



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*Relación del Funcionamiento y Resiliencia Familiar en
Familias de Adultos Mayores con Enfermedad Crónica*

Presenta:

LE. Esmeralda Rico Pérez

Tesis Presentada para Obtener el Grado de
Maestría en Enfermería

Enero, 2020



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*Relación del Funcionamiento y Resiliencia Familiar en
Familias de Adultos Mayores con Enfermedad Crónica*

Presenta:

Esmeralda Rico Pérez

Director de Tesis:

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl

Tesis Presentada para Obtener el Grado de
Maestría en Enfermería

Enero, 2020



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*Relación del Funcionamiento y Resiliencia Familiar en
Familias de Adultos Mayores con Enfermedad Crónica*

Presenta:

Esmeralda Rico Pérez

Codirector de Tesis:

DCE. María de los Ángeles Meneses Tirado

Tesis Presentada para Obtener el Grado de
Maestría en Enfermería

Enero, 2020

Comisión que Aprobó de la Tesis

**Relación del Funcionamiento y Resiliencia Familiar en Familias de Adultos
Mayores**

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl
Presidente

MCE. Arelia Morales Nieto
Secretario

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Vocal

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl
Directora de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretaria de Investigación y Estudios de
Posgrado

Agradecimientos

A la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, por darme la confianza y la oportunidad de seguir creciendo en mi ámbito profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo recibido para poder lograr esta meta.

A la Doctora Guillermina García Madrid, por su apoyo, confianza, consejos, recomendaciones y por ser mi guía inicial en este proceso y a la Doctora Maricarmen Moreno Tochiuitl por su gran contribución a mi persona y a mi proyecto de investigación, por sus conocimientos, tiempo, paciencia y apoyo, fue un gusto tenerlas como tutoras.

A mis maestros que durante estos dos años de formación nos dieron las armas necesarias para continuar y por impulsar en mí la motivación para seguir preparándome y concluir exitosamente este posgrado.

Al CESSA de San Salvador El Verde, Puebla, a la Doctora Teresa y a las autoridades municipales, por brindarme su confianza, apoyo y por las facilidades otorgadas, al igual que a todos los participantes del estudio, gracias por su colaboración y contribución para realizar este proyecto.

A mis buenos amigos Pavel y Jazmin por su tiempo, las sonrisas, los buenos momentos conmigo, esas noches de desvelo, por dejarme dormir en sus departamentos, la verdad que con ustedes todo fue mucho mejor, los quiero mucho.

Al Doctor Joaquín Salvador Lima Rodríguez por fortalecer el conocimiento científico de mi trabajo de investigación, en la estancia realizada en la Universidad de Sevilla.

Dedicatorias

A mi hija Alexia, la persona más importante en mi vida, por la comprensión en mis noches de desvelo y en esas noches en las que estuve ausente, por toda esa energía y el amor que siempre me has dado, este logro es de las dos, te amo mi niña.

A mis papás, el Sr. Francisco Javier Ramírez Naranjo, el mejor padre que Dios y la vida me pudo dar y la Sra. Delfina Pérez Aviles, gracias a los dos por el amor, confianza y comprensión que me dieron, nunca les podré pagar todo el apoyo que recibí durante estos dos años.

A mi hermana Tere, por ser mi confidente y amiga, ya que siempre estuvo ahí para escucharme cuando más lo necesité, dándome palabras de aliento y por recordarme la fortaleza que llevo dentro para lograr lo que sea que me proponga y con solo eso darme el aliento para seguir adelante, te quiero mucho hermanita.

A mi abuelita Tere y mi tía Lala, que con sus bendiciones y buenos deseos siempre me apoyaron en la cercanía y en la distancia.

Finalmente, a todas las personas que formaron parte de este proceso y siempre aportaron algo valioso para mí.

Resumen

Nombre: Esmeralda Rico Pérez
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Junio 2019

Título: Relación del Funcionamiento y
Resiliencia Familiar en Familias de Adultos
Mayores con Enfermedad Crónica.

Candidato para el Grado de
Maestría en Enfermería

Número de páginas: 52

Área de Estudio: Enfermería Comunitaria

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fue conocer la relación que existe entre el funcionamiento y la resiliencia familiar en familias de adultos mayores con enfermedades crónicas. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, con un muestreo por conveniencia, el tamaño de la muestra fue de $n=160$ diadas familiares de una comunidad rural del estado de Puebla. Se utilizó una cédula de datos familiares y personales, los instrumentos Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (EE-FF24) y el Inventario del Potencial Resiliente de la Familia (IPRF). Para el análisis se realizaron pruebas de bondad de ajuste para normalidad de Kolmogorov-Smirnov, pruebas de consistencia interna de los cuestionarios mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, estadística descriptiva, coeficiente de correlación bivariada rho de Spearman y finalmente, el Modelo de Regresión Lineal Simple, para dar respuesta a la hipótesis del estudio.

Resultados y conclusiones: La confiabilidad de los cuestionarios fue adecuada; en cuanto a las características de los AM se encuentran en un rango de edad de 60 a 70 ($f = 81$; 50.6%), predominó el género femenino ($f=86$; 53.7%); el 41.9% tienen un nivel escolar de secundaria; la enfermedad que sobresalió en los AM fue la Diabetes tipo II ($f = 66$; 40.9%), con una duración de tiempo entre 1 a 5 años de padecer la enfermedad ($f = 160$); en cuanto a las características familiares sobresalieron en un 70% las familias extensas, conformada por seis o más integrantes ($f = 66$; 41.2%), el 44.4% ($f = 71$) de las familias cuentan con seguro popular y el 44% ($f = 70$) de estas tienen el apoyo del programa 70 y más; predomina el nivel socioeconómico medio en el 93,75% ($f = 150$);

respecto a los cuidadores del adulto mayor, el 47.5% es la esposa o esposo y en un 24.7% es el hijo (a). Se encontró que el 54.7% ($f = 175$) de los cuidadores fueron del sexo femenino y en su mayoría refieren estar en unión libre ($f = 86$; 54.0%). Se utilizó una correlación bivariada (rho de Spearman) cuyo resultado muestra que existe una relación positiva, con una alta significancia ($r_s = .600$, $p < .001$). Finalmente, para complementar el resultado de la hipótesis planteada, se realizó un modelo de regresión lineal simple cuyo resultado mostro que el modelo fue significativo ($R^2 = .452$; $F_{[1, 318]} = 261.77$; $p = .001$;). Se concluye que existe relación positiva entre la funcionalidad y resiliencia familiar, lo que sugiere que la capacidad que tienen las familias de AM con EC al sentirse unidos, evidencia de apoyo mutuo y que a pesar de sus intereses individuales compartan su tiempo libre, resultaron en el presente estudio fungir como factores que mantienen niveles adecuados de funcionamiento y un alto nivel de potencial resiliente familiar.

Tabla de Contenido

	Pág
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Propósito	4
1.3 Marco Conceptual	4
1.4 Estudios Relacionados	12
1.5 Definición de Términos	17
1.6 Objetivos e Hipótesis	18
Capítulo II	
Metodología	20
2.1 Diseño de estudio	20
2.2 Población, muestreo y muestra	20
2.3 Criterios de selección	21
2.4 Instrumentos de Medición	21
2.5 Procedimiento	23
2.6 Ética del Estudio	24
2.7 Estrategias de Análisis	25
Capítulo III	
Resultados	26
Confiabilidad del Instrumento	26
Características de la Población de Estudio	28
Estadísticas Descriptivas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov	28
Estadísticas Inferenciales para las Pruebas de Hipótesis	31
Capítulo IV	
Discusión	34
Conclusiones	37
Recomendaciones	37
Referencias bibliográficas	39
Apéndices	
A. Cédula de Datos Familiares y Personales	45
B. Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar	47
C. Inventario del Potencial Resiliente de la Familia	49
D. Consentimiento Informado	52

Lista de Tablas

Tabla	Pág
Coeficiente de confiabilidad de la escala de efectividad en el funcionamiento familiar	26
Coeficiente de confiabilidad del inventario de potencial resiliente de la familia.	27
Medidas de tendencia central de los instrumentos EE-FF24 e IPR36	27
Prueba Kolmogorov-Smirnov de la escala de efectividad en el funcionamiento familiar y del inventario de potencial resiliente de la familia.	28
Características sociodemográficas de los adultos mayores con enfermedad crónica	29
Características de los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica	30
Características familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica	31
Nivel de Funcionamiento familiar de las familias de los adultos mayores	31
Dimensiones del proceso de vida de las familias de los adultos mayores	32
Potencial resiliente de las familias de adultos mayores con enfermedad crónica	32
Matriz de correlación del funcionamiento familiar y el potencial resiliente de las familias de adultos mayores con EC.	33

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La familia es el contexto sociocultural de mayor importancia para el desarrollo humano saludable, en ella los individuos se construyen a sí mismos, respetando su dignidad, expectativas y necesidades, se adaptan a los desafíos inherentes a cada etapa de la vida y superan los problemas y dificultades personales y familiares que se les presentan mediante la relación y comunicación con otras personas, grupos e instituciones; referentes simbólicos de la cultura (Gómez & Kotliarenco, 2010).

Para el Marco de Organización Sistémica (MOS) (Friedemann, 1995), la familia es un sistema social abierto cuyas características propias de sus integrantes interactúan, se relacionan, cumplen funciones y contribuyen al funcionamiento del sistema familiar.

El funcionamiento familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia o armonía ante la vivencia de situaciones generadoras de estrés o ansiedad, resultado del logro de sus metas e implementación de estrategias de conducta en las dimensiones de su proceso de vida (Friedemann, 1995).

A lo largo de su ciclo vital la familia atraviesa por toda una serie de eventos normativos y no normativos, producto de su propia estructura y funcionamiento, o de un sistema social, económico y político cambiante. Cada uno de ellos genera vivencias altamente significativas a sus integrantes, consecuencia de las tareas a cumplir, expectativas, tensión y cambios que les plantean, por lo que el ciclo vital familiar es un proceso vivido por cada familia de manera muy particular (González-Benítez, 2000).

Los eventos normativos, también llamados transiciones, son situaciones propias del reajuste normal de las familias al pasar de una etapa a otra durante su proceso de

evolución. Uno de estos eventos es el envejecimiento de sus integrantes, tema de preocupación para la familia, debido a que estas personas requieren de cuidados especiales. De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2017 había 962 millones de adultos mayores a nivel mundial, de los cuales se desconoce cuántos de estos viven en familia. En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016) reporta que en el 30.1% de familias residen de uno o dos adultos mayores (13 millones adultos mayores) y en Puebla la situación es similar (514 mil 436 adultos mayores).

Sin embargo, la capacidad de las familias para cuidar a los adultos mayores, sean sanos o enfermos, se está debilitando, los cambios en su estructura, tipología y funcionamiento la hacen más pequeña y cada vez más mujeres se insertan al ámbito laboral (Arriagada, 2012). Por otro lado, las enfermedades crónicas, la dependencia y la discapacidad, problemas de salud que van de la mano con el envejecimiento poblacional demandan múltiples intervenciones que hacen más difícil el cuidado, de ahí que se hace necesario generar nuevas formas de apoyo y crear mecanismos de soporte para la familia (Bosch & Hernández, 2017).

Los eventos no normativos son experiencias adversas e inesperadas que se presentan en la familia, generando desorganización familiar, rompimiento en los patrones de creencias y de conducta y crisis en su funcionamiento. Dentro de estos eventos, se encuentran las enfermedades crónicas (Walsh, 2003), problemas de salud de larga duración y de progresión lenta y letal que suelen presentarse de manera pluripatológica, por lo que requieren del cuidado y la atención de la familia, ya sea en el hospital o en el hogar (Moreno, 2013). Estresores que no solo cambian la vida de quien la sufre, sino que también alteran la vida personal y las actividades diarias de quienes les rodean, la

familia se ve obligada a modificar su tiempo, espacio físico, economía, situación laboral, expectativas, proyectos de vida y metas, por lo que el cuidado se vuelve desgastante, complejo y costoso para la familia (Moreno, 2013), por lo que debe contar con recursos o factores protectores que le permitan poder afrontarlas, crecer y seguir subsistiendo, surgiendo en este punto la resiliencia familiar (Walsh, 2003).

La resiliencia familiar se define como el conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrando sus recursos y necesidades familiares (Gómez & Kotliarenco, 2010).

Reyes, Garrido, Torres & Ortega, (2010) y Cribello, (2013) señalan que el cuidado de las enfermedades crónicas permite a la familia implementar estrategias y poner en marcha de manera consciente o inconsciente mecanismos de autorregulación que le permiten adaptarse a la nueva situación y seguir funcionando.

Diferentes investigaciones de resiliencia familiar se han hecho en forma de revisión de la literatura (Grant, Ramcharan y Flynn, 2007; Peer y Hillman, 2014), cuantitativamente (Bayrakli y Kaner, 2012; Migerode, Maes, Buysse y Brondeel, 2012), utilizando instrumentos que avalúan la resiliencia individual, no de grupo por profesionales de psicología, mínimamente del área médica: trabajo social, medicina y enfermería.

Es por ello, que se planteó investigar ¿Cuál es la relación del funcionamiento familiar con el potencial resiliente de las familias de adultos mayores con enfermedad crónica? en virtud de que la enfermería familiar es el arte y la ciencia del cuidado de la salud de la familia y de que el fenómeno de las enfermedades crónico degenerativas y el proceso de envejecimiento representan un reto que garantice salud física, mental a la población que

las padece, y al tener un importante peso sobre el funcionamiento familiar se requiere de evidencia científica que fundamente intervenciones de enfermería orientadas a proveer recursos o mecanismos de adaptación a las familias de adultos mayores con enfermedad crónica de tal manera que asimilen de la mejor manera posible la ansiedad o estrés, afronten el evento adverso y asuman los desafíos de cuidado que les depara el futuro.

1.2 Propósito del Estudio

El propósito del estudio es conocer la relación del funcionamiento familiar con el potencial resiliente de las familias de adultos mayores con enfermedad crónica de una comunidad rural del Estado de Puebla.

1.3 Marco Teórico Conceptual

La interrogante planteada en el estudio será abordada con el Marco de Organización Sistémica de la Dra. Marie Louise Friedemann (1995), teoría de rango medio que encuadra los conceptos de familia y funcionamiento familiar desde la disciplina de enfermería, los cuales serán relacionados al concepto resiliencia familiar de Walsh (2003) Gómez & Kotliarenco (2010) y de la Doctora Caruso & Mikulic (2010).

1.3.1 Funcionamiento familiar

Para el Marco de Organización Sistémica (MOS) (Friedemann, 1995), la familia es un sistema social cuyo funcionamiento depende del equilibrio del logro de sus metas y de la implementación de estrategias de conducta en las dimensiones de su proceso de vida. Sin embargo, éste puede verse alterado por la acción de diferentes eventos estresantes generadores de ansiedad.

Desde este enfoque teórico, la familia, busca reducir al mínimo la ansiedad y las amenazas del entorno tanto interno como externo, adaptarse a los cambios, crecer, dar un significado a sus acciones y mantener sus valores, creencias, tradiciones y patrones

de comportamiento arraigados en su cultura para mantener un adecuado funcionamiento familiar y proveer de bienestar a sus integrantes, por lo que el funcionamiento familiar, es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia ante situaciones estresantes o ante el cambio (Zenteno-López, García-Madrid, Marín-Cahgoya, Flores-Merlo & García-Solano, 2016).

Cuatro son las metas que permiten a la familia mantener la congruencia o armonía del sistema familiar: 1. Estabilidad, 2 Control, 3. Crecimiento y 4. Espiritualidad.

La estabilidad se refiere al mejoramiento del bienestar de la familia, trata de dotar a sus integrantes de valores, tradiciones, creencias y rutinas básicas, que forjen su carácter y personalidad. El control busca eliminar o reducir al máximo cualquier amenaza provocada por un sentido de vulnerabilidad y desamparo de la familia y canalizar la energía de manera adecuada. El crecimiento se da con el reajuste y la adaptación del sistema familiar frente a los cambios que ocurren dentro y fuera de él, toma forma dentro del proceso de transformación de la cultura mediante el surgimiento de nuevos conocimientos, logros y expectativas y requiere de una reorganización substancial de valores básicos y prioridades que deben superar la resistencia, el dolor y la ansiedad. Finalmente, la espiritualidad busca que la familia se ajuste al cambio a su propio ritmo, lo acepte y lo integre a su proceso de vida, mediante la conexión o ayuda de un ser supremo o de otros sistemas sociales que le permiten resolver los problemas y mantener la congruencia familiar experimentada como un sentido de pertenencia, aceptación, respeto, sabiduría y paz interior.

El funcionamiento familiar es más eficaz cuando se da un equilibrio entre las metas y las estrategias de conducta en las cuatro dimensiones de su proceso de vida: 1. Mantenimiento del sistema, 2. Cambio del sistema, 3. Individuación y 4. Coherencia.

Acciones tendientes a regular las condiciones de energía, tiempo, espacio y materia en los integrantes de la familia con el fin de mantener la congruencia.

El mantenimiento del sistema comprende estrategias de organización y de conducta orientadas a resguardar la estructura y dinámica de la familia (homeostasis), por lo que alienta la flexibilidad, negociación de problemas, establecimiento de normas, rutinas y rituales, la trasmisión de valores, creencias y tradiciones.

El cambio del sistema engloba aquellos comportamientos de la familia que llevan a la toma de decisiones, la adquisición de nuevo conocimiento, el remplazar viejos valores y costumbres y el desarrollo de nuevos roles, actitudes y comportamientos que inducen a la transformación de la cultura (morfogénesis) y les permite hacer frente a las presiones internas o externas, personales o familiares.

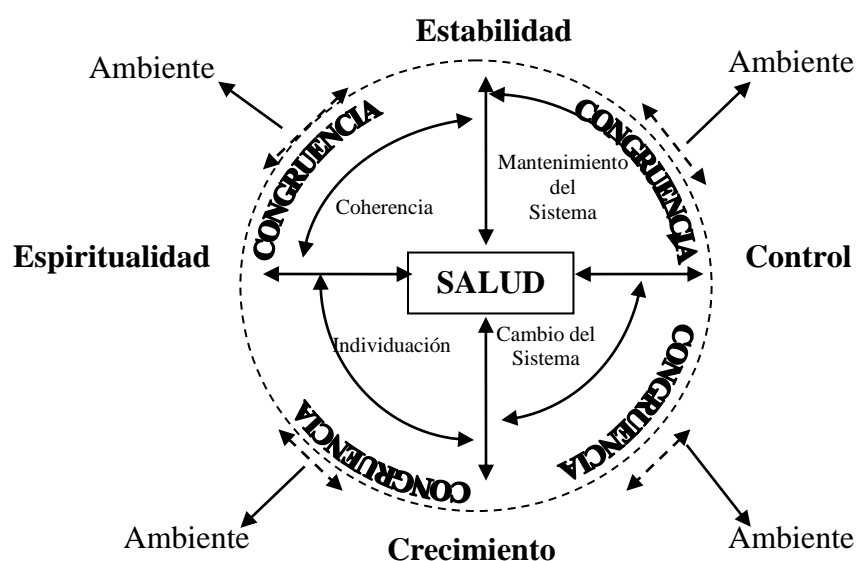
La individuación lleva a la familia al crecimiento individual y como sistema, mediante la aceptación de las diferencias de valores, opiniones, estilos de vida y contrastes personales. A través de ella, los integrantes de la familia desarrollarán sus talentos, fortalecerán sus conocimientos y conseguirán afrontar las situaciones o cambios generadores de ansiedad o estrés.

La coherencia genera en la familia vínculos emocionales, que se enfocan a mantener la unidad familiar y generar en sus miembros un sentido de pertenencia y compromiso. Integra acciones de identidad, espiritualidad, armonía y equilibrio, así como el compartir experiencias, sentimientos, muestras de afecto y cariño, que incluye el cuidado de los más vulnerables como son los niños, ancianos, enfermos y minusválidos.

De acuerdo al MOS (Friedemann, 1995) la familia en respuesta a los cambios o eventos adversos que le generan ansiedad, implementa nuevas estrategias para reestablecer la congruencia del sistema familiar. Por lo que ante la vivencia de la

enfermedad crónica algunos de los criterios observables de la eficacia de su funcionamiento son: 1) El nivel de ansiedad generado por las repercusiones del cuidado y 2) Las estrategias que implementa para disminuir este síntoma, mantener la congruencia y crecer a través de ellas.

Figura 1. Marco de Organización Sistémica: un Enfoque Conceptual para Familias y Enfermería. Friedemann (1995).



Procesos de Vida del Sistema Familiar

1.3.2 Resiliencia familiar.

La resiliencia familiar surge en los estudios de la terapia familiar y afrontamiento del estrés familiar (Hill, 1958; Mc Cubbin y Patterson, 1983; Patterson, 1988; Walsh, 2003; Kalil, 2003; Gómez y Kotliarenco, 2010), así como en los nuevos modelos de atención en salud familiar a partir de que se reconoce el rol preponderante que tiene la familia en la salud de los individuos (Ministerio de Salud, 1998).

El presente enfoque teórico fue elegido para comprender de una mejor manera la identificación del riesgo y la resiliencia de la familia como unidad funcional, por lo que va más allá de considerar la suma de la resiliencia individual de cada uno de los miembros de la familia (Walsh, 2003; Gómez & Kotliarenco, 2010; Caruso & Mikulic, 2010).

El concepto de resiliencia familiar amplía la comprensión del buen funcionamiento de la familia en situaciones de adversidad, ante el cuestionamiento del porque algunas familias que son sacudidas por crisis continuas o estrés crónico emergen de ellas con más fortaleza y mayores recursos, en cambio otras se ven bloqueadas y atrapadas en el dolor y la desesperación (Walsh, 2003).

Gómez & Kotliarenco (2010) y Caruso & Mikulic (2010) retomando lo que plantea el Modelo de Resiliencia Familiar de Walsh, (2003) definen a la resiliencia familiar como el conjunto de comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrando sus recursos y necesidades familiares. Proceso dinámico que conlleva algo más que manejar condiciones estresantes o sobrevivir a una dura prueba. Implica la capacidad de transformación, crecimiento familiar y personal y seguir adelante a partir de la adversidad.

La resiliencia familiar desde una perspectiva sistémica considera que las situaciones de crisis y adversidad impactan sobre todo el sistema familiar y envuelven cuatro dominios del funcionamiento familiar: 1) Los sistemas de creencias en la familia, 2) Los patrones organizacionales, 3) Los procesos de comunicación y 4) La resolución de problemas.

El sistema de creencias familiares influye sobremanera en la forma en cómo la familia percibe la adversidad. De acuerdo a éste la familia activa procesos interactivos: reconocer problemas y limitaciones; hablar abierta y claramente acerca de ellos; analizar los recursos personales y familiares existentes; organizar y reorganizar las estrategias tantas veces como sea necesario, revisando y evaluando los logros y las pérdidas, con el objeto de reducir el estrés y la vulnerabilidad; promover la recuperación y el crecimiento después de la crisis; y fortalecer a las familias para superar la adversidad prolongada (Walsh, 1996; 2003).

Los patrones organizacionales regulan las conductas y definen las relaciones humanas, en esta dimensión se identifican los factores protectores con los que cuenta la familia para ser resiliente. Entre ellos se encuentran la flexibilidad, la conexión y los recursos sociales y económicos. Elementos clave que en su conjunto describen la capacidad de resiliencia de la familia al cambio, ya que ésta se sostiene en una estructura flexible, unida y con redes de apoyo (Medellín et al., 2012).

La comunicación familiar ayuda, da claridad en situaciones de crisis, estimula la abierta expresión emocional e impulsa la resolución cooperativa de problemas, pues a partir de la comunicación familiar, los miembros de la familia logran identificar los problemas, proponen ideas para su resolución y toman decisiones compartidas. De ahí que los procesos de comunicación y la toma de decisiones son aspectos que se consideran decisivos en la resiliencia familiar (Walsh, 2003; Gómez y Kotliarenco, 2010; Caruso, & Mikulic, 2010).

La resolución cooperativa de problemas, a partir de la adversidad, los integrantes de la familia logran identificar problemas y proponen ideas para lidiar con ellos, plantean el fomento de conductas cooperativas, el trabajo en equipo, la adopción de decisiones por

consenso, el establecimiento de metas compartidas y el uso de procesos de búsqueda conjunta y cooperativa, centrándose en conseguir los objetivos y aprender de las dificultades. Tienen una actitud proactiva, previniendo los problemas, evitando las crisis y preparándose para cambios futuros (Walsh, 2003).

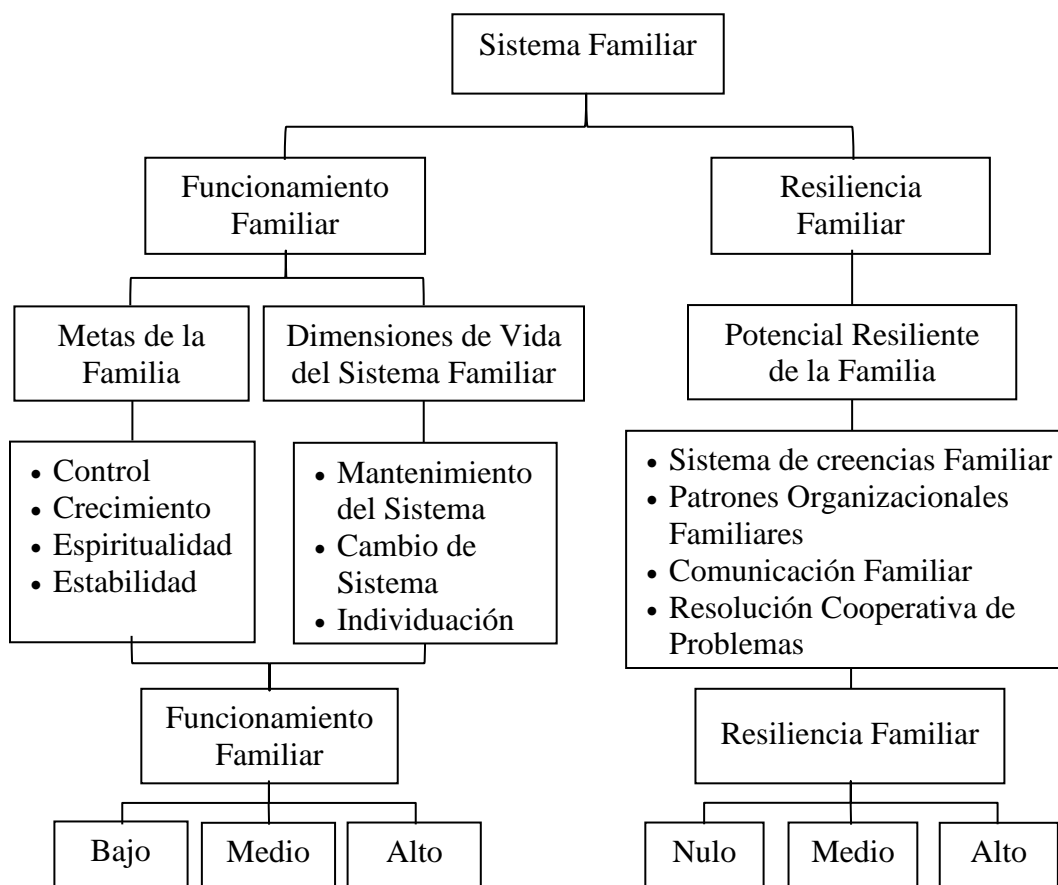
El potencial resiliente de la familia se define como las capacidades de ajuste personal y social a pesar de vivir en un contexto desfavorable y de haber tenido experiencias traumáticas. Ese ajuste implica resistir a las adversidades, el control sobre el curso de la propia vida, el optimismo y una visión positiva de la existencia (Scheier & Carver, 1992).

Aunque existen factores que favorecen el potencial resiliente, tales como el temperamento, la salud, el sexo, la apariencia física o la inteligencia, la resiliencia es una cualidad que se puede aprender y perfeccionar (Uriarte-Arcienega, 2005).

Actualmente el marco de trabajo de resiliencia familiar permite estudiar a la familia en un mundo donde todo cambia a ritmo acelerado, donde las culturas y estructuras se hacen cada vez más diversas y complejas y donde las situaciones de crisis y adversidad se viven día a día. De ahí que el Modelo de Resiliencia Familiar de Walsh (2003) fue retomado por Caruso, & Mikulic (2010) para la construcción del inventario “Potencial Resiliente de la familia” (IPRF), que busca identificar los elementos que permiten a las familias salir fortalecidas ante el afrontamiento de los desafíos, transformarse, crecer y seguir adelante.

1.3.3 Ubicación del fenómeno de estudio en la teoría

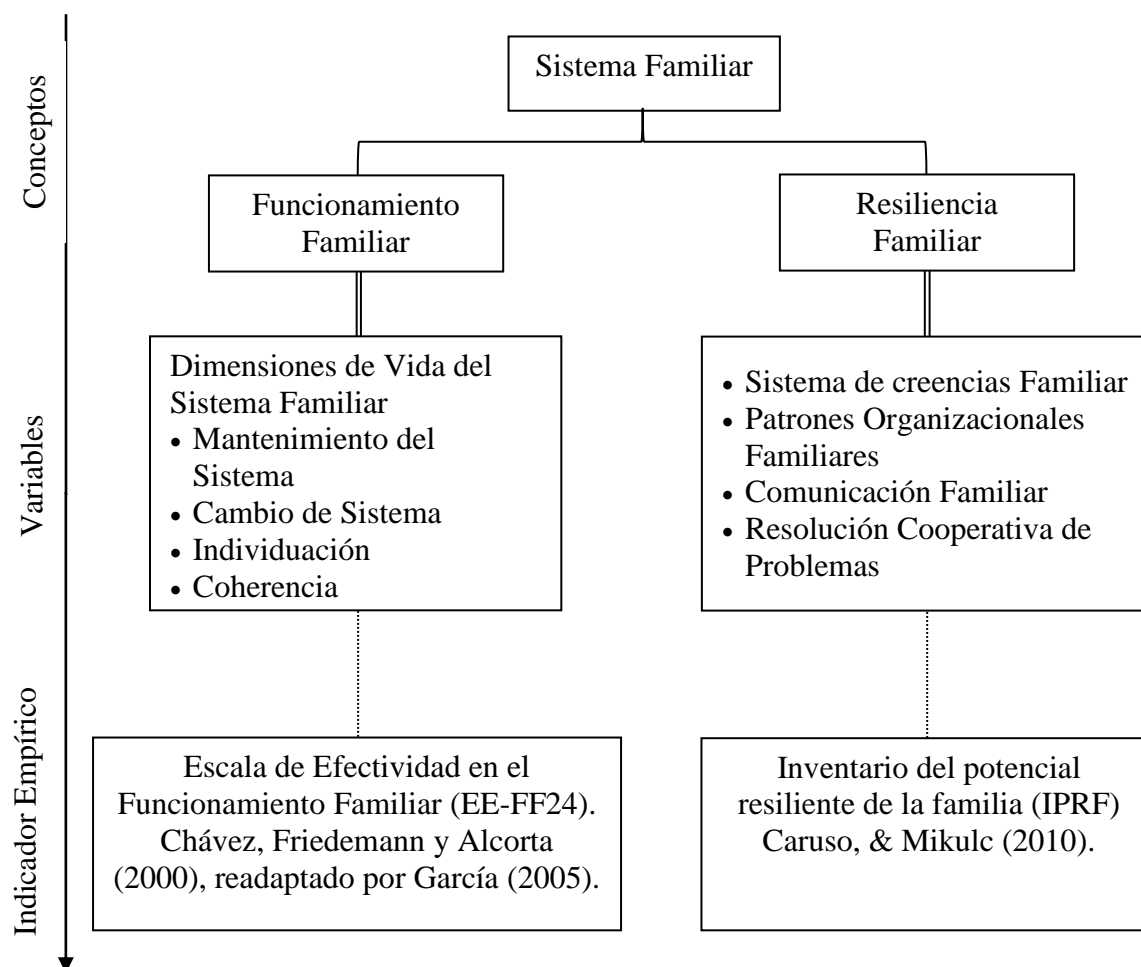
Figura 2. Ubicación del problema de estudio en la teoría.



Nota: La figura dos, muestra la forma en que el problema de investigación se ubica en el MOS (Friedemann, 1995), el cual permite el estudio del concepto funcionamiento familiar en sus variables metas: Estabilidad, control, crecimiento y espiritualidad, y dimensiones del proceso de vida del sistema familiar: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, individuación y coherencia, en relación al concepto resiliencia familiar en sus variables: Sistema de creencias, patrones organizacionales, comunicación y resolución cooperativa de problemas (Walsh, 2003); Gómez y Kotliarenco 2010; y Caruso, & Mikulic 2010).

1.3.4 Estructura teórico - conceptual - empírica.

Figura 3. Estructura Teórico - Conceptual -Empírica (Rico & García, 2018)



Nota: La figura tres, muestra como la estructura teórico conceptual empírica según Fawcett (2005), engloba los conceptos funcionamiento familiar en sus variables dimensiones del proceso de vida del sistema familiar: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, individuación y coherencia, que serán medidas con la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (EE-FF24), de Chávez, Friedemann y Alcorta (2000), readaptada por García (2005), en relación al concepto resiliencia familiar en sus variables: Sistema de creencias, patrones organizacionales, comunicación y resolución cooperativa de problemas (Walsh, 2003; Gómez y Kotliarenco, 2010); y Caruso, & Mikulic 2010).

1.4 Estudios Relacionados

En la revisión de la literatura no se encontraron estudios directamente relacionados en la población de estudio, tampoco de resiliencia familiar medida con indicadores empíricos familiares sólo personales e individuales, mínimamente aplicados a familias de adultos mayores con enfermedad crónica y con el MOS. Por lo que el trabajo se

fundamenta en estudios indirectamente relacionados con el fenómeno de investigación y con la población de estudio.

1.4 1 Estudios relacionados con el funcionamiento familiar

Rodríguez, Haro, Martínez y Ayala (2017), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar y su relación con la depresión en 176 adultos de 20 a 60 años, seleccionados a conveniencia en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali Baja California. Encontraron que el 75% ($n = 132$) fueron mujeres y el 25% ($n = 44$) hombres. El 28.4% tuvo de 20 y 30 años, el 26.7% entre 31 y 40 años, 29.5% entre 41 y 50 años. El 43.2% de la población de estudio, refiere tener familias funcionales y el 37.5% familias moderadamente funcionales.

Zenteno et al (2015), estudiaron la influencia del funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento terapéutico y el control glucémico en 170 adultos y adultos mayores con diabetes tipo 2 de una comunidad urbana. El 60.6% ($n = 103$) fueron mujeres y el 39.4% ($n = 67$) hombres, con un promedio de edad de 57.56 años. El 75.8% ($n = 61$) de familias fueron nucleares y el 24.1% ($n = 80$) extensas, el 64.1% ($n = 109$) tuvo un nivel socioeconómico medio, el 18.8% ($n = 32$) un funcionamiento familiar alto y el 81.2 % ($n = 138$) un funcionamiento familiar medio. En cuanto a las metas sobresale la de espiritualidad con una media de 82.50 ($DE = 14.73$).

Concha y Rodríguez (2010), estudiaron la funcionalidad familiar en 118 familias de pacientes con diabetes e hipertensión arterial compensados y descompensados, con un rango de edad de 55 a 64 años. El 80.5% ($n = 95$) tuvo funcionalidad familiar adecuada y el 19.5% ($n = 23$) funcionalidad moderada.

Zavala, Ríos, García y Rodríguez (2009), valoraron la funcionalidad familiar y la ansiedad en 97 familias de adultos con enfermedad crónica para estudiar la relación entre ambas variables. El rango de edad del 70% de los encuestados fue de 60 a 80 años ($n = 78$), el 60% género femenino ($n = 62$), el 72.2% ($n = 70$) pertenecía a una familia nuclear y el 27.8% ($n = 27$) a una familia extensa. El 91% ($n = 88$) de las familias tuvo un funcionamiento familiar alto y el 9% ($n = 9$) funcionamiento familiar moderado. La escala general (EE-FF) obtuvo una media de 84.0 ($DE = 11.5$), la dimensión cambio del sistema tuvo la media más baja 76.8 ($DE = 16.5$) y la dimensión coherencia la más alta 92.0 ($DE = 14.25$).

1.4.2 Estudios relacionados con la resiliencia familiar

Geun, Young, Joo & Sang Suk Kim (2017), estudiaron el estrés, la capacidad de recuperación y la adaptación familiar en 250 familias de adultos mayores con demencia en Seúl, Corea, mediante un modelo basado en la resiliencia familiar. La edad promedio de los miembros de la familia fue de 53.74 años ($DE = 11.69$), el 83.04% ($n = 186$) eran mujeres. De las dimensiones de la resiliencia familiar, el sistema de creencias familiares obtuvo un puntaje de 3.33 ($SD = 0.43$); patrón de organización, 3.25 ($SD = 0.02$); y proceso de comunicación de 3.47 ($SD = 0.62$).

Todos los factores de la resiliencia familiar se correlacionaron significativa y positivamente, con adaptación familiar y apoyo social: sistema de creencias ($p < 0.39$), patrón de organización ($p < 0.33$) y proceso de comunicación ($p < 0.40$), no así con estrés familiar con quien se correlacionaron negativamente.

Dias, et al. (2017), estudiaron de manera exploratoria la resiliencia del sistema familiar que enfrenta la hospitalización de un miembro en riesgo de muerte en el ámbito hospitalario, para lo cual abordaron a ocho familiares. Obtuvieron como respuesta

principal que, la familia es el mayor apoyo para sobrellevar esos momentos difíciles (hermanos, niños, nuera, yerno) ya que es lo más importante que se tiene en la vida.

Onate y Calvete (2016), realizaron un estudio cualitativo con 32 familiares de personas con discapacidad intelectual en España, el propósito fue conocer los factores de resiliencia relatados por los familiares cuidadores, a través de entrevistas semiestructuradas y en profundidad, los resultados obtenidos reflejan que aspectos de recursos internos y externos están asociados a la resiliencia, en cuanto a los recursos internos se identificó la aceptación como factor importante en el proceso de la resiliencia, seguido del autocuidado y auto amabilidad, ocio y deporte, vivir el presente, toma de perspectiva, afrontamiento activo del problema, retos y metas, positividad, sentido del humor, ocupaciones fuera del hogar y la espiritualidad. El siguiente factor denominado recursos externos derivó en aspectos como el apoyo formal e informal, conocer que existen otros familiares bajo la misma condición de salud y recursos económicos, este último factor destaca que el apoyo social percibido está relacionado con la mejoría de otros factores protectores, lo cual permite el desarrollo dinámico de la resiliencia familiar.

Crespo y Fernández (2015), estudiaron la resiliencia familiar en 111 cuidadores familiares de personas mayores dependientes. El 73.9% ($n = 82$) fueron mujeres, con una edad media de 62.36 años, el 50.5% ($n = 56$) eran hijas y el 41.4% ($n = 46$) esposas del adulto mayor dependiente. En relación a los adultos mayores sobresalieron las mujeres (72.1%; $n = 80$) con una edad media de 80.96 años ($DT = 9.78$). 30 cuidadores (27.0%) obtuvieron una resiliencia alta con una media de 82.81 ($DT = 6.06$) y 81 cuidadores (73.0%) resiliencia moderada o baja.

Ponce y Torrecillas (2014), hicieron un análisis descriptivo de la resiliencia en 100 familiares de entre 18 y 66 años de edad de personas con discapacidad. Respecto a la resiliencia esta fue mayor en los familiares más jóvenes y menor en los familiares de más edad. Del grupo de los jóvenes de 18 y 33 años, el 70.8% ($n = 16.8$) presentan un nivel alto de resiliencia, el 50% ($n = 22$) de los familiares con edades comprendidas entre los 34 y 50 años y el 40.6% ($n = 14$) con edades comprendidas entre los 51 y 66 años presentan nivel moderado de resiliencia.

En cuanto al parentesco, el 63% ($n = 32$) de los hermanos y el 37% ($n = 49$) de las madres tuvo un alto nivel de resiliencia, no así los padres quienes sólo alcanzaron un 16% ($n = 19$). Encontraron una correlación negativa significativa entre la resiliencia familiar y la edad ($r = -.556$, $p = 0.001$).

Arriagada, Jara & Lenugo (2017), midieron el nivel de resiliencia y de funcionalidad familiar de los familiares responsables de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción y sus factores asociados. Fue un estudio transversal, descriptivo-correlacional, con una muestra de 117 familiares, el 74% de la muestra, son mujeres, con edades de 41 a 60 años, un 42% de los familiares terminaron la enseñanza media, según el parentesco del familiar de la persona hospitalizada, un 43% son hijos, respecto de la ocupación, se destaca el ser ama de casa con un 38%. Se evidenció que el 94% de los familiares encuestados muestran una resiliencia promedio o alta. 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. Al establecer una relación entre funcionalidad familiar y el nivel de resiliencia, se observó una relación significativa entre variables.

Síntesis de la Literatura

La literatura revisada muestra estudios de tipo exploratorio, descriptivo, correlacional y transversal. Los de funcionamiento familiar fueron realizados en familias de adultos mayores con enfermedad crónica y en su mayoría muestran un funcionamiento familiar alto o moderado. Los de resiliencia familiar como ya se mencionó la mayoría fueron realizados con indicadores empíricos individuales no familiares, sin embargo, son un referente para el estudio. De estos sólo dos estudiaron las dimensiones de la resiliencia familiar que se abordará en este estudio: sistema de creencias familiares, patrón de organización, proceso de comunicación y capacidad resolutiva. El puntaje fluyó de una resiliencia familiar alta a moderada.

1.5 Definición de Términos

La definición de términos se hizo con fundamento en los conceptos emitidos en el MOS (Friedemann, 1995) y en el modelo de resiliencia familiar de Walsh, (2003), retomado por Gómez, Kotliarenco (2010), Caruso, & Mikulic (2010).

1.5.1 Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar, es la capacidad que tienen las familias de los adultos mayores con enfermedad crónica, de mantener la congruencia ante los cambios y eventos adversos que se les presentan y proveer de bienestar a sus integrantes, donde se busca siempre mantener la estructura como una familia, pues se comparten valores y mantiene a la familia en una estructura.

Mantenimiento de sistema, son las actividades que realizan los familiares y el adulto mayor, que consisten en la escucha activa y aceptación de consejos por parte de expertos, definen roles para distribuir acciones de comportamiento saludable y prácticas de automanejo de la cronicidad que presenta el adulto mayor.

Cambio del sistema, son las acciones que realiza el adulto mayor y su familia para recibir apoyo por parte de los amigos, personas de la comunidad e instituciones de asistencia social, para resolver problemas relacionados con la presencia de alguna enfermedad crónica.

Individuación, es el conjunto de actividades que realiza el adulto mayor y los integrantes de la familia, que les permiten la resolución de problemas inesperados, escuchando y aceptando las diferentes opiniones de los integrantes, así como conocer y aprender de cada uno de ellos, motivándolos al desarrollo de conductas saludables y manejo de riesgo ante la presencia de una enfermedad crónica.

Coherencia es la expresión de apoyo, unión y solidaridad que tiene la familia para el adulto mayor ante la presencia de una enfermedad crónica de forma compartida con el resto de los integrantes.

1.5.2 Resiliencia familiar

Es el conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que despliegan las familias de los adultos mayores con enfermedad crónica, para ajustar sus creencias, valores y rutinas a sus necesidades y recursos, recuperar la eficacia del funcionamiento familiar y mantener niveles óptimos de bienestar. Proceso que integra la transformación de la familia como núcleo, el crecimiento familiar y personal y seguir adelante ante la adversidad.

1.6 Objetivos e Hipótesis

1.6.1 Objetivo general

- Relacionar el funcionamiento familiar con el potencial resiliente de las familias de adultos mayores con EC.

1.6.1 Objetivos específicos

- Describir las características familiares y personales de la población de estudio.
- Determinar el nivel de funcionamiento familiar de las familias de los adultos mayores con enfermedad crónica.
- Identificar las dimensiones del proceso de vida de las familias de los adultos mayores con enfermedades crónicas que mantienen su estabilidad y la protegen de la extinción ante la adversidad.
- Determinar el nivel de potencial resiliente de las familias de adultos mayores con enfermedad crónica.

1.6.2 Hipótesis

El nivel de funcionamiento familiar determina el nivel de potencial resiliente que tienen las familias de los adultos mayores con enfermedad crónica.

Capítulo II

Metodología

El presente capítulo describe el diseño del estudio, la población, muestreo, muestra e instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información, así como los procesos que se siguieron, las consideraciones éticas y las estrategias de análisis.

2.1 Diseño de Estudio

El estudio será de tipo descriptivo, correlacional, transversal de acuerdo a Pólit & Beck (2012). Este es apropiado para relacionar el funcionamiento familiar con el potencial resiliente de las familias de adultos mayores con EC.

2.2 Población

La población de estudio se conformó por familiares de adultos mayores con enfermedades crónicas de una comunidad rural del Estado Puebla, México. Los cuáles se contactaron en el servicio de consulta externa del Centro de Salud de la comunidad mediante el censo nominal y posteriormente fueron visitados y entrevistarlos en su domicilio.

2.2.1 Muestreo y Muestra

El muestreo se realizó por conveniencia, con base en los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra se determinó mediante el análisis de potencia, con un nivel de significancia de .05, un nivel de confianza de .95%, un poder de .80 y una magnitud del efecto de .25 más una atrición del 10%. Quedando conformada por 160 diadas familiares (320 personas). Esto en virtud de cumplirse con los criterios que se requieren para poder hacer el cálculo mediante esta tabla (Pólit & Beck, 2012).

2.3 Criterios de Selección

2.3.1 Criterios de inclusión.

- Familiares de adultos mayores con enfermedades crónicas diagnosticadas por un médico, mínimo un año antes del estudio y permitan ser visitados en su domicilio.
- Familiares que tengan 18 o más años de edad, que ocupan el rol de cuidadores principales y que residan bajo el mismo techo con el adulto mayor.

2.3.2 Criterios de exclusión.

- Cuidadores familiares de personas en diferente etapa del ciclo vital al de los adultos mayores.
- Familiares que refieran tener una convivencia esporádica con el adulto mayor o participar en actividades de cuidado con poca frecuencia.
- Familiares que, en el momento de la selección, se identifiquen solo como acompañantes.
- Familiares que tengan menos de 18 años de edad.

2.3.3 Criterios de eliminación.

- Familiares de adultos mayores con enfermedad crónica que decidan abandonar el estudio.

2.4 Instrumentos

Para la recolección de la información se aplicaron, una 1) Cédula de factores familiares y personales (CFPF); 2) La Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (EE-FF) de Chávez, Friedemann y Alcorta (2000) readaptada por García (2005); y el Inventario Potencial Resiliente de la Familia de Caruso & Mikulic (2010).

2.4.1 Cédula de datos familiares y personales (CDFP).

La cédula de datos familiares y personales (CDFP), elaborada por Rico y García (2018), consta de dos apartados y será aplicado a un familiar del adulto mayor con EC. El primer apartado integra los siguientes datos: edad, género del familiar entrevistado, tipo de familia, número de integrantes, estado civil, ocupación del jefe de familia, nivel socioeconómico, tipo de vivienda, religión, nivel educativo, rol de la persona entrevistada, cuidador principal y religión; el segundo apartado recaba datos correspondientes al adulto mayor con EC: edad, sexo, nivel educativo, tipo de seguridad social, enfermedad crónica que padece, tiempo de padecer la enfermedad, apoyo familiar (Apéndice A).

2.4.2 Escala de efectividad en el funcionamiento familiar (EE-FF24).

La Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (EE-FF) de Chávez, Friedemann y Alcorta (2001), readaptada por García (2005), permite medir el funcionamiento familiar a través de las cuatro dimensiones de los procesos de vida del sistema familiar: mantenimiento del sistema (2, 6, 9, 11, 14, 16, 19), cambio del sistema (4, 8, 1, 3, 17, 20), individuación (3, 7, 12) y coherencia (1, 5, 10, 15, 18), así como de las cuatro metas de la familia: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad. La integran 24 reactivos en escala de Likert en donde 1 = nunca; 2 = a veces y 3 = siempre. La puntuación general es de 72 puntos y los puntos de corte son: un puntaje de 56 a 72 corresponde a las familias con funcionamiento familiar alto, de 40 a 55 a familias con funcionamiento familiar medio y de 39 a menos familias con funcionamiento familiar bajo. En estudios previos la escala ha obtenido alfas de Crombach de 0.73 a 0.84 (Rodríguez, et al. 2009; Zavala, et al. 2009). Escala que en este estudio será aplicada a dos familiares del adulto mayor con EC (Apéndice B).

2.4.3 Inventario de potencial resiliente de la familia (IPRF).

El inventario del potencial resiliente de la familia (IPRF) fue elaborado por Caruso, & Mikulic en el año 2010 para evaluar los procesos interaccionales fundamentales que permiten a las familias tolerar y a su vez, salir fortalecidas ante el afrontamiento de diferentes desafíos disociadores. El instrumento consta de 36 preguntas en escala de Likert en donde el 0 = nunca, 1 = poco, 2 = algunas veces, 3 = bastante y 4 = siempre que miden cuatro grandes dimensiones: 1) Sistema de creencias familiares (2, 10, 18, 25, 34), que da cuenta de cómo la familia le otorga sentido a la adversidad, 2) Patrones organizacionales familiares (4, 6, 9, 13, 16, 20, 21, 26, 29, 33, 35), que permiten identificar elementos del funcionamiento familiar que son importantes para la resiliencia familiar como son: la flexibilidad, la conexión, los recursos sociales y económicos, 3) La comunicación familiar (1, 5, 8, 12, 15, 19, 22, 24, 30, 31, 36) que evalúa la claridad y la expresión emocional sincera y 4) La resolución cooperativa de problemas (3, 7, 11, 14, 17, 23, 27, 28, 32). La calificación total del instrumento es de 144 puntos y los puntos de corte son: de 0 a 48 potencial resiliente nulo, de 49 a 96 potencial resiliente medio y de 97 a 144 potencial resiliente alto. El instrumento ha sido validado con alfas de 0.93 y será aplicado a dos integrantes de las familias de los adultos mayores con EC mayores de 18 años (apéndice C).

2.5 Procedimientos

El protocolo fue sometido a revisión, aprobación y autorización del Comité de Ética y la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, así como de las autoridades de la comunidad e institución de salud.

El primer contacto fue con el adulto mayor, mediante un censo de pacientes con enfermedades crónicas, que se obtuvo en el Centro de Salud de Servicios Ampliados de San Salvador el Verde, Puebla, donde se identificó a cada adulto mayor que cumpliera con los criterios de selección, posteriormente se les pidió su colaboración y autorización para ser visitados en su domicilio cuando ellos lo determinen. En caso renuente se agradeció su participación y se continuó con el siguiente participante de la lista que cumpliera con los criterios establecidos hasta alcanzar el tamaño de la muestra determinado.

El segundo contacto fue con el cuidador familiar directo en su domicilio con el objetivo de identificar el cumplimiento de los criterios de selección, expresar el propósito del estudio y solicitar el consentimiento informado por escrito, en caso de aceptación se dio a conocer la forma en que debían llenar los instrumentos y la libertad de abandonar el estudio si así lo decidieran.

Se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: la cédula de datos familiares y personales que sólo se aplicó a uno de los participantes, la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (EE-FF24) y el Inventario de Potencial Resiliente Familiar (IPRF36) que si se aplicaron a los dos participantes.

Se concretaron de una a dos visitas domiciliarias con los familiares para el llenado de los instrumentos, al finalizar estos fueron guardados en un sobre y manejados de forma confidencial y anónima por la investigadora. Finalmente, la investigadora agradeció a la familia su colaboración y se procedió a retirar del domicilio.

2.6 Ética del Estudio

El estudio se sustentó en lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1984/2017), la cual establece en el

Título segundo de los Aspectos Éticos de los Seres Humanos y en el Capítulo I, Artículo 13, que en cualquier investigación en la que un ser humano participe, debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y protección y bienestar de los derechos humanos. Por lo que en el desarrollo de éste estudio se respetó la dignidad de los entrevistados llamándoles por su nombre, informándoles y aplicándoles los instrumentos en su hogar en un lugar en el que se mantenga su individualidad. De acuerdo con el Artículo 14: fracciones V, VI, VII y VIII, se solicitó a los participantes el consentimiento informado por escrito y se mantuvo su privacidad en todo momento.

Con base en los artículos 17: Fracción II y 21: Fracciones I, II, VI, VIII y XI el estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que no se realizó ninguna técnica invasiva, sin embargo, como se tocaron aspectos familiares relacionados con la adversidad se tuvo preparada una técnica de escucha activa el caso de que alguno de los familiares participantes pudiera tener alguna manifestación emocional.

2.7 Plan de Análisis Estadístico

Una vez recabada la información, se elaboró una base de datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 24 (Statistical Package for Social Sciences). Para el objetivo uno se comprendieron datos descriptivos: frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar. Posteriormente se obtuvo el coeficiente de confiabilidad de los instrumentos mediante del alpha de Cronbach y se realizó la curva de normalidad de los datos a través del Kolmogorov-Smirnov (K-S) para determinar la distribución de los datos, con previa construcción de índices con valor de 0 a 100. Se realizó el análisis inferencial para dar respuesta a la hipótesis del estudio mediante estadística paramétrica o no paramétrica. Los resultados se presentan en tablas, figuras y gráficos para su análisis y discusión.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados correspondientes al participante índice (Adulto mayor) y sus familiares con un total de 320 individuos que constituyen 160 familias. En este apartado se incluyen los resultados de la siguiente manera: a) Confiabilidad de los instrumentos EEFF24 e IPRF36, b) Análisis descriptivo c) Prueba Kolmogorov-Smirnov, d) Estadística inferencial para resultado de objetivos.

a) Consistencia interna de los instrumentos de estudio

La confiabilidad de los instrumentos se determinó por medio de alpha de Cronbach. Según Pólit y Beck (2012), el instrumento de la escala de efectividad en el funcionamiento familiar fue de .818 lo que muestra un alpha aceptable, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1

Coefficiente de confiabilidad de la escala de efectividad en el funcionamiento familiar

Instrumento	No. de preguntas	Alpha de Cronbach
EE-FF24	1-24	.818
Mantenimiento del sistema	2, 6, 9, 11, 14, 16, 19	.801
Cambio del sistema	4, 8, 13, 17, 20	.802
Individuación	3, 7, 12	.800
Coherencia	1, 5, 10, 15, 18	.749

Nota: EE-FF24. Puebla, 2019.

n = 160

La tabla dos, muestra que el inventario de potencial resiliente de la familia fue de .853 lo que muestra un alpha aceptable. Según Pólit y Beck (2012).

Tabla 2

Coefficiente de confiabilidad del inventario de potencial resiliente de la familia.

Instrumento	Número de preguntas	Alpha de Cronbach
IPRF	1 – 36	.853
Sistema de creencias familiares	2, 10, 18, 25, 34	.900
Patrones organizacionales familiares	4, 6, 9, 13, 16, 20, 21, 26, 29, 33, 35	.861
Comunicación familiar	1, 5, 8, 12, 15, 19, 22, 24, 30, 31, 36	.839
Resolución cooperativa de problemas	3, 7, 11, 14, 17, 23, 27, 28, 32	.743

Nota: IPRF36. Puebla, 2019.

n = 160

b) Análisis descriptivo

En cuanto al análisis descriptivo de los instrumentos aplicados, se obtuvieron los siguientes resultados, en la escala del funcionamiento familiar una media de 53.56 y el índice potencial resiliente 72.50, ver tabla 3.

Tabla 3

Medidas de tendencia central de los instrumentos EE-FF24 e IPR36

Dimensiones	\bar{X}	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
EE-FF24	53.56	5.43	43.06	62.05
IPR36	72.50	7.46	59.72	82.64

Nota: EE-FF24. Puebla, 2019.

n = 1600

c) Prueba Kolmogorov-Smirnov

Para determinar la distribución de los datos obtenidos en las dimensiones de la escala de efectividad en el funcionamiento familiar y del inventario del potencial resiliente de la familia, se convirtieron los datos en índices de cero a 100 para realizar el análisis

descriptivo y determinar la normalidad de las variables continuas por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Como puede observarse en la tabla 4, las variables no mostraron normalidad ($p < .05$), por lo que aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas.

Tabla 4

Prueba Kolmogorov-Smirnov de la escala de efectividad en el funcionamiento familiar y del inventario de potencial resiliente de la familia.

Variables	K-S	Valor de p
EE-FF24	.137	.000
Mantenimiento del sistema	.167	.000
Cambio del sistema	.207	.000
Individuación	.230	.000
Coherencia	.402	.000
IPRF36	.138	.000
Sistema de creencias familiares	.170	.000
Patrones organizacionales familiares	.203	.000
Comunicación familiar	.120	.000
Resolución cooperativa de problemas	.140	.000

Nota: EE-FF24. Puebla, 2019.

$n = 160$

d) Resultados de objetivos

El objetivo uno, describe con frecuencias y porcentajes las características personales y familiares de la población de estudio, cuyos resultados se muestran a continuación.

Se observa que los AM se encuentran en un rango de edad de 60 a 70 ($f = 81$; 50.6%), predominó el género femenino ($f=86$; 53.7%); el 41.9% tienen un nivel escolar de secundaria; la enfermedad que sobresalió en los AM fue la Diabetes tipo II ($f=66$; 40.9%), con una duración de tiempo entre 1 a 5 años de padecer la enfermedad ($f = 160$; 50.3%) ver tabla 5.

Tabla 5

Características sociodemográficas de los adultos mayores con enfermedad crónica

Característica	F	%
Edad		
60 a 70	81	50.6
71 a 80	50	31.3
81 a más	29	18.1
Género		
Masculino	74	46.3
Femenino	86	53.7
Nivel Educativo		
Analfabeto	10	6.6
Primaria incompleta	26	15.9
Primaria incompleta	36	22.5
Secundaria	67	41.9
Bachiller	15	9.3
Profesional	6	3.8
Enfermedad crónica que padece		
Hipertensión arterial	55	34.4
Diabetes tipo II	66	40.9
Otra	39	24.7
Tiempo de padecer la enfermedad		
1 a 5 años	81	50.3
6 a 10 años	27	16.9
11 a 15 años	44	27.8
21 a 25 años	8	5.0

Nota: CDFP. Puebla, 2019.

$n = 160$

En cuanto a las características familiares los resultados obtenidos muestran que sobresalieron en un 70% las familias extensas, conformada por 6 o más integrantes ($f=66$; 41.2%), la ocupación del jefe de familia ($f= 45$; 28.1%) fue campesino, en su mayoría (69.1%; $f= 110$) la familia contaba con vivienda propia, respecto a la religión de la familia predominó la católica en un 75% ($f= 120$) y el estado socioeconómico de la familia que sobresalió fue el medio en el 93.75% ($f= 150$).

Tabla 6

Características de los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica

Características		<i>f</i>	%
Tipo de Familia			
	Nuclear	22	13.8
	Extensa	112	70.0
	Monoparental	12	7.2
	Reconstituida	14	9.0
Número de integrantes de la familia			
	2 a 3	32	20.0
	4 a 5	62	38.8
	6 a más	66	41.2
Ocupación del jefe de la familia			
	Campeño	45	28.1
	Comerciante	40	25.0
	Albañil	11	6.9
	Obrero	1	0.6
	Empleado	25	15.6
	Profesionista	11	6.9
	Otro	27	16.9
Tipo de vivienda			
	Propia	110	69.1
	Rentada	42	25.9
	Prestada	8	5.0
Religión de la familia			
	Católica	120	75
	Testigos de Jehová	8	5
	Cristiana	32	20
Nivel socioeconómico de la familia			
	Bajo	10	6.25
	Medio	150	93.75

Nota: CDFP. Puebla, 2019.

n = 160

En cuanto a los cuidadores del adulto mayor, el 47.5% es la esposa o esposo y en un 24.7% es el hijo (a). Se encontró que el 54.7% ($f=175$) de los cuidadores fueron del sexo femenino y en su mayoría refieren estar en unión libre ($f= 86$; 54.0%) ver tabla 7.

Tabla 7

Características familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica

Características	<i>f</i>	%
Cuidador principal		
Independiente	22	13.8
Hijos (as)	40	24.7
Nietos (as)	13	8.1
Sobrinos (as)	9	5.9
Esposo (a) o pareja	76	47.5
Género del familiar entrevistado		
Masculino	145	45.3
Femenino	175	54.7
Estado civil		
Soltero	4	2.5
Casado	55	34.1
Unión libre	86	54.0
Viudo	15	9.4

Nota: CDFP. Puebla, 2019.

$n = 320$

El objetivo dos, buscó determinar el nivel de funcionamiento familiar de las familias de los adultos mayores con enfermedad crónica mediante el EE-FF24, se observa que el funcionamiento familiar se ubica en un nivel medio ($f=104$; 65.0%) ver tabla 8.

Tabla 8

Nivel de Funcionamiento familiar de las familias de los adultos mayores

Funcionamiento familiar	<i>F</i>	%
Alto	56	35.0
Medio	104	65.0
Bajo	0	0

Nota: E - EFF24. Puebla, 2019

$n = 160$

El objetivo tres planeó identificar las dimensiones del proceso de vida de las familias de los adultos mayores con enfermedades crónicas que mantienen su estabilidad, los resultados muestran que la coherencia es la dimensión que brinda mayor protección ante la adversidad ($\bar{x} = 90.81$; $DE = 13.3$).

Tabla 9

Dimensiones del proceso de vida de las familias de los adultos mayores

Dimensiones	\bar{X}	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Mantenimiento del sistema	75.50	5.5	65.00	90.00
Cambio del sistema	78.82	12.3	58.00	100.00
Individuación	85.53	14.5	60.00	100.00
Coherencia	90.81	13.3	66.67	100.00

Nota: EE-FF24. Puebla, 2019.

$n = 160$

El objetivo cuatro determinó el nivel de potencial resiliente de las familias de adultos mayores con enfermedad crónica mediante el IPRF; los resultados de la tabla nueve exponen que el nivel de potencial resiliente que predominó en las familias de adultos mayores con EC fue el medio ($f = 115$; 71.9%).

Tabla 10

Potencial resiliente de las familias de adultos mayores con enfermedad crónica

Potencial Resiliente	f	%
Alto	45	28.1
Medio	115	71.9
Bajo	0	0

Nota: IPRF36. Puebla, 2018

$n = 160$

El objetivo general del presente proyecto de investigación, buscó relacionar el nivel de funcionamiento familiar con el nivel de potencial resiliente de las familias de adultos mayores con EC. Para dar respuesta se utilizó una correlación bivariada (ρ de

Spearman) cuyo resultado muestra que existe una relación positiva, con una alta significancia ($r_s = .600$, $p < .001$), como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11

Matriz de correlación del funcionamiento familiar y el potencial resiliente de las familias de adultos mayores con EC.

Variable	EE-FF24	IPR36
EE-FF24	1	.600 ***
IPR36	.600 ***	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$ y *** $p < .001$

Finalmente, para complementar el resultado de la hipótesis planteada, se realizó un modelo de regresión lineal simple para determinar la capacidad predictiva de la funcionalidad familiar sobre la variable resultado índice potencial resiliente, el modelo fue significativo ($R^2 = .452$; $F_{[1, 318]} = 261.77$; $p = .001$).

Capítulo IV

Discusión

En este apartado se muestra el análisis de los datos obtenidos, en primera instancia se encontró que los instrumentos de las familias de este estudio reflejaron un funcionamiento familiar entre moderado y alto, así como un potencial resiliente medio, lo que significa que existe una congruencia con los datos establecidos por (García-Madrid, 2007) el cual refleja que la mayoría de las familias encontradas en esta población, pueden ser consideradas como funcionales lo que reafirma que la familia continúa siendo la principal institución responsable del cuidado de la salud, específicamente de los adultos mayores.

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra en su mayoría son del género femenino de 60 a 70 años, similar a lo reportado por Zavala (2009), etapa del ciclo vital que implica responsabilidad en las tareas domésticas, son cuidadoras de los integrantes de menor edad, así mismo tienen un nivel educativo básico; sobresalió el género femenino lo que coincide con otros autores (Rodríguez, 2017; Geun, 2017), por lo tanto se deduce que la población adulta mayor la representa en su mayoría el género femenino lo que implica responsabilidad en las tareas domésticas, son cuidadoras de los integrantes de menor edad, y con un nivel educativo básico, condiciones que conllevan a cambios en las capacidades de cuidado de las familias, pues según lo reportado por Concha (2010), son las mujeres personas del sexo femenino quienes han evidenciado en mayor probabilidad, procesos de descompensación.

Ante este panorama puede deducirse que, con la presencia de una enfermedad crónica en el adulto mayor, la dinámica de la familia puede ser alterada, lo cual se verá reflejado directamente en el funcionamiento familiar.

En relación al tipo de familia, se encontró que en el 70% de los casos son familias extensas, lo que difiere con Zavala (2009), pues en su estudio reporta como predominante a la familia nuclear, pero coincide con Zenteno (2015) y con el tipo de población de estudio, pues al ser familias de un área rural, es más común encontrar este tipo de estructura, en la que existe un mayor número de integrantes.

En relación al cuidador principal, se coincide con los hallazgos encontrados por Crespo (2015), los cuales mostraron que en su mayoría adoptan el papel de cuidador principal los hijos o la pareja del adulto mayor, en su mayoría del género femenino lo que a futuro podría afectar la capacidad de las familias para cuidar al adulto mayor, ya que cada vez más mujeres se insertan al ámbito laboral e implica una demanda mayor al satisfacer necesidades de acompañamiento y emocional además de los roles asignados culturalmente (Arriagada, 2012).

Así mismo al reportar que las familias reflejan una funcionalidad media, significa que los integrantes implementan comportamientos colectivos típicos en los sistemas familiares, como la toma de decisiones, normas que los protegen, controlan y dan seguridad a los miembros de la familia, también se puede inferir que existen patrones de comunicación y adopción de nuevos cambios que favorecen los comportamientos resilientes y la efectividad del funcionamiento familiar similar a lo reportado por autores (Zenteno, 2015; García, 2017).

Al realizar un análisis de las dimensiones del sistema familiar se obtuvieron puntajes altos en individuación y coherencia, dichos datos reflejan que la mayoría de las familias de este estudio implementan estrategias que integran comportamientos que fortalecen las relaciones armónicas, sentido de unidad y pertenencia familiar a través del respeto, amor

e interés de unos a otros sin perder la apertura al entendimiento, el aprender de sí mismos y de otros (Zavala, 2009; Friedemann, 1995).

Las estrategias de comportamiento antes descritas influyen de forma positiva en los niveles de resiliencia de los AM que padecen una EC, esto sugiere que el sujeto principal (AM) integra a su vida cotidiana acciones específicas como tolerancia a la adversidad económica, aceptación positiva a cambios físicos y emocionales propios de la edad y la enfermedad, el establecimiento de relaciones seguras entre los miembros más cercanos, perseverancia y espiritualidad que se traduce en pensar que todo estará bien si mantienen la fe (Caruso, 2010; Crespo, 2015).

Posteriormente el presente proyecto busco la congruencia entre el nivel de funcionamiento familiar y el nivel de potencial resiliente, los AM moderadamente resilientes tendieron a manifestar una evaluación más positiva ante la presencia de cambios generados por la enfermedad, los familiares presentaron niveles significativamente mayores de funcionamiento familiar, muestras de solidaridad y menor reacción o preocupación ante los problemas del receptor de cuidado amparo, aspectos similares reportados con (Myun, Young, 2017). Aunque también presentaron una mayor satisfacción con el cuidado que los participantes con resiliencia baja, para estas variables las diferencias alcanzaron la significación estadística.

Finalmente el análisis de los resultados obtenidos muestran que existe una relación positiva del funcionamiento familiar y el potencial resiliente de las familias de estudio, lo que sugiere que existe una adquisición activa de capacidades que llevan a la familia al cuidado de los AM, ante la aparición de eventos no normativos, lo que genera diferentes formas de apoyo y crea mecanismos de soporte para el afrontamiento ante la aparición de las enfermedades crónicas en el sujeto de estudio (Friedemann, 1995, Bosch, 2017).

Al estimar la regresión lineal simple del funcionamiento familiar sobre el potencial resiliente familiar y se probó la hipótesis de que el funcionamiento familiar determina el potencial resiliente de la familia, por lo que se infiere que el funcionamiento familiar determina la capacidad de los familiares para potenciar la resiliencia, es decir afrontar la adversidad ante la presencia de alguna enfermedad crónica en alguno de sus integrantes, lo que coincide con lo referido por otros autores (Arriagada, 2017; Friedemann, 1995).

Conclusiones.

En consideración de los resultados obtenidos se concluye que existe relación positiva entre la funcionalidad y resiliencia familiar, lo que sugiere que la capacidad que tienen las familias de AM con EC al sentirse unidos, evidencia de apoyo mutuo y que a pesar de sus intereses individuales compartan su tiempo libre, resultaron en el presente estudio fungir como factores que mantienen niveles adecuados de funcionamiento y un alto nivel de potencial resiliente familiar.

También es importante que la familia desarrolle, mantenga o aumente la capacidad de expresión de los integrantes y negocien nuevas demandas, favoreciendo comportamientos que les permitan organizar sus capacidades familiares para responder a las adversidades que se presentan ante la llegada de la EC en sus integrantes AM, desplegando habilidades de comunicación, cuidado, convivencia familiar, además de conocer los recursos necesarios para hacer frente a la crisis, es decir, abarcar un conjunto de características basadas en su capacidad para tener un funcionamiento flexible y de limitación de los problemas.

Recomendaciones

Se considera importante que el primer nivel de atención posea conocimiento amplio no solo en el contexto de la enfermedad, sino también en el tipo de personas que se

atienden, en su calidad de vida, su estructura y su ambiente familiar, para que de esta manera se reorienten las nuevas intervenciones en salud especialmente de los grupos más vulnerables (adultos mayores con enfermedades crónicas), ya que un abordaje familiar, podría proporcionar soluciones más extensas.

Para ello se sugiere que futuras investigaciones continúen en el estudio de este tema, para la intervención laboral y comunitaria, incluyendo a participantes de diferentes zonas, rurales y urbanas, tomando en consideración los hallazgos de este estudio, haciendo diferenciaciones por género y estrato socioeconómico y de esta manera se podría contribuir al desarrollo de nuevas técnicas que promuevan el funcionamiento familiar y faciliten el cuidado del AM con EC.

Esta investigación aporta datos relevantes de la familia como parte fundamental del desarrollo de sus integrantes, lo que implica la posibilidad de construir diferentes vías de comunicación entre el personal de enfermería y los miembros de la familia involucrados en el cuidado de la salud de los adultos mayores, para el reconocimiento de sus diferentes abordajes, lo que favorecería la capacidad familiar para el afrontamiento del proceso de la enfermedad y esto conllevaría a una mejor evolución en su proceso.

Considerar el uso de marcos teóricos para la familia como el MOS permite aportar a los profesionales que orientan su práctica en el cuidado familiar, desarrollar estrategias centradas en el papel de la familia y del mismo paciente con EC en el manejo de la enfermedad en el hogar, que permita enfrentar de manera positiva las situaciones de enfermedad para lograr un apoyo que evidencie un automanejo basado en el autocuidado de las personas diagnosticadas con EC.

Limitaciones

Las limitaciones de la presente investigación fueron las siguientes:

- a) El tiempo para la recolección de datos fue algo limitado, considerando que se realizó un abordaje familiar.
- b) La investigación se realizó en una comunidad rural en la existía falta de disponibilidad por parte de algunos posibles participantes lo que acortó más el tiempo para la recolección de la muestra.
- c) Los recursos para la presente investigación fueron finitos, por lo que sólo se dedicaba un número determinado de horas y días a la semana.

Referencias

- Arriagada, M. (2012). Apoyo emocional, instrumental y material hacia el adulto mayor: una percepción desde los hijos. Tesis para optar al grado de Magíster en Familia *Mención Mediación Familiar*. Universidad del Bío. Concepción, Chile.
Recuperado de: http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2012/arriagada_m/doc/.
- Arriagada, F., Jara, P. & Luengo, L. (2017). Nivel de resiliencia en familiares de personas hospitalizadas en cuidados intensivos y factores asociados. *Ciencia y enfermería*, 23(2), 33-4. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200033>
- Bayrakli, H y Kaner, S. (2012). Investigating the factors affecting resiliency in mothers of Children with and without Intellectual Disability. *Educational Sciences: Theory & Practie*, 12(2), 936-943. Recuperado de: <https://eric.ed.gov/?id=EJ981825>.
- Bosch, MJ. & Hernández, H. (2017). La conciliación y el adulto mayor: salud, pensiones y cuidado. Universidad de los Andes. Grupo Security.E SSE. Bussines School.
Recuperado de: <http://www.esec.cl/wp-content/blogs.dir/1/files>
- Caruso, A. P. & Mikulic, I. M. (2010). Evaluación psicológica de la familia con un bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN): construcción de un inventario para evaluar el Potencial Resiliente Familiar (IPRF). *Anuario de investigaciones*, 17, 159-168. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>
- Chávez, A. M. L., Friedemann, M. L. & Alcorta, G. A. (2000). Evaluación de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*, 8 (1), 12 – 18. México.

- Concha Toro, M., & Rodríguez Garcés, C. (2010). Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Revista Theoria*, 19 (1), 41-50.
- Crespo, María, & Fernández-Lansac, Violeta. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.158241>
- Cribello, M. C. (2013). Implicancias y consecuencias de la enfermedad crónica sobre el grupo familiar. *Psicología y Psicopedagogía. Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*.
- Dias, N., Rodrigues, G., Aguiar, O., Oliveira, R., Lopes dos Santos, C. & Souza, A. T. (2017). La Organización de la Resiliencia Familiar Frente al Riesgo de Muerte en el Contexto Hospitalario. *Journal of Nursing. Revista de Enfermagem UFPE*, 11(12), 4961-4969. Recuperado de: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23120p4961-4969-2017>.
- Escartí, A.; Boronat, N.; Llopis, R.; Torres, R. & Vento, M. (2015). Pilot study on stress and resilience in families with premature newborns. *An Pediatr (Barc)*; 84(1):3-9. Recuperado de: www.analesdepediatria.org.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Structure of Contemporary Knowledge in Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Friedemann, M. L. (1995). *The Framework of Systemic Organization. A. Conceptual Approach to Families and Nursing*. Sage Publications. EUA: 1-190.
- García-Madrid, G., Landeros-Olvera, E., Arrijoja-Morales, G., & Pérez-Garcés, A. (2007). Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una

- comunidad rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(1), 21-26. Recuperado de <http://ito.mx/LIKr>.
- Gómez, E. & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103-131.
- Geun Myun Kim, Ji Young Lim, Eun Joo Kim & Sang Suk Kim (2017) A model of adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience, *Aging & Mental Health*, 22:10, 1295-1303, Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/loi/camh2063.2017.1354972>
- González Benítez, Idarmis. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 270-276. Recuperado de: <http://ito.mx/LIKX>
- Grant, G., Ramcharan, P. & Flynn, M. (2007). Resilience in families with children and Adult Members with Intellectual Disabilities: Tracing Elements of A Psycho-Social Model. *Research in Intellectual Disabilities*, 20, 563–575. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00407.x>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016). *Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2016*. Recuperado de www.inegi.org.mx.
- Medellín, M., Rivera, H., López, ME., Kanán J., Gabriela, ME. & Rodríguez-Orozco, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154. Recuperado de: <https://n9.cl/gok8>.
- Migerode, BF., Maes, A., Buysse, R. & Brondeel. U. (2012). Quality of life in adolescents with a disability and their parents: The mediating role of social

- support and resilience. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24, pp. 487-503. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1007/s10882-012-9285-1>.
- Ministerio de Salud. (1998). División de Salud de las Personas Mayores. Estrategias innovadoras en salud. La reforma programática y financiera chilena. Santiago: Minsal. 1998. Recuperado de: <https://scielosp.org/>
- Moreno, M. J. M. (2013). La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles: Nursing Practice. 9na Ed. Harcoved. August 16, 11.
- Onate, L y Calvete, E. (2016). Una aproximación cualitativa a los factores de resiliencia en familiares de personas con discapacidad intelectual en España. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. *Elsevier* España. Recuperado de: <http://creativecommons.org/>.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2017). *Envejecimiento. Informe “Perspectivas de la Población Mundial”*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>.
- Ortega, A., Fernández, AT. & Osorio, MF. (2003). Funcionamiento familiar: Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19, 4; Recuperado de: <https://n9.cl/lm5g>
- Peer, J. W. & Hillman, B. S. (2014). Stress and Resilience for Parents of Children With Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of Key Factors and Recommendations for Practitioners. *Journal of Theoretical Social Psychology*, Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/jppi.12072>.
- Pólit, D.F. & Beck, C.T. (2012) *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th Edition, JB Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Ponce, E. & Torrecillas M. AM. (2014). Estudio de Factores Resilientes en Familiares de personas con Discapacidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 7; 407-416 Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Recuperado de:
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.810>
- Retos de Salud Pública y Nuevos Paradigmas en el Siglo XXI. Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana. Recuperado de: www.ramcv.com.
- Reyes, L., Garrido, G. A.; Torres V. & Ortega, S. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, Vol. 20, Núm. 1: 111-117.
- Rodríguez, G., Haro, A., Martínez, F., Ayala, F. & Román, MA. (2017). Funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 16(4), 20-23.
- Secretaría de Salud (1984/2017). Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Recuperado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom>
- Servan-Schreiber, D. (2003). Curación emocional. Barcelona: Círculo de Lectores.
- Uriarte Arciniega, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-79. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*; 42, 1: 1-18; - (2002): "A family resilience framework: Innovative practice applications", *Fam. Relations.*, 51, 2: 130-137; - (1996). The concept of family

resilience: Crisis and challenge”, *Fam. Process.*, 35: 261-281; Research Library Core. Recuperado de: <https://n9.cl/11s5>

Zavala, M., Ríos, M., García, M. & Rodríguez, C. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Revista Aquichan*. 9(3), 257–270.

Zenteno-López, MA., García-Madrid, G., Marín-Cahgoya, M., Flores-Merlo, M, & García-Solano, B. (2016). Influencia del Funcionamiento Familiar en la Adherencia al Tratamiento Terapéutico y el Control Glucémico de Adultos y Adultos Mayores con Diabetes Tipo 2. *Paraninfo Digital*. Recuperado de: <http://www.index>.

Apéndice A
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Cédula de Datos Familiares y Personales (CDFP). (Rico & García 2018).

Folio _____
Fecha _____
No. de Familia _____

Sección 1 para el Cuidador Familiar Principal

Instrucciones: Marque el inciso que mejor describa a su familia.

1. Edad: _____

2. Género: 1) Femenino 2) Masculino

3. Tipo de familia: 1) Nuclear 2) Extensa 3) Monoparental 4) Reconstituida
5) Otra

4. Número de integrantes en la familia: 1) 2 a 3 2) 4 a 5 3) 6 a más

5. Ocupación del jefe de familia: 1) Campesino 2) Comerciante 3) Estudiante
4) Albañil 5) Obrero 6) Empleado 7) Profesionista 8) Desempleado 9) Otro

6. Estado civil del jefe de la familia: 1) Soltero (a) 2) Casado (a) 3) Unión libre
4) Viudo (a) 5) Divorciado (a) 6) Separado (a)

7. Nivel Socioeconómico de la familia: 1) Alto 2) Medio 3) Bajo

8. Tipo de vivienda: 1) Propia 2) Rentada 3) Prestada 4) Otro

9. Religión de la familia: 1) católica 2) Evangélica 3) Testigos de Jehová
4) Pentecostés 5) Cristiana 6) Otro 7) Ninguna

Sección 2 Datos del Adulto o Adulto Mayor con Enfermedad Crónica

Instrucciones: Marque o escriba en el inciso lo que mejor describa al integrante de la familia con enfermedad crónica.

10. Edad del adulto mayor: _____

11. Género del adulto mayor: 1) Femenino 2) Masculino
12. Nivel educativo: 1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Carrera técnica
5) Carrera profesional
13. ¿Tipo de seguridad social?: 1) Programa Oportunidades 2) 70 y más 3)
DIF 4) Seguro Popular 5) Otro 6) Ninguno
14. Enfermedad que padece: 1) Cardiopatía isquémica 2) Hipertensión Arterial
3) Diabetes 4) Cáncer Cervicouterino 5) Cáncer de Próstata
6) Evento Vascular cerebral 7) Enfermedades respiratorias 8) Artritis 9) Otra
15. ¿Tiempo de padecer la enfermedad? 1) 1-5 años 2) 6-10 años 3) 11-15 años
4) 16-20 años 5) 21-30 años
16. ¿Considera que lleva adecuadamente su tratamiento? 1) Sí 2) No 3) No sabe
17. ¿Necesita ayuda de sus familiares para tomar sus medicamentos? 1) Sí 2) No
18. ¿Familiares con los que vive? 1) Esposo(a) o pareja 2) Esposo(a) e hijos
3) Hijos 4) Hijos y nietos 5) Esposo(a) hijos y nietos 6) Sobrinos
7) Vive solo 8) Con uno o ambos padres 9) Otros
19. ¿Familiar que lo (a) cuida? 1) Esposo(a) o pareja 2) Esposo(a), hijos y
nietos 3) Esposo(a) e hijos 4) Sobrinos 5) Padres 6) Padres y
hermanos 7) Vive solo

Apéndice B

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (EE-FF24), de Chávez,
Friedemann & Alcorta (2000), readaptada por García (2005).

Folio _____
Fecha _____
No. de Familia _____

Instrucciones para el encuestado: Este cuestionario comprende preguntas sobre su familia. La familia se define aquí como “todas las personas que el encuestado (a) considere parte de ella”. Pueden ser familiares y/o parientes con los que se siente emocionalmente cercano, vivan en su casa o en otra parte, pero siempre manteniendo contacto más o menos estrecho con él.

Registre en cada pregunta la respuesta que mejor describa a su familia: Patrón de respuesta: 1 = nunca; 2 = A veces; 3 = Siempre.

No. Folio _____ Fecha De aplicación _____

No. Reactivos	Nunca	A veces	Siempre
1. La familia tiene un propósito.	1	2	3
2. La familia resuelve los problemas que se le presentan inesperadamente.	1	2	3
3. La familia escucha y acepta las diferentes opiniones de sus integrantes.	1	2	3
4. La familia discute lo que sus miembros aprenden en la familia.	1	2	3
5. La familia escucha y acepta ideas fuera de la familia.	1	2	3
6. La familia colabora en trabajos para la escuela, iglesia y comunidad.	1	2	3
7. La familia acepta consejos de expertos (Médicos, enfermeras, maestros, sacerdotes, otros).	1	2	3
8. La familia define y refuerza roles y tareas por sexo.	1	2	3
9. La familia dispone de tiempo para pláticas, pasear y divertirse.	1	2	3
10. En la familia sus integrantes disponen de tiempo para sus cosas personales.	1	2	3
11. La familia sabe lo que sus miembros hacen.	1	2	3
12. La familia tiene facilidad para hacer amigos.	1	2	3
13. Su familia recibe apoyo de las instituciones de asistencia social.	1	2	3
14. La familia ayuda cuando alguien está enfermo.	1	2	3

15. Todos los miembros de la familia se relacionan con el vecindario.	1	2	3
16. La familia se ayuda en situaciones difíciles.	1	2	3
17. En su familia la salud es un valor importante.	1	2	3
18. La familia asume comportamientos saludables.	1	2	3
19. Todos los miembros de la familia desarrollan prácticas preventivas y de autocuidado.	1	2	3
20. En su familia las decisiones son tomadas por los padres.	1	2	3
21. En su familia hay unión y muestras de solidaridad entre sus integrantes	1	2	3
22. La salud es una prioridad en su familia.	1	2	3
23. En su familia participan todos sus integrantes en la toma de decisiones.	1	2	3
24. La familia motiva a sus integrantes al crecimiento personal y consecución de metas.	1	2	3

Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (EE-FF24), 2005.

No. Subescalas	No. Variables	Variables
1. Mantenimiento del Sistema	10	5,6,7,8,17,18,19,20,22,23
2. Cambio del Sistema	6	9,10,11,12,13,15
3. Individuación	5	1,2,3,4,24
4. Coherencia	3	14,16,21

Apéndice C
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Inventario del Potencial Resiliente de la Familia (IPRF).
 Autores: Caruso, A. & Mikulic, I. M. (2010)

Folio _____
 Fecha _____
 No. de Familia _____

Datos Personales

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Nivel de Instrucción: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación: _____

Instrucciones

Composición Familiar: En el primer apartado anote las personas que considera como parte de su familia actualmente. Indique en cada una de ellas el vínculo (por ejemplo, si es su hijo/a, esposo/a, padre, etc.), la edad y si convive o no con usted.

VINCULO	EDAD	¿CONVIVE? SI – NO

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, lea atentamente cada una de ellas, piense en su familia y marque con una X el cuadro que considere pertinente. Deberá reflexionar si lo que la frase dice sucede: nunca, poco, algunas veces, bastante, o siempre.

EN NUESTRA FAMILIA...	NUNCA (1)	POCO (2)	ALGUNAS VECES (3)	BASTANTE (4)	SIEMPRE (5)
1. Cuando hay un problema familiar lo hablamos.					
2. Las creencias religiosas nos consuelan en los momentos más duros.					
3. Nos ponemos de acuerdo fácilmente.					
4. Sabemos lo que se espera de cada uno de cada uno de nosotros.					
5. Utilizamos “las indirectas” para comunicarnos.					
6. Cuando atravesamos una situación como esta podemos contar con el apoyo de nuestros amigos					
7. Ante un problema logramos mantener la calma.					
8. Nos decimos las cosas con sinceridad.					
9. Respetamos las diferencias existentes entre nosotros.					
10. Las creencias espirituales dan un mayor sentido a nuestra vida.					
11. Cuando atravesamos una situación difícil, pensamos que contamos con fortalezas para afrontarla.					
12. Existe una gran confianza entre nosotros.					
13. Las reglas impuestas pueden modificarse sin problemas.					
14. Cuando estamos en problemas creemos que la culpa es de otro.					
15. Ante una situación difícil nos apoyamos unos a otros.					
16. Logramos cubrir económicamente nuestras necesidades básicas.					
17. Se puede hablar sobre la mayoría de los temas.					
18. Creemos en la existencia de un Dios.					
19. Aunque pasemos por situaciones difíciles hay humor.					
20. Si algo negativo sucede creemos que hay una solución.					
21. Hemos atravesado en general muchas crisis.					
22. Cuando uno se siente triste puede compartirlo.					

23. Hay contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace.					
24. Cuando atravesamos una situación difícil, podemos compartir nuestros miedos.					
25. Ante un problema contamos con ayuda espiritual para Atravesarlo.					
26. Creemos que las cosas nos saldrán bien.					
27. Se puede opinar libremente.					
28. Cuando atravesamos un problema familiar decimos lo que pensamos.					
29. Resulta difícil organizarnos.					
30. Pudimos sobrellevar con éxito la mayoría de los problemas que atravesamos.					
31. Se tolera el enojo del otro ante una situación difícil.					
32. Se reacciona rápidamente ante un problema.					
33. Cuando atravesamos una situación como esta podemos contar con nuestros familiares.					
34. Tenemos la esperanza de que las cosas van a mejorar en el futuro.					
35. Aunque los problemas se pongan difíciles, somos perseverantes para encontrar las soluciones.					
36. Las cosas se dicen a quien se tienen que decir, sin intermediarios.					

Inventario del Potencial Resiliente de la Familia (IPRF).

No. Subescalas	No. Variables	Variables
Sistema de creencias Familiar	5	2, 10, 18, 25, 34
Patrones Organizacionales Familiares	11	4, 6, 9, 13, 16, 20, 21, 26, 29, 33, 35
Comunicación Familiar	11	1, 5, 8, 12, 15, 19, 22, 24, 30, 31, 36
Resolución Cooperativa de Problemas	9	3, 7, 11, 14, 17, 23, 27, 28, 32

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Consentimiento Informado para el Familiar del Adulto o Adulto Mayor
con Enfermedad Crónica

Folio _____
Fecha _____
No. de Familia _____

Yo _____ estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación titulada “**Relación del funcionamiento y resiliencia familiar en familias de adultos y adultos mayores con enfermedad crónica**”, realizada por la estudiante de Maestría en Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Esmeralda Rico Pérez. La prueba se aplicará a dos familiares de pacientes previamente contactados en el área de consulta externa del Centro de Salud de San Salvador el Verde, Puebla; con la aprobación de la autoridad correspondiente de este municipio, habiendo aceptado los objetivos, propósitos y beneficios que reporta dicha investigación, desde el punto de vista social, humano y para la medicina, así como la metodología del llenado de los instrumentos.

También se me ha informado, que, si deseo **no** terminar la encuesta y retirarme de la investigación en el transcurso de la misma, puedo hacerlo con toda libertad, sin que esto repercuta de manera alguna. Se me dijo que la información que yo provea será manejada de manera confidencial y guardada en un lugar seguro. En caso de que yo desee alguna información de los resultados podría comunicarme con la estudiante en la Facultad de Enfermería. Todo esto fundamentado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1984).

Firma del Entrevistado

Firma del investigador