten a todos los controles programados para su tratamiento.

Tabla N° 16 Apoyo Familiar en Seguimiento de su Tratamiento

APOYO FAMILIAR EN CONTROLES	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí, me siento apoyado	8	16	20	40	22	44	50	100
No, no me siento apoyado.	0	0	6	60	4	40	10	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación al apoyo familiar en seguimiento de controles de salud, se observa que del total de adultos mayores con ECNTS que se sentían apoyados por su familia, el 44% se encuentra en un alto nivel de resiliencia, un 40% en nivel promedio de resiliencia y el 16% restante en un bajo nivel de resiliencia.

Del total de adultos mayores con ECNTs que no se sentían apoyados por su familia, el 40% presentó un alto nivel de resiliencia, el 60% un nivel promedio de resiliencia y un 0% un bajo nivel de resiliencia.

De aquellos adultos mayores que se sentían apoyados por su familia, más del 85% del total de la muestra presenta niveles alto y promedio de resiliencia, lo que puede influir en el seguimiento y cumplimiento de los controles de salud.

De todo lo anterior se puede deducir que la asistencia completa a los controles de salud programados en consultorio y el sentirse motivado por su familia en esta instancia favorecen el desarrollo de resiliencia.

ENFERMEDAD INVALIDANTE DE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA V/S NIVEL DE RESILIENCIA

Tabla N° 17

ENFERMEDAD INVALIDANTE EN LA FAMILIA	Baja Resiliencia		Resiliencia Promedio		Alta Resiliencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	Sí	0	0	2	22,22	7	77,78	9
No	8	15,6 9	24	47,06	19	37,25	51	100

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a la variable enfermedad catastrófica o invalidante por algún miembro de la familia, del total de adultos mayores, en cuyas familias existe algún miembro con enfermedades catastróficas o invalidantes, el 22,22% presenta un nivel promedio de resiliencia y el 77.78% un nivel alto.

Del total de adultos mayores, en cuyas familias no existen miembros con enfermedades catastróficas o invalidantes, el 15,69% está clasificado con un bajo nivel de resiliencia, el 47,06% con un nivel promedio y el 37,25% con un nivel alto de resiliencia.

Más del 71% del total de adultos mayores encuestados se mantuvieron en niveles promedio y alto de resiliencia, a pesar de tener un miembro afectado por una enfermedad invalidante en su familia, por lo tanto, esto influiría en el nivel de resiliencia.

3.2 DISCUSIÓN

La muestra estuvo compuesta en un 77,33% mujeres y el 23,33 % restante hombres, de los cuales 47,83% de las mujeres fueron altamente resilientes, 39,13% resilientes promedio y el 13,04% restante resiliencia baja. Del total de hombres encuestados el 28,57% resultó altamente resiliente, el 57,14% resiliente promedio y el 14,29% restante presentó baja resiliencia.

En relación a la variable dependiente de este estudio, del total de adultos mayores encuestados se obtuvo que el 43,33% presentó alto nivel de resiliencia, el 43,33% resiliencia promedio y el 13,33% restante bajo nivel de resiliencia. Este nivel bajo de resiliencia se podría explicar porque quizás estos adultos mayores no perciben el apoyo de su familia, o no lo tienen y esto influye en su nivel de resiliencia.

El estudio demostró que el 86,66% de los adultos mayores con E.C.N.T.s., que viven con 1 o mas personas, presentan un nivel de resiliencia promedio o superior(Tabla 1). No se encontraron estudios que demuestren la influencia del número de personas que viven con el adulto mayor en el desarrollo de resiliencia.

En relación a la variable politómica situación de pareja, para todas las categorías, más del 80% de las personas se encuentra en un nivel de resiliencia promedio y alto (Tabla 2). De esto se concluye que la situación de pareja no influye en el nivel de resiliencia. Esto es diferente a lo planteado en el artículo de René Knopoff et al en el año 2001, que afirma que con el pasar de los años los adultos mayores que se encuentran en soledad y sin lazos establecidos al otro miembro de la pareja poseen uno de los factores principales de riesgo de deterioro de la calidad de vida y por ende de baja resiliencia.

Respecto a la variable número de personas con las que vive el adulto mayor, 63,64% de aquellos que viven con una persona presentan un nivel de resiliencia que tienden mayormente al promedio; en cambio el 44,90% de los adultos mayores que viven con 2 o

mas personas, tienen tendencia a un nivel alto de resiliencia (Tabla 3). Lo contrario es planteado por Nelson García y Johana Henríquez Troncoso en el año 2006, quienes manifiestan que la vejez trae consigo un fuerte sentimiento de soledad, aún en presencia de la familia.

En cuanto a la variable escolaridad familiar, el 66,67% de los adultos mayores con familiares con enseñanza básica incompleta, el 25% de aquellos con básica completa, el 57,14% de los que refieren enseñanza media incompleta y el 47,83% de aquellos con familiares con enseñanza media completa algún miembro tienden un nivel promedio de resiliencia. En cambio el 84,62 % de los adultos mayores en cuyas familias algún miembro alcanzó estudios superiores, presentan un nivel alto de resiliencia (Tabla 4). Esto concuerda con el estudio de Aldo Melillo en el año 2001 que planteó que los niños que son sometidos a un sistema educacional, son capaces de generar mayor capacidad de resiliencia, lo que condiciona su mejor interacción con su entorno humano y la construcción de su medio económico. De esto se concluye que el mayor grado educacional de un miembro de la familia contribuye en una mejor relación y apoyo con el adulto mayor, facilitándole el desarrollo de mayores niveles de resiliencia.

Los resultados obtenidos para la variable ingreso familiar mensual, arrojaron que más del 50% de las personas cuyas familias tienen un ingreso entre menos de \$50.000 y \$200.000 poseen un nivel promedio de resiliencia, en cambio, el 58,33% de los adultos mayores cuyo ingreso familiar mensual es mayor a \$200.000 tienden a un nivel alto de resiliencia (Tabla 5). Al considerar la satisfacción de las necesidades básicas, los resultados arrojaron que el 48% de los adultos mayores a quienes les alcanza para satisfacer sus necesidades se encuentran en un nivel de alta resiliencia, distinto a lo que ocurre con los adultos mayores que no satisfacen todas sus necesidades básicas, en los que el nivel de resiliencia tiende al promedio (Tabla 6). Esto coincide con el estudio de Gail Wagnild en el año 2003 quien rechazó la inexistencia de relación entre resiliencia e ingresos económicos, ya que su estudio determinó que los adultos mayores con mejor situación económica poseen un nivel más alto de resiliencia.

Respecto a la variable Creencia y Participación activa en una religión, el adulto mayor que refirió no creer en un ser superior, pero sí los miembros de la familia, presentó un bajo nivel de resiliencia, lo que constituye el 100% de esta categoría. En cambio el 60% de los AM que creen y también algunos miembros de su familia, y el 49,02% de los adultos mayores en cuya familia todos son creyentes arrojó una tendencia al nivel promedio y alto de resiliencia, respectivamente (Tabla 7). Tomando en cuenta también su participación en reuniones religiosas, más del 45% de aquellos que afirman asistir al menos ocasionalmente, presentaron niveles promedio y alto de resiliencia (Tabla 8). Esto está en relación con lo planteado por José Luis Ysern de Arce en el año 2007, quien afirma que la espiritualidad ayuda al adulto mayor a encontrar estabilidad dentro de lo que siempre cambia, promueve el crecimiento del espíritu y entrega esperanza, por ende es capaz de enfrentar de mejor manera los cambios que conlleva el paso a la senectud. Esto también se ve apoyado con las conclusiones de Stefan Vanistendael y Jacques Lecomte en el año 2000, quienes señalan que la fe es uno de los factores que permite al individuo encontrar cierto sentido a su sufrimiento.

Respecto a la variable presencia de nietos en el hogar, el 54.29% de los adultos mayores que viven o son visitados por uno o más nietos presentan un alto nivel de resiliencia, mientras que el 52% de los que no viven no son visitados por nieto alguno, muestran un nivel promedio de resiliencia (Tabla 9). Esto se ve apoyado por el estudio de Nelson García y Johana Henríquez Troncoso, en el año 2006, quienes plantean que entre las relaciones personales de los AM adquieren especial significación los vínculos con los nietos, siendo particularmente importante para las mujeres, las cuales adoptan un rol más activo dentro de este vínculo.

Los resultados obtenidos para la variable tenencia de mascota, muestran que el 37.8% de los AM que poseen mascotas tienden a un nivel promedio de resiliencia, en cambio, el 52.2% de aquellos que no poseen presenta también un alto nivel de resiliencia (Tabla 10). Esto se contrapone a las conclusiones de Stefan Vanistendael y Jacques Lecomte, en el año

2000, quienes demostraron que aquellos niños que habían sido responsables de algún animal, cuyo bienestar dependía de ellos, salían de la adolescencia con éxito. Al compararlos con los adultos mayores, vemos que hay una gran diferencia, ya que los AM que en cuya familia no hay mascotas, tuvieron en su mayoría, un alto nivel de resiliencia.

En cuanto a la variable enfermedad invalidante de algún miembro de la familia, el 77,78% de los adultos mayores cuyas familias tienen algún miembro en este estado, presentaron un alto nivel de resiliencia, a diferencia de aquellos que no tienen ningún miembro en su familia con esta situación, de quienes un 47,06% presenta un nivel promedio de resiliencia. De esto se puede deducir que este factor obliga a las personas a desarrollar mayor resiliencia (Tabla 17). Esto es apoyado por el estudio realizado por Susan E, Hardy et al, en el año 2004, sobre el efecto percibido de eventos estresantes en adultos mayores viviendo en la comunidad, el que arrojó que el 23% de los AM identificó la enfermedad de un miembro de la familia o amigo como un evento estresante. De ellos el 17% a 36% refirió consecuencias positivas como la iniciación de nuevas actividades que se han vuelto importantes para ellos y mejorías en su percepción de vida, en otras palabras, mayor resiliencia.

En relación a la variable participación en grupos comunitarios, el 44,12% de los adultos mayores que participan en grupos comunitarios presentan tendencia a desarrollar niveles promedio de resiliencia. Por otro lado, el 46,15% de los adultos mayores que no participan en grupos comunitarios tienden a desarrollar altos niveles de resiliencia. (Tabla 11). Esto puede deberse a que la gran mayoría de las personas estudiadas que refirieron participar activamente en algún grupo, eran adultos mayores que se orientaron a esta práctica en busca de ayuda, ya que en el momento atravesaban alguna crisis emocional.

Resultados contrapuestos son los que obtuvieron en el año 2004, Flor Segura Jiménez e Irma Arguedas Negrini, a través de su estudio cualitativo sobre los 8 rasgos de sentido de vida en el enfoque de resiliencia en el cual se identifica que las mujeres se orientan al trabajo comunitario como una forma de darle significación a su vida.

Con relación a la variable tabaquismo familiar, el 44,12% de los adultos mayores que viven en hogares sin miembros fumadores se concentra en el nivel de resiliencia alto. Los adultos mayores que viven con familiares fumadores también tienden al desarrollo de resiliencia, pero concentrándose mayormente en el nivel promedio, con un 46,15% (Tabla 12) Por el contrario, el 44% de aquellas personas que viven con familiares que consumen alcohol, presentan altos niveles de resiliencia y el 45,7% de los que no viven con familiares consumidores tienden a presentar niveles promedio.(Tabla 14) Dentro de este mismo contexto, el único adulto mayor que refirió vivir con un familiar consumidor de drogas ilícitas manifiesta un alto nivel de resiliencia, constituyendo un 100% para esta categoría. (Tabla 13) Por otro lado, el 44,07% de aquellos que no viven con familiares consumidores, presentan resiliencia promedio. Esto no concuerda con la investigación de Jair Lourenço Silva en el año 2007 quien manifiesta que la dependencia de sustancias produciría un patrón de conductas negativas en los miembros de la familia, ya que éstos tienden a aislarse de la comunidad, debilitando sus redes de apoyo y también el sistema de funcionamiento familiar. Esto tendría efectos directos en el desarrollo de resiliencia, puesto que la capacidad de relacionarse se ve vulnerada.

Dentro de la variable seguimiento de control de salud el 44,83% de los adultos mayores que asistían a todos sus controles presenta alto nivel de resiliencia, y el adulto mayor que refiere no asistir a todos sus controles presenta bajo nivel de resiliencia. (Tabla 15). También, el 44% de aquellos adultos mayores que se sentían apoyados por su familia en el cumplimiento de su tratamiento, manifestaron un alto nivel de resiliencia (Tabla 16). Para esta variable no tenemos evidencia empírica que la avale.

VI. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

El estudio Influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNTs permitió concluir que:

De los 60 adultos mayores encuestados, un 43,33% presentó alto nivel de resiliencia, un 43,33%, mostró nivel promedio y el 13,33% restante mostró bajo nivel, por lo que se puede decir que existe una tendencia marcada a los niveles alto y promedio de resiliencia en este CESFAM.

Con respecto a la situación de pareja, se encontró que tanto solteros como casados mostraron niveles de resiliencia altos, con porcentajes cercanos al 50%, en cambio, aquellos usuarios viudos presentaron tendencia a niveles promedio, con un 53,85%.

En cuanto al número de personas que viven con el adulto mayor, se vio que del total de usuarios que viven con 1 persona, el 63,64% presenta un nivel promedio y de los que viven con 2 o más personas, el 44,90% presentó un alto nivel de resiliencia.

En relación a la variable escolaridad familiar, se observó que del total de adultos mayores en cuya familia alguno de sus miembros cursaba enseñanza superior, el 84,62% presentó un alto nivel de resiliencia, en cambio del total de usuarios que presentaban un familiar que alcanzó como máxima escolaridad la enseñanza básica incompleta, el 66,67% se encontró en un nivel promedio.

Al observar la variable ingreso económico familiar mensual, del total de usuarios con ingresos entre \$50.000 y \$200.000, más del 50% tienden a tener un nivel de resiliencia promedio, en cambio aquellos usuarios cuyo ingreso familiar superó los \$200.000, el 58,33% presentó un alto nivel. Dentro del mismo contexto, aquellos adultos mayores que satisfacen sus necesidades básicas, un 48% presentó un alto nivel de resiliencia y de los que referían no satisfacer sus necesidades básicas, el 55% presentó un nivel promedio.

En relación a la creencia y participación religiosa, los resultados arrojaron que del total de AM en cuya familia sólo algunos miembros son creyentes, el 60% tiende a un nivel promedio de resiliencia, en cambio, aquellos que refieren ser creyentes al igual que todos los miembros de su familia, el 49,02% se ubican en nivel alto. En relación a la asistencia a reuniones religiosas, se observa que del total de adultos mayores que asisten semanalmente a su culto, un 48,39% presenta un alto nivel de resiliencia, en contraposición a aquellos que asisten con menor frecuencia, que tienden a tener menores niveles

En relación a la presencia de nietos en el hogar, se pudo observar que del total de AM que viven con 1 o más nietos o que son visitados frecuentemente por ellos, el 54,29% presenta un alto nivel de resiliencia y del total de AM que no viven con nietos ni son visitados frecuentemente por ellos, el 52% un nivel promedio.

Con respecto a la tenencia de mascotas, se observó que del total de personas que tienen, el 51.4% se encuentra en nivel promedio de resiliencia y del total de personas que no tienen mascotas, el 52,2% se encuentra en un alto nivel.

Del total de adultos mayores que participan en grupos comunitarios, el 44.12% presentaron un nivel promedio de resiliencia, y del total de usuarios que no participan en grupos comunitarios, el 46.15% se ubica en alto nivel de resiliencia.

En relación a la variable tabaquismo familiar, del total de adultos mayores viviendo en hogares en que ningún miembro de su familia fuma, el 44,12% presenta un alto nivel de resiliencia, y del total de adultos mayores que posee un miembro fumador en su familia el 46,15% un nivel promedio de resiliencia.

En cuanto a las variables consumo de drogas ilícitas por algún miembro de la familia, sólo un adulto mayor refiere tener un familiar que consume drogas y éste, está clasificado con un alto nivel de resiliencia. Del total de adultos mayores que en cuya familia no hay consumo de drogas ilícitas, el 44,07% se encuentra con un nivel promedio de resiliencia.

En relación al consumo de alcohol de algún miembro familiar, se observa que del total de personas que tienen algún familiar que consume alcohol, el 44% presenta un alto nivel de resiliencia y del total de personas que no tienen un familiar que consume alcohol, el 45,7% posee un nivel promedio de resiliencia.

Del total de adultos mayores que asisten a todos sus controles, el 44,83% muestra un alto nivel de resiliencia y del total de usuarios que refieren no asistir a todos sus controles, el 50% se ubica en un nivel de resiliencia bajo. En relación al apoyo familiar en el seguimiento de tratamiento, se observa que del total de adultos mayores que se sentían apoyados por su familia, el 44% se encuentra en un alto nivel de resiliencia, y del total de usuarios que no se sentían apoyados, el 60% mostró un nivel promedio de resiliencia

En relación a la variable enfermedad invalidante de algún miembro de la familia, del total de adultos mayores, en cuyas familias existe algún miembro con enfermedades catastróficas o invalidantes, el 77,78% mostró un alto nivel de resiliencia, y del total de AM, en cuyas familias no existen miembros con enfermedades catastróficas o invalidantes, el 47,06% presentó un nivel promedio de resiliencia.

SUGERENCIAS

- Se estima necesario la promoción del tema “resiliencia” en el ámbito de la investigación.
- Ampliar el horario de asesoría estadística.
- Que la profesora guía sea la misma para todo el proceso de proyecto y aplicación de la investigación.
- Dar a conocer el concepto de resiliencia y su importancia en la salud tanto a nivel profesional como a nivel de usuarios.

LIMITACIONES

- Insuficiente bibliografía relacionada con resiliencia en la biblioteca de la universidad.
- Insuficiente bibliografía sobre resiliencia en Chile y el extranjero.
- Insuficiente cantidad de estudios empíricos respecto a la resiliencia del adulto y adulto mayor, tanto en Chile como en el extranjero.
- Formulario de escala de resiliencia de gran extensión, lo que generaba una pérdida de la atención por parte del adulto mayor encuestado.
- Horas de asesoría estadística insuficientes.
- Aplicación de la encuesta coincide con temporada invernal, lo que genera un bajo flujo de adultos mayores al centro de salud familiar estudiado.

V. BIBLIOGRAFÍA

- 1) **ÁLVAREZ, L.** 2003. Selección de lecturas sobre psicología de las edades y la familia. 1ª ed. , El Vedado Ciudad de La Habana, Cuba: Félix Varela. 131p; 185p.
- 2) **BENIA, W., MACRI M.** 2007Vigilancia en salud pública enfermedades crónicas no transmisibles [en línea] Chile <www.higiene.edu.uy/cefa/uti5/VIGIENFCRONNOTRANS2007.ppt> [consulta: 12 octubre 2007]
- 3) **BERRIOS, X.** 1994.La Prevención De Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Adulto. Conceptos Básicos Para Implementar Programas Con Base COMUNITARIA [en línea] Chile <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_13.html> [Consulta: 12 octubre 2007]
- 4) **BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE.** 2007. La familia: El concepto.[En línea] <<http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil>> [consulta: 12 octubre 2007].
- 5) **ESCOBAR, M.** 2007 . Necesidades de Vigilancia de Enfermedades Crónicas en Chile Necesidades de Vigilancia de Enfermedades Crónicas en Chile Depto. Enfs. No Transmisibles ”Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. [en línea]. Chile <http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/TallerVENT2007/1_NecesidadesDeVigilancia.pdf> [Consulta: 12 octubre 2007]

- 6) **FAGAL, M.** et al. 2005 Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana [en línea]. Santiago, Chile <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000800008&script=sci_arttext#t3> [consulta 12 octubre 2007]
- 7) **FUENTES, M.** 2006 ¿Es posible la felicidad? Vínculo y apego [en línea] Argentina <<http://www.monografias.com/trabajos32/felicidad-posible/felicidad-posible.shtml>> [Consulta: 4 septiembre 2007]
- 8) **FUNDACIÓN LAS ROSAS.** 2005 Tercera Edad en Chile [en línea] Santiago, Chile <http://www.flrosas.cl/prontus4_flosas/site/artic/20050509/pags/20050509095656.html> [consulta: 12 octubre 2007]
- 9) **GARCÍA, N. HENRÍQUEZ, J.** 2007. Percepción de las Personas Mayores de Chillán Respecto a los Cambios Ocurridos en la Familia. En: Zicavo N. La Familia en el Siglo XXI. Chile, Ediciones Universidad del Bío-Bío. P 203-222
- 10) **GRACE, J. CRAIG, BAUCUM D.** 2001 .Desarrollo Psicológico, 8ª Ed. México: Pearson Educación. 544-603p
- 11) **HARDY, SUSAN E. ET AL.** 2001. Stressful Life Events Among Community-living Older People. Journal of General Internal Medicine [en línea] <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1495128>> [consulta: 3 Octubre 2007].
- 12) **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA.** 2007. Enfoque estadístico adultomayorenChile [en línea] Chile, INE <http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf> [consulta: 16 octubre 2007]

- 13) **JIMÉNEZ, F, ARGUEDAS, I.** 2004. Rasgos de Sentido de Vida del Enfoque de Resiliencia en Personas Mayores de 65 y 75 años. Revista Actualidades Investigativas en Educación INIE [en línea]. Costa Rica. <http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/2-2004/rasgos.php> > [consulta: 10 Octubre 2007]
- 14) **JORDAN M. MARYALICE, ET AL.** 2005. Fictive Kin: Friends as Family Supporting Older Adults as They Age. Journal of Gerontological Nursing. Vol 31, n° 2: 24-31p.
- 15) **KNOPOFF, R., ET AL.** 2004. Resiliencia y Envejecimiento. En: Melillo, Al. Suarez, N, Rodríguez, D., Resiliencia y Subjetividad: Los Ciclos de la Vida. 1°Ed..Buenos Aires, Argentina: Paidos.213- 227p.
- 16) **KOTLIARENCO, M. CÁCERES, I. FONTECILLA, M.** Estado del Arte en Resiliencia.1996.[en línea]WashintonD.C. <<http://www.resiliencia.cl/resilien.htm>>[consulta: 25 junio 2008]
- 17) **MANCIAUX, M.** 2003 La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona, España: Gedisa,. 17p.; 21-23p.; 103p.-105p.
- 18) **MARRINEY, A. RAILE, M.** 1999. Modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. Madrid, España: Harcourt Brace,. 243 -258p.
- 19) **MELILLO, A.** 2001. Resiliencia y Educación. En su: Resiliencia. Descubriendo las Propias Fortalezas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós. P 123-144
- 20) **MELILLO, A. SUAREZ E.** (compiladores). 2005. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas, 4ª reimpresión, Buenos Aires, Argentina: Paidós. 83-89p.

- 21) **PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.** 2000. FUNDAMENTOS [en línea] Santiago, Chile<<http://mirame.cl/fundamentos.htm>>[consulta: 09 octubre 2007]
- 22) **RAFFO,G.RAMMSY,R.** La Resiliencia.[en línea]. <<http://www.monografias.com/trabajos5/laresi/laresi.shtml>>[consulta 04 septiembre 2007].
- 23) **RISOLIDARIA.** 2005. Adulto Mayor: Más vida a esos años. .[en línea]. Chile <http://www.educared.cl/images/ficheros/articulos/10855/libroriscl_amayor.pdf> [consulta 08 julio 2008].
- 24) **SAAVEDRA, E., VILLALTA M.** 2008. Escala de Resiliencia SV-RES. Para jóvenes y adultos. Curicó: CEANIM. 61-91p.
- 25) **SILVA, L JAIR ET AL.** 2007. Un Estudio de las Relaciones en Familias con Fármacodependientes. Psicología en Estudio [en línea] Chile <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722007000100008&script=sci_arttext>[consulta: 17 Octubre 2007]
- 26) **SOTO, L.** 2003. El Adulto Mayor: Visión Sobre Grupos Comunitarios en Chile y la Opción de una Biblioteca Especial [en Línea] Chile <http://www.utem.cl/trilogia/Volumen_16_n_25_26/p_16_9.html> [consulta 12 octubre 2007]
- 27) **VANISTENDAEL, S, LECOMTE ,J.** 2006. Resiliencia y Sentido de Vida. En: Melillo, A., Suarez, N., Rodríguez, D. Resiliencia y Subjetividad: Los Ciclos de la Vida. Buenos Aires, Argentina: Paidós.91- 101p.

- 28) **WAGNILD, G.** Resilience and Successful Aging: Comparison among low and high income older adults, *Journal of Gerontological Nursing*, diciembre 2003, vol 29, n° 12, 42-49p.

- 29) **WALSH, F.** 2004 *Resiliencia Familiar. Estrategias para su fortalecimiento* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 30p.; 299-300p.

- 30) **YSERN, J.** 2007. *Espiritualidad del Adulto Mayor. La Eficacia del Corazón.* En: Nelson Zicavo M. *La Familia en el Siglo XXI.* Chile, Ediciones Universidad del Bío-Bío. P 195-202

ANEXOS

ANEXO 1

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
CAPACIDAD DE RESILIENCIA		Capacidad de sobreponerse a la adversidad y salir fortalecido de esa experiencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 125- 97: Alto Nivel de Resiliencia ➤ 96- 71: Nivel de Resiliencia Promedio ➤ Menos de 71: Bajo Nivel de Resiliencia
VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Situación de pareja	Estado del adulto mayor en relación al vínculo matrimonial o afectivo a la fecha de la aplicación del instrumento.	Se clasifica en: <ul style="list-style-type: none"> a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Conviviente
	Nº de personas con las que vive	Es la cantidad de personas con las que el adulto mayor comparte vivienda y alimentación.	Se clasifica en: <ul style="list-style-type: none"> a) 1 b) 2 o más

	<p align="center">Ingreso económico Familiar mensual</p>	<p>Conjunto de remuneraciones promedio que recibe la familia mensualmente para satisfacer sus necesidades básicas.</p>	<p>Se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 50 mil b) Mayor a 50 mil y menor o igual a 100 mil c) Mayor a 100 mil y menor o igual a 150 mil d) Mayor a 150 mil y menor o igual a 200 mil e) Más de 200 mil. <p>Se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sí b) No
	<p align="center">Creencia y Participación activa en una Religión</p>	<p>Creencias y vivencias trascendentales que guían y ordenan la vida de la familia del adulto mayor de acuerdo a su Fe en un ser superior y participa regularmente en el ejercicio del culto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Sólo yo creo b) Yo no creo, pero los miembros de mi familia sí creen c) Yo creo y también algunos miembros de mi familia d) Todos creemos. <p>Si su respuesta es sí:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Semanalmente b) Regularmente c) Casi nunca d) Nunca

	Presencia de Nietos en el Hogar	Es la presencia frecuente y activa de descendientes de los hijos del adulto mayor en su vivienda, a través de visita o viviendo con él.	Se clasifica en: a) 1 o más de mis nietos b) Ninguno
	Tenencia de mascotas	Es la mantención en el hogar de un animal doméstico.	Se clasifica en: a) Sí b) No

ESTILOS DE VIDA	Participación familiar en grupos comunitarios	Asistencia de la familia a grupos en la comunidad	Se clasifica en: a) Sí b) No
	Tabaquismo familiar	Adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica en uno o más miembros de la familia del adulto mayor.	Consumo diario cantidad: a) 1 ó + b) Ninguno
	Consumo drogas ilícitas	Son aquellas sustancias cuyo consumo está prohibido por ley: marihuana, pasta base, cocaína, éxtasis, heroína, tolueno (neoprén, barnices, diluyentes, etc),	Consumo: a) Sí b) No
	Consumo de alcohol	Hábito de consumo alcohólico leve, moderado o alto de algún miembro de la familia.	Se clasifica en: a) Sí b) No

SALUD	Seguimiento Control Salud	<p>Concurrencia en el último año a las citaciones del centro de salud para la revisión del estado de salud del adulto mayor y la participación de la familia en su cumplimiento.</p>	<p>Se clasifica en:</p> <p>a) Sí, asiste a todos sus controles b) No asiste a todos sus controles.</p> <p>Si la respuesta es Sí:</p> <p>a) Sí, me siento apoyado por mi familia en el cumplimiento de mi tratamiento. b) No, no me siento apoyado.</p>
	Enfermedad familiar invalidante	<p>Cualquier estado de deterioro de la salud de un miembro del hogar del adulto mayor, incluyéndose dentro de las enfermedades invalidantes todas aquellas afecciones mentales y motoras y dentro de las catastróficas cáncer, SIDA, etc.</p>	<p>Se clasifica en:</p> <p>a) Sí b) No</p>

ANEXO 2

OFICIO N°:
MAT: Solicita Autorización
CHILLÁN, marzo 2008

A : SRA. NANCY JARA
DIRECTORA – CONSULTORIO VIOLETA PARRA

DE: SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ
DIRECTORA – ESCUELA DE ENFERMERÍA

De mi consideración:

Junto con saludarle muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos/as de la Escuela de Enfermería de esta casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: “Influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con enfermedades crónicas no trasmisibles del CESFAM de Chillán Viejo”, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

Nombre y Rut de los Estudiantes Tesistas:

- Miguel Ángel Meriño Morales	15.879.723-2
- Andrea de los Ángeles Olave Sandoval	15.678.034-0
- Robinson Alejandro Rodríguez Vidal	16.022.033-3
- Isis Fabiola Rubilar Muñoz	16.445.731-1

Propósito de Tesis

- Conocer la influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con enfermedades crónicas no trasmisibles del CESFAM de Chillán Viejo

Objetivos Generales Tesis:

- Identificar que factores sociodemográficos de la familia influyen en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNT.
- Conocer los estilos de vida de la familia que influyen en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNT.
- Valorar que factores de salud de la familia influyen en la resiliencia del adulto mayor con ECNT.

Académico Guía

Sra. Juana Cortes Recabal, Enfermera Docente.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la Autorización y Facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan aplicar una Prueba Piloto, a adultos mayores con ECNT que reciben atención en el Consultorio que usted dirige, consistente en un Cuestionario que será aplicado a una muestra similar a la definitiva.

Es propio señalar, que de otorgar la autorización respectiva, la recolección de tales datos, se realizaría durante el mes de marzo del presente año, garantizando a su vez, la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda con toda atención

ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora Escuela de Enfermería

c.c.: Enfermera Coordinadora Consultorio “Violeta Parra”
- Archivo Escuela de Enfermería

ANEXO 3

OFICIO N°:
MAT: Solicita Autorización
CHILLÁN, marzo de 2008

A : SRA. CLARA SILVA BECERRA
DIRECTORA – CENTRO DE SALUD FAMILIAR “ DOCTOR FEDERICO PUGA B.”

DE: SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ
DIRECTORA – ESCUELA DE ENFERMERÍA

De mi consideración:

Junto con saludarle muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos/as de la Escuela de Enfermería de esta casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: “Influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con enfermedades crónicas no trasmisibles del CESFAM de Chillán Viejo”, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

Nombre y Rut de los Estudiantes Tesistas:

- | | |
|--|--------------|
| - Miguel Ángel Meriño Morales | 15.879.723-2 |
| - Andrea de los Ángeles Olave Sandoval | 15.678.034-0 |
| - Robinson Alejandro Rodríguez Vidal | 16.022.033-3 |
| - Isis Fabiola Rubilar Muñoz | 16.445.731-1 |

Propósito de Tesis

- Conocer la influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con enfermedades crónicas no trasmisibles del CESFAM de Chillán Viejo

Objetivos Generales Tesis:

- Identificar que factores sociodemográficos de la familia influyen en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNT.
- Conocer los estilos de vida de la familia que influyen en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con ECNT.
- Valorar que factores de salud de la familia influyen en la resiliencia del adulto mayor con ECNT.

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la Autorización y Facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan tener acceso al número de Adultos Mayores con ECNTs. Que se atienden en el CESFAM, que usted dirige, como asimismo acceso a la ficha clínica para reunir la información más específica y así realizar visitas domiciliarias integrales.

Es propicio señalar, que de otorgar la Autorización respectiva, se garantiza la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados. Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda con atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora Escuela de Enfermería

c.c.:Sra. Marcia Parra Lagos – Enfermera Coordinadora CESFAM “ Federico Puga Borne”, Chillán Viejo
Archivo Escuela de Enfermería



Universidad del Bío-Bío
FACSA
Escuela de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos alumnos de quinto año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío y estamos efectuando nuestra tesis, la cual es prerequisite para optar al grado de licenciatura. La presente investigación tiene como propósito establecer la “Influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles del CESFAM de Chillán Viejo”, razón por la que solicitamos a Ud. su colaboración en la ejecución de este proyecto respondiendo la encuesta que se adjunta.

Es importante destacar que su participación solo ocupará parte de su tiempo para responder el cuestionario, sin embargo, su aporte es muy valioso para nosotros.

La información que Ud. entregará y sus resultados, serán manejados sólo por los investigadores bajo absoluta confidencialidad y anonimato.

Usted puede decidir no participar y retirarse libremente, situación que no le perjudicará en nada.

Agradeciendo su colaboración y disposición, le saludamos atentamente.

Nombre y Rut de los Estudiantes:

- | | |
|--|--------------|
| - Miguel Ángel Meriño Morales | 15.879.723-2 |
| - Andrea de los Ángeles Olave Sandoval | 15.678.034-0 |
| - Robinson Alejandro Rodríguez Vidal | 16.022.033-3 |
| - Isis Fabiola Rubilar Muñoz | 16.445.731-1 |

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... declaro conocer el propósito del presente estudio y acepto participar y entregar la información que sea necesaria para estos fines.

Chillán Viejo, de 2008

ANEXO 5
INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

CASO N° _____

Instrucciones: Para completar nuestro estudio necesitamos información adicional sobre la familia. Le recordamos que todo lo que responda en este cuestionario se reserva como información confidencial y se mantiene en estricto anonimato. Para responder, marque con una X la alternativa correspondiente.

Antes de comenzar, marque la opción que corresponda a su sexo:

Femenino

Masculino

Y por último, escriba su edad en el recuadro:

1.- ¿Cuál es su estado civil actual?

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Conviviente.

2.- ¿Con cuántas personas vive en su casa?

- a) 1
- b) 2 o más

3.- ¿Cuál es el nivel de educación más alto logrado por alguna de las personas que vive en su casa, incluido Ud.?

- a) Nunca fuimos a la escuela
- b) Básica incompleta
- c) Básica completa

d) Enseñanza media incompleta

e) Enseñanza media completa

4.- ¿Cuánto dinero recibe su familia mensualmente?

a) Menos de 50.000

b) Mayor a 50.000 y menor o igual a 100.000

c) Mayor a 100.000 y menor o igual a 150.000

d) Mayor a 150.000 y menor o igual a 200.000

e) Más de 200.000

5.- ¿Le alcanza para satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, pago de luz y agua)?

a) Sí

b) No

6.- ¿Creen Ud y su familia en un Ser superior?

a) Sólo yo creo

b) Yo no creo, pero los miembros de mi familia sí creen

c) Yo creo y también algunos miembros de mi familia

d) Todos creemos

7.- Si su respuesta anterior es “Sí” Asisten a sus reuniones religiosas:

a) Semanalmente

b) Regularmente

c) Casi nunca

d) Nunca

8.- ¿Cuántos de sus nietos viven con Ud (o que van a verlo frecuentemente)?

a) 1 ó más de mis nietos

b) Ninguno

9.- ¿Tienen mascotas?

a) Sí

b) No

10.- ¿Participan en grupos comunitarios? (Ej: centros de madres, grupos de oración, juntas vecinales, etc?)

- a) Sí
- b) No

11.- ¿Cuántas personas de su familia fuman?

- a) 1 ó más
- b) Ninguno

12.- ¿Algún miembro de su familia consume drogas ilegales? (ej: cocaína, marihuana, pasta base, éxtasis, heroína, inhalación de neoprén o diluyentes, etc.)

- a) Sí
- b) No

13.- ¿En su familia hay alguien que consuma alcohol? (Cualquier tipo de consumo, incluso el consumo social ocasional)

- a) Sí
- b) No

14.- ¿Cumple con la asistencia a controles programados para Ud. en el consultorio?

- a) Sí, asiste a todos sus controles
- b) No, no asiste a todos sus controles.

15.- Si su respuesta anterior es “Sí” ¿Siente que su familia lo apoya en el cumplimiento de su tratamiento?

- a) Sí, me siento apoyado por mi familia en el cumplimiento de mi tratamiento.
- b) No, no me siento apoyado.

16.- ¿Algún miembro de su familia padece de alguna enfermedad catastrófica (ej: cáncer, SIDA) o enfermedades invalidantes (ej: esquizofrenia, discapacidades físicas)

- a) Sí
- b) NO

ANEXO 6

ESCALA DE RESILIENCIA SV- RES

(E. Saavedra, M. Villalta-2007)

SEXO: MUJER: _____ HOMBRE: _____ EDAD: _____

Evalúe 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. Rodado 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 adelante en la vida.					
12. Un modelo positivo para otras personas.					
13. Bien integrado en el lugar de trabajo o estudio.					
14. Satisfecho con mis relaciones de amistad.					

15. Satisfecho 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 de 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 he logrado en la vida.					
31. Personas que me han orientado y aconsejado.					
32. Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas.					
33. Personas en las cuales puedo confiar.					
34. Personas que han confiado sus problemas en mi.					

35. Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas.					
36. Metas a corto plazo.					
37. Mis objetivos claros.					
38. Personas con quienes 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 que 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 7

ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES ADAPTADA

Evalúe 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...

- | | |
|---|---|
| 1. Una persona con esperanza. | 5. Creciendo como persona. |
| a) Muy de acuerdo | a) Muy de acuerdo |
| b) De acuerdo | b) De acuerdo |
| c) Ni acuerdo ni desacuerdo | c) Ni acuerdo ni desacuerdo |
| d) En desacuerdo | d) En desacuerdo |
| e) Muy en desacuerdo | e) Muy en desacuerdo |
| 2. Una persona con buena autoestima. | 6. Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles. |
| a) Muy de acuerdo | a) Muy de acuerdo |
| b) De acuerdo | b) De acuerdo |
| c) Ni acuerdo ni desacuerdo | c) Ni acuerdo ni desacuerdo |
| d) En desacuerdo | d) En desacuerdo |
| e) Muy en desacuerdo | e) Muy en desacuerdo |
| 3. Optimista respecto al futuro. | 7. En contacto con personas que me aprecian. |
| a) Muy de acuerdo | a) Muy de acuerdo |
| b) De acuerdo | b) De acuerdo |
| c) Ni acuerdo ni desacuerdo | c) Ni acuerdo ni desacuerdo |
| d) En desacuerdo | d) En desacuerdo |
| e) Muy en desacuerdo | e) Muy en desacuerdo |
| 4. Seguro de mis creencias o principios | |
| a) Muy de acuerdo | |
| b) De acuerdo | |
| c) Ni acuerdo ni desacuerdo | |
| d) En desacuerdo | |
| e) Muy en desacuerdo | |

8. Seguro de mi mismo.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

9. Seguro de mis proyectos y metas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

10. Seguro en el ambiente en que vivo.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

11. Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

12. Un modelo positivo para otras personas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

13. Bien integrado en mi comunidad

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

14. Satisfecho con mis relaciones de amistad.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

15. Satisfecho con mis relaciones afectivas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

16. Una persona práctica.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

17. Una persona con metas en la vida.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

18. Activo frente a mis problemas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

19. Revisando constantemente el sentido de mi vida.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

20. Generando soluciones a mis problemas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

YO TENGO...

21. Relaciones personales confiables.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

22. Una familia bien estructurada.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

23. Relaciones afectivas sólidas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

24. Fortaleza interior.
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
25. Una vida con sentido.
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
26. Acceso a servicios sociales- públicos.
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
27. Personas que me apoyan.
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
28. A quien recurrir en caso de problemas.
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
29. Personas que estimulan mi independencia e iniciativa.
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
30. Satisfacción con lo que he logrado en la vida.
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
31. Personas que me han orientado y aconsejado.
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

32. Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

33. Personas en las cuales puedo confiar.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

34. Personas que han confiado sus problemas en mi.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

35. Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

36. Metas a corto plazo.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

37. Mis objetivos claros.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

38. Personas con quienes enfrentar los problemas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

39. Proyectos a futuro.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

40. Problemas que puedo solucionar.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

YO PUEDO...

41. Hablar de mis emociones.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

42. Expresar afecto.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

43. Confiar en las personas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

44. Superar las dificultades que se me presenten en la vida.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

45. Desarrollar vínculos afectivos.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

46. Resolver problemas de manera efectiva.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

47. Dar mi opinión.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

48. Buscar ayuda cuando la necesito.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

49. Apoyar a otros que tienen dificultades.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

50. Responsabilizarme por lo que hago.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

51. Ser creativo.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

52. Comunicarme adecuadamente.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

53. Aprender de mis aciertos y errores.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

54. Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

55. Tomar decisiones.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

56. Generar estrategias para solucionar mis problemas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

60. Proyectarme al futuro.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

57. Fijarme metas realistas.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

58. Esforzarme por lograr mis objetivos.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

59. Asumir riesgos.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

ANEXO 8

BAREMO DE EVALUACIÓN ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES

PUNTAJE DIRECTO	VALOR PERCENTIL
300	100
299	99.7
298	99.3
296	97.9
294	96.5
293	96.2
292	95.8
291	94.1
290	93.1
289	91.3
288	89.6
287	88.6
286	87.9
285	85.5
284	84.4
283	83.4
281	82.7
280	81.3
279	79.6
278	77.5
277	76.8
276	75.8
275	75.1
274	74.0

273	73.7
272	72.7
271	71.3
270	69.2
269	67.8
267	66.8
266	66.1
265	62.6
264	60.6
263	58.5
262	57.8
261	56.4
260	55.0
259	52.6
258	51.9
257	50.5
256	49.8
255	47.1
253	46.7
252	45.7
251	45.0
250	44.6
249	43.3
248	42.2
247	41.5
246	38.8
245	36.3
244	35.3

243	34.6
242	33.6
241	32.9
240	32.2
239	30.8
238	29.4
237	28.0
236	25.6
235	24.2
234	23.2
233	22.5
232	22.1
231	21.8
230	21.5
229	20.8
228	19.4
226	17.6
225	17.0
224	15.6
223	15.2
222	14.2
221	13.5
220	13.1
218	12.5
217	11.8
216	11.1
215	10.7
213	10.4

212	10.0
211	9.7
210	8.0
209	6.9
208	6.6
206	5.9
205	5.2
201	4.8
199	4.5
198	3.1
195	2.8
189	2.4
180	2.1
176	1.7
171	1.4
143	1.0

