



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

**“FACTORES RELACIONADOS  
A LA CAPACIDAD DE RESILIENCIA EN EL  
ADULTO MAYOR AUTOVALENTE.  
CHILLÁN VIEJO”**

**AUTORES:**

FLORES LEONE, PABLO E.  
GOMEZ MUÑOZ, CAROLINA A.  
REYES ESCALONA, KATHERINNE S.  
ROMERO DÍAZ, LILIAN A.

**DOCENTE:**

E.U. CORTES RECABAL, JUANA E.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA  
CHILLÁN – CHILE  
2007

## DEDICATORIAS

*En primer lugar a Dios en quien confío y me guía diariamente en mi vida. A mi mamá quien hizo posible que un sueño personal se concretara brindándome incondicionalmente todo el apoyo cuando más lo necesité. A mi tío Fernando y a mis primos que con su alegría y apoyo me alentaron a terminar satisfactoriamente esta meta e hicieron que cada día fuera un gran día. A mis amigos que estuvieron siempre presentes y me acompañaron en los buenos y malos momentos, instándome a mirar siempre hacia adelante. A mis queridas amigas de tesis por los buenos momentos que pasamos juntos y a quienes aprendí a conocer y a querer cada día un poco más.*

**PABLO**

*Con mucho cariño dedico este trabajo, a Dios por ayudarme a cumplir una etapa más en mi vida y crecer como persona, a toda mi familia que de algún u otro modo han contribuido en mi etapa de formación, en especial a mis padres por ser un pilar fundamental en mi vida, por su constante preocupación y apoyo, a mis hermanas por su afecto y cariño y a mis amigos tesitas que hicieron que este trabajo fuera un recuerdo muy especial, agradable y feliz.*

**CAROLINA**

*Con mucho amor y cariño dedico este nuevo logro a Dios porque siempre ha estado a mi lado y me ha brindado la posibilidad de tener todo lo que tengo y en especial por permitirme llegar a esta etapa final de mi hermosa carrera. A mis padres por ser tan excelentes personas y ejemplos a seguir, por su constante motivación y apoyo incondicional. A toda mi hermosa familia, pero de manera especial a mis padrinos por su constante apoyo y preocupación, a mis hermosos abuelitos por su dedicación y amor que me entregan siempre, a la Chol por sus constantes oraciones, a mi tía Sussy por su apoyo incondicional y a mi hermana por tratar de ayudar siempre. A Mis Amigas que me han acompañado toda una vida, quienes me han apoyado siempre en todo los ámbitos y nunca me han dejado sola; en especial a mi amiga Nela por su constante preocupación en esta investigación y a Carlos por su gran ayuda. A mis amigos de tesis y de universidad por los lindos momentos que hemos vivido juntos a lo largo de esta nueva etapa de vida, por el apoyo que nos brindamos en los momentos de dudas y con los cuales espero seguir cultivando esta linda amistad.*

**KATHERINNE**

*A Dios, por entregarme su fortaleza, ser el guía y pilar fundamental en mi vida. A mis padres, por brindarme cada día su amor y apoyo incondicional, además de ser mi mayor motivación. A mi abuela, fuente de grandes consejos que siempre me han ayudado. A mis hermanos, por su cariño y constante preocupación. A mis sobrinos, quienes con su afecto incondicional me acompañan día a día, en especial a mi ahijada Barbarita quien con su cándida sonrisa ilumina mi vida. A mis amigos, por su apoyo, su ayuda y compañía en los buenos y malos momentos. A mis amigos de tesis, lindas personas a quienes aprendí a conocer y a valorar cada día su amistad.*

**LILIAN**

## AGRADECIMIENTOS

Tras finalizar este importante proyecto, queremos agradecer enormemente a quienes participaron de alguna u otra forma en la realización de esta investigación.

- A la Sra. Juana Cortés Recabal por ser una excelente profesora guía, brindándonos su disposición, experiencia, orientación, apoyo, alegría y constante motivación.
- A la Sra. Elena Espinoza Lavoz Directora de Escuela de Enfermería por su buena disposición.
- A la Sra. Gloria Araneda por guiarnos en la primera etapa de este proyecto.
- A los Adultos Mayores de la comuna de Chillán Viejo, por su tiempo y colaboración desinteresada, que fue fundamental para la realización de este proyecto.
- Al CESFAM “Chillán Viejo”, en especial a la Sra. Clara Silva Becerra Directora del establecimiento, a la enfermera y personal técnico encargado del programa del Adulto Mayor.
- Al CESFAM “Los Volcanes”, en especial a la Sra. Leyla Jardúa Eljatib, y al personal técnico encargado de tarjetero.
- A la Sra. Tatiana Nova por su muy buena disposición en la búsqueda y facilitación de material bibliográfico.
- Al Sr. Samuel Cerro por su constante preocupación y colaboración en la entrega de material bibliográfico.
- A la Srta. Karen Toloza por su orientación estadística en nuestro estudio.
- Al Sr. Ernesto Figueroa por su tiempo y muy buena disposición.
- Al Sr. Juan Manuel Fierro por sus importantes aportes y su ayuda desinteresada.
- Al Sr. Carlos Meza por sus constantes aportes y su ayuda desinteresada.

## RESUMEN

Estudio de diseño descriptivo analítico, retrospectivo de corte transversal, cuyo propósito fue conocer los Factores Relacionados a la Capacidad de Resiliencia en el Adulto Mayor Autovalente del Centro de Salud Familiar de Chillán Viejo, sustentado en el modelo del sistema conductual de Johnson.

El universo constó de 324 Adultos Mayores, la muestra estuvo constituida por 176 adultos mayores escogidos aleatoriamente, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La prueba piloto se llevó a cabo en el Centro de Salud Familiar “Los Volcanes” de la comuna de Chillán, durante Febrero de 2007.

La recolección de los datos se realizó por medio de visitas domiciliarias, en las cuales se aplicó un cuestionario, que incluye la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young adaptada y validada por los autores. Fue aplicada en abril de 2007, con previa autorización de la Directora del Centro de Salud Familiar de Chillán Viejo.

Para el procesamiento de los datos se utilizaron los programas: Excel v. 5.0, SPSS v.14.0 e InfoStat v.1.1, se aplicaron las pruebas estadísticas  $\chi^2$ , p-value y coeficiente Gamma. Se destaca que el 82,4% de los Adultos Mayores autovalentes tienen una alta capacidad de resiliencia y tan sólo un 0,6% tiene una baja capacidad de resiliencia.

Los resultados obtenidos demostraron que existe una relación significativa entre la capacidad de resiliencia del Adulto mayor autovalente y la situación de pareja, relaciones sexuales, actividades recreativas efectivas, percepción del estado de ánimo, estado nutricional y asistencia a control salud; En cambio no se observó relación significativa entre la capacidad de resiliencia con el sexo, rango de edad y enfermedad crónica no transmisible.

### **Palabras Claves:**

Adulto Mayor - Autovalencia - Capacidad de Resiliencia.

## **ABSTRACT**

Analytical-descriptive design, retrospective, transverse-sectioned study, whose intention was to know the Factors Related to the Capacity of Resilience in the Self-sufficient Older Adult of the Familiar Health Center of Chillán Viejo, sustained in Johnson's model of conductual system.

The universe consisted of 324 older adults, the sample was constituted by 176 self-sufficient older adults selected randomly, who fulfilled the criteria of inclusion and exclusion. The pilot test was made in the Familiar Health Center "Los Volcanes" in Chillán city, during the month of February of 2007.

The data collection were made in the Familiar Health Center of Chillán Viejo via domiciliary visits, in which the people replied a questionnaire created by the authors, including "The Scale of Resilience of Wagnild & Young" adapted and validated by them. It was applied during the month of April of the 2007, with previous authorization of the Director of the Familiar Health Center of Chillán Viejo. For the data processing were used the followings programs: Excel v. 5.0, SPSS v.14.0 and InfoStat v.1.1. The statistic tests: Chi<sup>2</sup>, p-value and Gamma coefficient has been applied. It has to be remarked that the 82,4% of self-sufficient older adults has a high resilience capacity, and only the 0,6% has a low resilience capacity.

The obtained results demonstrate that a significant connection exists between the self-sufficient older adult's resilience capacity and the pair situation, sexual relations, effective recreative activities, mood perception, nutricional state and attendance to health control. However there's no observation of a significant connection between the resilience capacity and gender, age rank and nontransmissible cronical diseases.

## **KEY WORDS**

Older Adult – Self-sufficient - Resilience Capacity

## INDICE

### RESUMEN

### ABSTRACT

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 Presentación y Fundamentación del Problema	3
Importancia para la Profesión	5
1.2 Problematización	6
1.3 Marco Teórico	8
Teoría	15
Marco Empírico	20
1.4 Propósito de la Investigación	23
1.5 Objetivos Generales y Específicos	23
1.6 Hipótesis	25
1.7 Listado de Variables	26
<b>II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>27</b>
2.1 Tipo de Diseño	27
2.2 Universo y Muestra	27
2.3 Unidad de Análisis	28
2.4 Aspectos Éticos	29
2.5 Procedimiento de Recolección de Datos	29
2.6 Descripción Instrumento Recolector	29
2.7 Prueba Piloto	30
2.8 Procesamiento de los Datos	31

<b>III. ANÁLISIS</b>	<b>34</b>
3.1 Análisis de los Resultados	34
3.2 Discusión de los Resultados	58
<b>IV. CONCLUSIONES SUGERENCIAS LIMITACIONES</b>	<b>62</b>
4.1 Conclusiones	62
4.2 Sugerencias	65
4.3 Limitaciones	66
<b>V. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>68</b>
<b>VI. ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1:</b> Definición Nominal y Operacional de Variables	
<b>Anexo 2:</b> Carta Autorización a Director de CESFAM. prueba piloto	
<b>Anexo 3:</b> Carta Autorización a Director de CESFAM Chillán Viejo	
<b>Anexo 4:</b> Consentimiento Informado	
<b>Anexo 5:</b> Instrumento Recolector	
<b>Anexo 6:</b> Escala de Resiliencia	
<b>Anexo 7:</b> Escala de Resiliencia Modificada	
<b>Anexo 8:</b> Gráficos de Frecuencias	
<b>Anexo 9:</b> Gráficos de Contingencia	

## I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En el Adulto Mayor (AM) muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en estado basal, pero se observa una pérdida funcional al ser sometidos a estrés.

A nivel mundial, las políticas internacionales van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización.

La transición demográfica que vive Chile y que se traduce en un aumento importante de la población adulta mayor, conlleva cambios profundos y significativos en la convivencia social y enfoque sanitario.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

Demográficamente, al igual que el resto de los países de Latinoamérica, Chile presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional; es el tercer país más envejecido de Latinoamérica, donde el grupo de 60 años o más que en el año 2001 era de un 10,6% se incrementará a un 19% en el año 2025, con una expectativa de vida que alcanzará los 80 años.

En relación a políticas y programas del país, la preocupación por los problemas y demandas de los ancianos, es relativamente nueva, comienza en los años 80, cuando se incluye en las agendas de discusión política aquellos aspectos relativos al envejecimiento y sus consecuencias.

Dentro de la "Política Nacional del Adulto Mayor", en el año 1996 se plantea como objetivo principal "lograr un cambio cultural que dé un mejor trato a la población adulta mayor" <sup>(1)</sup>, lo que implica una percepción distinta del envejecimiento con la consiguiente necesidad de crear medios para facilitar el desarrollo integral del AM y lograr el mantenimiento o recuperación de la funcionalidad de este grupo etáreo.

Por su parte, el sector salud desarrolla la "Política de Salud del Adulto Mayor", cuyos objetivos principales están dirigidos al mantenimiento de la funcionalidad y reducción de la mortalidad por causas evitables.

La funcionalidad es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a acabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne.

La capacidad se refiere a mecanismos con los que cuenta una persona, pero también una actitud que lo lleva a tomar la vida con fuerza y confianza. Por lo tanto la Capacidad de Resiliencia se define como "capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por ella. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez". <sup>(1)</sup>

Promover la resiliencia es un llamado a relacionarse con un individuo en su totalidad y trabajar con un enfoque interdisciplinario. Llevar a la práctica el concepto "bio-psico-social", donde los aspectos biológicos, psíquicos y sociales están en constante interacción. La resiliencia y la prevención de enfermedades y/o patologías individuales y sociales, demandan una aproximación dinámica que requiere de un enfoque integral y participativo. <sup>(1)</sup>

## 1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El siglo XXI se caracterizará por un aumento del envejecimiento en la población, lo que se traduce en un importante desafío médico, familiar y social.

En Chile, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 1960 las personas mayores de 60 años constituían el 6,8% de la población, en 1992 aumentó a un 9,8% de la población, llegando a un 11,4% en el año 2002, de los cuales el 10,2% son hombres y el 12,5 % son mujeres. Además podemos destacar que en el último censo los AM llegan a 1.717.478, de ellos 959.429 son mujeres y 758.049 son hombres. <sup>(2)</sup>

La capacidad de resiliencia es un concepto poco conocido tanto por la comunidad como por los profesionales del área de la salud. Esto se ve reflejado en las escasas investigaciones sobre el tema tanto a nivel internacional y nacional, ya que la mayoría relaciona el concepto con el área social no estableciendo una relación directa con el área de la salud, cabe destacar que las investigaciones existentes se enfocan principalmente a niños y adolescentes no considerando a los AM, siendo este un grupo etéreo que está aumentando significativamente a nivel mundial. Es importante mencionar que este grupo de personas se enfrentan a múltiples pérdidas tanto en el área física, psicológica y social.

Es trascendental estudiar la capacidad de resiliencia porque existe un aumento en las patologías de la salud mental las cuales no discriminan entre edad, sexo o condición socioeconómica ya que las personas reaccionan de diferentes maneras frente a situaciones similares, es primordial identificar y determinar cuales son los factores protectores y los factores de riesgo que influyen en la capacidad de resiliencia.

Los factores protectores son situaciones que fomentan la capacidad de resiliencia en el AM, por su parte los factores de riesgo son situaciones difíciles, a veces traumáticas, estresantes, inciertas, peligrosas con las que se puede encontrar el AM, que se relacionan estrechamente con su historia personal, sus características y su capacidad de resiliencia. <sup>(3)</sup>

## **IMPORTANCIA PARA LA PROFESION DE ENFERMERÍA**

Es importante que el profesional de enfermería dé a conocer a la comunidad el concepto de resiliencia y así los AM conozcan que existe una capacidad propia del ser humano para salir adelante frente a situaciones de estrés o tragedia, que parecen difíciles o imposibles de superar.

Por lo tanto, el Profesional de Enfermería para intervenir debe descubrir cómo fomentar la capacidad de resiliencia en el AM, por lo cual surge el interés por investigar “Factores relacionados a la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor Autovalente” y por medio de la investigación, incentivar el desarrollo de programas educacionales en el área de la atención primaria, los cuales se enfocarán en detectar tanto los factores protectores como de riesgo, lograr una correcta interpretación y evaluación de ésta, que permitirá desarrollar mecanismos de acción preventiva y cambios favorables en el estilo de vida. Para que el AM pueda enfrentar de mejor manera las diferentes situaciones de crisis que vive diariamente y logre sobreponerse satisfactoriamente a situaciones que le producen algún tipo de desequilibrio.

## PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores relacionados a la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente del Centro de Salud Familiar de Chillán Viejo?

### 1.2 PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Influirá la *edad* en la capacidad de resiliencia del adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
2. ¿Influirá el *sexo* en la capacidad de resiliencia del adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
3. ¿Influirá la *creencia en Dios* en la capacidad de resiliencia del adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
4. ¿Influirá la *escolaridad* en la capacidad de resiliencia del adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
5. ¿Influirán los *ingresos económicos* en la capacidad de resiliencia del adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
6. ¿Influirá la *situación de pareja* en la capacidad de resiliencia del adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
7. ¿Influirá la *actividad sexual* en la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
8. ¿Influirán las *actividades recreativas efectivas* en la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
9. ¿Influirá la *interacción social* en la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
10. ¿Influirá la *percepción del estado de ánimo* en la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
11. ¿Influirá el *estado nutricional* en la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?

12. ¿Influirá la *asistencia al control de salud en el último año* en la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?
13. ¿Influirá la presencia de *enfermedades crónicas no transmisibles* en la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo?

## 1.3 MARCO TEÓRICO

### ENVEJECIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974 define como envejecimiento del individuo a un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en su relación con el medio. Aunque cabe advertir que los ritmos a que se producen dichos cambios no son iguales ni entre los diversos órganos de un mismo individuo, ni entre los individuos. Esta definición plantea como elemento central del proceso de envejecimiento, la respuesta fisiológica definida como “una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio”. En otras palabras, se produce una mayor dificultad por parte del organismo o del individuo, para responder a los cambios biológicos, psicológicos y sociales. La razón principal de ello es la disminución del número de células que cumplen la función principal de los órganos. Es en esto donde radica la limitación de la adaptabilidad, porque al estar las capacidades de reserva disminuidas, se origina un mayor riesgo de enfermar o de descompensar una enfermedad crónica durante el proceso en que el organismo está tratando de adaptarse al cambio. <sup>(4)</sup>

Se sabe que el proceso de envejecimiento es universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo.

El proceso normal de envejecimiento produce cambios en la homeostasia y en los sistemas neurológico central, periférico y autónomo, cardiovascular, osteoarticular, respiratorio, renal, etc.

A medida que avanza el proceso de envejecimiento existe mayor probabilidad de que se desarrollen enfermedades crónicas, degenerativas. Esta mayor probabilidad de enfermedades degenerativas sumada a estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas deficientes, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor esté en una condición de mayor vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad puede transitar desde la autonomía, a la fragilidad, dependencia y finalmente postración. <sup>(4)</sup>

## **SITUACIÓN DEMOGRÁFICA**

Es evidente que uno de los problemas más graves con los que se enfrenta el mundo, y en particular los países más desarrollados, es el envejecimiento progresivo de la población. Así, según cálculos de Naciones Unidas, recogidos en un reciente Informe del Defensor del Pueblo, en el año 1950 había unos doscientos millones de personas mayores de 60 años en el mundo. En el año 1975 había ya unos trescientos cincuenta millones, y las proyecciones demográficas apuntan que hacia el año 2025 habrá más de mil cien millones. Ello significa un aumento de un 224 por ciento desde 1975. Paralelamente la población mundial alcanzará la cifra de unos ocho mil doscientos millones de personas, es decir un incremento de un 102 por ciento para el mismo periodo de tiempo. Una simple comparación revela que los mayores de 60 años aumentarán más del doble que la población menor de esa edad. <sup>(5)</sup>

Otro de los problemas asociados al envejecimiento de las poblaciones es que la pobreza tiende, y tenderá aun más, a acumularse en los AM, dado el descenso de población activa y la consiguiente merma de recursos destinados a pensiones y jubilaciones. <sup>(5)</sup>

Chile es hoy en día una sociedad en transición demográfica avanzada. Este proceso es resultado de dos importantes fenómenos, uno el aumento de la expectativa de vida y otro es la baja en las tasas de fecundidad. Este es un proceso que ya se ha producido en los países desarrollados y que hoy día cobra fuerza en los países en desarrollo. De este modo, en nuestro país, el grupo etéreo de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo en el total de la población, alcanzando un 11,4% con 1.717.478 personas. De este total destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzan el 14.7% con 250.840 personas. La Esperanza de Vida al nacer en Chile es hoy día de 77,36 años. <sup>(1)</sup> Cabe destacar que la población de AM en la región del Bío Bío alcanza el 11.39% con 211.957 personas. Además, es importante indicar que en la provincia de Ñuble el número de AM representa el 12.76% de la población, lo que corresponde a 55.893 personas y en la comuna de Chillán Viejo los AM alcanzan el 9.98% con 2.205 personas. <sup>(6)</sup>

## **FUNCIONALIDAD**

Funcionalidad es la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria (AVD) son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne. <sup>(4)</sup>

La Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) es un instrumento predictor de pérdida de funcionalidad, se aplica a todo AM de 65 años y más, que llega caminando al centro de salud. Se aplica una vez al año, en el control de salud o examen de medicina preventiva.

No se aplica a AM postrados, ciegos totales, sordos sin corrección, secueledos de accidente vascular encefálico (AVE), amputados, y otras condiciones que

signifiquen dependencia evidente. A este grupo de personas se le aplica el Índice de Katz.

Este instrumento está constituido por dos partes, la primera parte (Parte A) que clasifica al AM en autovalente o dependiente, si el AM califica como autovalente se debe aplicar una segunda parte (Parte B) que discrimina entre AM autovalente con o sin riesgo de acuerdo a la puntuación obtenida. <sup>(7)</sup>

## **RESILIENCIA**

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. <sup>(8)</sup>

En psicología, la palabra cobra un sentido distinto, pues no se limita a la resistencia, sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobrepone y se reconstruye.

Boris Cyrulnik es considerado uno de los mayores exponentes en el mundo de la teoría y práctica de la resiliencia y la define como la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación. <sup>(8)</sup>

Además existen algunas definiciones que han desarrollado diversos autores sobre el concepto de resiliencia:

- Resiliar es recuperarse, ir hacia adelante tras una enfermedad, un trauma o un estrés. Es vencer las pruebas y las crisis de la vida, es decir, resistirlas primero y superarlas después, para seguir viviendo lo mejor posible.

- Capacidad universal que permite a una persona, un grupo o una comunidad impedir, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad.<sup>(9)</sup>
- Capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida.<sup>(10)</sup>
- Capacidad de los seres humanos de superar los efectos de una adversidad a las que están sometidos e incluso, de salir fortalecidos de la situación.<sup>(11)</sup>
- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores.<sup>(12)</sup>

Cabe destacar la definición que proporciona Grotberg sobre resiliencia, “capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por ella. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez”<sup>(8)</sup>

Existen 7 características personales denominados los pilares de la resiliencia, estos son:

### **1.- Independencia**

Se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.

Esencialmente, el factor protector al que se refiere es el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos elementos del propio ambiente.

### **2.- Introspección o capacidad de Insight**

Es la capacidad de mirarse a sí mismo, detectar y reconocer las propias emociones. Para una buena introspección se requiere honestidad consigo mismo,

también ayuda el desarrollo del lenguaje, el poder denominar las emociones y los sentimientos.

### **3.- Capacidad de relacionarse o Interacción**

Es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, para balancear la propia necesidad de simpatía y aptitud para brindarse a otros. Es una apertura hacia los demás, es crear vínculos sanos y saludables. Podría relacionarse también a la empatía, pues requiere una autoconciencia de lo que se siente y de los procesos que llevan a determinada situación o emoción.

### **4.- Iniciativa**

Es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos. Requiere autoconfianza, sensación de autoeficacia, espontaneidad y atrever a equivocarse.

### **5.- Humor**

Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. El humor es considerado como una actitud madura y el humor no agresivo es signo de salud mental. El humor es signo de aceptación mutua que confiere un sentido de pertenencia.

### **6.- Creatividad**

Es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Es hacer todo a partir de la nada. Requiere un proceso de plantearse un problema, imaginarlo, analizarlo, contemplarlo y permitirse diferentes respuestas para resolverlo. También se necesita buena autoestima y seguridad emocional que determinan la expresión de las capacidades creativas.

## **7.- Moralidad**

Es la actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo. <sup>(13)</sup>

## **Resiliencia y Envejecimiento**

En el envejecimiento, cuando las redes naturales comienzan a disminuir es fundamental el proceso interactivo entre el sujeto que envejece y su medio, para fomentar la capacidad de resiliencia, ya que a medida que se envejece la red social sufre más pérdidas y a su vez las oportunidades de reemplazo para esas pérdidas se reducen significativamente: Los AM tienen menos ocasiones sociales para hacer nuevos amigos y son muy pocos los que están dispuestos a realizar el esfuerzo de acomodación que depara el iniciar nuevas relaciones.

Además, los esfuerzos necesarios para mantener una conducta social activa en esta etapa de la vida son mayores, las habilidades disminuyen y surgen los sentimientos de soledad y múltiples pérdidas de: roles, recuerdos, funciones y de la identidad misma. <sup>(11)</sup>

La edad avanzada es una puesta a prueba permanente de la posibilidad de conservar y renovar una vida significativa y productiva. Es por esto que la resiliencia se puede desarrollar en cualquier etapa de la vida. <sup>(10)</sup>

Las investigaciones en gerontología muestran que los ancianos que no desarrollan ninguna actividad se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos y conservan o establecen nuevas redes vecinales o grupos de pares y familiares. Se deduce entonces, que uno de los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida en la vejez es el aislamiento social, ligado a la exclusión y al rechazo.

El enfoque de la resiliencia permite reconocer y potenciar aquellos recursos personales e interpersonales que protegen el desarrollo de las personas y su capacidad constructiva, aún durante su envejecimiento.

Así, la recreación educativa con los adultos mayores posibilita que esta etapa forme parte integrada de un proyecto de vida autónomo, que favorezca el reconocimiento identificador y el trabajo de historización. Es decir, experimentar los cambios e ir modificando activamente las expectativas de vida futura.<sup>(11)</sup>

## TEORIA

El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson (1968) se centra en cómo el paciente se adapta a la enfermedad y en cómo el estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación. Para Johnson, el objetivo de enfermería es reducir el estrés de tal forma que el paciente pueda avanzar con mayor facilidad a través del proceso de recuperación.<sup>(14)</sup>

La teoría de Johnson se centra en las necesidades básicas en relación en los siguientes subsistemas de conductas:

- 1. Subsistema de Asociación – Afiliación:** Es probablemente el más importante, dado que forma la base de toda organización social. A nivel general, asegura la supervivencia y la seguridad. Sus consecuencias son la integración social, la intimidad, la creación y mantenimiento de fuertes lazos sociales.
- 2. Subsistema de Dependencia:** Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca. Sus consecuencias son la aprobación, atención o reconocimiento y la asistencia física. En términos de desarrollo, la conducta dependiente evoluciona desde una dependencia total de los

demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo. En un grupo social es fundamental un cierto grado de interdependencia.

3. **Subsistema de Ingestión:** Tiene que ver con cuándo, cómo, qué, cuánto y en que condiciones nos alimentamos. Cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Esta conducta está relacionada con factores sociales y fisiológicos, además de biológicos.
4. **Subsistema de Eliminación:** Tiene que ver con cuándo, cómo y en que condiciones se produce la eliminación, considera los aspectos biológicos los cuales son influidos por factores sociales y fisiológicos hasta el punto de que, en ocasiones, pueden entrar en conflicto con él.
5. **Subsistema Sexual:** Obedece a la doble función de la procreación y la gratificación. Incluye el cortejo y el emparejamiento (aunque no se reduce sólo a estos aspectos).
6. **Subsistema de Realización:** Este subsistema trata de manipular el entorno, su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio o del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación. Con la conducta de realización se relacionan las cualidades intelectuales, físicas, creativas, mecánicas y sociales.
7. **Subsistema Agresivo/Protector:** Consiste en proteger y conservar. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a la persona como a su propiedad.

El profesional de enfermería valora las necesidades del paciente en esas categorías. Este es capaz de actuar de forma relativamente eficaz en condiciones ambientales normales. Sin embargo, cuando el estrés altera la adaptación normal,

la conducta se vuelve errática y menos orientada. La enfermera identifica la incapacidad de adaptación y proporciona cuidados de enfermería para resolver los problemas del paciente para satisfacer sus necesidades.

Los **Supuestos Principales** de esta teoría son:

**Enfermería:**

Es una fuerza externa que actúa para preservar la organización de la conducta del paciente cuando este se siente sometido a estrés, por medio del fomento de mecanismos reguladores y otros recursos. Las actividades de la enfermera/o no dependen de la autoridad médica sino que complementan la medicina.

**Persona:**

Concibe a la persona como un sistema conductual con formas de comportamiento marcadas por un modelo, repetitivas e intencionadas, que la vinculan con el entorno ya que una persona es un sistema compuesto por partes interdependientes que requiere labores de regulación y ajustes para mantener un equilibrio.

Presupone también que un sistema conductual es fundamental para el individuo y cuando alguna fuerza poderosa y una menor resistencia perturban el equilibrio del sistema conductual la integridad del individuo se ve amenazada. Los intentos de una persona para recuperar el equilibrio pueden requerir un consumo de energía extraordinario que provoca después, un agotamiento que impide apoyar los procesos biológicos y recuperarse.

**Salud:**

Estado dinámico fugaz influido por factores biológicos, fisiológicos y sociológicos. La salud no se refleja en la organización, interacción, interdependencia e integración de los subsistemas que integran el sistema conductual. Cada individuo trata de conseguir un equilibrio en este sistema, que

conducirá hacia una conducta funcional. La falta de equilibrio en las necesidades estructurales o funcionales de los subsistemas se manifiesta en una salud deficiente.

Cuando el sistema le basta con una cantidad de energía mínima para mantenerse, se reserva mayor aporte energético para influir sobre los procesos biológicos y recuperarse.

**Entorno:**

Se compone de todos los factores que no forman parte del sistema conductual del individuo pero que influyen en él, algunos de ellos pueden ser utilizados por la enfermera a favor de la salud del paciente.

El sistema conductual trata de mantener el equilibrio como respuesta a los factores del entorno mediante ajustes y adaptaciones a los elementos que actúan sobre él. Las fuerzas del entorno excesivamente intensas perturban el equilibrio del sistema conductual y amenazan la estabilidad personal. Se necesita entonces una energía fuera de lo común para restablecer el equilibrio del sistema y mantener la capacidad de afrontamiento. En un entorno estable el individuo es capaz de mantener con éxito su conducta. <sup>(15)</sup>

**RELACION ENTRE EL MODELO DE ENFERMERIA Y RESILIENCIA**

El objetivo del modelo consiste en mantener y recuperar el equilibrio en el usuario, ayudándole a conseguir un nivel óptimo de funcionamiento, es por esto que se relaciona directamente con el término “resiliencia” ya que consiste en la capacidad que va adquiriendo la persona para poder enfrentar, satisfactoriamente, los distintos factores de riesgo que encuentra en su camino y a la vez ser fortalecido como resultado de esa situación.

Considerando que el sistema humano está constantemente sometido a factores estresantes los cuales producen un desequilibrio en el individuo. Es aquí

donde el profesional de enfermería debe intervenir proporcionando cuidados que lleven al usuario a enfrentar de mejor manera las amenazas tanto internas como externas que se le presentan en diversas ocasiones y así lograr que las personas enfrenten estos factores de manera positiva lo que los llevará a ser una persona resiliente.

Partiendo de la base que los sistemas son interactivos, interdependientes e integrados, podemos decir que: “los cambios en un subsistema producidos por una enfermedad, no se pueden comprender del todo, sin entender su relación con los cambios producidos en los otros subsistemas”. Es así, como los principios del modelo del sistema conductual permiten a la enfermera/o valorar la importancia de ofrecer de forma constante protección, nutrición y estímulo para así fomentar la resiliencia en el individuo. <sup>(15)</sup>

## MARCO EMPÍRICO

La resiliencia es un tema que está tomando mayor relevancia dentro del mundo de la investigación, es así como en el año 2004, **Flor Jiménez Segura e Irma Arguedas Negrini** realizaron un estudio cualitativo de los rasgos del sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores, con una muestra de 8 AM con edades entre 65 y 75 años, 4 mujeres y 4 varones del área metropolitana pertenecientes al grupo de envejecimiento integral de la Universidad de Costa Rica o a la Asociación Gerontológica Costarricense.

Dentro de las conclusiones del estudio se encuentra en el rasgo de intereses que la intencionalidad está centrada en mantener la independencia tanto económica como social, ayudar a otros y desarrollar talentos. En metas se destaca que es preocupante que los AM del estudio no identificaron metas claras en la actualidad.

En el rasgo de motivación para el logro mantienen un estado activo y ocupado, en interacción con los que les rodean y han adquirido logros que les han permitido ser activos y creativos. Dentro de aspiraciones educativas aunque no asistieron al sistema educativo formal obtuvieron diversas capacitaciones que les permitieron y aún les permiten desenvolverse exitosamente en la vida y enseñar a otros. En el rasgo optimismo consideran que el regirse por valores les ha fortalecido el optimismo, facilitándoles la interacción con los que les rodea, así como el logro de sus objetivos. En persistencia cabe destacar que las personas han aprendido del error, no se han rendido y han sido constantes. En el rasgo de fe y espiritualidad considera que el haber sido espirituales les permite el día de hoy ver la vida con gratitud y obtener aprendizaje en medio de las pérdidas, el sufrimiento y las alegrías. En el sentido de propósito se puede pensar que las personas del estudio lograron descubrir su misión o intención de vida.

En síntesis, se podría concluir que las personas participantes del estudio han presentado durante sus vidas los diferentes rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia, lo que les ha ayudado a tener una buena calidad de vida, adecuadas relaciones interpersonales, diversos logros y herramientas para enfrentar situaciones vitales. <sup>(16)</sup>

**Susan E, Hardy** et al en 2004 realizaron un estudio cuantitativo sobre la resiliencia de personas mayores viviendo en la comunidad, en 546 personas no discapacitadas de 70 años o más, que han experimentado eventos estresantes en la vida. Los participantes demostraron un amplio rango de resiliencia en respuesta a un evento estresante, con una puntuación media de desviación estándar de 8.9, 4.0 en una escala de 18 puntos. En divariados análisis el sexo masculino, vivir con otros, alta fuerza adquirida, independencia en actividades instrumentales del diario vivir (AIDV), tener algunos síntomas depresivos, tener de bueno a excelente auto-índice de salud fueron asociados con alta resiliencia, definido como un puntaje en el mejor “tertile” (>10). Independencia en AIDV (riesgo relativo (RR)= 1.36, 95% intervalo de confianza (IC)= 1.05-1.69), teniendo algunos síntomas depresivos (RR= 1.59, 95% IC = 1.13-2.11), y de bueno a excelente auto-índice de salud (RR=1.38, 95% IC= 1.01-1.79) independencia permanecida asociada con alta resiliencia en multivariados análisis. Síntomas depresivos y auto-índice de salud permanecida asociada con alta resiliencia después de controlar el percibido estresamiento del evento. <sup>(17)</sup>

**Gail Wagnild**, en el año 2003 desarrolló un estudio cuantitativo denominado “Resiliencia y envejecimiento exitoso: Comparación entre adultos mayores de altos y bajos ingresos económicos”. La investigación estuvo constituida por 408 AM de altos ingresos y 273 de bajos ingresos. Todos los encuestados pertenecían al área urbana en una misma región geográfica de Estados Unidos.

En el estudio se establecieron las siguientes hipótesis:

- 1.- No existe una relación significativa entre resiliencia e ingresos económicos.
- 2.- Existe una relación significativa y positiva entre resiliencia y los indicadores del envejecimiento exitoso, los cuales son: percepción del estado de salud, moralidad, vida satisfactoria y conductas de promoción de salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, se rechazó la hipótesis N° 1 debido a que, según esta información los ingresos económicos influyen en la capacidad de resiliencia. Por el contrario, la hipótesis N° 2 fue aceptada ya que de acuerdo a los datos obtenidos, si existe una relación positiva y significativa entre la resiliencia y los indicadores del envejecimiento exitoso.

En el estudio existió una diferencia entre los AM con altos y bajos ingresos en relación a la percepción del estado de salud, estado civil y el mayor porcentaje de mujeres. Al definir el envejecimiento exitoso como una buena salud física y la participación en actividades que promueven la salud; el grupo de AM con bajos ingresos posee el riesgo de tener un envejecimiento poco exitoso.

Existe una relación entre el estrés que provoca el tener bajos ingresos y las mujeres sin pareja, con baja educación, con una pésima salud y baja resiliencia. Esto no significa que la resiliencia no pueda ser promovida, pero las mujeres necesitan de mayor apoyo y estímulo para desarrollar su capacidad de resiliencia.<sup>(18)</sup>

En Chile no existen estudios relacionados a la capacidad de resiliencia en el AM, encontrándose sólo investigaciones cualitativas enfocadas a niños, adolescentes y mujeres.

## **1.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Conocer los factores relacionados a la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo.

## **1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **OBJETIVO GENERAL 1**

❖ Identificar que factores sociodemográficos influyen en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo.

### **Objetivos Específicos**

1.1 Conocer si la edad influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

1.2 Identificar si el sexo influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

1.3 Reconocer si la creencia en Dios influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

1.4 Conocer si la escolaridad influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

1.5 Determinar si la situación de pareja influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

1.6 Determinar si el ingreso económico influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

## **OBJETIVO GENERAL 2**

❖ Identificar los estilos de vida que influyen en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

### **Objetivos Específicos**

2.1 Conocer si la participación efectiva en actividades recreativas influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

2.2 Identificar si la actividad sexual influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

2.3 Conocer si la interacción social influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

2.4 Determinar si la percepción del estado de ánimo influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

## **OBJETIVO GENERAL 3**

❖ Conocer que factores de salud influyen en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

### **Objetivos Específicos**

3.1 Determinar si el estado nutricional influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

3.2 Conocer si la asistencia al control de salud influye en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

3.3 Identificar si las enfermedades crónicas no transmisibles influyen en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

## **1.6 HIPÓTESIS**

- 1.- El sexo del adulto mayor tiene relación con la capacidad de resiliencia.
- 2.- La situación de pareja del adulto mayor tiene relación con la capacidad de resiliencia.
- 3.- La actividad sexual del adulto mayor autovalente tiene relación con la capacidad de resiliencia.
- 4.- La participación en actividades recreativas tiene relación con la capacidad de resiliencia en los adultos mayores.
- 5.- La percepción del estado de ánimo del adulto mayor tiene relación con la capacidad de resiliencia.
- 6.- La asistencia al control de salud tiene relación con la capacidad de resiliencia en el adulto mayor.
- 7.- El padecer una enfermedad crónica tiene relación con la capacidad de resiliencia en el adulto mayor.

## 1.7 LISTADO DE VARIABLES

### 1.- Variable Dependiente

1.1 Capacidad de Resiliencia

### 2.- Variables Independientes

#### **2.1 Variables sociodemográficas:**

- Edad
- Sexo
- Creencias en Dios
- Escolaridad
- Ingreso Económico
- Situación de Pareja

#### **2.2 Variables de estilos de vida:**

- Actividad sexual
- Actividades recreativas efectivas
- Interacción Social
- Percepción del estado de ánimo

#### **2.3 Variables de salud:**

- Estado nutricional
- Asistencia al control de salud
- Enfermedad crónica no transmisible

## II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1 TIPO DE DISEÑO

El tipo de diseño de este estudio será de tipo descriptivo analítico, retrospectivo de corte transversal.

### 2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

#### Universo

Inicialmente el universo estuvo conformado por 368 AM inscritos en el CESFAM de la comuna de Chillán Viejo, clasificados como autovalentes por el instrumento EFAM, pero luego de considerar los criterios de inclusión y exclusión definidos por los autores, éste quedo constituido por 324 AM.

#### Muestra

Esta muestra se definió aleatoriamente, con probabilidad de selección proporcional al tamaño de la población.

Para estimar el tamaño de la muestra  $n$ , se considero un error de muestreo máximo de 5% y un coeficiente de confianza de 95%.

Como no se tienen antecedentes anteriores de este estudio o alguno semejante en Chile, se utilizo el producto  $P \times Q$ . Entonces, el tamaño de la muestra se

determina por  $n = \frac{n_0}{1 + n_0}$ , donde  $n_0$  está dado por:

$$n_0 = \frac{Z^2 \times P \times Q}{e^2}$$

Reemplazando, se tiene que:

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.25}{0.05^2} = 384,16$$

Finalmente, el tamaño de muestra es el siguiente:

$$n = \frac{384,16}{1 + \frac{384,16}{N}}$$

$$n = \frac{384,16}{1 + \frac{384,16}{324}}$$

$$n = 176.22$$

Por lo anterior, en la investigación se encuestaron a 176 AM pertenecientes al CESFAM de la comuna de Chillán viejo, de un total de 324 AM.

## 2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

AM del CESFAM de Chillán Viejo, clasificados como autovalentes según EFAM.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- AM entre 65 y 85 años de edad.
- AM residentes en la zona urbana de la comuna de Chillán Viejo, de la provincia de Ñuble de la octava región.
- AM inscritos en el CESFAM de Chillán Viejo
- AM clasificados como autovalentes según EFAM entre marzo 2006 y marzo 2007.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- AM cuyo domicilio no coincida con el registrado en el CESFAM de Chillán Viejo.
- AM que evidencie estado de dependencia, al momento de aplicar la encuesta.
- AM que no acepte responder la encuesta por motivos personales.

## **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 2)

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

## **2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de los datos se realizó por medio de visitas domiciliarias, en las cuales se aplicó un cuestionario creado por los autores, que incluye la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young <sup>(18)</sup> adaptada, modificada y validada por los autores. (anexo 7)

La recolección de los datos se llevó a cabo entre el 13 y el 20 de abril de 2007.

## **2.6 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR**

Para la recolección de los datos se utilizaron 2 instrumentos los que se describen a continuación:

### **a.- Cuestionario estructurado:**

Es un instrumento elaborado por los autores, destinado a conocer algunas características sociodemográficas, estilos de vida y de salud.

Éste consta 12 preguntas, de las cuales 9 son dicotómicas cerradas, 2 politómicas cerradas y una politómica abierta que posteriormente se categorizó. (anexo 5)

### **b.- Escala de Resiliencia de Wagnild & Young:**

Para medir el nivel de la capacidad de resiliencia se utilizó la *Escala de Resiliencia*, elaborada por Wagnild & Young, <sup>(18)</sup> la cual tuvo que ser adaptada, modificada y validada por los autores, de acuerdo a la realidad local.

La escala consta de 25 ítems, 17 de ellos están enfocados a la “*competencia personal*” y los 8 ítems restantes se enfocan a la “*aceptación de sí mismo y de la vida*” (anexo 6)

Estos ítems son del tipo likert, a cada uno de ellos se les otorgó un puntaje de 1 a 5 y una vez obtenido el puntaje total de la escala se clasificó dentro de los siguientes niveles:

- **125 – 97 : Alto Nivel de Resiliencia**
- **96 – 71 : Medio Nivel de Resiliencia**
- **Menos de 71 : Bajo Nivel de Resiliencia**

## **2.7 PRUEBA PILOTO**

La prueba piloto fue aplicada a 10 AM pertenecientes al CESFAM Los Volcanes de la comuna de Chillán, durante los días 06 y 07 de Febrero del año 2007, con previa autorización de la directora del establecimiento, la Señora Leyla Jardúa Eljatib y el consentimiento de los AM que participaron en esta etapa del estudio.

Esta prueba permitió verificar el grado de comprensión del instrumento recolector, determinar el tiempo necesario para su aplicación y realizar las correcciones pertinentes según los resultados obtenidos.

## 2.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez recolectada la información, se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2003 versión 5.0. Posteriormente la información se traspasó al programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 14.0 para Windows, en el que se analizó estadísticamente la información mediante el cruce de variables en estudio y así obtener tablas de frecuencias y de contingencia. Además, se utilizó el software estadístico InfoStat versión 1.1 para realizar el análisis de correspondencia múltiple de los datos.

Para determinar si dos variables se encuentran relacionadas, se necesita utilizar algún índice de asociación acompañado de su correspondiente prueba de significación. Es por esto, que en el estudio se utilizó la prueba estadística **Chi<sup>2</sup> de Pearson y p-value**.

Chi<sup>2</sup> permite contrastar la hipótesis de que las dos variables categóricas son independientes. Es decir:

- **H<sub>0</sub>** : A y B son **Independientes** (no asociación)
- **H<sub>1</sub>** : A y B son **Dependientes** (asociación)

Donde, **H<sub>0</sub>** es la hipótesis nula y **H<sub>1</sub>** la hipótesis alternativa, siendo, **A** la variable dependiente y **B** la variable independiente.

Si los datos son compatibles con la hipótesis de independencia, la probabilidad asociada al estadístico Chi<sup>2</sup> será alta, mayor que 0,05. Si esa probabilidad es muy pequeña, menor que 0,05, se considerará que los datos se muestran incompatibles con la hipótesis de independencia y se concluirá que las variables estudiadas están relacionadas. <sup>(19)</sup>

- **p-value** mayor o igual a 0,05 → Se acepta **H<sub>0</sub>**
- **p-value** menor a 0,05 → Se rechaza **H<sub>0</sub>**

Es importante considerar que el p-value es una probabilidad que recibe el nombre de nivel o grado de significación. Un nivel o grado de significación pequeño permite rechazar la hipótesis nula.

La interpretación del p-value según el valor que se obtenga, es la siguiente:

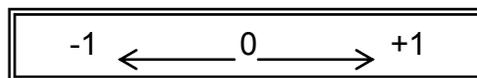
- Menor o igual a 0,01 → Altamente significativo
- Mayor a 0,01 y menor a 0,05 → Significativo.
- Mayor o igual a 0,05 → No significativo.

Si las dos variables son categóricas y ordinales, la medida de asociación más adecuada es el **Coefficiente Gamma** ( $\gamma$ ) de Goodman y Kruskal, que se usa para tablas ordenadas y tiene la ventaja de una interpretación probabilística directa. Gamma es un coeficiente de correlación no paramétrico que establece la dirección y el grado de relación entre variables.

Esta medida es representada por:

$$\gamma = (P - Q) / (P + Q)$$

En donde,  $\gamma$  es el coeficiente de asociación, el cual puede tomar valores entre  $-1$  y  $+1$ . **P** es igual a pares concordantes, esto es pares de observaciones tales que, sus rangos obtenidos sobre las dos variables se encuentran sobre la misma dirección, y **Q** es el número de pares discordantes para las cuales el rango sobre las dos variables está en la dirección inversa.



Si el valor es cercano a +1 o a -1, se dice que hay mayor asociación entre las variables. Un valor cercano a -1 indica una alta asociación inversa. Un valor cercano a +1 indica una asociación directa entre las variables. Un valor cercano a 0 indica que no hay asociación entre las variables o, en otras palabras, que hay independencia entre dichas variables. <sup>(20)</sup>

El **Análisis de Correspondencia Múltiple**, tiene como objetivo resumir la información contenida en una tabla de datos de variables cualitativas o categóricas, sintetizada en unas pocas variables que llamaremos factores. Estos factores, dependen de las variables evaluadas y su visualización permite ver cómo algunos valores de variables distintas están generalmente relacionados entre si dadas las respuestas de todos los individuos.

El análisis de correspondencia efectuado nos permite describir los rangos más característicos de los individuos encuestados y su posicionamiento ante las cuestiones planteadas en la encuesta. <sup>(19)</sup>

### III. ANÁLISIS

#### 3.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### DESCRIPCION DE VARIABLES SEGÚN FRECUENCIAS

**Variable Dependiente:**

**Tabla N° 1:** Distribución Porcentual de AM según Capacidad de Resiliencia.

<b>Capacidad de Resiliencia</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alta	145	<b>82,4</b>
Media	30	<b>17,0</b>
Baja	1	<b>0,6</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Factores Relacionados a la Capacidad de Resiliencia en el AM Autovalente. Chillán Viejo.

Del total de la muestra, se observó que el 82,4% de los AM autovalentes encuestados, poseen una alta capacidad de resiliencia y un 17% tiene una mediana capacidad de resiliencia, mientras que tan sólo un 0,6% posee una baja capacidad de resiliencia.

**Variables Independientes:**

**Variables sociodemográficas:**

**Tabla N° 2:** Distribución Porcentual de AM según edad.

<b>Rango de Edad</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
65-70	80	<b>45,5</b>
71-75	52	29,5
76-80	31	17,6
81-85	13	<b>7,4</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

Del total de AM autovalentes encuestados se observó que el mayor porcentaje alcanza un 45,5% que representa al rango de edad entre 65 y 70 años, mientras que sólo un 7,4% corresponde al rango de edad entre 81 y 85 años.

**Tabla N° 3:** Distribución Porcentual de AM según Sexo.

<b>Sexo</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	123	<b>69,9</b>
Masculino	53	<b>30,1</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

De la Tabla anterior, se observó que del total de AM, un 69,9% corresponde al sexo femenino y tan sólo el 30,1% representa al sexo masculino.

**Tabla N° 4:** Distribución Porcentual de AM según Creencia en Dios.

<b>Creencia en Dios</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	176	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

<b>Practicante - No Practicante</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No Practicante	46	<b>26,1</b>
Practicante	130	<b>73,9</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

Del total de la muestra, se observó que el 100% de los AM autovalentes encuestados creen en Dios, de los cuales un 73,9% se considera practicante y tan sólo un 26,1% no se considera practicante.

**Tabla N° 5:** Distribución Porcentual de AM según Escolaridad.

<b>Escolaridad</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca Asistió	13	7,4
Básica Incompleta	71	<b>40,3</b>
Básica Completa	41	23,3
Media Incompleta	24	13,6
Media Completa	22	12,5
Educación Superior	5	<b>2,8</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

De la tabla anterior se observó que del total de AM autovalentes, el mayor porcentaje corresponde a aquellos con escolaridad básica incompleta representando el 40,3% de los encuestados, mientras que tan sólo un 2,8% de la muestra, posee educación superior.

**Tabla N° 6:** Distribución Porcentual de AM según Ingreso Económico.

<b>Recepción de Dinero Mensual</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	19	<b>10,8</b>
SI	157	<b>89,2</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

<b>Cantidad de Dinero</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No Recibe	19	10,8
Menos de \$ 40.000 mensuales	1	0,6
Entre \$ 40.000 – \$ 79.000 mensuales	93	<b>52,8</b>
Entre \$ 80.000 – \$ 119.000 mensuales	43	24,4
Más de \$ 120.000 mensuales	20	11,4
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

Se observó que el 89,2% de los AM autovalentes, recibe dinero mensualmente, mientras que tan sólo un 10,8% no recibe dinero.

De los A.M. que si reciben dinero, el mayor porcentaje corresponde a un 52,8% que representa a quiénes reciben una suma entre los \$40.000 y \$79.000 mensuales.

**Tabla N° 7:** Distribución Porcentual de AM según Situación de Pareja.

<b>Situación de Pareja</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Con Pareja	81	<b>46,0</b>
Sin Pareja	95	<b>54,0</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

El estudio mostró que un 54,0% de los AM autovalentes encuestados se encuentran sin pareja, mientras que el 46,0% sí tiene pareja. Existe una leve diferencia entre éstas categorías lo que está representado por un 7,96%.

**Variables de estilos de vida:**

**Tabla N° 8:** Distribución Porcentual de AM según Actividad Sexual.

<b>Relaciones Sexuales</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	123	<b>69,9</b>
SI	53	<b>30,1</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

Según la tabla, el 69,9% de los AM no han mantenido relaciones sexuales durante los últimos seis meses, mientras que tan sólo el 30,1% de los encuestados sí han mantenido relaciones sexuales.

**Tabla N° 9:** Distribución Porcentual de AM según Actividades Recreativas Efectivas.

<b>Actividades Recreativas</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	113	<b>64,2</b>
SI	63	<b>35,8</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

El estudio mostró que un 64,2% de los AM autovalentes encuestados no participan en actividades recreativas, mientras que el 35,8% sí participa en actividades recreativas.

**Tabla N° 10:** Distribución Porcentual de AM según Interacción Social.

<b>Interacción Social</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	4	<b>2,3</b>
SI	172	<b>97,7</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

Según la tabla, la gran mayoría de los AM mantiene buenas relaciones sociales, que se refleja en el 97,7% de los encuestados, mientras que tan sólo el 2,3% no mantiene buenas relaciones sociales.

**Tabla N° 11:** Distribución Porcentual de AM según Percepción del estado de ánimo.

<b>Estado de Animo</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy Feliz	16	9,1
Alegre	67	38,1
Ni Triste Ni Feliz	71	<b>40,3</b>
Triste	19	10,8
Muy Triste	3	<b>1,7</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

Del total de AM autovalentes encuestados, se observó que el mayor porcentaje alcanza un 40,3% quienes se perciben como 'ni triste ni feliz', mientras que tan sólo un 1,7% se percibió como 'muy tristes'.

**Variables de salud:**

**Tabla N° 12:** Distribución Porcentual de AM según Estado nutricional.

<b>Estado Nutricional</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Enflaquecido	21	11,9
Normal	71	<b>40,3</b>
Sobrepeso	61	34,7
Obeso	23	13,1
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

El estudio mostró que un 59.7% de los AM encuestados presentan alteración del estado nutricional y tan sólo el 40,3% tiene un estado nutricional normal.

**Tabla N° 13:** Distribución Porcentual de AM según Asistencia al Control de salud.

<b>Asistencia a Control Salud</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	14	<b>8,0</b>
SI	162	<b>92,0</b>
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

La tabla mostró, que la gran mayoría de los AM encuestados, asistieron a sus controles de salud en el último año, lo que se refleja en un 92,0% y sólo el 8,0% no asistió a sus controles de salud.

**Tabla N° 14:** Distribución Porcentual de AM según Enfermedad crónica no transmisible.

<b>Enfermedad Crónica</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	41	23,3
SI	135	76,7
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

El estudio mostró, que la gran mayoría de los AM encuestados, padecen alguna enfermedad crónica diagnosticada por el médico, lo que se refleja en un 76,7%, y sólo el 23,3% no padecen enfermedades crónicas no transmisibles.

**Tabla N° 15:** Distribución Porcentual de AM según Tipo de Enfermedad Crónica.

<b>Tipo de Enfermedad Crónica</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin DM ni HTA	60	34,1
Diabetes Mellitas	6	3,4
Hipertensión Arterial	77	43,8
Ambas	33	18,8
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

Se observó, que la mayoría de los AM encuestados padece Hipertensión arterial, lo que se refleja en un 43,8%, y tan sólo un 3,4% padece Diabetes Mellitus.

<b>OTRAS</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin Otras	121	68,8
Otras	55	31,2
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

De la tabla se observó, que el 31,2% de los AM encuestados padecen otro tipo de enfermedad crónica que no es Diabetes Mellitus ni Hipertensión Arterial.

## TABLAS DE CONTINGENCIA

**Tabla N° 16:**

**“Grado de Relación entre Edad y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Rango de Edad	Capacidad De Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
65-70	65	44,8	15	50,0	0	0
71-75	44	30,3	8	26,7	0	0
76-80	27	18,6	3	10,0	1	100
81-85	9	6,2	4	13,3	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

**$\chi^2 = 7,722$      $P - Value = 0,259$      $P > 0,05$**

**$\gamma = - 0.014$     Sig. Aprox.= 0,932**

Se acepta la hipótesis de independendencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables edad y capacidad de resiliencia son independientes.

Se observó que no existe una asociación significativa entre edad y capacidad de resiliencia.

Según el valor del coeficiente gamma existe una asociación inversa entre las variables edad y capacidad de resiliencia, pero como la significación aproximada de Gamma es mayor que 0,05 se puede afirmar que la relación entre las variables no es estadísticamente significativa.

Se observó que el mayor porcentaje obtenido es un 44,8% que representa a los AM entre 65 - 70 años de edad, los cuales poseen una alta capacidad de resiliencia, mientras que existe sólo un 6,2% que representa al grupo etáreo entre 81 - 85 años de edad y en los AM con un mediano nivel de resiliencia el 50% se encuentra entre los 65-70 años de edad.

Tabla de N° 17:

**“Grado de Relación entre Sexo y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Sexo	Capacidad De Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	N	%	n	%	n	%
Femenino	103	71,0	19	63,3	1	100
Masculino	42	29,0	11	36,7	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

$$Chi^2 = 1,134 \quad P\text{- Value} = 0,567 \quad P > 0,05$$

Se acepta la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables sexo y capacidad de resiliencia son independientes.

Se observó que no existe una asociación significativa entre sexo y capacidad de resiliencia.

Se observó que, el 71% de los AM con una alta capacidad de resiliencia son mujeres, mientras que tan sólo un 29% son hombres; ésta tendencia se mantiene en los 3 niveles de la capacidad de resiliencia.

**Tabla N° 18:**

**“Grado de Relación entre Práctica Religiosa y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Práctica Religiosa	Capacidad Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
Practicante	112	77,2	17	56,7	1	100
No Practicante	33	22,8	13	43,3	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

$$\chi^2 = 5,806 \quad P\text{- Value} = 0,055 \quad P > 0,05$$

Se acepta la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables práctica religiosa y capacidad de resiliencia son independientes.

Se observó que no existe una asociación significativa entre práctica religiosa y capacidad de resiliencia.

Se observó que, el 77,2 % de los AM con una alta capacidad de resiliencia son practicantes, mientras que tan sólo un 22,8% no son practicantes; ésta tendencia se mantiene en los 3 niveles de la capacidad de resiliencia.

**Tabla N° 19:**

**“Grado de Relación entre Escolaridad y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Escolaridad	Capacidad Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
Básica Incompleta	56	38,6	15	50,0	0	0
Básica Completa	31	21,4	10	33,3	0	0
Media Incompleta	23	15,9	0	0	1	100
Media Completa	20	13,8	2	6,7	0	0
Educación Superior	4	2,7	1	3,3	0	0
Sin Escolaridad	11	7,6	2	6,7	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

$$Chi^2 = 14,346 \quad P - Value = 0,158 \quad P > 0,05$$

Se acepta la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables escolaridad y capacidad de resiliencia son independientes.

Se observó que no existe una asociación significativa entre escolaridad y capacidad de resiliencia.

En la tabla anterior se observó que, el 38,6 % de los AM con una alta capacidad de resiliencia tienen una escolaridad básica incompleta, mientras que tan sólo un 2,7% tiene educación superior; ésta tendencia se mantiene en los AM con mediana capacidad de resiliencia.

**Tabla N° 20:**

**“Grado de Relación entre Recepción de Dinero Mensual y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Recibe Dinero	Capacidad Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
SI	127	87,6	29	96,7	1	100
NO	18	12,4	1	3,3	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

**$\chi^2 = 2,250$      $P\text{- Value} = 0,325$      $P > 0,05$**

Se acepta la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables recepción de dinero mensual y capacidad de resiliencia son independientes.

Se observó que no existe una asociación significativa entre recepción de dinero mensual y capacidad de resiliencia.

En la tabla anterior se observó que en los 3 niveles de la capacidad de resiliencia los porcentajes más altos son los AM que si reciben dinero mensualmente, además se destaca una marcada diferencia representada por un 93,1% en los AM con mediana capacidad de resiliencia.

**Tabla N° 21:**

**“Grado de Relación entre Cantidad de Dinero y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Cantidad de Dinero Mensual	Capacidad De Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	N	%	N	%	n	%
No Recibe	18	12,4	1	3,3	0	0
Menos de \$40.000	1	0,7	0	0	0	0
Entre \$40.000- \$79.000.	72	<b>49,7</b>	21	<b>70</b>	0	0
Entre \$80.000- \$119.000	34	23,4	8	26,7	1	100
Más de \$120.000	20	13,8	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

$$Chi^2 = 11,431 \quad P - Value = 0,178 \quad P > 0,05$$

$$y = - 0,091 \quad Sig. Aprox = 0,516$$

Se acepta la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables cantidad de dinero mensual y capacidad de resiliencia son independientes.

Se observó que no existe una asociación significativa entre cantidad de dinero mensual y capacidad de resiliencia.

Según el valor del coeficiente gamma existe una asociación inversa entre las variables cantidad de dinero mensual y capacidad de resiliencia, pero como la significación aproximada de Gamma es mayor que 0,05 se puede afirmar que la relación entre las variables no es estadísticamente significativa.

Se observó que los mayores porcentajes obtenidos representan a los AM que reciben entre \$40.000 y \$79.000 mensuales, esta tendencia se refleja tanto en la alta como mediana capacidad de resiliencia.

**Tabla N° 22:**

**“Grado de Relación entre Situación de Pareja y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Situación de Pareja	Capacidad De Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
Con Pareja	75	51,7	6	20	0	0
Sin Pareja	70	48,3	24	80	1	100
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

$$\chi^2 = 10,928 \quad P\text{- Value} = 0,004 \quad P < 0,05$$

Se rechaza la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables situación de pareja y capacidad de resiliencia no son independientes.

Se observó una asociación altamente significativa entre la situación de pareja y la capacidad de resiliencia.

En la tabla anterior se observó que, en los AM con y sin pareja con una alta capacidad de resiliencia existe una leve diferencia, que se refleja en un 3,4%, mientras que en los AM con una mediana capacidad de resiliencia, existe una marcada diferencia representada por un 60%.

**Tabla N° 23:**

**“Grado de Relación entre Actividad Sexual y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Mantiene Actividad Sexual	Capacidad De Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
NO	95	65,5	27	90	1	100
SI	50	34,5	3	10	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

$$\chi^2 = 7,513 \quad P\text{- Value} = 0,023 \quad P < 0,05$$

Se rechaza la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables actividad sexual y capacidad de resiliencia no son independientes.

Se observó una asociación significativa entre actividad sexual y capacidad de resiliencia.

Se observó que en los 3 niveles de la capacidad de resiliencia los porcentajes más altos son los AM que no han mantenido actividad sexual en los últimos 6 meses.

**Tabla N° 24:**

**“Grado de Relación entre Actividades Recreativas Efectivas y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Actividades Recreativas	Capacidad De Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
NO	87	60	25	83,3	1	100
SI	58	40	5	16,7	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

**$Chi^2 = 6,449$     $P\text{- Value} = 0,040$     $P < 0,05$**

Se rechaza la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables actividades recreativas efectivas y capacidad de resiliencia no son independientes.

Se observó una asociación significativa entre actividades recreativas efectivas y capacidad de resiliencia.

Resulta interesante destacar que en los 3 niveles de la capacidad de resiliencia los porcentajes más altos son los AM que no realizan actividades recreativas efectivas.

**Tabla N° 25:**

**“Grado de Relación entre Interacción Social y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Interacción Social	Capacidad Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
Si	142	97,9	29	96,7	1	100
No	3	2,1	1	3,3	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

$$Chi^2 = 0,202 \quad P\text{- Value} = 0,90 \quad P > 0,05$$

Se acepta la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables interacción social y capacidad de resiliencia son independientes.

Se observó que no existe una asociación significativa entre interacción social y capacidad de resiliencia.

En la tabla anterior se observó que en los 3 niveles de la capacidad de resiliencia los porcentajes más altos son los AM que si mantienen una interacción social.

**Tabla N° 26:**

**“Grado de Relación entre Percepción del Estado de Animo y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Estado de Animo	Capacidad De Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	N	%	n	%
Muy Feliz	15	10,3	1	3,3	0	0
Alegre	58	40,0	9	30,0	0	0
Ni Triste Ni Feliz	61	42,1	9	30,0	1	100
Triste	9	6,2	10	33,3	0	0
Muy Triste	2	1,4	1	3,3	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

**$Chi^2 = 21,882$     $P\text{- Value} = 0,005$     $P < 0,05$**

**$\gamma = 0.374$     $Sig. Aprox = 0,026$**

Se rechaza la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables estado de ánimo y capacidad de resiliencia no son independientes.

Se observó una asociación altamente significativa entre el estado de ánimo y capacidad de resiliencia.

Puesto que la significación aproximada de Gamma es menor que 0,05 se puede afirmar que las variables estado de ánimo y capacidad de resiliencia están relacionadas y como el valor de las medidas de asociación es positivo se puede concluir que existe una relación directa, es decir, que a mejor estado de ánimo mejor es la capacidad de resiliencia.

Se observó que un 92,4% de los AM autovalentes que poseen una alta capacidad de resiliencia percibieron su estado de ánimo como muy feliz, alegre y ni triste ni feliz, mientras que un 1,4% de los AM se percibió como muy triste. A su vez se observó que un 63,3% de los AM autovalentes que poseen una mediana capacidad de resiliencia percibieron su estado de ánimo como muy feliz, alegre y ni triste ni feliz.

**Tabla N° 27:**

**“Grado de Relación entre Estado Nutricional y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Estado Nutricional	Capacidad De Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
Enflaquecido	12	8,3	9	30,0	0	0
Normal	59	40,7	12	40,0	0	0
Sobrepeso	53	36,6	7	23,3	1	100
Obeso	21	14,5	2	6,7	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

$$Chi^2 = 14,146 \quad P\text{- Value} = 0,028 \quad P < 0,05$$

$$\gamma = - 0,368 \quad \text{Sig. Aprox} = 0,024$$

Se rechaza la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables estado nutricional y capacidad de resiliencia no son independientes.

Se observó una asociación significativa entre el estado nutricional y la capacidad de resiliencia.

Puesto que la significación aproximada de Gamma es menor que 0,05 se puede afirmar que las variables estado nutricional y capacidad de resiliencia están relacionadas y como el valor de las medidas de asociación es negativo se puede concluir que existe una relación inversa, es decir, que a mayor alteración de la nutrición menor es la capacidad de resiliencia.

Es importante destacar que en los 3 niveles de la capacidad de resiliencia los AM con un estado nutricional normal están representados por sólo un 40,3%.

Se observó que sólo un 40,7% de los AM autovalentes que poseen una alta capacidad de resiliencia tienen un estado nutricional Normal, mientras que un 59,4% tiene algún tipo de alteración de la nutrición.

**Tabla N° 28:**

**“Grado de Relación entre Asistencia al Control de Salud y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Asistencia Control Salud	Capacidad De Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
SI	134	92,4	28	93,3	0	0
NO	11	7,6	2	6,7	1	100
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

**$\chi^2 = 11,666$      $P\text{- Value} = 0,003$      $P < 0,05$**

Se rechaza la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables asistencia al control de salud y capacidad de resiliencia no son independientes.

Se observó una asociación altamente significativa entre asistencia al control de salud y capacidad de resiliencia.

Se destacó que los AM que asistieron a sus controles de salud representan un 92,0% del total de la muestra, los cuales poseen una alta y mediana capacidad de resiliencia, mientras que tan sólo el 8% restante no asistió a sus controles de salud durante el último año.

**Tabla N° 29:**

**“Grado de Relación entre Enfermedad Crónica No Transmisible y Capacidad de Resiliencia en los AM Autovalentes”.**

Enfermedad Crónica	Capacidad Resiliencia					
	Alta		Media		Baja	
	n	%	n	%	n	%
SI	110	75,9	24	80	1	100
NO	35	24,1	6	20	0	0
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Idem Tabla N°1

$$\chi^2 = 0,544 \quad P\text{- Value} = 0,752 \quad P > 0,05$$

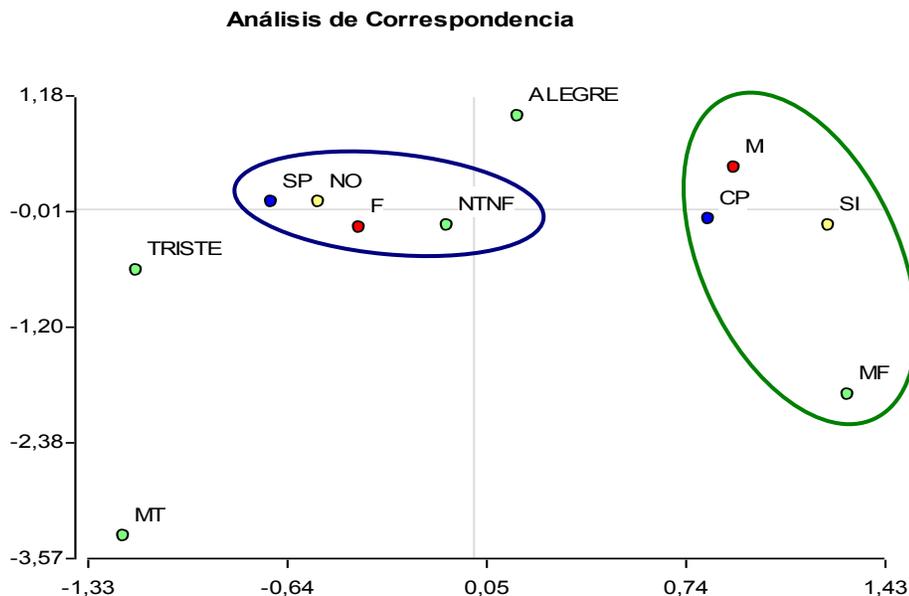
Se acepta la hipótesis de independencia ( $H_0$ ) y se puede concluir que las variables enfermedad crónica no transmisible y capacidad de resiliencia son independientes.

Se observó que no existe una asociación significativa entre enfermedad crónica no transmisible y capacidad de resiliencia.

Resulta interesante destacar que en los 3 niveles de la capacidad de resiliencia los porcentajes más altos son los AM que padecen una enfermedad crónica no transmisible diagnosticada por el médico.

## ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA

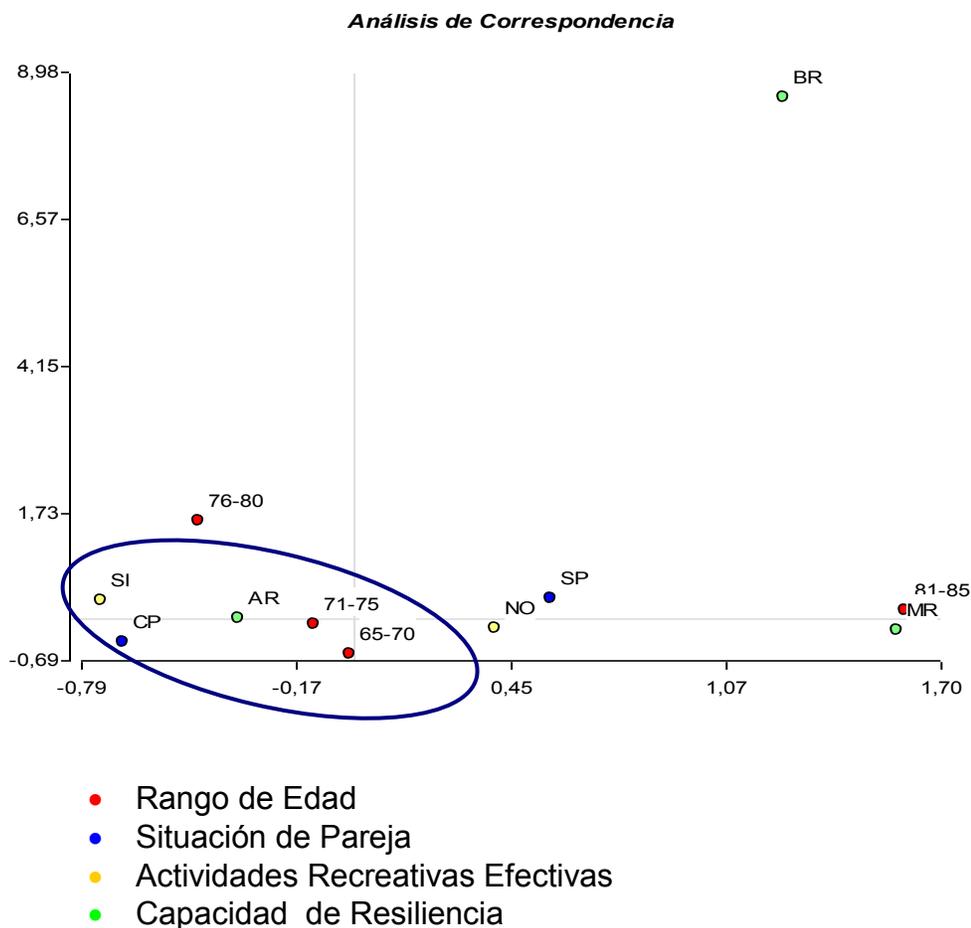
Gráfico N° 1



- Sexo
- Situación de Pareja
- Relaciones Sexuales
- Percepción del Estado de Ánimo

Del gráfico anterior se observó que las variables sexo, situación de pareja, relaciones sexuales y percepción del estado de ánimo con sus respectivas categorías, están relacionadas, por lo que se concluye que los AM del sexo femenino que están sin pareja y no han mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses perciben su estado de ánimo como ni triste ni feliz, mientras que los AM del sexo masculino que tienen pareja y han mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses perciben su estado de ánimo como muy feliz.

Gráfico N° 2



Del gráfico anterior se observó que las variables actividades recreativas efectivas, situación de pareja, edad y capacidad de resiliencia con sus respectivas categorías, están relacionadas, por lo que se concluye que los AM autovalentes que asisten efectivamente a actividades recreativas, que se encuentran con pareja y que tienen entre 65 y 75 años poseen una alta capacidad de resiliencia.

### 3.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En relación a los resultados de la investigación, se observó que:

- De los AM encuestados en este estudio se destacó que el 82,4% tiene una “Alta Capacidad de Resiliencia” y sólo un 0,6% presentó una “Baja Capacidad de Resiliencia” (Tabla 1).
  
- Se observó que el 44,8% de los AM entre 65 y 70 años poseen una “Alta Capacidad de Resiliencia”, esto puede atribuirse a que estos recién están comenzando esta etapa de la vida y no han sufrido las pérdidas propias de la vejez o por que aún se mantienen laboralmente activos lo que los incentiva a salir adelante. El estudio no mostró una asociación significativa, pero si indicó una relación inversa que no es estadísticamente significativa. No se encontró literatura que apoye estos resultados.
  
- Se determinó que las mujeres tienen una mayor Capacidad de Resiliencia en relación a los hombres (Tabla N° 17) pero esto se vio influenciado porque el sexo femenino representa el mayor porcentaje de la muestra (Tabla N° 3) pese a que ésta fue seleccionada aleatoriamente, también se puede atribuir a que los hombres son más reticentes a inscribirse en el Centro de Salud Familiar. Lo que se contradice con la investigación de Susan E. Hardy ya que el sexo y la capacidad de resiliencia no están asociados.
  
- Resulta interesante destacar que el 100% de la muestra cree en Dios, lo que se ve relacionado a que el AM en esta etapa de la vida se aferra fuertemente a la fe y espiritualidad además un gran porcentaje de los AM se considera practicante, lo que no concuerda con la investigación de Flor Jiménez ya que en nuestro estudio no se observó una asociación significativa.

- En relación a la escolaridad, el mayor porcentaje pertenece al AM con estudios básicos incompletos (Tabla N° 5) lo que puede estar asociado a que antiguamente la accesibilidad a la educación era muy compleja y no todos tenían los recursos necesarios para asistir a la escuela. La investigación de Flor Jiménez Segura concuerda con nuestro estudio ya que no existió asociación significativa entre la escolaridad y la capacidad de resiliencia.

- Con respecto a los ingresos económicos se destacó que el mayor porcentaje de los AM recibe dinero mensualmente, de los cuales la mayoría recibe entre \$40.0000 y \$79.000 mensuales (Tabla N° 6), esto se puede atribuir a que los AM inscritos en el Centro de Salud Familiar son de bajas condiciones socioeconómicas mayoritariamente. Wagnild dice que los ingresos económicos influyen en la capacidad de resiliencia, lo que no concuerda con nuestro estudio en el cual no existió una asociación significativa.

- En cuanto a la situación de pareja, el mayor porcentaje lo representan aquellos AM que no la tienen (Tabla N° 18), esto se puede atribuir a que los AM que pierden a su pareja no vuelven a iniciar otra relación. Lo que concuerda con la investigación de Gail Wagnild ya que existe una asociación altamente significativa entre la situación de pareja y capacidad de resiliencia.

- En el estudio se observó que existe un bajo porcentaje de AM que si han mantenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y que poseen una Alta Capacidad de Resiliencia (Tabla N° 19) existiendo una asociación significativa, lo que concuerda con la teoría de Johnson ya que el subsistema sexual obedece a la doble función de la procreación y la gratificación, incluye el cortejo y el emparejamiento.

- En cuanto a las actividades recreativas efectivas se observó que existe un 40% de los AM con una Alta Capacidad de Resiliencia (Tabla N° 20) existiendo una asociación significativa entre las variables, lo que concuerda con el marco

teórico ya que las investigaciones en gerontología muestran que los ancianos que no desarrollan ninguna actividad se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos por lo que se ve afectado directamente su capacidad de resiliencia

- En relación a la interacción social en los AM, el 97,7% (Tabla N° 10), mantienen buenas relaciones con sus familiares, amigos y vecinos lo que les ayuda a enfrentar de mejor manera las situaciones difíciles que se le presentan en su diario vivir. Lo que se sustenta en el marco teórico ya que la interacción social es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, para balancear la propia necesidad de simpatía y aptitud para brindarse a otros. Flor Jiménez Segura afirma que la interacción con los que les rodean, les han permitido ser activos y creativos, lo que concuerda con nuestro estudio.

- Al relacionar percepción del estado ánimo y capacidad de resiliencia en los AM, se observó que los mayores porcentajes se encuentran en las categorías 'ni triste ni feliz' y 'alegre' con una Alta Capacidad de Resiliencia (Tabla N° 21), esto puede deberse a que estas categorías son estados más estables en el tiempo a diferencia de las categorías 'muy feliz' y 'muy triste'. Existiendo una asociación significativa entre las variables, lo que no concuerda con la investigación de Susan Hardy ya que a mejor estado de ánimo mejor es la capacidad de resiliencia.

- Se observó que un 59,4% de los AM presentó algún tipo de alteración de la nutrición, ya sea por exceso o déficit con una Alta Capacidad de Resiliencia (Tabla N° 22) esto puede deberse a que el nivel socioeconómico no les permite adquirir productos alimenticios, necesarios para su dieta que son de alto costo o por desconocimiento de los factores de riesgo a los cuales están expuestos, como también no presentan un interés personal por mantener un peso adecuado.

Existiendo una asociación significativa e inversa. No se encontró literatura que apoye estos resultados.

- Cabe destacar que un gran porcentaje de AM asiste a sus controles de salud (Tabla N° 13) y en relación a la capacidad de resiliencia estas variables tienen una asociación altamente significativa ya que el AM al asistir a sus controles de salud fomenta su capacidad de resiliencia, lo que se puede relacionar a que se brinda una instancia en la cual el AM cuenta sus problemas y preocupaciones, además se siente escuchado, comprendido y apoyado por el equipo de salud. No se encontró literatura que apoye estos resultados

- Se determinó que el mayor porcentaje de AM presentó una enfermedad crónica con una alta capacidad de resiliencia (Tabla N° 24) esto puede atribuirse a los estilos de vida adoptados, a condiciones personales y hereditarias que lo predisponen, no existiendo una asociación significativa entre las variables. No se encontró literatura que apoye estos resultados.

## **IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

### **4.1 CONCLUSIONES**

El estudio “Factores Relacionados a la Capacidad de Resiliencia en el Adulto Mayor Autovalente del CESFAM de Chillán Viejo” permitió concluir que:

Al cruzar la variable dependiente capacidad de resiliencia con las variables sociodemográficas, estilos de vida y de salud, resultaron estadísticamente significativas, las variables situación de pareja, relaciones sexuales, actividades recreativas efectivas, percepción del estado de ánimo, estado nutricional y asistencia a control salud; a la vez no resultaron estadísticamente significativas las variables edad, sexo, creencia en Dios, escolaridad, ingreso económico, interacción social y enfermedad crónica no transmisible.

En relación a la variable edad según el coeficiente gamma existe una asociación inversa entre las variables pero no es estadísticamente significativa. Por su parte la variable ingreso económico, según el coeficiente gamma tiene una asociación inversa entre las variables pero no es estadísticamente significativa. La variable estado de ánimo resultó ser directa y estadísticamente significativa y por último la variable estado nutricional tiene una asociación directa y es estadísticamente significativa.

Del total de AM Autovalentes encuestados el 82,4% presentó una alta capacidad de Resiliencia, un 17% presentó una mediana capacidad de resiliencia y sólo un 0,6% presentó una baja capacidad de resiliencia.

La muestra estuvo constituida principalmente por: AM autovalentes entre los 65 y 70 años de edad(45,5%), predominando el sexo femenino(69,9%), la totalidad de la muestra cree en Dios(100%) de los cuales un 73,9% se consideró practicante . El 40,3% tiene estudios básicos incompletos, se encuentran sin pareja el 54% y el 69,9% no ha mantenido relaciones sexuales durante los últimos 6 meses.

Un 89,2% si recibe dinero mensualmente y la suma de dinero fluctúa entre los \$40.000 y \$79.000 (52,8%). El mayor porcentaje no participa en actividades recreativas (64,2%) pero el 97,7% mantiene buena interacción social y la mayoría se percibió con un estado de ánimo “ni triste ni feliz” (40,3%). El 59,7% presentó alteración del estado nutricional ya sea por exceso o por déficit. En el último año el 92% de los AM asistió a sus controles de salud en el consultorio y el 76,7% presenta una enfermedad crónica no transmisible.

Del total de la muestra existió un 0,6% que representa a una persona con una baja capacidad de resiliencia la cual tiene un rango de edad entre 76 – 80 años, es del sexo femenino, sin pareja actual, no ha mantenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, no participa en actividades recreativas efectivas en la comunidad, su percepción del estado de ánimo fue ni triste ni feliz, su estado nutricional fue sobrepeso y no asistió a sus controles de salud en el último año.

En el estudio se observó, que existe una tendencia en que los AM del sexo femenino que están sin pareja y no han mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses, perciben su estado de ánimo como ni triste ni feliz, mientras que los AM del sexo masculino que tienen pareja y han mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses perciben su estado de ánimo como muy feliz.

Se observó también una tendencia en relación a la alta capacidad de resiliencia en los AM autovalentes que asisten efectivamente a actividades recreativas, que poseen pareja y que tienen entre 65 y 75 años de edad.

## 4.2 SUGERENCIAS.

- Realizar estudios comparativos relacionados con la capacidad de Resiliencia entre:
  - AM Autovalentes y dependientes.
  - AM de zona rural y urbana.
- Difundir los resultados obtenidos en las instituciones involucradas para incentivar el cambio.
- Realizar investigaciones que contemplen otros CESFAM de la comuna de Chillán.
- Dar a conocer y difundir el concepto de resiliencia entre los profesional del área de la salud.
- Estudiar con profundidad las variables significativas, con el fin de implementar medidas destinadas a aumentar la capacidad de resiliencia del AM.
- Crear programas educativos que permitan potenciar la capacidad de resiliencia en los AM.
- Incentivar al equipo de salud a formular proyectos, en base a los resultados obtenidos, que vayan en beneficio de la calidad de vida de los AM.
- Realizar futuras investigaciones con un enfoque multimodal que permitan comprender, analizar y obtener conclusiones más completas.
- Se considera necesario investigar la realidad existente en otros CESFAM del país de tal modo que sea posible la generalización de los datos.

### **4.3 LIMITACIONES.**

- Dificultad para acceder a literatura relacionada a la capacidad de resiliencia del AM.
- Falta de actualización en registros de las direcciones de los AM pertenecientes al universo de la investigación.
- Existe desconocimiento del concepto de Resiliencia por parte del equipo de salud y la comunidad.
- Existencia de escasa literatura a nivel nacional relacionada a la capacidad de resiliencia en el AM.
- Dificultad en la aplicación del instrumento recolector, debido a que la clasificación del EFAM es distinta a la realidad actual.
- La mayoría de los textos relacionados con la capacidad de resiliencia en el AM se encuentran editados en inglés, que entorpece la recopilación y análisis de la información.
- El formulario EFAM no contiene registros sobre el domicilio del usuario, lo que hace necesario la utilización de mayor cantidad de tiempo para recolectar las direcciones.
- Dificultad en la obtención de la escala de resiliencia.
- La aplicación del instrumento requiere de gran disponibilidad de tiempo, ya que se realiza mediante visitas domiciliarias.

- Inexistencia de investigaciones a nivel nacional relacionadas a la capacidad de resiliencia en el AM.
- Alto costo económico para efectuar la aplicación del instrumento recolector.

## V. BIBLIOGRAFÍA

1. Sanhueza Parra, M. y col. Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto en Salud. [en línea]. Concepción, 2005. [Fecha de Consulta: 2 de noviembre de 2006] Disponible en Internet [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext)
2. Instituto Nacional de Estadística. Síntesis Censal [en línea] Chile: INE, 2003, [Fecha de Consulta: 28 de septiembre 2006] Disponible en Internet: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>
3. Viguera, Virginia. Resiliencia y adultos mayores, Introducción a su estudio [en línea] TIEMPO, 2004 [Fecha de Consulta: 15 de Septiembre 2006] Disponible en Internet: <http://www.psicomundo.com/>
4. Ministerio de Salud. Funcionalidad del Adulto Mayor y aplicación del instrumento predictor de pérdida de funcionalidad EFAM-Chile [en línea] Chile, 2006 [Fecha de Consulta: 25 de noviembre 2006]. Disponible en Internet: [http://www.minsal.cl/ici/adulto\\_mayor/funcionalidad\\_adulto\\_mayor\\_efam\\_chile.doc](http://www.minsal.cl/ici/adulto_mayor/funcionalidad_adulto_mayor_efam_chile.doc)
5. Gándara Martín, Jesús. Envejecer en soledad: repercusiones psicopatológicas de la soledad en los ancianos, 1a ed. Madrid, España: Popular, 1995. 1 v. 190p
6. Moreno Segovia, Eva, Miles Avello, Javier. Catastro de Población Adulto Mayor. [en línea]. Santiago: SENAMA, 2003. [Fecha de Consulta: 25 de noviembre 2006]. Disponible en Internet: <http://www.senama.cl/Archivos/967.pdf>

7. Ministerio de Salud. Funcionalidad del Adulto Mayor y aplicación del instrumento predictor de pérdida de funcionalidad EFAM-Chile [en línea] Chile, 2006 [Fecha de Consulta: 25 de noviembre 2006]. Disponible en Internet: [http://www.minsal.cl/ici/adulto mayor/Instructivo aplicacion EFAM.doc](http://www.minsal.cl/ici/adulto%20mayor/Instructivo_aplicacion_EFAM.doc)
8. Kotliarenco, María angélica, Cáceres, Irma, Fontecilla, Marcelo. Estado del Arte en Resiliencia [en línea] MAK, 1999, [Fecha de Consulta: 19 de agosto 2006] Disponible en Internet: <http://www.resiliencia.cl/investig/nres.pdf>
9. Manciaux, Michelle. La resiliencia: resistir y rehacerse, 1a ed. Barcelona, España: Gedisa, 2003. 1 v. 318p
10. Walsh, Froma. Resiliencia Familiar, 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 2004 1v 443p
11. Melillo, Aldo y col. Resiliencia y Subjetividad, 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2004 1v 360p
12. Melillo, Aldo y col. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas, 1ª ed, Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2005 1v 85p
13. Tagle, Soledad. Propuestas al equipo de salud para promover la resiliencia. Pediatría al Día, Julio/Agosto 2005, vol 21, n°3, p. 43 – 47
14. Potter, Patricia A, Perry, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermería: Teoría y Práctica, 3a ed. Madrid, España: Mosby/Doyma, 1996. 1v 1267p
15. Marriner Tomer, Ann, Raile Alligood, Martha. Modelos y Teoría en Enfermería, 4a ed. Madrid, España: Hartcourt/Brace, 1999 1v 555p

16. Segura Jiménez, Flor y Arguedas Negrini, Irma. Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años [en línea] INE, 2004 [Fecha de Consulta 27 de agosto 2006] Disponible en Internet: <http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/2-2004/archivos/rasgos.pdf>
17. Hardy, Susan E. Concato, John. Gill, Thomas M. Resiliencia de personas mayores viviendo en la comunidad, Geriatric Society Am, 2004, vol 52, p 257 - 262
18. Wagnild, G. Resilience and Successful Aging: Comparison among low and high income older adults, Journal of Gerontological Nursing, diciembre 2003, vol 29, nº 12, p 42 – 49.
19. Pardo Merino, Pedro. Análisis de Datos Categóricos, 1a ed. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2002 1v 31 – 51 p
20. Hernández [Fecha de Consulta: 08 de abril de 2007] Disponible en Internet: <http://www2.tap-cosur.edu.mx/fi/Documentos/Hern%C3%A1ndez%202.DOC>

## **VI. ANEXOS**

## ANEXO 1

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Capacidad de Resiliencia</b>		Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por ella. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez.	<p>- Escala de Resiliencia (anexo 7)</p> <p>Puntajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 125 – 97: Alto Nivel de resiliencia.</li> <li>✓ 96 – 71: Medio Nivel de resiliencia.</li> <li>✓ Menos de 71: Bajo Nivel de resiliencia.</li> </ul>
VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Edad</b>	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento de recolección de los datos para la investigación, expresado en años.	<p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Entre 65 -70 años</li> <li>b) Entre 71 -75 años</li> <li>c) Entre 76 - 80 años</li> <li>d) Entre 81 - 85 años</li> </ul>
	<b>Sexo</b>	Condición fisiológica que diferencia al hombre de la mujer al momento de nacer, determinado cromosómicamente.	<p>Se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Femenino</li> <li>b) Masculino</li> </ul>

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Creencia en Dios</b>	<p>Creencias y vivencias trascendentales que guían y ordenan la vida de los Adultos Mayores de acuerdo a su Fe en un ser superior.</p>	<p>Se clasifica en:                      a) No, creo                      b) Sí, creo</p> <p>Si la respuesta es sí, usted se considera:</p> <p>I) Practicante: Adulto mayor que además de creer en Dios, está asistiendo al lugar de reunión, en períodos establecidos por su religión.</p> <p>II) No Practicante: Adulto Mayor que cree en Dios pero no asiste al lugar de reunión.</p>
	<b>Escolaridad</b>	<p>Nivel de instrucción logrado a través del sistema educacional.</p>	<p>Se clasifica en :</p> <p>a) Nunca asistí a la escuela                      b) Básica incompleta                      c) Básica completa                      d) Media incompleta                      e) Media completa                      f) Educación Superior</p>

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Ingreso Económico</b>	Cantidad de dinero que recibe el Adulto Mayor mensualmente para satisfacer sus necesidades.	Se clasifica en:  a) No recibo b) Si recibo  Si la respuesta es si, ¿Cuánto?  I.- Menos de \$40.000 mensuales II.- \$40.000 – \$79.000 mensuales III.- \$80.000 – \$119.000 mensuales IV.- Más de \$120.000 mensuales
	<b>Situación de pareja</b>	Situación de la persona en relación al vínculo matrimonial o afectivo a la fecha de la aplicación del instrumento.	Se clasifica en:  a) Con pareja b) Sin pareja

<b>Estilos De Vida</b>	<b>Actividad Sexual</b>	Relación sexual en los últimos 6 meses que responde a una base fisiológica y a los cambios hormonales que se producen en el organismo.	Se clasifica en: a) Si b) No
	<b>Actividades Recreativas Efectivas</b>	Participación activa o asistencia periódica a actividades que se realizan en grupos de la comunidad.	Se clasifica en: a) Si b) No
	<b>Interacción Social</b>	Acción o influencia recíproca entre dos o más personas, familiares, amistades o vecinos.	Se clasifica en: a) Si b) No
	<b>Percepción Del Estado De Ánimo</b>	Estado de emocionalidad interna de una persona, al momento de la aplicación del instrumento.	Se clasifica en: a) Muy feliz b) Alegre c) Ni triste, ni feliz d) Triste e) Muy triste

<b>Salud</b>	<b>Estado Nutricional</b>	Relación entre peso y talla del adulto mayor, según datos obtenidos al momento de aplicar el instrumento.	Se clasifica en: a) Enflaquecido: < 23 b) Normal: 23.1 – 27.9 c) Sobrepeso: 28 – 31.9 d) Obeso: > 32
	<b>Asistencia Al Control De Salud</b>	Concurrencia en el último año a las citaciones del CESFAM para la revisión del estado de salud del AM.	Se clasifica en: a) Si b) No
	<b>Enfermedad Crónica No Transmisible</b>	Enfermedades que el AM refiere presentar al momento de aplicar el cuestionario como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, ambas y otras.	Se clasifica en: a) Hipertensión Arterial b) Diabetes Mellitus c) Ambas. d) Otras.

## ANEXO 2

Escuela de Enfermería

OFICIO N°21/07

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, 19 enero de 2007

**A** : **SRA. LEYLA JARDÚA ELJATIB**  
DIRECTORA – CENTRO SALUD FAMILIAR “LOS VOLCANES”.

**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 V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: **“Factores relacionados a la Capacidad de Resiliencia en el Adulto Mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo”**, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

### **NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:**

- Pablo Flores Leone	13.861.115-9
- Carolina Gómez Muñoz	15.756.742-K
- Katherinne Reyes Escalona	15.877.758-4
- Lilian Romero Díaz	15.757.042-0

### **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 autovalentes que reciben atención en el Centro de Salud Familiar que usted dirige, consistente en un Cuestionario que será aplicado a una muestra similar a la definitiva.

Es propicio señalar, que de otorgar la Autorización respectiva, la recolección de tales datos, se realizaría durante el mes de febrero 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,



Directora Escuela de Enfermería  
e-mail: • [espino@ubiobio.cl](mailto:espino@ubiobio.cl)  
Fono: ☎ (042) 253085

EEL/ssc

c.c.:

-  Sra. Edith Poblete Jarpa – Enfermera Coordinadora, Centro de Salud Familiar “Los Volcanes”
-  Archivo Escuela de Enfermería.

**Escuela de Enfermería**

OFICIO N°41/07  
MAT.: Solicita Autorización  
**CHILLÁN, 14 marzo de 2007**

**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 V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: **“Factores relacionados a la Capacidad de Resiliencia en el Adulto Mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo”** con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

**NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:**

- Pablo Esteban Flores Leone	13.861.115-9
- Carolina Andrea Gómez Muñoz	15.756.742-k
- Katherine Stephanie Reyes Escalona	15.877.758-4
- Lilian Andrea Romero Diaz	15.757.042-0

**Propósito de Tesis**

- **Conocer los factores relacionados a la Capacidad de Residencia en el Adulto Mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo.**

**Objetivos Generales Tesis:**

- Identificar que factores sociodemográficos influyen en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor Autovalente.
- Identificar los estilos de vida que influyen en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.
- Conocer que factores de salud influyen en la capacidad de resiliencia del Adulto Mayor.

**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 autovalentes 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 toda atención,

  
**ELENA ESPINOZA LAVOZ**  
Directora Escuela de Enfermería  
e-mail: • [elospino@ubiobio.cl](mailto:elospino@ubiobio.cl)  
Fono: ☎ (042) 253085

EEL/ssc

c.c.:

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

## ANEXO 4



**Universidad del Bío-Bío**  
**FACSA**  
**Escuela de Enfermería**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos alumnos de quinto año de la carrera de Enfermería y estamos efectuando nuestra tesis, la cual es prerequisite para optar al grado de licenciatura. La presente investigación tiene como propósito conocer “Los Factores relacionados a la capacidad de resiliencia en el Adulto Mayor autovalente del CESFAM de Chillán Viejo”,

Razón por la cual solicitamos a usted 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 usted entregará y los resultados, serán manejados solo 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:

- |                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| - Pablo Esteban Flores Leone          | 13.861.115 - 9 |
| - Carolina Andrea Gómez Muñoz         | 15.756.742 - k |
| - Katherinne Stephanie Reyes Escalona | 15.877.758 - 4 |
| - Lilian Andrea Romero Diaz           | 15.757.042 – 0 |

#### 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,.....2007

## ANEXO 5

### INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

Caso N°: \_\_\_\_\_

*Estado Nutricional:* Enflaquecido  Normal   Sobrepeso   Obeso

### CUESTIONARIO

- **Por favor, encierre en un círculo la alternativa que más representa su realidad actual.**

1.- Su edad es:.....

2.- Su sexo es:

- a) Femenino
- b) Masculino

3.- ¿Usted cree en Dios?

- a) No, creo
- b) Sí, creo

- Si la **respuesta anterior** es **si**, usted se considera:

- I) Practicante
- II) No practicante

4.- ¿Hasta que curso llegó?

- a) Nunca asistí a la escuela
- b) Básica incompleta
- c) Básica completa
- d) Media incompleta
- e) Media completa
- f) Educación Superior

5.- ¿Mensualmente usted recibe dinero?

- a) No recibo
- b) Si recibo

- Si la **respuesta anterior** es **si**, ¿Cuánto es la suma que recibe aproximadamente?

- I) Menos de \$ 40.000 mensuales
- II) Entre \$ 40.000 – \$ 79.000 mensuales
- III) Entre \$ 80.000 – \$ 119.000 mensuales
- IV) Más de \$ 120.000 mensuales

6.- ¿Cuál es su situación de pareja actual?

- a) Con pareja
- b) Sin pareja

7.- En los últimos 6 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales?

- a) Si
- b) No

8.- ¿Participa en actividades recreativas que se realizan en la comunidad habitualmente?

- a) Si
- b) No

9.- ¿Mantiene buenas relaciones con familiares, amistades, vecinos y otras personas de la comunidad?

- a) Si
- b) No

10.- En este momento, ¿como se siente?

- a) Muy feliz
- b) Alegre
- c) Ni triste, ni feliz
- d) Triste
- e) Muy triste

11.- En el **último año**, ¿asistió a sus controles de salud en el consultorio?

- a) Si
- b) No

12.- ¿Usted Padece alguna enfermedad crónica diagnosticada por el médico?

- a) Si
- b) No

-Si la **respuesta anterior** es **si**, ¿cuál o cuáles son?:

- I) Hipertensión Arterial
- II) Diabetes

Otras: .....

## **ESCALA DE RESILIENCIA**

**Instrucciones:** Por favor, lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque con una cruz el cuadrado que más se asemeje a su respuesta.

**1. Cuando hago planes los llevo a cabo**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**2. Logro lo que me propongo de una manera u otra**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**3. Puedo valerme por mi mismo más que de los demás**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**4. Mantengo un constante interés en mis asuntos personales**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**5. Puedo arreglármelas solo, si debo hacerlo**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**6. Estoy orgulloso de haber logrado mis metas en la vida**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**7. Generalmente me tomo las cosas con calma**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**8. Me agrada como soy**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**9. Siento que soy capaz de hacer varias cosas a la vez**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**10. Me considero una persona decidida**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**11. Me pregunto el porqué de las cosas**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces

- 4  La mayoría de las veces  
5  Siempre

**12. Disfruto el día a día**

- 1  Nunca  
2  Rara vez  
3  A veces  
4  La mayoría de las veces  
5  Siempre

**13. Puedo salir adelante frente a los problemas porque ya los he vivido**

- 1  Nunca  
2  Rara vez  
3  A veces  
4  La mayoría de las veces  
5  Siempre

**14. Me considero una persona responsable**

- 1  Nunca  
2  Rara vez  
3  A veces  
4  La mayoría de las veces  
5  Siempre

**15. Mantengo interés en las cosas que hago**

- 1  Nunca  
2  Rara vez  
3  A veces  
4  La mayoría de las veces  
5  Siempre

**16. Durante el día, tengo un motivo para reírme**

- 1  Nunca  
2  Rara vez  
3  A veces  
4  La mayoría de las veces  
5  Siempre

**17. La confianza que tengo en mí, me ayuda a enfrentar momentos difíciles**

- 1  Nunca

- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**18. En una emergencia, las personas pueden contar conmigo**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**19. Veo las situaciones desde varios puntos de vista**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**20. Me guste o no, me esfuerzo por hacer las cosas**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**21. Siento que mi vida tiene sentido**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**22. Gasto mi tiempo en cosas que no tienen solución**

- 1  Siempre
- 2  La mayoría de las veces
- 3  A veces
- 4  Rara vez
- 5  Nunca

**23. Normalmente, cuando estoy en una situación difícil encuentro como salir de ella**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**24. Tengo la capacidad suficiente para hacer lo que debo hacer**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**25. Me afecta si hay personas a las que no les simpatizo**

- 1  Siempre
- 2  La mayoría de las veces
- 3  A veces
- 4  Rara vez
- 5  Nunca

Puntaje	Nº	TOTAL
1		
2		
3		
4		
5		

**Instrumento validado por prueba piloto  
y modificado por los autores: Flores  
Leone Pablo, Gómez Muñoz Carolina,  
Reyes Escalona Catherine, Romeros Díaz Lilian.**

<b>Puntaje Total</b>	
<b>Nivel Resiliencia</b>	

## ANEXO 6

### ESCALA DE RESILIENCIA ELABORADA POR WAGNILD & YOUNG.

Por favor encierre en un círculo el número que indica lo que usted piensa de cada afirmación, siendo 1 “Totalmente en desacuerdo”, 4 “ni en desacuerdo ni en acuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”.

Ejemplo:

a) Cuando discuto con alguien, después me siento mal

1      2      3      4      **5**      6      7

1. Cuando hago planes los llevo a cabo

1      2      3      4      5      6      7

2. Logro mis objetivos de un modo u otro

1      2      3      4      5      6      7

3. Puedo depender de mí más que del resto

1      2      3      4      5      6      7

4. Mantengo un constante interés en mis asuntos personales

1      2      3      4      5      6      7

5. Puedo arreglármelas solo, si debo hacerlo

1      2      3      4      5      6      7

6. Estoy orgulloso de haber logrado metas en mi vida

1      2      3      4      5      6      7

7. Generalmente me tomo las cosas con calma

1      2      3      4      5      6      7

8. Me agrada como soy

1      2      3      4      5      6      7

9. Siento que puedo manejar varias cosas a la vez

1      2      3      4      5      6      7

10. Soy decidido

1      2      3      4      5      6      7

11. Regularmente me cuestiono el sentido de las cosas

1 2 3 4 5 6 7

12. Vivo el día a día

1 2 3 4 5 6 7

13. Puedo sobreponerme a dificultades porque las he experimentado anteriormente

1 2 3 4 5 6 7

14. Soy disciplinado

1 2 3 4 5 6 7

15. Mantengo interés en las cosas

1 2 3 4 5 6 7

16. Siempre tengo un motivo para reírme

1 2 3 4 5 6 7

17. La confianza que tengo en mi, me ayuda a enfrentar momentos difíciles

1 2 3 4 5 6 7

18. En una emergencia, la gente puede contar conmigo

1 2 3 4 5 6 7

19. Veo las situaciones desde varias perspectivas

1 2 3 4 5 6 7

20. Me esfuerzo en hacer cosas , me gusten o no

1 2 3 4 5 6 7

21. Mi vida tiene sentido

1 2 3 4 5 6 7

22. No gasto energía en cosas que no tienen solución

1 2 3 4 5 6 7

23. Cuando estoy en una situación difícil, normalmente encuentro cómo salir de ella

1 2 3 4 5 6 7

24. Tengo suficiente energía para hacer lo que debo hacer

1 2 3 4 5 6 7

25. No me importa si hay gente a la que no le agrado

1      2      3      4      5      6      7

Extraído de **Wagnild, G.** *Resilience and Successful Aging: Comparison among low and high income older adults*, *Journal of Gerontological Nursing*, diciembre 2003, vol 29, n° 12, p 44

## ANEXO 7

### **ESCALA DE RESILIENCIA MODIFICADA**

**Instrucciones:** Por favor, lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque con una cruz el cuadrado que más se asemeje a su respuesta.

**1. Cuando hago planes los llevo a cabo**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**2. Logro lo que me propongo de una manera u otra**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**3. Puedo valerme por mi mismo más que de los demás**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**4. Mantengo un constante interés en mis asuntos personales**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**5. Puedo arreglármelas solo, si debo hacerlo**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**6. Estoy orgulloso de haber logrado mis metas en la vida**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**7. Generalmente me tomo las cosas con calma**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**8. Me agrada como soy**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**9. Siento que soy capaz de hacer varias cosas a la vez**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**10. Me considero una persona decidida**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**11. Me pregunto el porqué de las cosas**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces

5  Siempre

**12. Disfruto el día a día**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**13. Puedo salir adelante frente a los problemas porque ya los he vivido**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**14. Me considero una persona responsable**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**15. Mantengo interés en las cosas que hago**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**16. Durante el día, tengo un motivo para reírme**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**17. La confianza que tengo en mí, me ayuda a enfrentar momentos difíciles**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez

- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**18. En una emergencia, las personas pueden contar conmigo**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**19. Veo las situaciones desde varios puntos de vista**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**20. Me guste o no, me esfuerzo por hacer las cosas**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**21. Siento que mi vida tiene sentido**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**22. Gasto mi tiempo en cosas que no tienen solución**

- 1  Siempre
- 2  La mayoría de las veces
- 3  A veces
- 4  Rara vez
- 5  Nunca

**23. Normalmente, cuando estoy en una situación difícil encuentro como salir de ella**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

**24. Tengo la capacidad suficiente para hacer lo que debo hacer**

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  A veces
- 4  La mayoría de las veces
- 5  Siempre

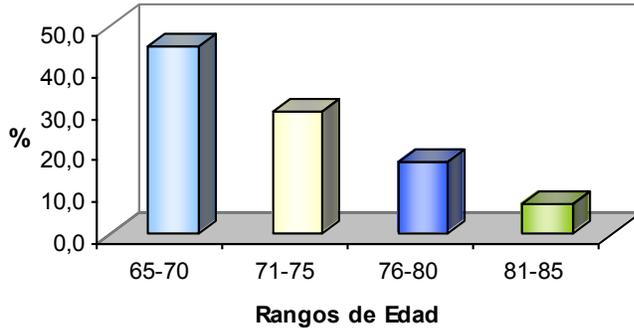
**25. Me afecta si hay personas a las que no les simpatizo**

- 1  Siempre
- 2  La mayoría de las veces
- 3  A veces
- 4  Rara vez
- 5  Nunca

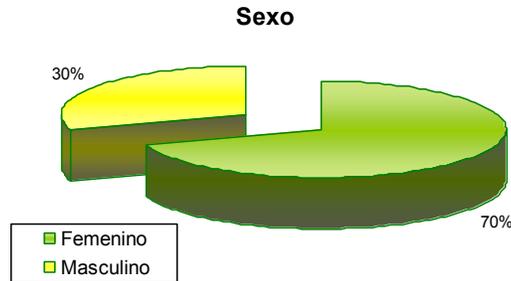
**Escala validada por prueba piloto y modificada por los autores: Flores Leone Pablo, Gómez Muñoz Carolina, Reyes Escalona Katherinne, Romeros Díaz Lilian.**

## ANEXO 8 GRAFICOS DE FRECUENCIA

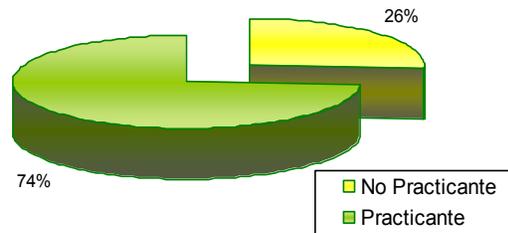
**Gráfico 8.1:** Distribución Porcentual de AM según edad.



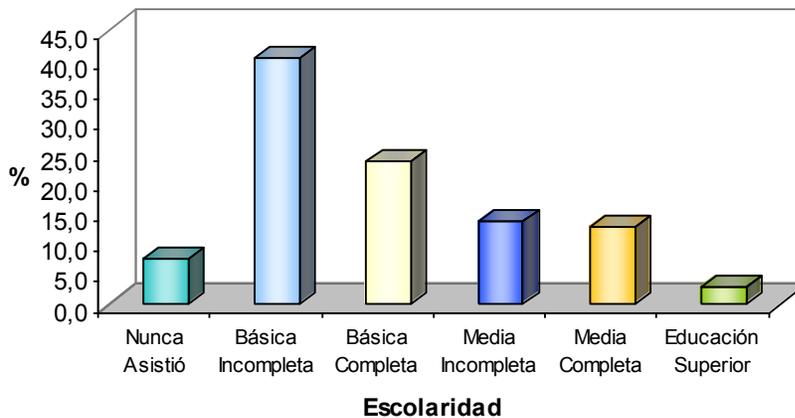
**Gráfico 8.2:** Distribución Porcentual de AM según Sexo.



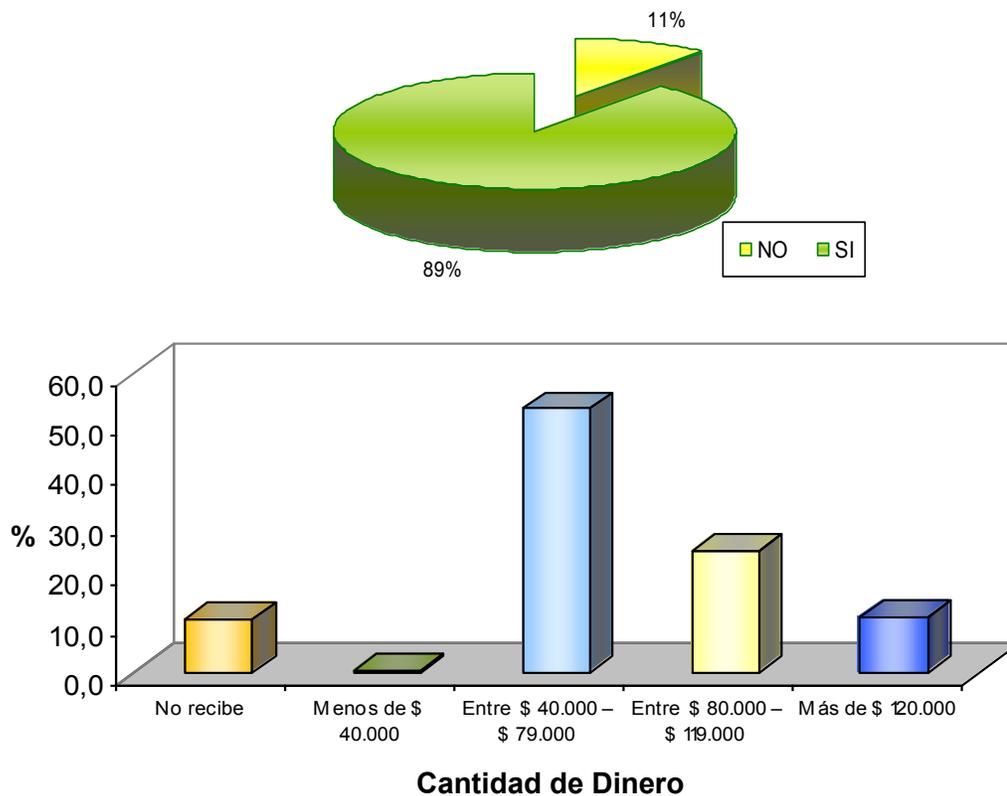
**Gráfico 8.3:** Distribución Porcentual de AM según Creencia en Dios.



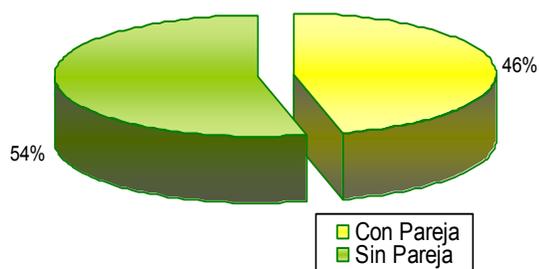
**Gráfico 8.4:** Distribución Porcentual de AM según Escolaridad.



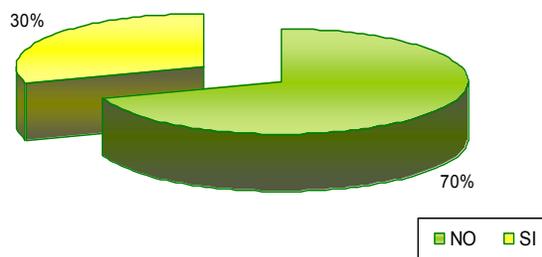
**Gráfico 8.5:** Distribución Porcentual de AM según Ingreso Económico.



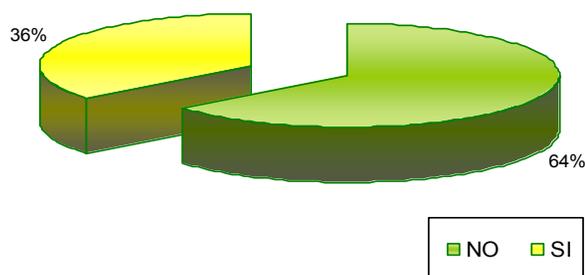
**Gráfico 8.6:** Distribución Porcentual de AM según Situación de Pareja.



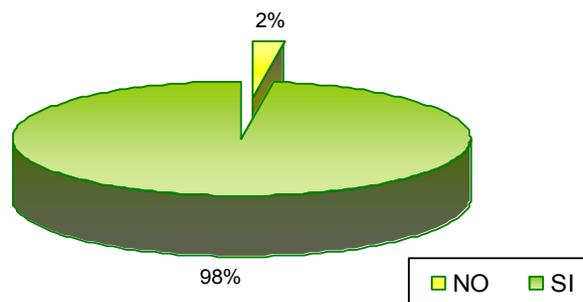
**Gráfico 8.7:** Distribución Porcentual de AM según Actividad sexual.



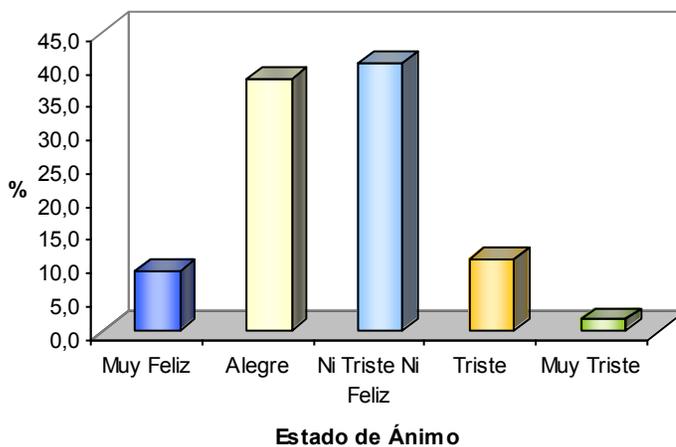
**Gráfico 8.8:** Distribución Porcentual de AM según Actividades recreativas efectivas.



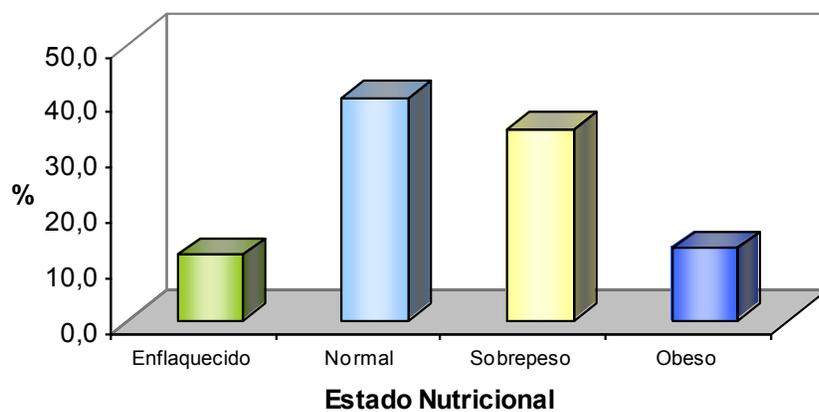
**Gráfico 8.9:** Distribución Porcentual de AM según Interacción Social.



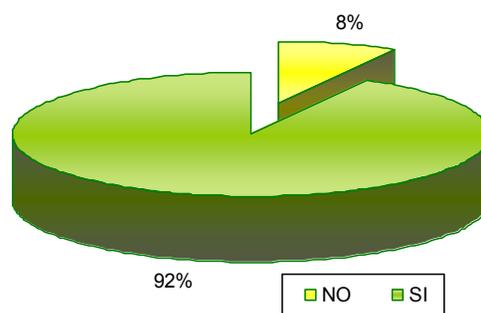
**Gráfico 8.10:** Distribución Porcentual de AM según Percepción del estado de ánimo.



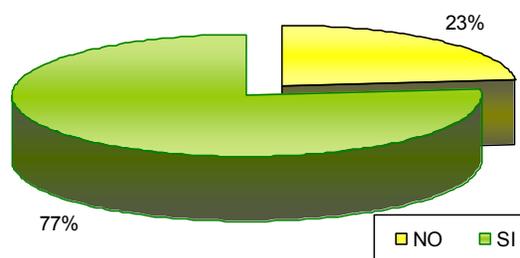
**Gráfico 8.11:** Distribución Porcentual de AM según Estado nutricional.



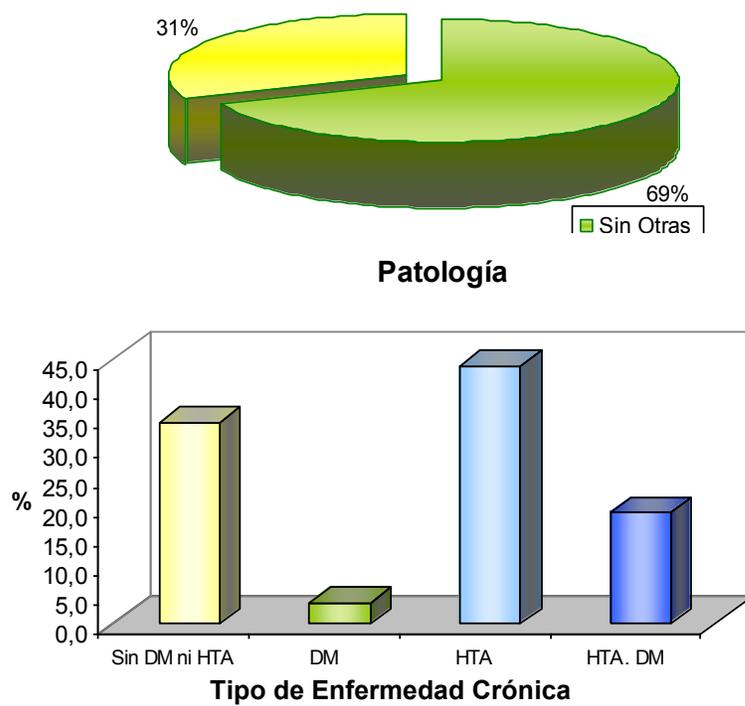
**Gráfico 8.12:** Distribución Porcentual de AM según Asistencia al control de salud.



**Gráfico 8.13:** Distribución Porcentual de AM según Enfermedad crónica no transmisible.



**Gráfico 8.14:** Distribución Porcentual de AM según Tipo de Enfermedad Crónica.

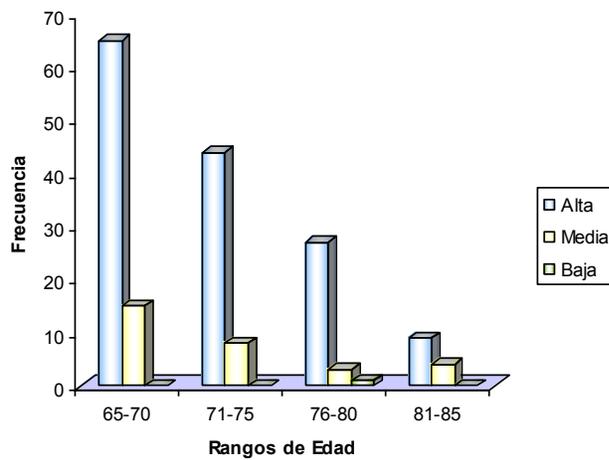


**Tipo de Enfermedad Crónica**

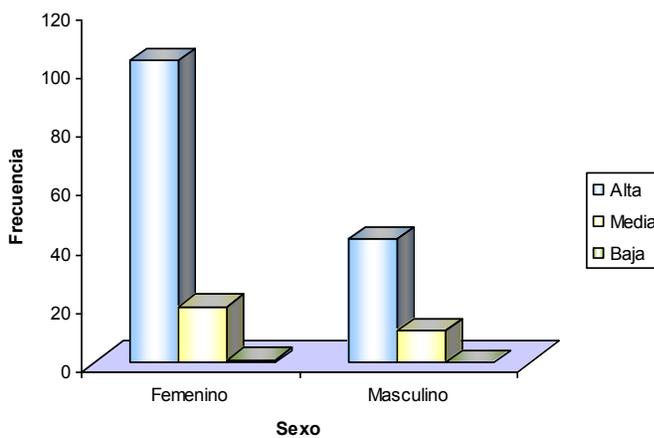
## ANEXO 9

### GRAFICOS DE CONTINGENCIA.

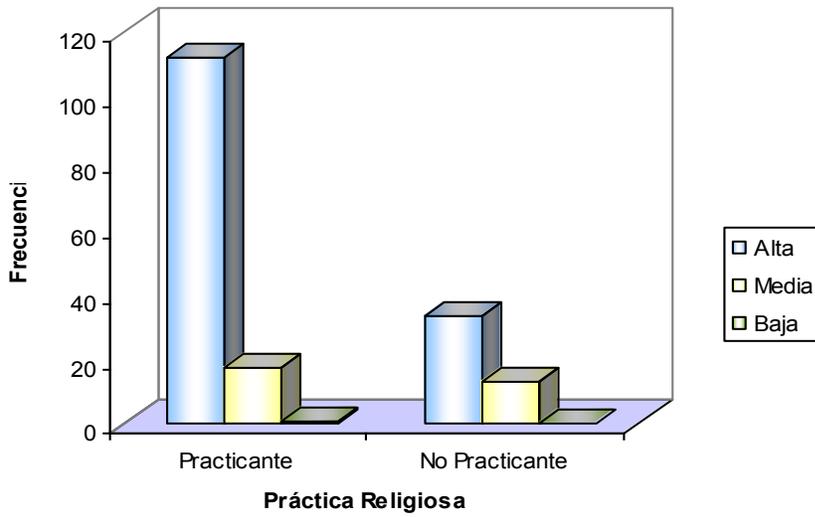
**Gráfico 9.1:** Rango de Edad y Capacidad de Resiliencia.



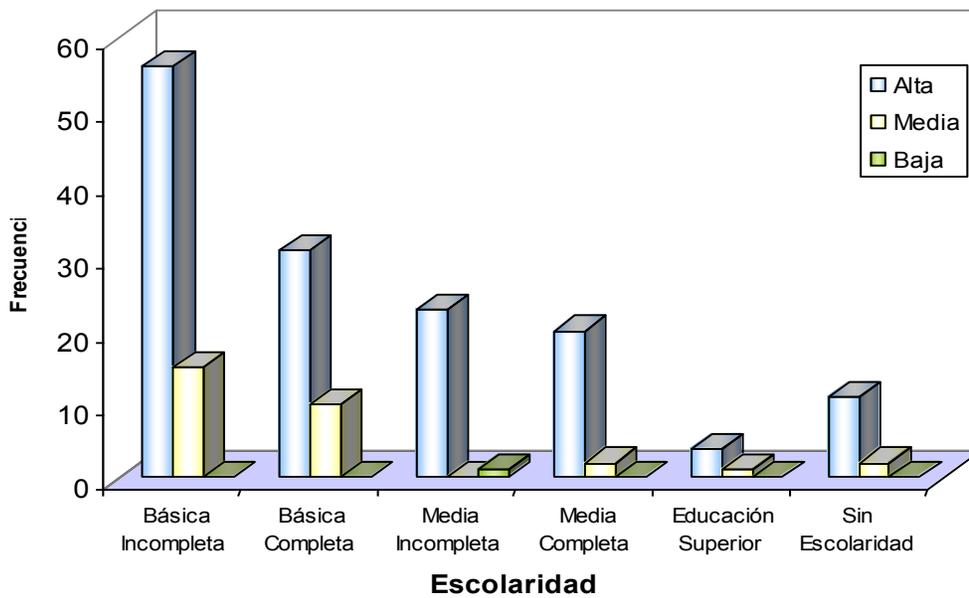
**Gráfico 9.2:** Sexo y Capacidad de Resiliencia.



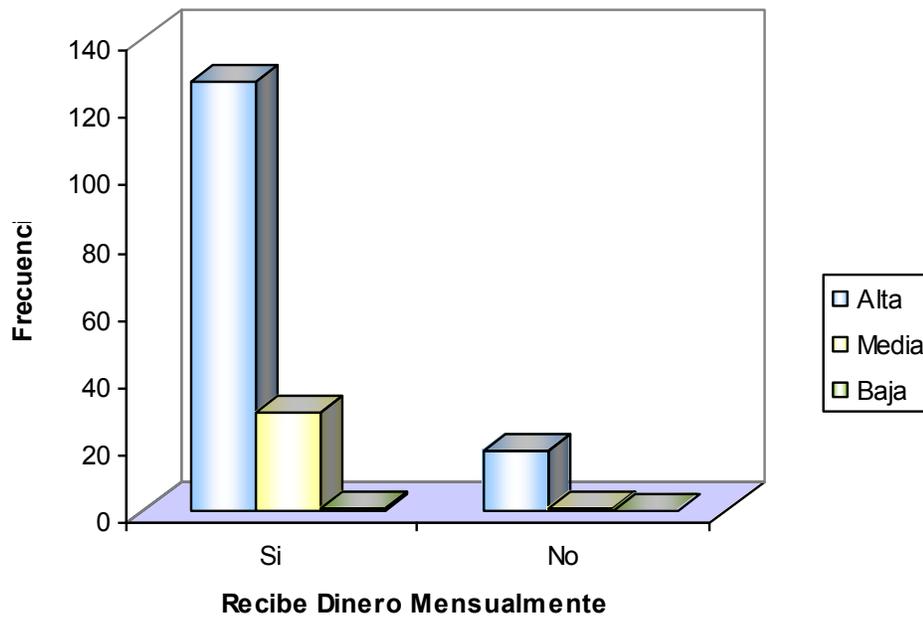
**Gráfico 9.3:** Práctica Religiosa y Capacidad de Resiliencia.



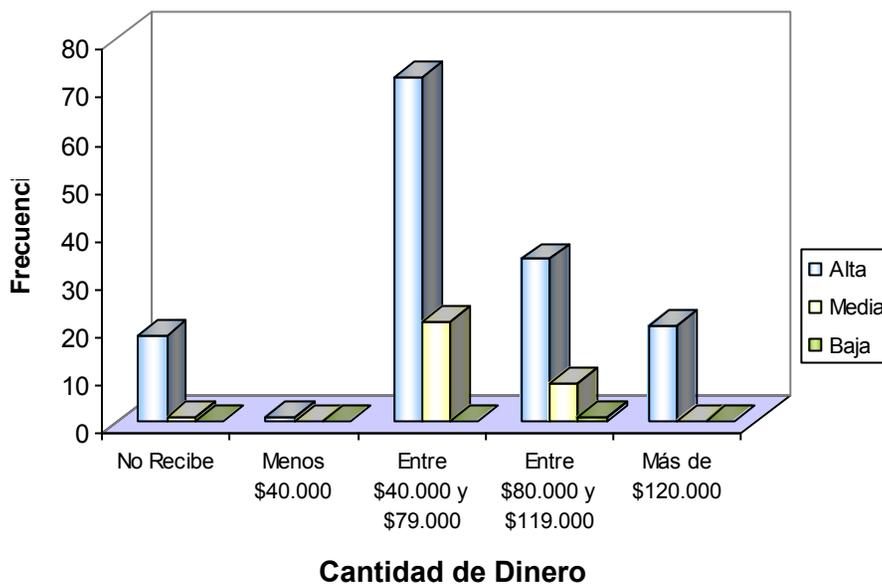
**Gráfico 9.4:**  
Escolaridad y  
Capacidad de  
Resiliencia.



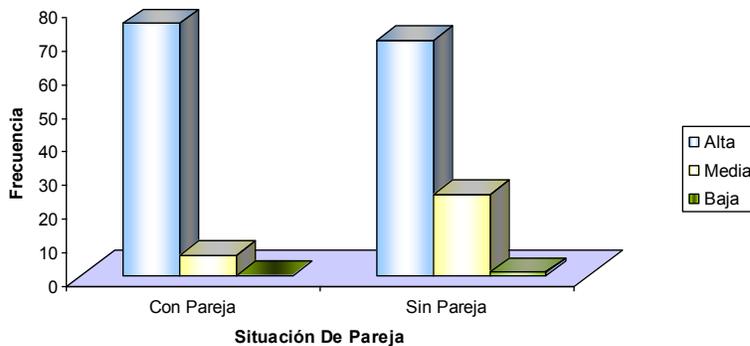
**Gráfico 9.5:** Recepción De Dinero Mensualmente y Capacidad de Resiliencia.



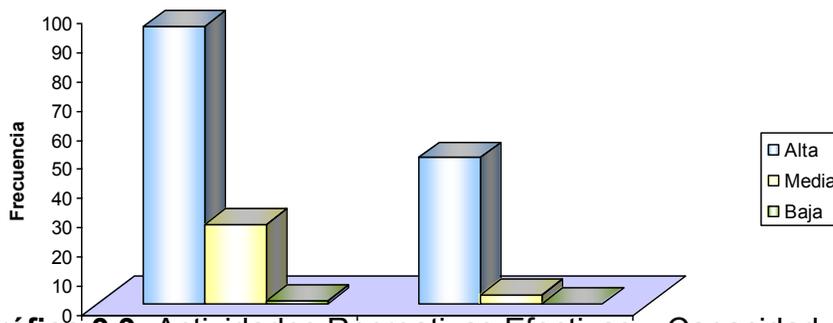
**Gráfico 9.6:** Cantidad de Dinero y Capacidad de Resiliencia.



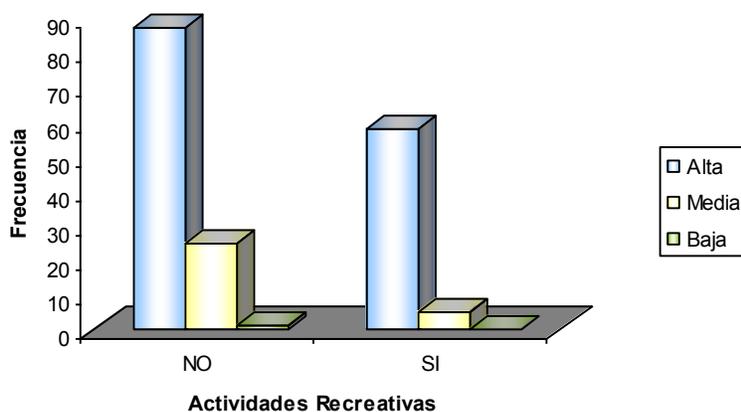
**Gráfico 9.7:** Situación de Pareja y Capacidad de Resiliencia.



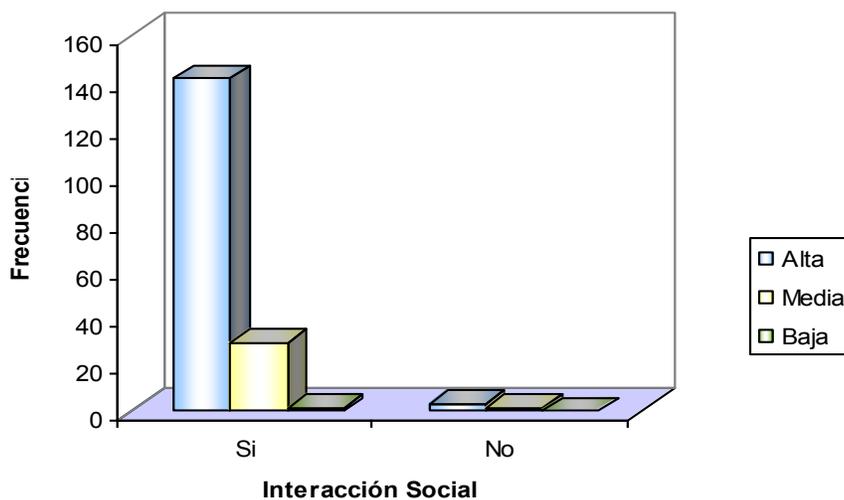
**Gráfico 9.8:** Actividad Sexual y Capacidad de Resiliencia.



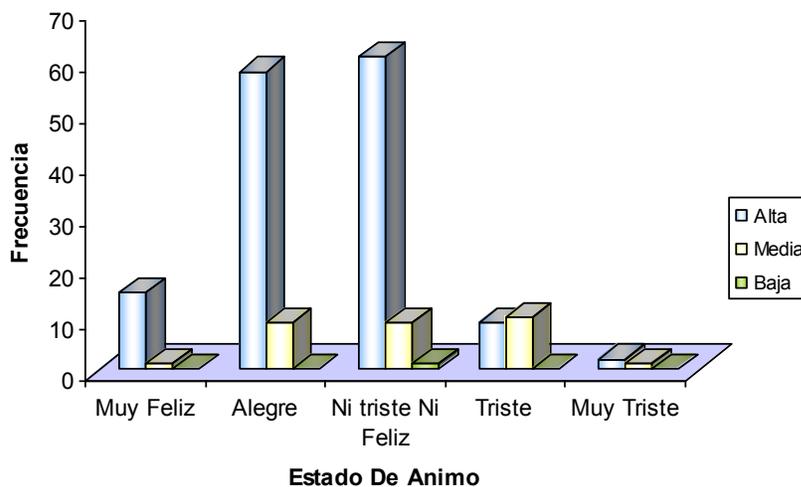
**Gráfico 9.9:** Actividades Recreativas Efectivas y Capacidad de Resiliencia.



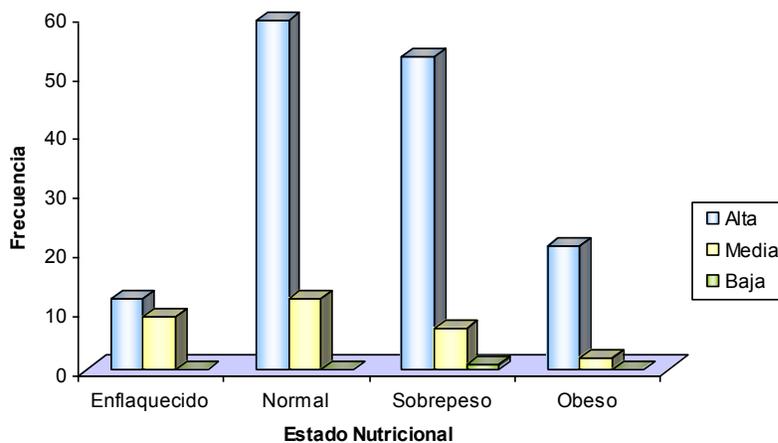
**Gráfico 9.10:** Interacción Social y Capacidad de Resiliencia.



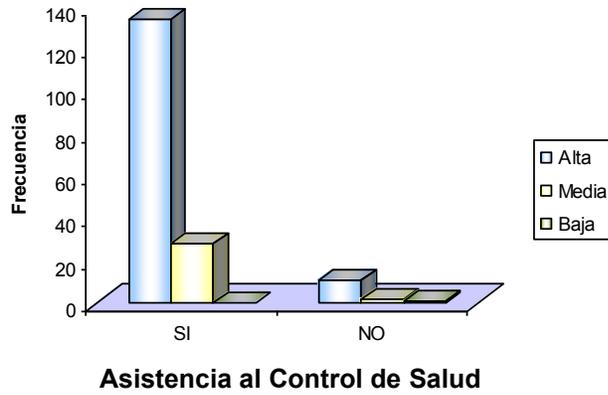
**Gráfico 9.11:** Percepción Del Estado de Animo y Capacidad de Resiliencia.



**Gráfico 9.12:** Estado Nutricional y Capacidad de Resiliencia.



**Gráfico 9.13:** Asistencia al Control de Salud y Capacidad de Resiliencia.



**Gráfico 9.14:** Enfermedad Crónica No Transmisible y Capacidad de Resiliencia.

