

NIVEL DE RESILIENCIA EN FAMILIARES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN CUIDADOS INTENSIVOS Y FACTORES ASOCIADOS

RESILIENCE LEVEL IN FAMILY MEMBERS OF HOSPITALIZED PEOPLE IN INTENSIVE CARE AND ASSOCIATED FACTORS

FABIOLA ARRIAGADA GALLARDO *

PATRICIA JARA CONCHA **

LUIS LUENGO MACHUCA ***

RESUMEN

Ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos es una experiencia difícil, que involucra no solo riesgo vital de la persona, sino que también una crisis en su entorno familiar. Objetivo: Medir el nivel de resiliencia de los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción y sus factores asociados. Material y método: Estudio transversal, descriptivo-correlacional, con una muestra de 117 familiares. Instrumentos: Se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas y de datos clínicos, Apgar familiar y la Escala de resiliencia "SV-RES", los que fueron aplicados a familiares responsables del cuidado de personas hospitalizadas. Resultados: Se evidencia que los familiares presentan un alto nivel de resiliencia. Dentro de los factores que influyen en una baja resiliencia se encuentran: redes, afectividad y generatividad, aspectos a fortalecer en una intervención planificada de enfermería. Las variables sociodemográficas no se relacionaron con el nivel de resiliencia obtenido, a diferencia de la funcionalidad familiar que podría potenciar respuestas resilientes, contribuyendo a la efectividad del cuidado de enfermería. Conclusión: El nivel de resiliencia obtenido es alto. Los factores con menor puntaje son Redes y Afectividad. La funcionalidad familiar tendría una relación significativa con resiliencia. Podemos inferir que la afectividad y una adecuada percepción de la funcionalidad familiar potenciarían la resiliencia en los familiares de personas hospitalizadas en cuidados intensivos.

Palabras clave: Resiliencia psicológica, enfermería, cuidados intensivos, salud de la familia.

ABSTRACT

Being admitted to an Intensive Care Unit is a difficult experience, involving not only vital risk for the individual, but also a crisis in their family environment. Objective: To measure the level of resilience of family members responsible for people admitted to Intensive Care Unit at the Guillermo Grant Benavente Hospital in Concepción, Chile and its associated factors. Material and method: Cross-sectional, descriptive-correlational study, with a sample of 117 relatives. Instruments: A questionnaire of sociodemographic variables and clinical data, Family Apgar and the Resilience Scale "SV-RES" were used, which were applied to relatives responsible for the care of hospitalized people. Results: It is evident that family members have a high level of resilience.

* Magíster en Enfermería. Académica Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción. Email: faarriagada@udec.cl

** Doctora en Enfermería. Académica Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción. Email: pjara@udec.cl. Autor de correspondencia.

*** Magíster en Estadística Aplicada. Académico Facultad de Odontología. Universidad de Concepción. Email: lluengom@udec.cl

Among the factors that influence low resilience are: networks, affectivity and generativity, which are aspects to strengthen in a planned nursing intervention. The sociodemographic variables were not related to the level of resilience obtained, unlike family functionality, which could enhance resilient responses, contributing to the effectiveness of nursing care. Conclusion: The level of resilience obtained is high. The factors with the lowest score are Networks and Affectivity. Family functionality may have a significant relationship with Resilience. We can infer that affectivity and an adequate perception of family functionality would enhance resilience in the relatives of people hospitalized in intensive care.

Key words: Psychological resiliency, nursing, intensive care, family health.

Fecha recepción: 27/01/15 Fecha aceptación: 13/07/16

INTRODUCCIÓN

El ingreso de una persona a una unidad de alta complejidad, monitorizada y habilitada tecnológicamente para manejar la inestabilidad del estado de salud, significa un estrés importante, no sólo para la persona enferma y el equipo de salud que lo atiende, sino que también para su familia (1), la cual responde de distintas maneras a esta situación de amenaza a la vida de su ser querido. Pero, ¿qué hace que familiares y personas hospitalizadas respondan de manera distinta a la adversidad? De esta interrogante se desprende como respuesta el concepto de resiliencia que corresponde a aquella capacidad que desarrollan las personas de sobreponerse a la adversidad y las condiciones difíciles, superarlas y salir fortalecido de ellas o incluso transformado, considerándose una capacidad humana trascendental para enfrentar exitosamente los diversos desafíos que presenta la vida (2).

Si bien existen estudios en relación a resiliencia a nivel de la comunidad (3), son escasos los que se han desarrollado en el ambiente hospitalario y en unidades de cuidados intensivos (4), por lo cual indagar sobre qué factores afectan el nivel de resiliencia de familiares, guiará a las/os enfermeras/os, a conocer la realidad de las respuestas de las personas frente a un familiar enfermo, permitiendo crear intervenciones de enfermería para potenciarla. Promover la resiliencia es

un llamado a relacionarse con el usuario en su totalidad (5).

Concepto de resiliencia y factores protectores de riesgo

La resiliencia es un concepto relativamente nuevo en los programas de promoción de la salud (6), y se define como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido o transformar activamente la realidad habiendo vivido experiencias de adversidad (7). El término es una castellanización de la palabra inglesa *resilience* o *resiliency*, implicando una cualidad de las personas para resistir y adaptarse a situaciones traumáticas y difíciles (8). También se ha descrito como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vidas difíciles y de traumas graves (9). Sin embargo, la resiliencia no es total, absoluta o lograda para siempre (10), sino que es un proceso que depende de la experiencia traumática vivida, que puede superar los recursos del individuo y que varía según circunstancias, contexto, etapa de la vida y entorno cultural (11). En las ciencias sociales, este concepto se introduce en los años setenta en un estudio donde se observó a un grupo de personas desde el momento de su nacimiento hasta los cuarenta años, percibiéndose que algunos niños con factores de riesgo eran capaces de salir adelante y ser exi-

tosos en la vida y constituir familias estables (12). Así comienza a integrarse este concepto de resiliencia no solo a nivel individual, sino también a la familia y comunidad (13).

La resiliencia surge de la interacción entre los factores de riesgo y los de protección (14), a los que se ve expuesta la persona en una situación estresante y donde requiere utilizar su capacidad para enfrentarla, logrando obtener un beneficio para su vida a partir de aquella experiencia (15). Así también, se debe reconocer que los factores protectores y de riesgo no son estáticos (16), sino que varían de una persona a otra, considerando elementos como género y edad, e incluso según la etapa en que se encuentra la persona. Los factores de riesgo pueden ser biológicos como bajo peso al nacer y defectos congénitos entre algunos, y también ambientales, como la pobreza y baja escolaridad (17). Si bien hablar de riesgo connota un escenario negativo, es importante conocerlo para trabajar sobre él y evitar su efecto (18). Los factores protectores son herramientas utilizables en contra de la adversidad, que provienen del mismo individuo o de su medio (19), llamados también los pilares de la resiliencia (20): autoestima consistente, introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y capacidad de pensamiento crítico (3).

Características de la resiliencia

Según Grotberg, para hacer frente a las adversidades y salir transformado se requiere la relación dinámica de fuentes interactivas que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes (21) y que dan como respuesta comportamientos saludables frente a eventos traumáticos, ellos son: relacionados con el apoyo que la persona puede percibir, “yo tengo”; relacionados con las fortalezas intrasíquicas y condiciones internas de las personas “yo estoy” y “yo soy” y relacionados con las habilidades de la persona

para interactuar y resolver problemas, “yo puedo” (22).

Existe además el Modelo Ecológico Interaccional de Saavedra, que direcciona resiliencia como “una acción orientada a metas, una respuesta sustentada, vinculada a una visión abordable del problema, como una conducta recurrente de la visión de uno mismo, caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos, proactivos frente a los problemas, los cuales tienen un sistema de creencias y vínculos sociales que interpreta la acción y resultados” y donde emergen cuatro categorías teóricas: condición de base, imagen de sí mismo, imagen del problema, respuesta activa resiliente (23). Posteriormente Saavedra y Varas establecen una matriz doble, agrupando las fuentes interactivas de Grotberg y el Modelo ecológico (24) que originan doce factores de resiliencia, agrupados desde la conducta resiliente hacia las condiciones de base: Identidad, Autonomía, Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos, Redes, Modelos, Metas, Afectividad, Autoeficacia, Aprendizaje y Generatividad (25).

En base a la importancia de la resiliencia de los familiares en el actuar de enfermería, el objetivo de este estudio fue medir el nivel de resiliencia que presentan los familiares responsables de personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción y sus factores asociados. La identificación de factores asociados a la resiliencia de familiares que enfrentan la adversidad de tener un ser querido hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo permitirá a futuro proponer intervenciones de enfermería que potencien esta capacidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal, descriptivo-correlacional. La unidad de análisis fue el familiar responsable de persona hospitalizada en

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente en la ciudad de Concepción, Chile, durante los meses de agosto a noviembre de 2013. La Unidad de Cuidados Intensivos presenta en promedio 57 ingresos al mes. Los criterios de inclusión de la persona hospitalizada fueron: usuario ingresado en Unidad de Cuidados Intensivos y encontrarse después de 24 horas de hospitalización; para el familiar responsable fueron: persona responsable de la persona hospitalizada con lazos consanguíneos o de convivencia de pareja, mayor de 18 años. Como criterio de exclusión del familiar se consideró a la persona con alguna discapacidad cognitiva. Aplicando los criterios de inclusión y considerando un 95% de confianza, un error de 5% y una desviación estándar de 20,6 unidades (obtenido del estudio piloto) se obtuvo una muestra de 120 sujetos en el periodo. Posteriormente fueron excluidos tres casos debido a que los cuestionarios estaban incompletos, trabajando finalmente con 117 familiares. Los familiares responsables fueron seleccionados durante las dos horas de visita diaria, debiendo cumplir los criterios de inclusión. La información fue obtenida a través de un instrumento conformado por el cuestionario sociodemográfico y clínico elaborado por las autoras, que incluía: a) Nivel de dependencia y nivel de riesgo que corresponde a la categorización intrahospitalaria incorporada por los servicios de salud, en donde el nivel de dependencia se identifica a través de la valoración de las demandas de autocuidados universales, donde se seleccionaron tres grupos de autocuidado, los cuales son: Prácticas de Confort, Alimentación y Eliminación, y el nivel de riesgo se identifica a través de la valoración de cuidados, donde se eligieron tres grupos de cuidados, que permiten medir indirectamente el riesgo de los pacientes: Medición de Parámetros, Intervenciones Profesionales Multidisciplinarias y Procedimientos de Enfermería (26); b) Cuestionario de funcionalidad familiar Apgar (27) que consta de

5 dimensiones: adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos, con evaluación de casi nunca, a veces y casi siempre y con puntaje como cuestionario total máximo de 10, con tres tramos de clasificación que determinan familias muy funcionales, moderadamente disfuncional, hasta grave disfunción y c) Escala de resiliencia (SV_RES) desarrollada por Saavedra y Villalta en 2008 que consta de 60 ítems con puntaje máximo 300 y mínimo 60, que se traducen a valores percentiles para determinar nivel de resiliencia alto (percentil 75 a 99), medio (percentil 26 a 74) o bajo nivel (percentil 0 a 25). Esta escala a su vez está dividida en los 12 factores específicos de resiliencia que son evaluados independientemente, con puntaje máximo de 25 para cada factor, alcanzando percentil máximo de 100 (28). Se solicitó autorización a los autores del SV-RES Saavedra y Villalta.

Los instrumentos fueron aplicados por la investigadora en horario de visita, de 16 a 18 horas, en las dependencias de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital mencionado.

En relación a las consideraciones éticas, el estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad de Concepción y el Comité de ética del Servicio de Salud Concepción. Los participantes firmaron un consentimiento escrito que acredita su participación en calidad de voluntario; se les aseguró el resguardo de la información entregada como privada y confidencial.

Los resultados se analizaron con estadística descriptiva, donde se utilizó frecuencias, porcentajes e inferencial, aplicando prueba T para muestras pareadas y estableciendo correlación entre variables. Se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS

En relación a los datos obtenidos de los 117

familiares responsables, se puede determinar que el mayor porcentaje, aproximadamente un 74% de la muestra, son mujeres, cuyas edades fluctuaron entre 41 a 60 años. Un 42% de los familiares terminaron la enseñanza media, 36% tienen enseñanza superior y sólo dos personas se encontraron en la categoría sin escolaridad. Según el parentesco del familiar responsable de la persona hospitalizada, se evidencia que un 43% de hijos se responsabilizan de sus padres y un 25% corresponden a esposos o parejas. Respecto de la ocupación, se destaca el ser dueña de casa con un 38%, existiendo un 10% del total de personas que señalan ser estudiantes y sin trabajo formal. En relación a la condición socioeconómica, aproximadamente el 70% presentan ingresos menores de 150 mil pesos¹.

Los integrantes de la muestra percibieron en un 84,6% que pertenecen a familias muy funcionales, 12,82% moderadamente funcionales y un 2,6% a familias con grave disfunción. El Apgar Familiar, en las 117 personas encuestadas, presentó una media de 8,38 DE 1,89 puntos (Min. 2, Máx. 10, Med. 9). Al analizar los resultados según las dimensiones de Apgar Familiar, se observan homogéneos, tendiendo a respuesta “casi siempre” sobre el 70%, excepto en la dimensión “Afecto”, donde “casi siempre” se presentó en un 54%, existiendo un porcentaje importante (38,4%) que refiere que solo “a veces” percibe el afecto de los integrantes de la familia y en la dimensión “Recursos” donde más del 90% da una respuesta positiva, con un “Casi siempre” la familia le otorga los recursos necesarios que requiere (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de resultados de Apgar Familiar según sus cinco dimensiones obtenido en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.

Categorías	Dimensiones									
	Adaptación		Participación		Ganancia		Afecto		Recursos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Casi nunca	5	4,2	6	5,1	7	5,9	9	7,6	0	0
A veces	30	25,6	28	23,9	23	19,6	45	38,4	10	8,5
Casi siempre	82	70	83	70,9	87	74,3	63	53,8	107	91,4

Respecto de la Resiliencia, se evidencia un alto nivel de resiliencia, con un puntaje promedio de 275.9 de 22,83 puntos (Min. 190, Máx. 300, Med. 282), aunque este valor es el límite inferior del rango que lo califica en alto nivel y donde el 94% de los familiares encuestados muestran una resiliencia promedio o alta (Tabla 2). Al observar el nivel de resiliencia a través de sus 12 factores, todos ellos se encuentran en el nivel alto. Los dos factores que obtuvieron el menor valor de

mediana dentro del “Rango Alto Nivel” fueron Redes y Afectividad (Tabla 3). El factor Redes se relaciona con la visión de sí mismo frente a la capacidad de poseer vínculos afectivos, que establece la persona con el entorno social cercano. El factor Afectividad se inclina a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos, además de la capacidad de tener buen humor, establecer relaciones de confianza y exteriorizar las emociones.

¹ 1 USD= 650 pesos chilenos.

Tabla 2. Distribución de Resultados de Nivel de Resiliencia obtenido en familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Resiliencia	f	Porcentaje
Bajo	7	6,0
Promedio	40	34,2
Alto	70	59,8
Total	117	100,0

Tabla 3. Distribución de Nivel de Resiliencia obtenido por factores en familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.

Factores de Resiliencia	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana	Nivel Resiliencia
IDENTIDAD (yo soy-yo estoy)	23,1	2,7	5	25	24	ALTO
AUTONOMIA (yo soy-yo estoy)	23,0	2,5	15	25	24	ALTO
SATISFACCION (yo soy-yo estoy)	23,0	2,5	12	25	24	ALTO
PRAGMATISMO (yo soy-yo estoy)	22,7	2,9	9	25	24	ALTO
VINCULOS (yo tengo)	23,0	2,4	15	25	24	ALTO
REDES (yo tengo)	22,8	2,3	15	25	23	ALTO
MODELOS (yo tengo)	23,5	2,3	15	25	25	ALTO
METAS (yo tengo)	22,9	2,4	15	25	24	ALTO
AFECTIVIDAD (yo puedo)	22,1	2,8	11	25	23	ALTO
AUTOEFICACIA (yo puedo)	23,3	2,3	12	25	24	ALTO
APRENDIZAJE (yo puedo)	23,0	2,7	9	25	24	ALTO
GENERATIVIDAD (yo puedo)	23,0	2,9	6	25	24	ALTO

Si bien son más mujeres que hombres los familiares responsables de personas hospitalizadas en la muestra estudiada, ambos tienen puntajes similares del nivel de resiliencia

obtenido, que los inserta en el rango de alto nivel, sin presentar diferencia significativa en la media de resiliencia según sexo (Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre Nivel de Resiliencia y variables sociodemográficas del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.

Variable	n	Media	DE	Mín	Máx	Mediana	Test	p
Sexo familiar								
Hombre	31	276,5	23,5	209	300	282	t	0,87
Mujer	86	275,7	22,7	190	300	281		
Nivel Educativo								
Básica	26	267,2	31,4	190	300	275	ANOVA	0,09
Media	49	275,7	21,1	209	300	280		
Nivel técnico	25	281,3	15,6	246	300	283		
Nivel Universitario	17	282,3	18,1	239	300	285		
Condición socioeconómica								
Menos de \$150.000	83	273,3	21,2	209	300	283	Kruscal-Wallis	0,37
Entre \$150.000-350.000	22	282,4	16,9	243	300	285,5		
Entre 350.000-750.000	9	282,3	18,8	239	300	290		
Más de 750.000	3	263,5	3,5	261	266	263,5		
Edad familiar								
18 a 28 años	23	277,2	18,3	245	299	278	Kruscal-Wallis	0,86
29 a 40 años	42	278,2	22,1	209	300	285		
41 a 60 años	44	274,5	24,9	190	300	282		
más de 60 años	8	269,0	28,7	226	300	269		
Parentesco								
Esposo- Pareja	29	277,2	24,4	190	300	282	Kruscal-Wallis	0,41
Hermano	15	277,9	24,4	217	300	287		
Hijo	50	278,2	20,8	209	300	285		
Otros	11	269,9	27,5	216	300	275		
Padre-Madre	12	266,4	21,1	232	300	266		

Entre las variables nivel educativo, condición socioeconómica, edad del familiar y parentesco del familiar responsable de la persona hospitalizada y nivel de resiliencia no se presentó diferencia significativa en los puntajes obtenidos (Tabla 4). Al establecer una relación entre funcionalidad familiar, a través del Apgar Familiar y el nivel de resiliencia, se

observó una relación significativa entre variables. Los altos valores de funcionalidad familiar en el Apgar se entrelazan también con altos valores de los niveles de resiliencia obtenidos en la muestra, evidenciando una relación positiva (Tabla 5). Al realizar el análisis por dimensiones, se evidencia en la muestra una relación significativa entre variables, sal-

vo en la dimensión “Afecto” del Apgar. Las dimensiones con mayor correlación fueron Participación y Ganancia. Al realizar el análisis de la relación del Apgar total y los doce factores de resiliencia, se observa una relación estadísticamente significativa entre casi la totalidad de los factores. Se debe excluir factor Identidad que no cumple la significancia necesaria. Los factores de resiliencia que presentan una relación con mayor significancia son: Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos y Metas (Tabla 6).

Refiriéndose a la necesidad de cuidados requeridos por la persona y cuán dependiente es de los cuidados entregados por el equi-

po de salud, a través de los datos recogidos, se evidencia que no existe una relación significativa entre el nivel de resiliencia y nivel de dependencia de un paciente y tampoco existe relación con el nivel de riesgo, que tiene relación con las intervenciones directas que requiere el paciente y que aumentan en condición de inestabilidad fisiológica. Los familiares responsables de personas hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos poseen alto nivel de resiliencia independiente de la necesidad de cuidados que la persona hospitalizada requiera y el grado de dependencia en que se encuentre (Tabla 7).

Tabla 5. Relación entre el Nivel de Resiliencia y Dimensiones del Apgar Familiar del familiar responsable de persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos.

Apgar		Resiliencia	
		Spearman	p
Dimensiones	Adaptación	0,23	0,01
	Participación	0,31	0,00
	Ganancia	0,30	0,00
	Afecto	0,15	0,11
	Recursos	0,20	0,03
Global		0,32	<0,001

Tabla 6. Relación entre factores de Resiliencia y funcionalidad familiar del familiar responsable de persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Factores Resiliencia	Apgar	
	Spearman	p
Pragmatismo	0,34	0,002
Vínculos	0,31	0,005
Metas	0,29	0,001
Satisfacción	0,27	0,003
Redes	0,25	0,01
Modelos	0,24	0,01
Aprendizaje	0,23	0,01
Autoeficacia	0,22	0,02
Afectividad	0,22	0,02
Autonomía	0,19	0,04
Generatividad	0,19	0,04
Identidad	0,16	0,08

Tabla 7. Relación entre nivel de resiliencia del familiar responsable y condiciones clínicas de la persona hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos (Nivel de dependencia y Grado terapéutico y Hospitalizaciones anteriores).

Condiciones clínicas de la persona hospitalizada	n	Media	D.E.	Resiliencia			Test	p
				Mín	Máx	Mediana		
Nivel dependencia y Grado terapéutico								
A1	101	275,5	23,6	190	300	282	Kruskal-Wallis	0,76
B1	16	278,9	17,5	245	300	281		
Hospitalización anterior								
No	28	274,1	20,6	217	298	276	Kruskal-Wallis	0,30
Sí	89	276,5	23,6	190	300	282		

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A través de los datos obtenidos se desprende que los familiares de personas hospitalizadas en Cuidados Intensivos presentaron un alto nivel de Resiliencia, no obstante al comenzar a analizar los datos de manera más profunda se pueden vislumbrar algunos aspectos de interés en esta discusión.

En relación a los factores de resiliencia, la Afectividad es uno de los tres factores con menor puntaje en el nivel de resiliencia y además es la dimensión con menor puntaje dentro del Apgar Familiar, por lo que trabajar el factor afectividad en la persona, incluida su familia, potenciaría el nivel de resiliencia y su promoción, fortaleciendo las herramientas necesarias para enfrentar la adversidad. El factor Afectividad se inclina a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos, además de la capacidad de tener buen humor, establecer relaciones de confianza y exteriorizar las emociones. Así también, consolidar factores que integran la “visión de sí mismo” como el factor Redes y Generatividad en la respuesta Resiliente, logran aumentar en la persona su capacidad de

enfrentar una situación de estrés, ya que el apoyo social y familiar es reconocido como aspectos vitales para potenciar el afrontamiento (29).

Algunos de los factores sociodemográficos del familiar como: edad, sexo, parentesco, nivel socioeconómico y escolaridad no se relacionan significativamente con el nivel de resiliencia en esta muestra, lo que coincide con otras investigaciones (30-32) y por el contrario discrepa con la variable socioeconómica que se considera un factor relevante en la potenciación de la resiliencia en altos estratos (33). En relación a sexo, hombres y mujeres presentan altos niveles de resiliencia, sin establecerse significancia estadística.

Estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hace que la necesidad de cuidados requeridos sea mayor, convirtiendo a este paciente en una persona con mayor dependencia de los cuidados entregados por el equipo de salud. A través de los datos recogidos, se evidencia que no existe una relación significativa entre el nivel de resiliencia y nivel de dependencia de un paciente y que tampoco existe relación según su nivel de riesgo, que son las intervenciones directas que requiere el paciente y

que aumentan en condición de inestabilidad fisiológica. Los familiares responsables de personas hospitalizadas en una UCI poseen alto nivel de resiliencia, independiente de la necesidad de cuidados que la persona hospitalizada requiera y el grado de dependencia en que se encuentre.

En relación al Apgar Familiar obtenido y los doce factores de resiliencia, se observa una relación estadísticamente significativa entre casi la totalidad de los factores. Se podría inferir que la funcionalidad familiar estaría relacionada con la capacidad de los individuos en salir adelante a pesar de la adversidad, lo que coincide con otros estudios similares (34-36). Al parecer, ser resiliente se relaciona directamente con la funcionalidad familiar percibida, por lo que la importancia de incluir a la familia en el proceso de recuperación del enfermo adquiere real sentido en el desarrollo del plan de intervención de enfermería, potenciando la capacidad de los individuos para recuperarse a pesar de la adversidad.

Las respuestas resilientes en el familiar responsable lo convierten en un aliado en la recuperación de la persona hospitalizada, en un participante activo en la toma de decisiones frente a terapias y tratamientos, haciendo salir adelante a la persona en transición; por ello, promover resiliencia y potenciar sus factores relacionados en distintas metodologías de integración a los familiares al momento que un enfermo ingresa a una UCI, hará fortalecer sus respuestas frente a la adversidad, haciéndole responsable del enfermo, conocedor de la evolución, tratamiento, pronóstico de la enfermedad, pero más allá de esta arista biomédica, potenciar a un ser humano en todas sus dimensiones.

La importancia de esta investigación, es que abre un abanico de posibilidades a nuevos trabajos en el área, ya que promover resiliencia sugiere fomentar condiciones que permiten vivenciar un estado de transición en forma positiva, fortalecida y con nuevas herramientas a utilizar en situaciones de ad-

versidad. El/la enfermero/a debe mantener una comunicación constante con la persona y su familia, en todas las áreas, para reconocer el proceso de transición y los factores que influyen en su nivel de resiliencia, que mientras mayor sea, mejor será la forma en que evoluciona el proceso de transición de salud a enfermedad. El tener la capacidad de enfrentar la adversidad de una manera óptima permitirá al familiar evolucionar de la tristeza y el desconcierto hacia un escenario de esperanza.

REFERENCIAS

1. Kuck K, Wissner E, Metzner A. ¿Cómo crear una unidad de arritmias en el siglo XXI? *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65(1): 92-96.
2. Arrogante Ó. Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de enfermería.* 2015; 24(4): 232-235.
3. Marzana D, Marta E, Mercuri F. De la resiliencia individual a la resiliencia comunitaria. Evaluación de un proyecto de investigación-acción sobre el desamparo social de los menores. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado [Internet].* 2013 [citado 16 ago 2014]; 16(3): 11-32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4611250>
4. Alcedo J, Angulo J. Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicología y Salud.* 2015; 25(1): 57-71.
5. Cortés J. Resiliencia: Una mirada desde la Enfermería. *Cienc enferm.* 2010; XVII(3): 27-32.
6. Amar J, Martínez M, Utria L. Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud Uninorte.* 2013; 29(1): 124-133.
7. Fernández V, Crespo L. Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el

- entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud*. 2011; 22(1): 21-40.
8. Monroy B, Palacios L. Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Ment (Mex)*. 2011; 34(3): 237-246.
 9. Crespo M, Fernández V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anal. Psicol*. 2015; 31(1): 19-27.
 10. Ospina L, Salgado S, Parra J. Narrativas y resiliencia. Las historias de vida como mediación metodológica para reconstruir la existencia herida. *CES Psicol*. 2016; 10(1): 1-20.
 11. Gómez E, Kotliarenco M. Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Rev psicol*. 2010; 19(2): 103-132.
 12. García M, Domínguez E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2013; 11(1): 63-77.
 13. Quintero A. Resiliencia: Contexto no clínico para trabajo social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2005; 3(1): 73-94.
 14. Miranda A, Herrero M, Colomer C, Roselló B. Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Rev Neurol*. 2011; 52(Supl 1): s119-126.
 15. De Andrade Seidi ML, Da Cruz Benetti SP. Resiliencia Familiar: Nuevas perspectivas en la promoción y prevención de salud. *Diversitas*. 2011; 7(1): 43-55.
 16. Aguiar E, Acle-Tomasini G. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Act. Colom. Psicol*. 2012; 15(2): 53-64.
 17. Morelato G. Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensam. psicol*. 2011; 9(17): 83-97.
 18. Oros L, Rubilar J. Fortalecimiento emocional de la familia: condición necesaria para la superación de la pobreza. *Suma Psicológica*. 2012; 19 (1): 69-80.
 19. García M, Domínguez E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2013; 11(1): 63-77.
 20. Griffa M. Reflexiones acerca de la capacidad del Yo y la Resiliencia. *Psicología y Psicopedagogía*. 2013; 5(14): 4-7.
 21. Burgos MP. Factores de resiliencia en adolescentes residentes en un centro de protección de Valparaíso. *Revista Psicología UVM [Internet]*. 2013 [citado 16 ago 2014]; 2(4): 85-108. Disponible en: <http://sitios.uvm.cl/revistapsicologia/revista-detalle.php/4/24/contenido/factores-de-resiliencia-en-adolescentes-residentes-en-un-centro-de-proteccion-de-valparaiso>
 22. Arango O. La resiliencia, una alternativa actual para el trabajo psico-social. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte [Internet]*. 2011 [citado 16 ago 2014]; 1(15): 1-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194220464008.pdf>
 23. Villalta M, Saavedra E. Cultura escolar, prácticas de enseñanza y resiliencia en alumnos y profesores de contextos sociales vulnerables. *Univ. Psychol*. 2012; 11(1): 67-68.
 24. Saavedra E, Castro A, Inostroza A. Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista pequén*. 2015; 1(2): 161-184.
 25. Díaz F, Reséndiz A. Factores de resiliencia y vulnerabilidad en jóvenes afectados por la violencia en Ciudad Juárez, Chihuahua. *Argumentos*. 2017; 30(84): 147-168.
 26. García G, Angélica M, Castillo L. Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. *Rev Med Chil*. 2000; 128

- (2): 177-183.
27. Suárez M, Alcalá M. Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*. 2014; 20(1): 53-57.
 28. Saavedra E, Villalta M. Escala de Resiliencia SV-RES. Para jóvenes y adultos 2ª edición. Santiago de Chile: CEANIM; 2008.
 29. De Lucena C, Fernández Calvo B, Hernández L, Ramos F, Contador I. Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*. 2016; 18(4): 791-796.
 30. Morales M, González A. Resiliencia-Autoestima-Bienestar psicológico y Capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estud. pedagóg*. 2014; 40(1): 215-228.
 31. Morales M. Estudiantes de sectores vulnerables con alto rendimiento escolar y su desempeño en variables intelectuales, resiliencia, autoestima y bienestar psicológico. *Revista de Investigación en Psicología*. 2014; 17(1): 93-105.
 32. Saavedra E, Villalta M. Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*. 2008; 14(14): 32-40.
 33. Díaz D, Gallegos P. Relación entre la resiliencia y el funcionamiento familiar. *Psicología Iberoamericana*. 2009; 17(1): 5-14.
 34. Leiva L, Pineda M, Encina Y. Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología*. 2013; 22(2): 111-123.
 35. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Col. Psiquiatr*. 2009; 38(4): 637-647.
 36. López-Beltrán I. Evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar: Estudio de caso. *Revista de psicología GEP*. 2011; 2(1): 164-180.