

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

**Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con
enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima
Metropolitana**

Por:

Moises Isaac Cespedes Felix
Jesly Alexandra Nina Cayte

Asesor:

Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro

Lima, Febrero de 2018

Cómo citar:

Estilo APA:

Cespedes, M. y Nina, J. (2018). Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima (Tesis de título profesional). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Estilo Vancouver:

1. Cespedes FM, Nina CJ. Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.

Estilo Turabian:

Moises Isaac Cespedes Felix y Jesly Alexandra Nina Cayte, "Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima". Tesis de título profesional, Universidad Peruana Unión, 2018.

Ficha catalográfica:

Cespedes Felix, Moises Isaac

Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana/ Autores: Moises Isaac Cespedes Felix y Jesly Alexandra Nina Cayte; Asesor: Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro - Lima, 2018.

90 páginas: anexos, figuras, tablas.

Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Psicología, 2018.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Psicología.

1. Funcionamiento Familiar. 2. Resiliencia. 3. Sentirse bien solo. 4. Ecuanimidad. 5. Perseverancia. 6. Satisfacción personal. 7. Confianza en sí mismo.

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Lindsey Wildman Vilca Quiro, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: **“Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana”** constituye la memoria que presenta los **Bachilleres Moises Isaac Cespedes Felix y Jesly Alexandra Nina Cayte** para aspirar al título Profesional de licenciados en Psicología ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, a los 13 días del mes de febrero del 2018.



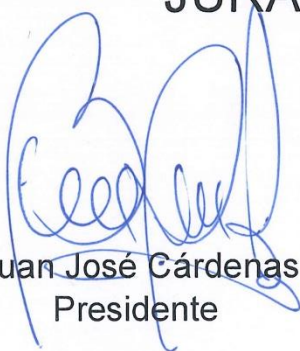
Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro

“Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo(a)

JURADO CALIFICADOR



Psic. Juan José Cárdenas Mau
Presidente



Mg. Daniel Josué Farfan Rodriguez
Secretario



Psic. Guisell Vasty Merjildo Tinoco
Vocal



Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro
Asesor

Ñaña, 13 de febrero de 2018

Dedicatoria

A mis padres, Eulogio y Yolanda por ser el apoyo fundamental en mi vida, por el esfuerzo diario que realizan para ver mis metas cumplidas y por sus sabios consejos.

A mí querida hermana, Susana, por su apoyo, comprensión y motivación en mi formación profesional.

A mis sobrinos, Jesús y Nhikole quienes formaron parte de mi motivación para continuar y finalizar este sueño.

Moises Isaac Cespedes Felix

A mis padres Alejandrina Cayte Turpo, Héctor Juan Nina Taco, y hermano Bikendy Héctor Nina Cayte por apoyar cada decisión que tomo, poner su confianza en mí e incentivar me a ser cada día una mejor persona.

Jesly Alexandra Nina Cayte

Agradecimiento

Agradecemos a Dios, nuestro Padre Creador por ser nuestro refugio y fortaleza durante estos años de vida universitaria, quien en su inmenso amor nos dio fuerzas y la capacidad necesaria para poder finalizar este trabajo de investigación.

A los docentes de nuestra querida escuela de Psicología, quienes nos brindaron sus conocimientos científicos para poder lograr nuestros objetivos y valores para poder desarrollarnos como profesionales honrados y competentes.

A la jefa del servicio de Psicología del HNGAI, Psicóloga Ociela Grimaldo por darnos la facilidad de poder aplicar nuestras pruebas a los pacientes y por aportar ideas en la investigación.

A nuestro asesor de tesis, Psicólogo Wildman Vilca, por sus aportes, enseñanza y motivación para finalizar esta investigación.

Al psicólogo Cristian Adriano, por su comprensión, orientación y correcciones en este trabajo de investigación.

Índice general

Capítulo I.....	15
El problema.....	15
1. Planteamiento del problema.....	15
2. Pregunta de investigación.....	18
2.1. Pregunta general.....	18
2.2. Preguntas específicas.....	18
3. Justificación.....	19
4. Objetivos de la investigación.....	20
4.1. Objetivo general.....	20
4.2. Objetivos específicos.....	20
Capítulo II.....	21
Marco teórico.....	21
1. Presuposición filosófica.....	21
2. Antecedentes de la investigación.....	23
2.1. Antecedentes internacionales.....	23
2.2. Antecedentes nacionales.....	25
3. Marco conceptual.....	27
3.1. Funcionamiento familiar.....	27
3.2. Resiliencia.....	35
3.3. Marco conceptual referente a la población de estudio.....	41
4. Definición de términos.....	47
5. Hipótesis de la investigación.....	48
5.1. Hipótesis general.....	48

5.2. Hipótesis específicas.....	48
Capítulo III.....	50
Materiales y métodos	50
1. Diseño y tipo de investigación	50
2. Variables de la investigación	50
2.1. Definición conceptual de las variables.....	50
2.2. Operacionalización de las variables	52
3. Delimitación geográfica y temporal.....	53
4. Participantes.....	53
4.1. Características de la muestra.....	53
4.2. Criterios de inclusión y exclusión	53
4.3. Datos sociodemográficos	53
5. Instrumentos.....	55
5.1. Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar	55
5.2. Escala de resiliencia de Wagnild y Young.....	56
6. Proceso de recolección de datos.....	57
7. Procesamiento y análisis de datos	58
Capítulo IV	59
Resultados y discusión	59
1. Resultados.....	59
1.1. Análisis descriptivo	59
1.2. Asociación entre funcionamiento familiar y resiliencia	64
2. Discusión	65
3. Conclusiones	68
4. Recomendaciones.....	70

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Operacionalización de funcionamiento familiar</i>	52
Tabla 2: <i>Operacionalización de resiliencia</i>	52
Tabla 3: <i>Características sociodemográficas de los participantes</i>	54
Tabla 4: <i>Puntuaciones según dimensión de funcionamiento familiar</i>	55
Tabla 5: <i>Nivel de funcionamiento familiar y tipos de familia de los participantes</i> ..	59
Tabla 6: <i>Nivel de funcionamiento familiar según sexo de los participantes</i>	60
Tabla 7: <i>Nivel de funcionamiento familiar según edad de los participantes</i>	61
Tabla 8: <i>Nivel de funcionamiento familiar según diagnóstico médico de los participantes</i>	61
Tabla 9: <i>Nivel de resiliencia y sus dimensiones de los participantes</i>	62
Tabla 10: <i>Nivel de resiliencia y dimensiones según sexo de los participantes</i>	62
Tabla 11: <i>Nivel de resiliencia según edad de los participantes</i>	63
Tabla 12: <i>Nivel de resiliencia según tiempo de enfermedad de los participantes</i> ..	64
Tabla 13: <i>Asociación entre funcionamiento familiar y resiliencia en los participantes</i>	65

Índice de figuras

Figura 1. <i>Modelo Circumplejo de Olson</i>	34
Figura 2. <i>Modelo de la Mandala de la resiliencia</i>	37
Figura 3. <i>Modelo ecológico transaccional</i>	40

Índice de anexos

Anexo 1: <i>Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar</i>	83
Anexo 2: <i>Fiabilidad y validez de la escala de funcionamiento familiar</i>	84
Anexo 3: <i>Escala de Resiliencia de Wagnild y Young</i>	85
Anexo 4: <i>Fiabilidad y validez de la escala de resiliencia</i>	86
Anexo 5: <i>Carta de autorización de la institución</i>	88
Anexo 6: <i>Matriz de consistencia</i>	89

Símbolos usados

- et al. : Y otros autores.
- α : Alpha de Cronbach.
- β : Medida para la distribución de la probabilidad continua.
- r : Medida de correlación entre dos variables continuas.
- χ^2 : Chi-cuadrado de Pearson
- p : Significancia

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar la relación entre las variables funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima. La metodología de la investigación fue de diseño no experimental, de corte transversal y de alcance correlacional. El modelo del funcionamiento familiar sobre el cual se trabajó fue el modelo Circumplejo de sistema familiar realizado por Olson, Russell y Sprenkle (1979). La escala utilizada para la medición del funcionamiento familiar fue la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y para medir la resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia elaborado por Wagnild y Young (1993) que consta de cinco dimensiones. La muestra estuvo conformada por 109 pacientes. Se encontró que el funcionamiento familiar no se relaciona con la resiliencia ($\chi^2=5,972$; $p>.05$). Por lo tanto, se concluye que cualquiera sea el nivel de funcionamiento familiar, es posible que el paciente sea resiliente; ya que existen factores individuales que intervienen en el desarrollo de la resiliencia.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, Resiliencia, Sentirse bien solo, Ecuanimidad, Perseverancia, Satisfacción personal, Confianza en sí mismo.

Abstract

This research was aimed to study the relationship between the variables family functioning and resilience in patients with noncommunicable diseases in a public hospital in Lima. The research methodology is a non-experimental design, cross-cutting and correlational scope. The model of the familiar functioning on which it was worked is the model Circumplex of family system realized by Olson, Russell and Sprenkle (1979). The scale used for measuring family functioning was the scale of Assessment of Cohesion and Family Adaptability (FACES III) and to measure resilience was used the scale of resilience developed by Wagnild and Young (1993) that consists of five Dimensions. The sample was comprised of 109 patients. It was found that family functioning is not related to resilience ($\chi^2 = 5,972$; $p. 05$). Therefore, it is concluded that whatever the level of family functioning, it is possible for the patient to acquire his own resilience; because there are individual factors involved in the development of resilience.

Keywords: Family functioning, Resilience, Feel good alone, Equanimity, Perseverance, Personal satisfaction, Self-confidence.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

A lo largo del tiempo, las personas se han venido enfrentando a situaciones violentas o amenazantes, asimismo enfrentan eventos adversos consecutivamente de distintas maneras (Bonanno, 2004). Dentro del amplio repertorio de adversidades que cualquier persona pueda experimentar, una de ellas son las enfermedades crónicas o conocidas también como Enfermedades No Transmisibles (ENT). En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) afirma que 40 millones de sujetos fallecen anualmente debido a las ENT, las cuales representan al 70% de muertes producidas en el mundo y que a su vez están en aumento. Entre estas cifras, las enfermedades cardiovasculares representan 17,7 millones de muertes, el cáncer 8,8 millones de muertes, las enfermedades respiratorias 3,9 millones de muertes y la diabetes 1,6 millones de muertes anuales (OMS, 2017).

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) en su última publicación sobre la situación de la salud en las Américas, mostró que la tasa de mortandad de cada 1.000 habitantes es de 5.5, la cual es dividida por tres grandes grupos de causas: enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y causas externas. La tasa de mortalidad por ENT es de 424.7 por cada 100.000 habitantes.

Cabe considerar que la tasa de mortalidad en el Perú es de 6.0 por cada 1 000 habitantes, mortalidad debida a tres grandes grupos de causas: enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y causas externas. La tasa de mortalidad por enfermedades no trasmisibles es de 393.3 por cada 100.000 habitantes, dentro de esta categoría se encuentran enfermedades con una mayor tasa de mortalidad tales como las enfermedades cerebrovasculares 28.6, diabetes mellitus 26.8, cáncer de próstata 20.7, enfermedades isquémicas del corazón 20.1, cáncer de mama 12, cáncer al pulmón 11.6, cáncer de colon y recto 8.6 (OPS, 2017). Por lo tanto, no cabe duda que las ENT pueden alcanzar y afectar a la mayor parte de personas.

En esta dirección, Juárez (2012) manifiesta que la resiliencia es una respuesta innata que cada persona manifiesta genuinamente frente a adversidades; ésta beneficia la vida de un paciente crónico, inicialmente para ayudarlo a recuperarse de la primera impresión de la noticia, el diagnóstico de la enfermedad y posteriormente proporciona medios para canalizar de manera productiva su experiencia. Además, facilita la adaptación para su nueva condición de vida con mayores posibilidades de adherencia al tratamiento, expresión asertiva de emociones y fortaleza emocional (Quiceno y Vinaccia, 2011). Asimismo, esta respuesta dependerá de su personalidad, elaboración del proceso de duelo y las redes de apoyo que tenga la persona (Louro, 2003).

Por ello, la resiliencia aplicada en las enfermedades crónicas evidencia un cambio de perspectiva frente a la enfermedad, ya que ayuda a enfrentar desde un enfoque positivo, mejora la posibilidad de superación y adaptación a la enfermedad, ayuda a tener una perspectiva optimista y esperanzadora en los niños y adolescentes con enfermedades crónicas que tendrán que aprender a vivir día a

día con los malestares en el trayecto de su vida (Castro y Moreno-Jiménez, 2007).

En esta dirección, Wagnild y Young (1993) declaran que la resiliencia es un rasgo positivo de las personas que ayuda a disminuir las respuestas negativas del estrés para un mejor afronte, logrando soportar las dificultades y de esta forma actuar de forma correcta ante la adversidad. Asimismo, Becoña (2006) refiere que la resiliencia es la aptitud que posee el individuo para atravesar satisfactoriamente circunstancias negativas, logrando un desarrollo óptimo y triunfante a pesar del contexto desfavorable en la que se pueda encontrar.

Por otro lado, Athié y Gallegos (2009) señalan que la resiliencia y el funcionamiento familiar se relacionan debido a que permite que las personas puedan desarrollar un sentido más optimista y esperanzador, de modo que se pueda lidiar efectivamente con las adversidades que se presenten en el futuro. En este sentido, el funcionamiento familiar es la capacidad que la familia tiene para hacer frente a las dificultades, crisis y las interacciones interpersonales; se fundamenta en la libertad, en la autonomía, en la estima y en el espacio individual entre los miembros del hogar, que se establece mediante la comunicación entre sus miembros (Olson, 1979).

Por otra parte, Reyes y Castañeda (2006) observaron que la evolución médica del paciente está vinculada a las características familiares. Resaltan la importancia de la estructura y coordinación familiar en la adaptación de los procedimientos médicos; de igual manera la complejidad de la estructura familiar y su influencia en la mortalidad de dichos pacientes, dando énfasis a los estilos de afrontamiento aprendidos en la familia. Por su parte, Ledón (2011) indica que la familia es el principal apoyo material y sobretodo emocional durante el proceso médico. Puesto que el acompañamiento, la comunicación, la búsqueda de soluciones y provisión

de cuidados, son factores fundamentales para minimizar el impacto de la enfermedad, ayudar con la adhesión al tratamiento, lograrla mejoría de la calidad de vida y salud.

Al conocer que la resiliencia y el funcionamiento familiar tienen un efecto favorable en el tratamiento de los pacientes, se observó que en un hospital público de Lima Metropolitana, los pacientes presentaban poca adherencia al tratamiento y abandonaban cuando la familia no venía a visitarlos o no estaban pendientes de ellos. Sin embargo, los pacientes cuyos familiares estaban presentes y recibían apoyo emocional, evidenciaban deseo de superación y adherencia al tratamiento médico. Asimismo, la jefa del Servicio de Psicología, O. Grimaldo (comunicación personal, 08 de noviembre, 2017) señaló que cuando el paciente recibía apoyo emocional de su familia, presentaba una recuperación rápida y favorable, pero cuando la familia mostraba escaso interés, su proceso de recuperación era lento y poco favorable, la enfermedad avanzaba rápidamente.

Por lo expuesto anteriormente, esta investigación busca comprobar la relación entre funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes adolescentes con ENT en un hospital público de Lima Metropolitana.

2. Pregunta de investigación

2.1. Pregunta general

¿Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?

2.2. Preguntas específicas

- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y satisfacción

personal en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?

- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y ecuanimidad en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y sentirse bien solo en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y confianza en sí mismo en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y perseverancia en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?

3. Justificación

El presente estudio es importante porque investigó la relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en adolescentes con diagnóstico de alguna ENT de un hospital de Lima Este.

Este estudio tiene relevancia social, ya que a través de los resultados el hospital podrá conocer la realidad del estado de salud mental de sus pacientes. De esta manera, el hospital podrá tomar las medidas necesarias, según resultados, para el bienestar psicológico que favorecerá el tratamiento de sus pacientes.

Por otro lado, esta investigación adquiere relevancia teórica porque contribuye con el desarrollo de la psicología positiva y la psicología clínica y de la salud,

presentando información actualizada, organizada y sistematizada sobre las variables de estudio. Asimismo, servirá como material de consulta para la comunidad científica y para futuras investigaciones.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y satisfacción personal en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y ecuanimidad en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y sentirse bien solo en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y confianza en sí mismo en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y perseverancia en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

A continuación, se expone la presuposición filosófica de ambas variables de estudio.

La Biblia menciona en Génesis 2:22 “Y de la costilla que Jehová Dios tomó del hombre, hizo una mujer, y la trajo al hombre”. Asimismo, en Génesis 2:24 se menciona “Por tanto, dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer, y serán una sola carne”. Esto quiere decir que Dios formó a la primera familia, que fue constituida por un varón y una mujer. En este contexto, White (2012b) refiere que la familia se constituyó en el Edén, teniendo a Dios como su creador y sustentador, por ende designó responsabilidades, en donde el varón obtuvo la responsabilidad de ser el guía y cabeza del hogar para que sus hijos vean en él un ejemplo a seguir y de esta forma tener un desarrollo óptimo y saludable. De esta manera, Dios coloca al ser humano en una red de vínculos familiares a fin de que pueda desarrollar todas sus habilidades. En este sentido, Thompson (2003) menciona que los hijos crecen en el hogar siendo amados y comprendidos por sus padres, donde todos buscan el beneficio propio y de su entorno, por ende, la familia brinda un espacio de amor y satisfacción para que el niño pueda desarrollarse correctamente.

Sin embargo, actualmente muchos padres ocupan menos tiempo en sus

funciones paternas, porque están mayor tiempo en el trabajo, en las redes sociales, en el estudio o en otras actividades, olvidando que los hijos necesitan de atención y tiempo para desarrollarse óptimamente en las dimensiones biopsicosocioespiritual.

La Biblia describe historias de personas que atravesaron múltiples desgracias y adversidades de la vida, pero que a pesar de estos eventos adversos, lograron salir victoriosos. Una historia representativa es la de Job, quien pasó por diferentes adversidades sin entender el porqué de su sufrimiento, sin embargo, no perdió la confianza en Dios (Job 1-6). Esto muestra a Job como resiliente, ya que ante la dificultad mostró persistencia, ecuanimidad y firmeza en sus objetivos y convicciones. La frustración permite en algunas personas tener un mejor conocimiento de sí mismo, de su entorno y de la confianza en Dios, logrando desarrollar habilidades para situaciones desfavorables posteriores (White, 2012a).

De esta manera, los jóvenes que pasan por adversidades marcan hitos en sus vidas que sirven como recursos cuando enfrenten una emergencia, puesto que podría necesitar fuerza, física y psicológica, lograda en base a experiencias y confianza en Dios (White, 2012c).

En 1 de Corintios 1:10 indica que en las familias no debe existir divisiones, por el contrario, se debe brindar un ambiente seguro, viviendo en armonía y teniendo un solo propósito. Asimismo, White (2012b) menciona que en la familia debe estar presente la alegría, el amor y la correcta educación, para que sus miembros puedan estar preparados para enfrentar distintas adversidades en el futuro, manifestando paciencia, gratitud y amor para lograr nuevamente un punto de equilibrio.

2. Antecedentes de la investigación

2.1. Antecedentes internacionales

Ramírez y Hernández (2012) ejecutaron un estudio en Chimalhuacán México, teniendo como objetivo determinar la relación entre resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes de nivel socioeconómico bajo. Este trabajo adquirió un diseño no experimental y alcance descriptivo-correlacional. La muestra fue no probabilística constituida por 100 adolescentes de ambos sexos con edades de 13 a 16 años. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Detección de Recursos Familiares (IDERFAM) de Espinosa, Cordero y Domínguez, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Hamilton. Los resultados muestran que se halló relación entre resiliencia y depresión ($r = -.562$; $p = .000$); resiliencia y ansiedad ($r = -.444$; $p = .000$). Lo cual indica que a mayor resiliencia menor depresión y ansiedad o a mayor depresión y ansiedad menor resiliencia.

Roque y Acle (2013) llevaron a cabo un estudio en Iztacalca-México, con el objetivo de determinar la relación entre la resiliencia materna y funcionamiento familiar. La investigación tuvo un diseño no experimental y fue de alcance descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 76 madres voluntarias con mínimo 1 hijo diagnosticado con discapacidad intelectual, en una escuela pública de educación especial. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Resiliencia Materna de Roque y Aché, la Escala de Funcionamiento Familiar de García, Rivera, Reyez y Loving, registros de observación y documentación oficial del centro escolar. Las conclusiones señalan que la autodeterminación (dimensión de resiliencia) de la madre posee una relación significativa con las dimensiones de funcionamiento familiar tales como el ambiente familiar positivo, la hostilidad/evitación del conflicto y con mando/problemas en la expresión de

sentimientos, los cuales estarían directamente relacionados con el desarrollo de sus hijos.

Casanova-Rodas, Rascón-Gasca, Alcántara-Chabelas y Soriano-Rodríguez (2014) realizaron una investigación en México con el objetivo de determinar los factores de apoyo social y estructural asociados con la percepción de funcionalidad familiar en las personas con trastorno mental y los familiares cuidadores. La investigación tuvo un diseño no experimental y fue alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 72 pacientes ambulatorios diagnosticados con un trastorno de salud mental y 66 familiares cuidadores. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario MOS de Sherbourne y Stewart, el Cuestionario de Funcionalidad Familiar APGAR-Familiar de Smilkstein y el Cuestionario Duke-UNC-11 Funcional Social Support Questionnaire de Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan. Los resultados mostraron relación entre apoyo social y funcionalidad familiar ($p < .001$), además que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, se pronostica disfuncionalidad.

J. García, M. García, y Rivera (2015) realizaron un estudio en Colombia con el objetivo de establecer si el funcionamiento familiar predice el potencial resiliente de padres con hijos que consumen o no alcohol. Fue un estudio con diseño no experimental y de alcance predictivo. La muestra estuvo conformada por 330 padres de familia, de los cuales 129 fueron varones y 201 mujeres. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Potencial Resiliente de García y García-Méndez y la Escala de Funcionamiento Familiar de García-Méndez, Rivera, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving. Los resultados indican que el potencial resiliente de los padres y madres de familia es predicho por los factores de ambiente familiar positivo ($\beta .460$; $p < .01$) y mando/problemas ($\beta .484$; $p < .01$).

De Lemos, Moraes y Pellanda (2016) realizaron una investigación en Brasil con el objetivo de describir la frecuencia de la resiliencia en individuos con cardiopatía isquémica. La investigación tuvo un diseño no experimental y fue alcance descriptivo. La muestra estuvo conformada por 133 varones y mujeres entre los 35 y 65 años de edad, de los cuales 77 sujetos fueron pacientes hospitalizados seleccionados al azar con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM), los otros 66 pacientes fueron ambulatorios no diagnosticados con IAM. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y un Cuestionario Sociodemográfico. Los resultados mostraron que el porcentaje de pacientes clasificados como resilientes fue de 74.2% entre pacientes con un diagnóstico previo de IAM, y de 88.1% entre pacientes sin diagnóstico de IAM.

2.2. Antecedentes nacionales

García, Yupanqui y Puente (2014) ejecutaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre resiliencia y funcionamiento familiar en estudiantes con facultades sobresalientes del tercer año de secundaria. Fue un estudio de diseño no experimental con alcance descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 231 estudiantes. Se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune. Se concluyó en que existe una relación significativa entre las dimensiones de funcionamiento familiar y resiliencia, asimismo se determinó que los estudiantes de hogares con padres casados perciben que el funcionamiento de su familia es adecuado y evidencian un alto nivel de resiliencia.

Aguilar y Alfaro (2015) con el propósito de estudiar la relación entre funcionamiento familiar y resiliencia, llevaron a cabo una investigación de diseño no experimental y de alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 912

estudiantes de colegios estatales de nivel secundario de Paucarpata. Para la recolección de datos utilizaron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar elaborado por Olson, Portner y Lavee. Las conclusiones señalan que existe relación significativa entre la resiliencia y el funcionamiento familiar, lo que indica que los escolares con resiliencia alta, en su mayoría son de familias con funcionamiento familiar balanceado, y los que tienen familias con funcionamiento de rango medio y extremo, tienen resiliencia baja en la mayoría de casos.

Palacios y Sánchez (2016) investigaron la relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en alumnos de 2do a 5to de secundaria. La investigación tuvo un diseño no experimental y fue de alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 143 alumnos de un colegio público en Lima. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar elaborada por Olson y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Las conclusiones indican que existe una relación débil entre las dimensiones cohesión, adaptabilidad y resiliencia, lo que significa que los alumnos que presentan extrema cercanía emocional y un liderazgo limitado en su familia, pueden tolerar los problemas, aunque estos se tornen difíciles de solucionar.

Alva (2016) efectuó un estudio en Chiclayo con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar y resiliencia en adolescentes en conflicto con la ley penal del programa justicia juvenil restaurativa. La investigación tuvo un diseño no experimental y fue de alcance correlacional. La muestra se conformó por 40 adolescentes de sexo masculino cuyas edades oscilan entre los 14 a 18 años de edad. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES IV) de Olson y la Escala de Resiliencia para

adolescentes de Del Águila y Prado. Los resultados indican que existe relación entre funcionamiento familiar y resiliencia ($r=0,386$; $p < 0.05$).

Finalmente, Sanca (2016) realizó una investigación en Arequipa con el objetivo de determinar la relación significativa entre el funcionamiento familiar y la resiliencia de los estudiantes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María. El estudio tuvo un diseño no experimental y fue de alcance descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada 225 estudiantes del centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, que fue diseñado por Olson. Las conclusiones señalan que la resiliencia está relacionada significativamente con el funcionamiento familiar, por lo que, a mayor resiliencia, el funcionamiento familiar es equilibrado, lo que significa que si la persona está dentro de una familia funcional, presentará altos niveles de resiliencia.

3. Marco conceptual

3.1. Funcionamiento familiar

3.1.1. Definiciones

Florenzano (1998) enfatiza que la familia es un sistema funcional cuando tiene la capacidad de poder cumplir sus funciones, afrontar y superar todos los periodos de vida de cada miembro y a su vez lograr superar toda crisis familiar que pueda sobrevenir. Asimismo, señala que es un factor que determina la preservación de la salud de los integrantes de la familia (Florenzano, 1995).

Louro (2005) expone que la capacidad para anteponerse a los cambios del entorno social y familiar que puedan manifestarse en el transcurso del desarrollo

del individuo es el funcionamiento familiar.

Posteriormente, el funcionamiento familiar fue definido como la disposición que presenta la familia antes y durante los periodos vitales, los cuales pueden estar acompañados de dificultades, sin embargo, logran salir satisfactoriamente de ellas (Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona, 2007).

En este estudio se tomó la enunciación principal la de Olson (1979), para quien el funcionamiento familiar es la capacidad de la familia frente a las dificultades mediante la cohesión y la adaptabilidad, basados en el respeto, la libertad, independencia y el espacio de los integrantes de la familia.

3.1.2. Tipos de familia

Nardone, Giannotti y Rocchi (2012) proponen seis tipos de familias indicando que son el elemento básico en el desarrollo de cada individuo:

- *Familia híperprotectora:* Se caracteriza por ser reducida y protectora, puesto que los padres suponen a los hijos como quebrantables, por eso, realizan sus actividades con la intención de que no tengan problemas ni frustraciones.

- *Familia democrático-permisiva:* Se distingue por no establecer jerarquías, ni distinguir roles como padre-hijo, con la finalidad de que no haya conflictos. Asimismo, los deberes se hacen por persuasión y no por exigencia paternal.

- *Familia sacrificante:* La particularidad de esta familia está en que sus miembros buscan ser aceptados por otro integrante, dejando de lado su autenticidad para así establecer una relación. Existen casos en los que el sacrificio es recíproco (padre-hijo).

- *Familia intermitente:* Este tipo de familia alterna entre un modelo y otro, debido al constante cambio de la sociedad, la familia intenta realizar nuevas estrategias, el padre puede mostrarse protector, luego democrático-permisivo y

finalmente asumir un papel de víctima sacrificante, este modelo de relaciones familiares es frecuente en la actualidad.

- *Familia delegante:* Se diferencia de las otras porque el rol de crianza correspondiente a los padres suele ser desplazado hacia los abuelos, lo cual genera conflicto cuando los hijos crecen, puesto que frente a las demandas del entorno tienen problemas con las jerarquías, normas y costumbres.

- *Familia autoritaria:* Evidencia una crianza rígida, los padres son demandantes y no escuchan la opinión de los menos fuertes en casa (Hijos), además, los padres siempre dan la decisión final, la cual es inquebrantable.

Otra clasificación de tipos de familia, es la que propone Valdés (2007) donde hace mención a tres tipos de familias que se desarrollan principalmente en Latinoamérica.

- *Familias tradicionales:* Son familias que se identifican por tener a la figura masculina como predominante en el hogar, donde el padre cumple la labor de proveedor, mientras que la madre cumple su labor dentro del hogar y se encarga de la formación de los hijos. Además, el aporte y sustento del hogar determina el autoestima del padre; sin embargo, de la dirección del hogar y crianza de los hijos dependerá el autoestima de la madre.

- *Familias en transición:* Esta familia se caracteriza porque padre y madre comparten roles de provisión económica, roles domésticos y de crianza de los descendientes, sin embargo la figura materna seguirá siendo la responsable del hogar.

- *Familias no convencionales:* Esta familia lleva como característica especial el rol que desempeña la figura materna debido a que no labora en casa, ni se ocupa de la crianza de sus hijos, sino se encarga del sustento económico del hogar, por

ende las actividades domésticas las realiza la figura paterna y en ausencia de esta se las delega a otras personas.

3.1.3. Modelos teóricos

3.1.3.1. Modelo estructural.

Minuchin (2003) postula que la familia es un grupo inquebrantable de órdenes funcionales que ordenan las relaciones entre sus miembros, esto es la estructura familiar, además forma parte de un grupo social, por ende, establece las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior. Es decir, la estructura familiar se organiza usando patrones estables de relación.

El sistema familiar se compone por varios subsistemas que influyen entre sí mismos, los subsistemas que existen son conyugales, parentales, fraterno o de hermanos. Cada subsistema cumple funciones, actividades específicas, roles y cargos (Minuchin, 2003).

Minuchin (2003), describe 3 axiomas:

En primer lugar, la vida mental del ser humano no solo es interna, sino tiene repercusión sobre su contexto, el cual también influye en su psique. El individuo que se desarrolla en una familia es un miembro de un sistema social al que se tiene que adaptar, todas sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, las personas se tienen que adaptar al sistema para que también puedan contribuir a la adaptación de otro miembro.

En segundo lugar, la dinámica de la estructura familiar influye en el desarrollo de la conducta y en los procesos mentales de los integrantes de dicha estructura.

Por último, el terapeuta debe tener conocimiento de la estructura familiar, además formar un nuevo sistema terapéutico para observar el comportamiento de sus miembros.

Para Minuchin y Fischman (2004) las dimensiones principales que guían a la familia son los límites, la jerarquía del poder, las triangulaciones, los roles, las coaliciones y las alianzas. A continuación se describen cada una de estas:

- *Límites:* Existen tres tipos que son los siguientes: claros, rígidos y difusos. Los límites claros contribuyen al desarrollo de cada subsistema, cumpliendo normas y reglas establecidas. Los límites rígidos son restrictivos y crean personas aisladas pero que son autónomas e independientes. Los límites difusos tienen lugar cuando dentro del subsistema se desarrollan adecuadamente, pero fuera del subsistema tiene dificultades para establecer una adecuada relación.

- *Jerarquía de poder:* Es el grado de poder que posee cada integrante de la familia para organizar, tomar laudos y administrar la economía.

- *Triangulaciones:* Hacen referencia a una relación conflictiva de dos, por ende se busca a un tercero que pueda equilibrar y disminuir los problemas.

- *Roles:* Son el conjunto de pautas que debe seguir el individuo para poder desarrollarse adecuadamente en su entorno familiar, son patrones conductuales, donde cada miembro desarrolla distintos roles en diferentes grupos, una misma persona puede ser madre, hijo y hermano a la vez.

- *Coaliciones:* Es cuando se da una alianza en oposición a otra parte del sistema familiar; mayormente es oculta e incluye en individuos de varias generaciones aliadas contra un tercero. Esta oposición se puede manifestar por medio de conflictos, mediante la exclusión y otras formas más que originan incomodidades a un tercero (Eguiluz, 2004).

- *Alianzas:* Son el acuerdo de dos a más integrantes para un bien común.

3.1.3.2. Modelo evolutivo.

De acuerdo a este modelo, la familia está en un constante cambio de estructura,

actividades y funciones, desarrollando así etapas evolutivas para un mayor avance, a medida que la dimensión de la empresa familiar crece, garantiza su continuidad para un mejor futuro venidero (Gersick, Davis y Lansberg, 1997). Asimismo, Watzlawick (1998) refiere que la familia no es un estado fijo, sino que es una estructura dinámica y cambiante, donde las interacciones dentro del núcleo familiar tienen un gran realce para su avance.

La estructura familiar atraviesa por cambios individuales que le ayudan a adaptarse a la pareja e hijos, por ende los roles se cambian a nivel familiar para mejorar, asimismo los elementos personales están relacionados a factores internos de la persona (metas, sentimientos, motivaciones), debido a esto la estructura familiar es dinámica (Palacios y Rodrigo, 2003).

3.1.3.3. Modelo Circumplejo de Sistema Familiar.

El Modelo Circumplejo de Sistema Familiar realizado por Olson, Russell y Sprenkle (1979) fue construido luego de que realizaron diversas investigaciones para describir y medir la dinámica familiar. Este modelo propone una escala para la percepción del funcionamiento familiar en dos parámetros: la adaptabilidad y la cohesión. De forma implícita evalúa la variable comunicación, lo que indica que, si una familia se encuentra adaptada y cohesionada, tendrán un mejor proceso de comunicación, de lo contrario, tendrá niveles escasos. Para Palacios y Sánchez (2016) la comunicación es una dimensión importante en el funcionamiento familiar porque es alterable y cuando se da este proceso, es probable que la cohesión y la adaptabilidad en la familia se vean afectadas. Asimismo, en esta dimensión se encuentran habilidades para saber expresarse y comunicarse de manera positiva mediante palabras de soporte y de ánimo hacia el medio social que rodea a la persona.

Las hipótesis del modelo circumplejo son los siguientes: Niveles adecuados de cohesión y flexibilidad producen un funcionamiento familiar saludable, mientras que los niveles inapropiados dan como resultado un funcionamiento familiar problemático (Olson, 2000).

Las dimensiones de este modelo son (Olson, Russell y Sprenkle, 1979):

3.1.3.3.1. Cohesión

Esta dimensión se define como el vínculo emocional entre los integrantes de la familia y el nivel de autonomía que la persona perciba en su medio familiar. Esta dimensión establece cuatro niveles

- Desprendida: Se hace notorio la escasa demostración afectiva entre sus miembros, deslealtad, diferencias y se prefiere realizar actividades fuera de casa, manifestando independencia por encima de lo normal.
- Separada: Se muestra un cierto grado de unión en la familia, pero los intereses individuales son diferentes, el interés de los miembros está focalizado fuera de la familia, los amigos no son conocidos por la familia y pocas veces se demuestran afecto.
- Unida: Se muestran más leales entre los miembros del hogar, optan por tomar decisiones que ayudan a la familia. El interés individual se centra en la familia y se prefieren participar en momentos agradables en familia.
- Enredada: Existe un alto nivel de lealtad, confianza y fidelidad entre los miembros, el interés se focaliza en la familia, el vínculo emocional es fuerte y dependen unos de otros.

3.1.3.3.2. Adaptabilidad

Es la destreza de la familia para poder realizar cambios internos en su estructura, cambios en la dinámica familiar y cambios de roles, como respuesta a un problema

provocado por el desarrollo familiar. Esta dimensión determina cuatro tipos de adaptabilidad.

- Caótica: Se da cuando no existe un líder en el hogar, cuando existen cambios rápidos de roles y no existe disciplina en los miembros de la familia.
- Flexible: Las actividades son divididas, existe un alto nivel de disciplina, las decisiones se toman en conjunto y usualmente es democrática.
- Estructurada: En ocasiones las actividades son divididas, existen cambios cuando la familia lo amerita, los padres son los guías del hogar y las reglas se cumplen a cabalidad.
- Rígida: Existe un liderazgo autoritario, estricta disciplina no hay cambios en el sistema familiar, es autocrática, y las reglas son fijas y se cumplen estrictamente.

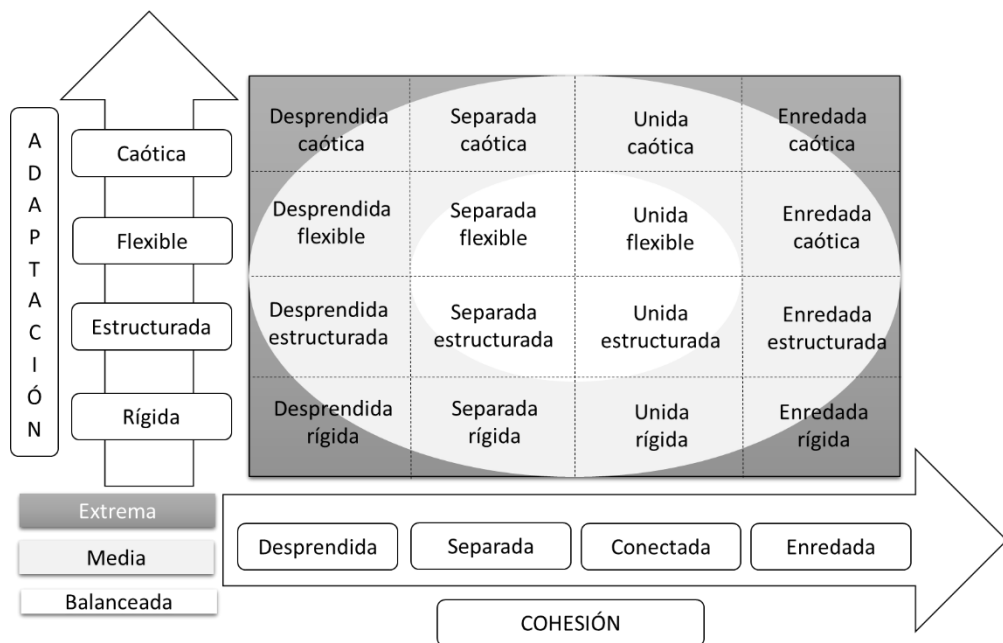


Figura 1. Modelo Circumplejo de Olson. Tomado de Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos por Bazo-Alvarez, J. et al. 2016. P. 463.

3.2. Resiliencia

3.2.1. Definiciones

El concepto de resiliencia desde su primera aparición hasta la actualidad mostró diferentes cambios y propuestas según modelos, enfoques y contexto cultural, por lo tanto, para este trabajo se tomaron algunas.

La palabra resiliencia de origen latín, *resilio*, cuyo significado es retroceder, retroceder en un salto, rebotar, según la Real Academia Española (2010).

Cyrułnick (2001) define resiliencia como una capacidad que permite resistir a eventos traumáticos y continuar en el proceso de la vida en situaciones adversas, en las cuales es necesario cuidar el contexto, trabajar con la familia, haciendo frente a prejuicios culturales, ideas irracionales con las que se justifican las interpretaciones y se motivan a reaccionar ante un incidente. Es el resultado de las situaciones difíciles, donde se aprende a iniciar un nuevo desarrollo después del trauma (Cyrułnick y Arnau, 2016).

Por su parte, Becoña (2006) la conceptualiza como la habilidad para afrontar el estrés y los eventos adversos. Esta habilidad contribuye a la manera como el niño interpreta su contexto. A la vez, esta habilidad, está formada por el temperamento y por las características de inteligencia, autodominio, redes de apoyo y relación con la crianza familiar.

Al respecto, Siebert (2007) añade que la resiliencia está conformada por el optimismo, la fortaleza, la resistencia al estrés, el crecimiento postraumático, la creatividad, la inteligencia emocional y la personalidad del superviviente.

En este estudio se tomará como definición principal la de Wagnild y Young (1993) quienes definen a la resiliencia como una característica positiva del ser humano que ayuda a disminuir los efectos del estrés para su mejor afronte.

3.2.2. Características

Becoña (2006) menciona cinco patrones que serían el constructo de resiliencia:

Patrón disposicional:

Describe los atributos físicos y psicológicos directamente relacionados con el ego. Debido a la influencia de los atributos psicosociales sobre la competencia personal y el *self*. Asimismo, la apariencia física posee factores constitucionales y genéticos que permiten el desarrollo de la resiliencia, factores como el temperamento, la inteligencia y la salud.

Patrón relacional:

Representa roles y relaciones que influyen en la resiliencia, encerrando aspectos propios de la persona, así como factores sociales externos que concretan el valor de las relaciones cercanas y de la red social. De igual manera, desde la perspectiva intrínseca le da sentido a las experiencias vividas. Permiten identificar y relacionarse con buenos modelos, buscar en quien confiar, tener confianza en las relaciones y tener intimidad personal.

Patrón situacional

Describe las características de los estresores, lo cual muestra la habilidad de valoración cognitiva, solución de problemas y atributos que expresa la capacidad de acción frente a una situación determinada. También involucra el análisis realista de la propia capacidad de actuar, expectativa o consecuencias de acción. Permite actuar de forma flexible, persistente y tener disposición del locus de control interno. Este patrón se manifiesta en la curiosidad, en la naturaleza exploratoria, la creatividad y la búsqueda de la novedad.

Patrón filosófico.

Conformado por las creencias personales, tales como la convicción de que en

tiempos venideros mejorará la situación, del propósito de vivir y del propósito de sí mismo.

3.2.3. Modelos teóricos

3.2.3.1. Modelo de la mandala de la resiliencia de Wolin y Wolin

Wolin y Wolin (1993) desarrollaron este modelo enfocado desde el riesgo hasta el desafío, en el cual la adversidad o las dificultades que significan daño o pérdida, pueden ser tomadas como un desafío a afrontar, lo cual es llamado resiliencia y no permitirá que la persona salga dañada o tenga un efecto rebote, posteriormente constituirá un factor de superación.



Figura 2. Modelo de la Mandala de la resiliencia. Tomado de Siete pilares de la resiliencia, por Wolin, S. y Wolin, S. 1993. p. 21.

Suárez (1993) menciona que el término mandala fue empleada por los indios navajos del suroeste de los Estados Unidos, para referirse a la paz y orden interno, designada para que la fuerza interna que posee un enfermo llegue a toparse con su resiliencia interna y de ese modo anteponerse a la enfermedad.

El objetivo principal de Wolin y Wolin (1993) fue identificar los factores que protegen al ser humano, para luego estimularlos y fomentarlos. Estos factores son

los siguientes:

- *Introspección:* Es la percepción de pensamientos, emociones y actos propios, cuya respuesta honesta es producto de una pregunta para sí, promoviendo una visión realista del ser, por ende, mejora la toma de decisiones, el autoconocimiento de aptitudes y limitaciones. Además, depende de una autoestima saludable desarrollada a partir del reconocimiento del otro, por esto es factible la cooptación de poblaciones vulnerables, es decir designarles un lugar en la sociedad a jóvenes procedentes de grupos sociales desfavorables (adictos, alcohólicos, delincuentes), para poder ser reconocidos.

- *Independencia:* Es la habilidad para poner límites entre sí y el medio problemático, para así conservar distancia emocional y física pero sin llegar al aislamiento. Es importante tener el principio de la realidad para tener juicio con respecto al deseo del sujeto.

- *Capacidad de relacionarse:* Es la capacidad para establecer relaciones con otras personas; permite equilibrar el afecto a sí mismo y hacia a otros, teniendo en cuenta que cualquier polo (alta o baja) de la autoestima causa aislamiento.

- *Iniciativa:* Capacidad de autoexigirse para lograr tareas de complejidad creciente. Además, permite mantener el control sobre los problemas.

- *Humor:* Es la habilidad de ver lo gracioso dentro de la desdicha, logrando ver de manera positiva las situaciones desagradables haciendo que sean pasajeras y más llevaderas.

- *Creatividad:* Es la maestría de hacer un orden a partir de un desastre, siendo la reflexión creada en juegos de edades tempranas.

- *Moralidad:* Es interpretada como la capacidad para poner sobre el deseo personal el bienestar de su prójimo basándose en sus valores.

Estos pilares fueron evolucionando; Suárez (2004) modificó el proceso de recojo de los rasgos de la resiliencia individual de Wolin y Wolin (1993) para abarcar cuatro componentes y finalmente especificar las cualidades que se comprenden en cada uno con mayor objetividad. Los cuatro componentes son los siguientes:

- *Competencia social*: Está comprendida por las habilidades sociales, empatía, humor, autoestima, flexibilidad y adaptabilidad frente a los cambios, creatividad, optimismo, moralidad y habilidades prosociales.
- *Capacidad de pensamiento crítico*: Es la habilidad para que el pensamiento sea reflexivo y flexible, dando la posibilidad de buscar soluciones alternativas, por lo tanto, permite hacer juicio y análisis de las situaciones catastróficas por las que uno enfrenta, lo cual resulta en una adaptación positiva o en el desajuste.
- *Autonomía*: Incluye la autodisciplina, el locus de control interno e independencia. Este término refiere al sentido de la identidad propia, la cual permite comportarse independientemente y controlar los elementos del ambiente.
- *Expectativas positivas de futuro*: Está comprendido por la autoeficacia, dirección hacia objetivos, esperanza en un futuro mejor, expectativas saludables, anticipación.

3.2.3.2. *Modelo ecológico-transaccional*

Luthar, Cushing, Masten, Kaplan y Benard postulan que la resiliencia está en interacción constante con el ambiente y las cualidades de la persona de manera recíproca, debido a esto el ente se adapta positivamente a la adversidad (Citado por Rodríguez, 2009).

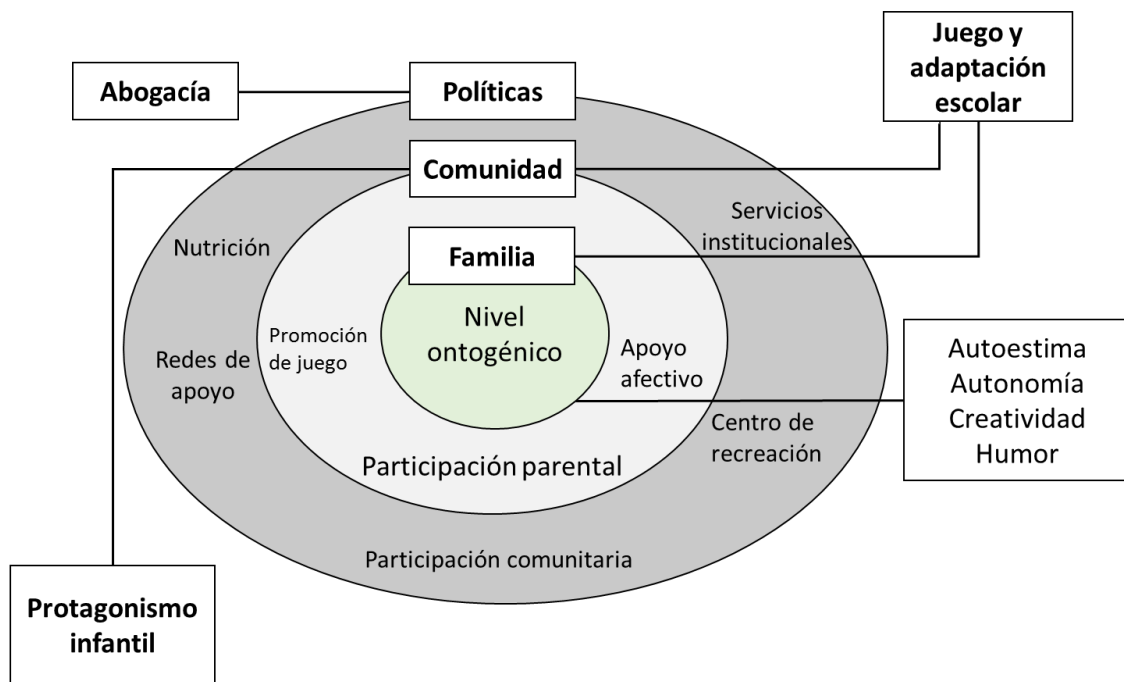


Figura 3. Modelo ecológico transaccional. Tomado de Resiliencia por Rodríguez, A. 2009. P. 297.

Según Rodríguez (2009) la segunda generación de investigadores sobre resiliencia se dedicó a estudiar la dinámica de los factores que interfieren en la adaptación positiva. Los niveles que conforman el modelo ecológico, parten desde la ontogenia del individuo, donde se observa al hombre en su relación con la familia, la comunidad y a nivel social, puesto que favorece la promoción de la resiliencia.

3.2.3.3. Modelo triádico psicosocial de la resiliencia

En este modelo Grotberg (1995) menciona que la resiliencia es la responsabilidad de los adultos, puesto que depende de la crianza basada en el afecto, la confianza y la independencia de los niños y adolescentes. Por esto, menciona tres fuentes que interactúan con los factores de la resiliencia en la niñez, los cuales son:

- Yo tengo: Relacionado con el entorno social donde se encuentra el niño ante una adversidad (enfermedad, problema económico, entre otros), esperando

encontrar afecto. Asimismo, este entorno protege al niño ante peligros que se pueden evitar. Estas personas encaminan al niño para que sea un individuo íntegro y autónomo.

- Yo soy: Concierno a las fortalezas psicológicas gracias a las cuales el niño logra sentirse digno del afecto otorgado, llegando a sentirse feliz con la realización de actos buenos para aquellos que se encuentran en su entorno social próximo, expresando afecto y respeto para su prójimo y para sí.

- Yo estoy: De la misma manera se encuentra asociado a las fortalezas psicológicas, donde el adolescente está listo para hacerse responsable de sus actos, teniendo la certeza de que todo resultado será positivo.

3.3. Marco conceptual referente a la población de estudio

3.3.1. *Adolescencia*

La adolescencia es un proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad, dura aproximadamente, desde los 11 años hasta los 19 o 21 años de edad. Este proceso incluye primordiales cambios psicosociales, físicos y cognoscitivos (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

Urresti (2000) menciona que esta etapa inicia con los cambios en los estadios puberales, distinguiéndose por marcados cambios biológicos, psicológicos y sociales, trayendo un conjunto especial de conflictos para lograr adaptarse a causa cambios físicos, emocionales e intelectuales. Muchas de ellas originan dificultades y conflictos, pero son esenciales y positivos. No obstante, este periodo no solo evidencia cambios corporales, sino que es el comienzo determinante para una mayor independencia psicológica social.

Asimismo, Bee y Mitchell (1987) consideran la adolescencia en una selección parcialmente arbitraria del lapso de tiempo entre los doce años hasta los veintidós

años, tomando en cuenta la transición física (pubertad), al igual que un momento de transición psicológica hacia el periodo completo de adultez, que culmina en el logro de la independencia con respecto a los padres.

Por otra parte, Saavedra, Macías y Peña (2007) indican que el periodo de la adolescencia está basado en la biología y en la invención socio-histórica. También Feldman (2007) definió la adolescencia como un ciclo de desarrollo que está situado entre la niñez y la madurez.

Por su parte, Garaigordobil (2008) representa la adolescencia como el momento en el que una persona fortalece sus capacidades específicas y su competencia o cabida general frente al mundo, a la realidad, al entorno social, estableciendo su adaptación y ajustes, que permanecerán a lo largo de su vida.

3.3.2. Rasgos de la adolescencia.

Parolari (2005) indica que las características que se exhiben en un adolescente en la etapa temprana van desde un crecimiento somático acelerado, con ello el comienzo de cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios, seguido del inicio de la preocupación por la búsqueda de independencia, cambios motores bruscos, el inicio sexual, búsqueda de libertad. Asimismo, es muy habitual que manifiesten cambios en la conducta y las emociones.

Craig y Baucum (2009) afirman que en la adolescencia se desarrolla el procesamiento informático como la memoria, la retención, la transferencia de información, las estrategias para la solución de problemas, los canales eficaces de recepción de información y almacén de la misma. Además, se desarrollan las de orden superior como la planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias.

En esta etapa los cambios psicológicos, físicos y sociales son rápidos y preparan

al niño para la adultez (Hidalgo y González-Fierro, 2014).

3.3.2.1. Características físicas

- Incremento del desarrollo óseo
- Crecimiento de órganos internos
- Cambios de la composición corporal y maduración sexual (gónadas y órganos reproductores)

- Los niños crecen en un 25% y su peso se duplica

- Las niñas crecen 9 cm. aproximado en un año y aumentan 5 kilos de peso

(Iglesias, 2013)

3.3.2.2. Características psicológicas por Hidalgo y González-Fierro (2014).

- Mayor capacidad intelectual y de creatividad
- Vocación más realista
- Sentimientos de superioridad e inmortalidad: comportamientos temerarios
- Actitudes de indiferencias e indisciplina
- Pasan del pensamiento concreto al pensamiento abstracto con autointerés

y fantasías

3.3.2.3. Características sociales.

- Fortalecimiento de su identidad
- Búsqueda de un grupo de pares
- Adquieren independencia familiar
- Toman seriedad sobre su imagen corporal (Iglesias, 2013)

3.3.3. Teoría del desarrollo del adolescente.

3.3.3.1. Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

Erikson (1968) plantea que el ser humano cursa por ocho crisis a lo largo de su vida, siendo la quinta etapa la de identidad versus confusión de identidad, lo cual

se manifiesta en la adolescencia. En esta etapa los adolescentes tratan de comprender quiénes son eligiendo y estrechando compromisos personales, ocupacionales, sexuales y políticos. A la vez, esta etapa implica identificarse con un grupo de valores, religión e ideología donde el individuo busca en su entorno valores nuevos antes de someterse a los de sus padres. Ellos al superar esta etapa de manera positiva obtienen conciencia de la singularidad del “Yo”, el conocimiento del papel que debe seguirse en su etapa de adultez; y en caso de pasar de manera negativa trae como consecuencia la incapacidad para identificar papeles apropiados en la vida (Aguirre, 1994). Por otra parte los adolescentes también pueden mostrar confusión y en consecuencia, regresar a su etapa de niñez para evadir resolver conflictos, lo cual implica que tomen rumbos negativos e irreflexivos (Erikson, 1968).

La adolescencia es una etapa de crisis, pero esta solo se manifiesta cuando un adolescente está indefenso, incompetente y aislado. Se debe tener en cuenta el periodo anterior a la adolescencia, el cual ayuda con la solución y afrontamiento de esta etapa, pues es un soporte gracias a todo lo aprendido en su entorno social correspondiente. Por lo tanto, no se trata de rupturas o cambios radicales (Berger, 2016).

3.3.3.2. Desarrollo psicosocial de la adolescencia.

Gaete (2015) menciona que en esta etapa surge un proceso dinámico con respecto al desarrollo biológico, físico, psicológico y social, además los factores como el sexo, etnia y ambiente en el que se producen pueden mostrar diferencias y especificidades. Aun teniendo en cuenta estos factores, la adolescencia presenta características comunes y progresivas, y consta de tres fases.

Dado que existe heterogeneidad en el grupo etario, se puede hacer la

aproximación de las siguientes fases: adolescencia temprana, de los 10 años a 13-14 años; adolescencia media, desde los 14-15 años hasta los 16-17 años; y la adolescencia tardía, a partir de los 17-18 años en adelante (Gaete, 2015).

Cabe señalar, que las mujeres tienden a pasar precozmente por estas fases, puesto que ellas inician antes su pubertad.

3.3.3.2.1. Adolescencia temprana

En esta etapa surge la pubertad con sus grandes cambios corporales; surge el desarrollo psicológico que se caracteriza por el egocentrismo. Esta característica sitúa al adolescente en una audiencia imaginaria, frente a la cual queda expuesto su comportamiento, sus cambios corporales y su apariencia física. El adolescente considera que su entorno posee las mismas prioridades que él o que los demás están pendientes de las acciones que toma entonces se convierte en el protagonista y su entorno es el público. En consecuencia, puede realizar todo tipo de conductas para satisfacer a su público; incluso puede ubicarse en una fábula personal, en la cual supone ser especial, único y que nadie es capaz de entenderlo (Gaete, 2015).

3.3.3.2.2. Adolescencia media

Esta etapa es donde surge el distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento a un grupo de pares, puesto que busca encontrar su propia identidad, se amplía el sentido de individualidad, sin embargo, la opinión de terceros al respecto de su imagen corporal seguirá siendo determinante (Gaete, 2015).

3.3.3.2.3. Adolescencia tardía

Es en esta etapa donde se logra la identidad y autonomía; es el tiempo de tranquilidad e de integración de la personalidad, en el que se da menor relevancia a la opinión del grupo de pares con respecto a su apariencia y se tiene mayor

estabilidad en sus laudos (Gaete, 2015).

3.3.4. Resiliencia y la adolescencia.

Rodríguez (2009) menciona que los cambios provocan conflictos consigo mismo y con sus padres, debido a sus características físicas y su madurez psicológica. Sin embargo, el manejo adecuado de sus fracasos es fundamental para aprender a analizar sus actos y generar una gama de alternativas de solución.

Además, dentro de las grandes ciudades estos conflictos se agravan, restando la posibilidad de inserción laboral y aumentando la exclusión social. En esta etapa la confianza básica se desestabiliza, por el contrario, los conflictos y afectos se amplían, por ende, según (Rodríguez, 2009), adquieren aprendizajes en los siguientes aspectos:

- Respecto del ser, desarrolla competencias personales como: autoestima, autoaceptación, autoconfianza, autonomía, sentido de vida, resistencia a la adversidad y construcción de la resiliencia.
- En lo referente al convivir, desarrolla habilidades sociales como: construcción de valores, ciudadanía, participación solidaria constructiva y creativa.
- En el hacer, desarrolla competencias productivas como: adquisición de habilidades académicas y habilidades laborales.
- En referencia al conocer, desarrolla competencias cognitivas.

3.3.5. Adolescencia y la enfermedad.

La OMS (2014) señala que lo que acontece con la salud en las primeras etapas de vida, trasciende en las etapas posteriores, entonces si la salud se ve afectada en la adolescencia, repercutirá en la adultez e incluso en generaciones postreras. Por ende, las intervenciones durante esta etapa protegen la salud pública, la

supervivencia infantil y de la primera infancia.

Además, en esta etapa suele darse el inicio del consumo de tabaco y alcohol, el cual es uno de los determinantes de las enfermedades no transmisibles, así como, los malos hábitos alimenticios y sedentarismo, repercutiendo con efectos devastadores en la edad adulta (OMS, 2014).

Por esto, se considera a la adolescencia como la clave para la salud de las personas, el impacto de una enfermedad crónica sobre ellos se relaciona con su desarrollo físico y cognitivo, al respecto de este último, surgen cambios en la percepción de su salud y su futuro, lo cual influye en sus decisiones y planes (OMS, 2014).

4. Definición de términos

Adolescencia: Es una etapa de desarrollo humano que conduce al niño hacia la adultez, cuyo resultado es la madurez sexual (fertilidad). Se da desde los 11 o 12 años de edad hasta los 19 o 21 años e incluye primordiales cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

Adversidad: Son factores de riesgo inesperados por el individuo, cuyo afronte es genuino en el ente (Uriarte, 2005).

Enfermedades crónicas: Son aquellas de larga duración y generalmente de progresión lenta, tales como las enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes, entre otras (OMS, 2017).

Enfermedades no trasmisibles (ENT): Son de afecciones de larga duración con una progresión lenta e implican la combinación de factores genéticos, fisiológicos y conductuales (OMS, 2017).

Enfermedades transmisibles (ET): InfoSIDA (2015) la define como una

enfermedad infecciosa que es contagiosa y que se puede transmitir de una fuente a otra mediante una bacteria infecciosa o microorganismos víricos, por medio de un huésped (Animal, persona, etc.).

Familia: Es un sistema de relaciones afectivas, que tiene lugar en toda cultura, donde la persona permanece durante diferentes fases de su desarrollo (Nardone, Giannotti y Rocchi, 2012).

Resiliencia familiar: Es una característica de la familia para afrontar eventos estresores, llegando a mantener o recuperar sus niveles óptimos de funcionamiento y bienestar (Gómez y Kotliarenco, 2010).

5. Hipótesis de la investigación

5.1. Hipótesis general

Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.

5.2. Hipótesis específicas

- Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y satisfacción personal en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.
- Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y ecuanimidad en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.
- Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y sentirse bien solo en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.

- Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y la confianza en sí mismo en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.
- Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y perseverancia en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

Este estudio fue de enfoque cuantitativo y de diseño no experimental, debido a que las variables de estudio no fueron controladas ni manipuladas. Siendo de corte transversal, debido al proceso de recolección de la información, puesto que se dio en un único momento. Por último, esta investigación tuvo un alcance correlacional porque buscó la relación entre las variables de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2005).

2. Variables de la investigación

2.1. Definición conceptual de las variables

2.1.1. *Funcionamiento familiar*

El funcionamiento familiar es la capacidad que la familia tiene para hacer frente a las dificultades mediante la cohesión y la adaptabilidad, basados en el respeto, la libertad, la independencia y el espacio de los integrantes de la familia (Olson, 1979).

2.1.1.1. *Cohesión familiar*

Esta dimensión se define por el vínculo emocional entre los integrantes de la familia y el nivel de autonomía que la persona perciba en su medio familiar. Esta dimensión establece cuatro niveles (Valencia, 2010).

2.1.1.2. Adaptabilidad familiar

Es la destreza de la familia para poder realizar cambios internos en su estructura, cambios en la dinámica familiar y cambios de roles, como respuesta a un problema provocado por el desarrollo familiar. Esta dimensión determina cuatro tipos de adaptabilidad (Valencia, 2010).

2.1.2. Resiliencia

Wagnild y Young (1993) mencionan que resiliencia es un rasgo positivo del ser humano, este reduce los efectos negativos del estrés, para así mejorar el soporte y afronte hacia las dificultades.

2.1.2.1. Satisfacción personal

La capacidad para entender el significado de la vida y como la persona aporta en esta (Wagnild y Young, 1993).

2.1.2.2. Ecuanimidad

Este término representa una autopercepción equilibrada de la vida y las experiencias, además, la capacidad para sobrellevar las situaciones adecuadamente y con tranquilidad, moderando las actitudes frente a la adversidad (Wagnild y Young, 1993).

2.1.2.3. Sentirse bien solo

El significado a la libertad, la sensación de ser únicos e importantes (Wagnild y Young, 1993)

2.1.2.4. Confianza en sí mismo

Wagnild y Young (1993) la definen como la capacidad del ente para creer y confiar en sus capacidades, habilidades y aptitudes, además logra sacar provecho de sus debilidades.

2.1.2.5. Perseverancia

Es la fuerza que ayuda a persistir frente al desaliento o adversidad, promueve el anhelo de logro y autodisciplina (Wagnild y Young, 1993).

2.2. Operacionalización de las variables

2.2.1. Funcionamiento familiar

Tabla 1

Operacionalización de funcionamiento familiar

Variable	Dimensión	Ítems	Instrumento	Categorías de respuesta
Funcionamiento familiar	Cohesión familiar	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19	Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (FACES III)	Tipo escala likert: 1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
	Adaptabilidad familiar	2, 4, 6, 8,10, 12, 14, 16, 18, 20		

2.2.2. Resiliencia

Tabla 2

Operacionalización de resiliencia

Variable	Dimensión	Ítems	Instrumento	Categorías de respuesta
Resiliencia	Satisfacción personal	16, 21, 22, 25	Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	1= totalmente en desacuerdo 2= muy en desacuerdo 3=en desacuerdo 4= ni de acuerdo, ni en desacuerdo 5=de acuerdo 6=muy de acuerdo 7=totalmente de acuerdo
	Ecuanimidad	7,8,11,12		
	Sentirse bien solo	5,3,19		
	Confianza en sí mismo	6,9,10,13, 17, 18, 24		
	Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23		

3. Delimitación geográfica y temporal

Este estudio se realizó en el Instituto de Salud Especializado III-2 “Guillermo Almenara Yrigoyen”, situado en el distrito La Victoria, provincia y departamento de Lima. Asimismo, esta investigación comenzó en marzo del 2017 y finalizó en febrero del 2018.

4. Participantes

4.1. Características de la muestra

En la investigación participaron 109 pacientes diagnosticados con alguna enfermedad no transmisible de un establecimiento de salud pública de Lima Metropolitana, con un rango de edades de 15 a 21 años de edad.

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes (varones y mujeres)
- Grupo etáreo: 15-21 años
- Diagnosticado con alguna ENT
- Aceptación de la participación en el estudio
- Pacientes sin antecedentes de alteración mental
- Pacientes sin previo diagnóstico de retardo mental

4.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no concluyan las pruebas
- Pacientes que obvian datos sociodemográficos

4.3. Datos sociodemográficos

En la tabla 3 se puede apreciar que el 50.5% de los pacientes fueron varones, la mayoría (85.3%) tiene de 15 a 17 años de edad. Asimismo, la mayoría vivía con

ambos padres (73.4%). Por otro lado, se observa un 29.4% de los pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad oncológica; cabe resaltar que hay un 26.6% con diagnóstico de otras ENT como epilepsia, insuficiencia renal, obesidad, entre otras. Asimismo, hay un grupo considerable (35.8%) de pacientes con más de 6 años de enfermedad. Finalmente, el 79.8% de los pacientes sí estuvo satisfecho con el apoyo familiar.

Tabla 3

Características sociodemográficas de los participantes

Datos	N	%
Sexo		
Masculino	55	50.5%
Femenino	54	49.5%
Edad		
15 a 17 años	93	85.3%
18 a 21 años	16	14.7%
Procedencia		
Costa	41	37.6%
Sierra	39	35.8%
Selva	29	26.6%
Instrucción		
Primaria	4	3.7%
Secundaria	104	95.4%
Otros	1	0.9%
Vive con		
Ambos padres	80	73.4%
Un padre	19	17.4%
Familiares	8	7.3%
Solo	2	1.8%
Hermanos		
0 a 2 hermanos	60	55.0%
3 a 5 hermanos	38	34.9%
6 a más hermanos	11	10.1%
Diagnóstico médico		
Enfermedades Oncológicas	32	29.4%
Enfermedades Respiratorias	20	18.3%
Enfermedades Circulatorias	7	6.4%
Enfermedades Endocrinas	21	19.3%
Otras enfermedades	29	26.6%
Tiempo de enfermedad		
1 a 5 años	70	64.2%
6 a más años	39	35.8%
Satisfacción de Apoyo Familiar		
No	2	1.8%
Algunas veces	20	18.3%
Sí	87	79.8%

5. Instrumentos

5.1. Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)

El FACES III fue creado por Olson, Portner y Lavee en 1985, además fue traducido y validado en Lima por Reusche (1994). Esta escala permite evaluar cómo ven actualmente las personas (lo percibido) y cómo les gustaría que fuera (lo ideal) su funcionamiento familiar, por medio de dos dimensiones que son la cohesión y adaptabilidad familiar (Anexo 1)

La tabla 4 muestra las dos dimensiones básicas de la familia que evalúa el Modelo Circumplejo de Olson, además, presenta las variables que concitan en la estructura del poder familiar y vínculo emocional.

Tabla 4

Puntuaciones según dimensión de funcionamiento familiar

	Puntaje directo
Cohesión	
Desligada	10-31
Separada	32-37
Conectada	38-43
Amalgamada	44-50
Adaptabilidad	
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-29
Caótica	30-50

La Escala total presenta una buena consistencia interna $r = .68$. Está compuesta por 10 ítems para cohesión y 10 ítems para adaptabilidad con una escala de respuesta Likert del 1-5 donde Nunca equivalente a 1 y Siempre es 5. Respecto a la fiabilidad global de la escala, es de .79; en cuanto a cohesión es .72 y finalmente en adaptabilidad es .66 en 2 412 sujetos sin aparente problema y diferentes etapas vitales (Olson, Portner y Lavee, 1985).

Además para esta investigación, la fiabilidad de la escala y de sus dimensiones

fue valorada calculando en índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, En la muestra estudiada se obtuvo una confiabilidad de .79 que puede ser valorado como indicador de una aceptable fiabilidad, ya que supera el punto de corte igual a .70 considerado para los instrumentos de medición (George y Mallery, 2003). Asimismo, se obtuvo la fiabilidad en las dimensiones (Anexo 2).

Para la validez del constructo se obtuvo los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r). Los coeficientes son altamente significativos, por ende, se confirma la validez de constructo de la escala. Igualmente, los coeficientes que resultan de la correlación entre ambas dimensiones son aceptables y significativos (Anexo 2).

5.2. Escala de resiliencia de Wagnild y Young

La Escala de Resiliencia creada por Wagnild y Young (1993) mide la resiliencia y la clasifica en niveles. Consta de cinco factores, el primero es la satisfacción personal (ítems 16, 21, 22, 25), ecuanimidad (ítems 7, 8, 11, 12), sentirse bien solo (ítems 5, 3, 19), confianza en sí mismo (ítems 6, 9, 10, 13, 17, 18, 24) y perseverancia (ítems 1, 2, 4, 14, 15, 20, 23). En total consta de 25 ítems, se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 7 es máximo de totalmente de acuerdo, de este modo los participantes indican el grado de conformidad con el ítem; los puntajes altos son indicadores de niveles óptimos de resiliencia (Anexo 3). La prueba puede ser administrada de manera individual o colectiva. La escala total de la versión original de Wagnild y Young fue analizada por su confiabilidad y validez en Perú, fue adaptada-traducida del inglés por Novella (2002), quien, en una muestra de 324 personas de 14 a 17 años, utilizó la técnica de factorización y de rotación encuentra

2 factores, obtuvo con el coeficiente alfa una consistencia interna global de 0.87, además correlaciones ítem-test que fluctuaban entre 0.18 a 0.63, siendo todos los coeficientes estadísticamente significativos ($p < 0.01$).

Los puntajes directos se interpretan de la siguiente manera: bajo 1-131, moderado 132-151 y alto 152-175. Además, los puntajes transformados a percentiles se interpretan de la siguiente manera: bajo de 1-25, moderado de 30-75 y alto de 80-99

Asimismo, para esta investigación la fiabilidad de la escala y de sus dimensiones fue valorada calculando en índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la muestra estudiada la confiabilidad de la escala global (25 ítems) fue de .90, índice que puede ser valorado como indicador de una excelente fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a .70 considerado para los instrumentos de medición (George y Mallery, 2003). Además, se puede apreciar que la fiabilidad de sus dimensiones es aceptable (Anexo 4).

Por otro lado, los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son altamente significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre las dimensiones son aceptables y significativos (Anexos 4).

6. Proceso de recolección de datos

En primer lugar, se realizó la solicitud escrita al servicio de psicología del Instituto de Salud Especializado III-2 “Guillermo Almenara Yrigoyen” para realizar el proyecto de investigación y para permitirnos el acceso a los pacientes. Posteriormente se recogió la carta de aceptación (Anexo 5), después uno de los investigadores se entrevistó con la jefa del servicio para la coordinación de los

horarios. El proceso de recolección de datos se llevó a cabo desde el mes de noviembre hasta los primeros días de diciembre del 2017.

Para la evaluación, se accedió a los pacientes derivados por otras áreas al servicio de psicología, se realizó la intervención requerida por el caso, luego se le informó que algunos datos recogidos serían utilizados para una investigación donde no se rebelarían datos personales, de modo que si accedía a la aplicación de la prueba nos daría su consentimiento.

7. Procesamiento y análisis de datos

La información recopilada fue procesada a través del *software* estadístico SPSS versión 23 aplicado para ciencias sociales. Los resultados fueron analizados, organizados y presentados en tablas descriptivas. Para contrastar las hipótesis planteadas, dada la naturaleza de las variables, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado (χ^2), puesto que, ambas variables no tienen un nivel de medición de tipo intervalo, de modo que tampoco se realizó la prueba de normalidad.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1. Análisis descriptivo

1.1.1. Nivel de funcionamiento familiar

En la tabla 5 se aprecia que la mayoría de los pacientes presenta un funcionamiento familiar medio (63.3%), donde el tipo de familia que predomina es caóticamente conectada (35.8%), es decir, en este tipo de familia existe considerable unión afectiva entre ellos, cierta lealtad, fidelidad e interdependencia entre los miembros con tendencia hacia la dependencia; sin embargo, también presentan ausencia de liderazgo, cambio aleatorio de roles, disciplina irregular y demasiados cambios. Por otro lado, se observa que existe un grupo considerable de pacientes con un funcionamiento familiar extremo (22.9%), donde el tipo de familia que predomina es caóticamente amalgamada (20.2%), es decir, la familia que presenta ausencia de liderazgo, cambio aleatorio de roles, disciplina irregular y demasiados cambios, además, máxima unión efectiva entre los familiares, exigencia de fidelidad y lealtad a la familia, alto grado de dependencia para decisiones tomadas en común.

Tabla 5

Nivel de funcionamiento familiar y tipos de familia de los participantes

	n	%
Familias balanceadas	15	13.8%
Flexiblemente separada	6	5.5%

Flexiblemente conectada	6	5.5%
Estructuralmente separada	1	0.9%
Estructuralmente conectada	2	1.8%
Familias medias	69	63.3%
Flexiblemente desligada	2	1.8%
Flexiblemente amalgamada	2	1.8%
Caóticamente separada	23	21.1%
Caóticamente conectada	39	35.8%
Estructuralmente desligada	1	0.9%
Estructuralmente amalgamada	0	0.0%
Rígidamente separada	1	0.9%
Rígidamente conectada	1	0.9%
Familias extremas	25	22.9%
Caóticamente desligada	2	1.8%
Caóticamente amalgamada	22	20.2%
Rígidamente desligada	1	0.9%
Rígidamente amalgamada	0	0.0%

1.1.2. Nivel de funcionamiento según datos sociodemográficos

En la tabla 6 se observa que el 63.6% de los pacientes varones y el 63.0% de las mujeres se encuentran en un funcionamiento familiar medio, es decir, sus familias tienen un nivel moderado y un extremo en adaptabilidad-cohesión. Asimismo, se evidencia que el 29.6% de las mujeres perciben un funcionamiento familiar extremo, por lo tanto, poseen ambas características negativas con respecto a adaptabilidad-cohesión.

Tabla 6

Nivel de funcionamiento familiar según sexo de los participantes

	Masculino		Femenino	
	N	%	n	%
Funcionamiento familiar				
Extremo	9	16.4%	16	29.6%
Medio	35	63.6%	34	63.0%
Balanceada	11	20.0%	4	7.4%

En la tabla 7 se observa que los pacientes de 15 a 17 años presentan un funcionamiento familiar extremo (24.7%), es decir, tienden a la ausencia o extrema

vinculación emocional acompañada de un rígido liderazgo o carente control familiar, con respecto a adaptabilidad-cohesión.

Tabla 7

Nivel de funcionamiento familiar según edad de los participantes

	15 a 17 años		18 a 21 años	
	N	%	N	%
Funcionamiento familiar				
Extremo	23	24.7%	2	12.5%
Medio	58	62.4%	11	68.8%
Balanceada	12	12.9%	3	18.8%

En la tabla 8 se aprecia que el 25.0% de los pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad oncológica percibe su funcionamiento familiar como balanceada, es decir, poseen vínculo emocional, límites claros, liderazgo, control y disciplina democrática. Sin embargo, el 34.5% de los pacientes con diagnóstico de otra ENT percibe su funcionamiento familiar como extremo.

Tabla 8

Nivel de funcionamiento familiar según diagnóstico médico de los participantes

	Oncológicas		Respiratorias		Circulatorias		Endocrinas		Otras	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Funcionamiento familiar										
Extremo	3	9.4%	5	25.0%	2	28.6%	5	23.8%	10	34.5%
Medio	21	65.6%	13	65.0%	5	71.4%	14	66.7%	16	55.2%
Balanceada	7	25.0	2	10.0%	0	0.0%	2	9.5%	3	10.3%

1.1.3. Nivel de resiliencia

En la tabla 9 se observa que el 51.4% de los pacientes se ubican en un nivel moderado de resiliencia, lo cual sugiere que tienen moderada capacidad para disminuir o regular los efectos negativos del estrés, logrando soportar y sobrellevar las dificultades. Sin embargo, un grupo considerable de pacientes posee un nivel bajo de resiliencia. En cuanto a las dimensiones se observa que el 28.4% de los participantes se encuentra en un nivel alto de satisfacción personal, por ende, comprenden el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.

Tabla 9

Nivel de resiliencia y sus dimensiones de los participantes

	Bajo		Moderado		Alto	
	N	%	N	%	n	%
Resiliencia	28	25.7%	56	51.4%	25	22.9%
Satisfacción personal	30	27.5%	48	44.0%	31	28.4%
Ecuanimidad	28	25.7%	54	49.5%	27	24.8%
Sentirse bien solo	30	27.5%	50	45.9%	29	26.6%
Perseverancia	29	26.6%	56	51.4%	24	22.0%
Confianza en sí mismo	29	26.6%	53	48.6%	27	24.8%

1.1.4. Nivel de resiliencia según datos sociodemográficos

En la tabla 10 se puede visualizar que el 47.3% de los varones y el 55.6% de las mujeres poseen un nivel moderado de resiliencia. Respecto a la dimensión satisfacción personal el 32.7% de los varones tiene un nivel bajo, sin embargo, el 33.3% de las mujeres tiene un nivel alto; por el contrario, en la dimensión ecuanimidad se puede visualizar que el 29.1% de los varones tienen un nivel alto, mientras que el 27.8% de las mujeres tienen un nivel bajo; asimismo, el 32.7% de varones tiene un nivel bajo de confianza en sí mismo, en contraste con el 27.8% de las mujeres que tiene un nivel alto en esta dimensión.

Tabla 10

Nivel de resiliencia y dimensiones según sexo de los participantes

	Masculino			Femenino		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Resiliencia						
N	15	26	14	13	30	11
%	27.3%	47.3%	25.5%	24.1%	55.6%	20.4%
Satisfacción personal						
N	18	24	13	12	24	18
%	32.7%	43.6%	23.6%	22.2%	44.4%	33.3%
Ecuanimidad						
N	13	26	16	15	28	11
%	23.6%	47.3%	29.1%	27.8%	51.9%	20.4%
Sentirse bien solo						
N	15	26	14	15	24	15
%	27.3%	47.3%	25.5%	27.8%	44.4%	27.8%

Perseverancia						
N	18	23	14	11	33	10
%	32.7%	41.8%	25.5%	20.4%	61.1%	18.5%
Confianza en sí mismo						
N	18	25	12	11	28	15
%	32.7%	45.5%	21.8%	20.4%	51.9%	27.8%

En la tabla 11 se aprecia que los pacientes de 15-17 años (49.5%) y de 18-21 años (62.5%) se encuentran en un nivel moderado de resiliencia y que la mayor característica en la edad de 15-17 años (53.8%) es la ecuanimidad. Es decir, que este grupo tiene una perspectiva equilibrada de la propia vida y la experiencia, toman decisiones calmadamente y con moderada actitud ante la adversidad. En los pacientes de 18 a 21 años, resalta la satisfacción personal (62.5%), lo que indica que comprenden el significado de la vida y cómo se lo atribuye a esta.

Tabla 11

Nivel de resiliencia según edad de los participantes

	15 a 17 años			18 a 21 años		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Resiliencia						
N	23	46	24	5	10	1
%	24.7%	49.5%	25.8%	31.3%	62.5%	6.3%
Satisfacción personal						
N	26	38	29	4	10	2
%	28.0%	40.9%	31.2%	25.0%	62.5%	12.5%
Ecuanimidad						
N	20	50	23	8	4	4
%	21.5%	53.8%	24.7%	50.0%	25.0%	25.0%
Sentirse bien solo						
N	23	47	23	7	3	6
%	24.7%	50.5%	24.7%	43.8%	18.8%	37.5%
Perseverancia						
N	23	49	21	6	7	3
%	24.7%	52.7%	22.6%	37.5%	43.8%	18.8%
Confianza en sí mismo						
N	26	44	23	3	9	4
%	28.0%	47.3%	24.7%	18.8%	56.3%	25.0%

En la tabla 12 se percibe que la resiliencia en el 51.4% de los pacientes con tiempo de enfermedad de 1-5 años se encuentra en nivel moderado, y que dentro de este grupo la dimensión de confianza en sí mismo es la mayor característica en el 50.0%, es decir, la habilidad para creer en sí mismo y sus capacidades. Asimismo, el 51.3% de los pacientes con tiempo de enfermedad mayor a 6 años se encuentra en un nivel moderado de resiliencia, donde el 59.0% tiene la perseverancia como característica principal, por ende, son más persistentes a la adversidad o al desaliento, tienen el fuerte deseo de logro y autodisciplina.

Tabla 12

Nivel de resiliencia según tiempo de enfermedad de los participantes

	1 a 5 años			6 años a más		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Resiliencia						
N	22	36	12	6	20	13
%	31.4%	51.4%	17.1%	15.4%	51.3%	33.3%
Satisfacción personal						
N	23	30	17	7	18	14
%	32.9%	42.9%	24.3%	17.9%	46.2%	35.9%
Ecuanimidad						
N	23	34	13	5	20	14
%	32.9%	48.6%	18.6%	12.8%	51.3%	35.9%
Sentirse bien solo						
N	23	30	17	7	20	12
%	32.9%	42.9	24.3%	17.9%	51.3%	30.8%
Perseverancia						
N	24	33	13	5	23	11
%	34.3%	47.1%	18.6%	12.8%	59.0%	28.2%
Confianza en sí mismo						
N	19	35	16	10	18	11
%	27.1%	50.0%	22.9%	25.6%	46.2%	28.2%

1.2. Asociación entre funcionamiento familiar y resiliencia

En la tabla 14 se aprecia que no existe asociación significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y el nivel de resiliencia ($\chi^2 = 5,972$, $p > .05$). De igual manera, no se observa relación significativa en las dimensiones de resiliencia y

funcionamiento familiar.

Tabla 13

Asociación entre funcionamiento familiar y resiliencia en los participantes

	Funcionamiento familiar		
	χ^2	g	P
Resiliencia	5,972	4	.201
Satisfacción	4.757	4	.270
Ecuanimidad	7.054	4	.133
Sentirse	3.339	4	.503
Perseverancia	2.931	4	.569
Confianza en sí mismo	8.441	4	.077

2. Discusión

A continuación, se lleva a cabo el análisis de los resultados de asociación entre funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles.

En esta investigación se halló que el funcionamiento familiar no se asocia con la resiliencia ($\chi^2=5,972$; $p>.05$). Asimismo, Castro y Morales (2014) presentaron resultados similares, donde no se encontró relación entre clima social familiar y resiliencia, puesto que, la dinámica de estas variables podría estar relacionada a otros factores como el centro educativo, la tecnología, cultura y comunidad. La resiliencia desde el modelo de Wagnild y Young estaría como una característica de la personalidad, la cual regula el efecto negativo del evento estresor y promueve su adaptación, por ende, la capacidad de resistir, tolerar la presión, enfrentar obstáculos y estar firme en sus convicciones, está presente cualquiera sea la circunstancia. En consecuencia, el adolescente debe construir conscientemente su propia resiliencia y desarrollar estrategias resilientes para superar las adversidades, diseñando respuestas positivas y estrategias para resolver problemas (Rodríguez, 2009).

Además, se encontró que no existe asociación entre funcionamiento familiar y la

dimensión satisfacción personal ($\chi^2=4.757$; $p>.05$). Siendo congruente con el modelo circunplejo de Olson, el funcionamiento familiar es considerado como la capacidad de afronte que la familia posee ante los problemas, sin embargo, satisfacción personal es una dimensión intrínseca del ser humano, mostrando que posee comprensión hacia el significado de la vida. Martínez-Antón, Buelga y Cava (2007) encontraron relación entre variables escolares (ajuste social y clima social) e indicadores de ajuste psicosocial (autoestima, victimización y satisfacción con la vida), ambas variables estaban indirectamente relacionadas debido a la presencia de satisfacción con la vida, además, tuvo relación positiva significativa con autoestima, sin embargo, con victimización obtuvo relación negativa significativa. Asimismo, las condicionantes internas tienen mayor énfasis a las condiciones externas, por ende, la autovaloración y la jerarquía motivacional podrían estar más relacionadas que el funcionamiento familiar o el grupo de pares, puesto que depende del individuo cuan importantes son los valores sociales para el nivel de satisfacción personal alcanzado (García-Viniegras y Rodríguez, 2007). En este sentido, se puede decir que satisfacción personal estaría ligada más a factores intrínsecos.

Del mismo modo, se encontró que el funcionamiento familiar no se asocia con la ecuanimidad ($\chi^2=7.054$; $p>.05$). Ayudan a explicar este hallazgo, los resultados obtenidos por Torres (2006), quien encontró relación entre características personales y sentido del humor, lo cual es significativo para nuestra investigación porque la presencia de ecuanimidad, energía, entusiasmo y alegría (que en el trabajo de Torres se asocian al buen humor) son consideradas como características personales. Entonces la interpretación y aprendizaje que obtiene el paciente por medio de sus experiencias en el proceso de llevar la enfermedad parte de una

calidad personal, a pesar del entorno que lo rodea. Para Wagnild y Young la ecuanimidad es la perspectiva balanceada que la persona tiene de su vida y experiencias, que le permite reaccionar racionalmente y con actitudes positivas ante la adversidad. Además, Peter Rothschild (Citado por Senado, 1999) menciona que ante la enfermedad nadie es capaz de observar con ecuanimidad la decadencia de su cuerpo, sin embargo, Guil et al. (2016) encontraron niveles altos de ecuanimidad relacionados a bienestar psicológico y las dimensiones de optimismo (auto-aceptación y propósito en la vida) en mujeres con cáncer de mama. Se podría afirmar que la ecuanimidad es una cualidad intrínseca e innata de la persona.

Asimismo, no se halló asociación entre funcionamiento familiar y sentirse bien solo ($\chi^2=3.339$; $p>.05$). En una investigación se encontró que las dimensiones sentirse bien solo y perseverancia de resiliencia tienen una relación negativa con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, por el contrario, tendría una relación positiva con conductas de salud (Antonio et al, 2015). Además, Quintero, Jabela, Rocha y Serna (2015) encontraron que los adolescentes prefieren trabajar solos, que la compañía de sus familiares, amigos o el diálogo continuo para el conjunto de sus motivaciones intrínsecas no es un factor indispensable para el desarrollo de su resiliencia.

Del mismo modo, no fue hallada asociación entre funcionamiento familiar y confianza en sí mismo ($\chi^2=8.441$; $p>.05$). Los resultados obtenidos por Calle (2017) mostraron relación significativa entre inteligencia emocional y confianza en sí mismo en pacientes con cáncer gástrico. Es decir, aquellos que poseían más habilidades para conocer y regular sus emociones, así como para percibir las emociones de otros, tenían mayor orgullo de sus logros, confianza para enfrentar dificultades y para apoyar a otros en tiempos difíciles. Por otro lado, Vázquez y

Pérez-Sales (2003) mencionaron que es significativo destacar que cuando las personas atraviesan por eventos traumáticos, tienden a mostrar ciertas capacidades y destrezas que hacen que aumente la confianza en sí mismos y por ende puedan tener mayor capacidad para enfrentar nuevos eventos negativos. Entonces, es posible que la confianza en sí mismo no se relacione obligatoriamente a factores externos como la familia o amigos, sino de habilidades personales, las cuales son reforzadas por la experiencia. Este razonamiento concuerda con el de Wagnild y Young (1993) quienes sostienen que la confianza en sí mismo es una habilidad que la persona posee, gracias a la cual confía en sus capacidades.

Por último, no se encontró asociación entre funcionamiento familiar y perseverancia ($\chi^2 = 2.931$; $p > 0.05$). Podríamos considerar la perseverancia como una característica propia del ser, la cual se desarrolla en un medio poco favorable, que es alimentada por la experiencia obtenida por previos eventos fortuitos y por la motivación intrínseca. Esta definición se afirma con la investigación de Werner (1993) la cual tuvo como resultado que los niños que experimentan temor y culpa ante la existencia de violencia activa y pasiva en sus hogares, se desempeñaban de manera satisfactoria en sus actividades escolares o del hogar, por lo tanto, desarrollaron la capacidad de perseverancia y solución de problemas. Asimismo, Becoña (2006) plantea que la persona resiliente ante adversidades o en un sistema familiar que no permite su desarrollo, sale victoriosa, pues toma las dificultades como una oportunidad y persevera hasta salir airoso del problema.

3. Conclusiones

En la presente investigación de acuerdo con los resultados sobre el funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no

transmisibles de un hospital público de Lima, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Respecto al objetivo general, se encontró que el funcionamiento familiar no se relaciona significativamente con el nivel de resiliencia ($\chi^2=5,972$; $p>.05$). Esto debido a que el funcionamiento familiar es una capacidad de la familia para afrontar situaciones adversas, sin embargo la resiliencia es una característica personal para hacer frente a situaciones difíciles, la cual ajusta su desarrollo al entorno en el que se encuentre.

- En relación al primer objetivo específico, se halló que no existe asociación entre funcionamiento familiar y la dimensión satisfacción personal ($\chi^2=4.757$; $p>.05$) en pacientes con enfermedades no transmisibles, debido a que satisfacción personal, que es la comprensión del significado de la vida que se posee y del cómo se contribuye a ella, estaría ligada más a factores intrínsecos que a factores extrínsecos.

- En relación al segundo objetivo específico, se encontró que no existe asociación entre funcionamiento familiar y ecuanimidad ($\chi^2=7.054$; $p>.05$) en pacientes con enfermedades no transmisibles, ya que ecuanimidad es una cualidad intrínseca e innata de la persona.

- En relación al tercer objetivo específico, se encontró que no existe asociación entre funcionamiento familiar y sentirse bien solo ($\chi^2=3.339$; $p>.05$) en pacientes con enfermedades no transmisibles. Probablemente sea porque la compañía de familiares o amigos no es un factor indispensable para el desarrollo de la resiliencia, puesto que los adolescentes a esa edad buscan independencia familiar e integrarse en su grupo de pares.

- En relación al cuarto objetivo específico, no se halló asociación entre funcionamiento familiar y confianza en sí mismo ($\chi^2=8.441$; $p>.05$) en pacientes con

enfermedades no transmisibles. Debido a que confianza en sí mismo es una habilidad que la persona posee y que consiste en que confíe en sus propias capacidades.

- En relación al quinto objetivo específico, no se halló asociación entre funcionamiento familiar y perseverancia ($\chi^2=2.931$; $p>.05$) en pacientes con enfermedades no transmisibles. La perseverancia sería una característica propia del ser, la cual se desarrolla en un medio poco favorable, que es alimentada de las experiencias y de una motivación intrínseca.

4. Recomendaciones

Luego de obtener los resultados de esta investigación, se realiza las siguientes recomendaciones:

- Identificar otras variables de estudio que se puedan relacionar con el funcionamiento familiar, tales como inteligencia emocional, personalidad, autovaloración y sentido del humor.
- Tomar una muestra específica de una ENT, que no haya diversidad, ya que cada persona con una enfermedad no transmisible puede tomar la resiliencia de distinta forma, además en algunas especialidades médicas se da orientación, acompañamiento y soporte psicológico pero en otras no, la cual interfiere con la genuinidad de los datos.
- Ampliar el número de la muestra de estudio para que los resultados puedan ser generalizados.
- Realizar la evaluación como una entrevista personal, debido al tipo de población, para evitar fatiga o dudas no resueltas que puedan afectar la legitimidad de los datos recogidos.

Referencias

- Aguilar, M. y Alfaro, N. (2015). Funcionamiento Familiar y Resiliencia en escolares del Distrito de Paucarpata, Arequipa. (Tesis de licenciatura publicada). Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Recuperado de <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3531>
- Aguirre, A. (Ed.). (1994). *Psicología de la adolescencia*. España: Boixareu Universitaria. Recuperado de https://kupdf.com/queue/aguirre-baztan-angel-ed-psicologia-de-la-adolescenciapdf_59b7fdd108bbc5c251894c5e_pdf?queue_id=-1&x=1516058989&z=MTcwLjJzOS4xMDIuMTg4
- Alva, Y. (2016). Funcionamiento familiar y resiliencia en adolescentes en conflicto con la ley penal del programa justicia juvenil restaurativa, Chiclayo 2016. (Tesis de licenciatura publicada). Universidad Señor de Sipán, Perú. Recuperado de http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3192/1/ALVA_UCHOFEN_YESSICA_SUGEY.pdf
- Antonio, M., Arrijoja, G., De León, A., Velasco, L., Torres, A., Adrián, F., Coyolt, E., Xicali, N., Tenahua, I, Villegas, M. y Torres, M. (2015). Resiliencia, conducta de salud y conducta de consumo de drogas en estudiantes universitarios. *European Journal of Child Development*, 3(2), 55-67. doi: 10.1989/ejpad.v3i2.29
- Athié, D., y Gallegos, P. (2009). Relación entre la resiliencia y el funcionamiento familiar. *Psicología Iberoamericana*, 17(1), 5-14. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133912613002.pdf>
- Bazo-Alvarez, J., Bazo-Alvarez, O., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W. y Bennett, I. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33(3), 462-470. doi: 10.17843/rpmesp.2016.333.2299

- Bee, H. y Mitchell, S. (1984). *El desarrollo de la persona: en todas las etapas de su vida*. México: Harla.
- Berger, K. (2016). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. España: Médica panamericana.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. Recuperado de [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. Recuperado de <https://www.tc.columbia.edu/faculty/gab38/faculty-profile/files/americanPsychologist.pdf>
- Calle, E. (2017). Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer gástrico y sin antecedentes de violencia familiar de un hospital de Lima, 2017 (Tesis de licenciatura publicada). Universidad César Vallejo, Lima. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/8501>
- Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M., Alcántara-Chabelas, H. y Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37(5), 443-448. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232671011.pdf>
- Castro, E., y Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*, 12(1), 81-86. doi: 10.1590/S1413-73722007000100010.
- Castro, G. y Morales, A. (2014). Clima social familiar y resiliencia en adolescentes de cuarto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chiclayo, 2013. (Tesis de licenciatura publicada). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo,

- Chiclayo. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/348/1/TL_CastroCruzadoGlory_MoralesRoncalAngelica.pdf
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. (9na ed.). México: Pearson. Recuperado de <https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/desarrollo-psicologico-9-ed-craig-baucum.pdf>
- Cyrułnick, N. (2001). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. España: Editorial Gedisa. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=9_YYfwzWD6MC&oi=fnd&pg=PP3&dq=resiliencia&ots=62abjo7dRS&sig=UaWgMRNhESW_TcFO3_rdej3o_gM#v=onepage&q=resiliencia&f=false
- Cyrułnick, N., y Arnau, M. (2016) *¿Por qué la resiliencia?* España: Editorial Gedisa. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=dt3-CwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=resiliencia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjgp92FurjYAhVLQyYKHeyWCcUQ6AEITTAH#v=onepage&q=resiliencia&f=false>
- De Lemos, M., Moraes, D.& Pellanda, L. (2016). Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. *Publmed*. 106(2). doi: 10.5935/abc.20160012
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar*. México: Editorial Pax México. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=xWOi0yYFoPcC&pg=PA54&vq=%22se+logra+a+trav%C3%A9s+de+la+participaci%C3%B3n+en+diferentes+subsistemas+familiares,+en+diferentes+contextos+familiares%22&source=gbs_quotes_r&cad=6#v=onepage&q=%22se%20logra%20a%20trav%C3%A9s%20de%20la%20participaci%C3%B3n%20en%20diferentes%20subsistemas%20familiares%2C%20en%20diferentes%20contextos%20familiares%22&f=false

- Erickson, E. (1968). *Identidad, Juventud, y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson.
Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/172802025/Desarrollo-Psicologico-a-Traves-de-La-Vida-Rinconmedico-net-1>
- Florenzano, R. (1995). *Familia y salud de los jóvenes*. Chile: Edición Universidad Católica de Chile. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-033.pdf>
- Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Chile: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Garaigordobil, M. (2008). *Intervención psicológica con adolescentes: Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en los derechos humanos*. España: Pirámide.
- García, J., García, M. y Rivera, S. (2015). Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(2), 163-172. DOI: 10.14718/ACP.2015.18.2.14
- García, T., Yupanqui, Z. y Puente, K. (2014). Funcionamiento familiar y resiliencia en estudiantes con facultades sobresalientes del tercer año de secundaria de una institución educativa pública con altas exigencias académicas, durante el período 2013. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(2), 29-34. Recuperado de http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/221/228
- García-Viniegras, C. y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002

- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: Editorial Allyn & Bacon.
- Gersick, K., Davis, J. & Lansberg, I. (1997). *Generation to Generation: Life Cycles of the Family Business*. Boston: Harvard Business Press. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=ScDm6NUEr-MC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Kelin+E.+Gersick%22&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj-veuD1ILZAhUQ21MKHXiyDLMQ6AEILTAB#v=onepage&q&f=false>
- Gómez, E., y Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103-131. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/264/26416966005/>
- González, N., Nieto, D. y Valdez, J. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*. 8(1), 113-123. DOI: 10.5209/rev.PSIC.2011.v8.n1.9
- Grotberg, E. H. (1995). A guide to promoting resiliency in children: 91 strengthening the human spirit. *Early Childhood Development: Practice and Reflections*. Recuperado de <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>
- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., Gonzáles, S. y Mestre, M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138. doi: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52492
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2005). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hidalgo, M. y González-Fierro (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(1), 42-46. Recuperado de <http://www.apcontinuada.com/es/adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-sociales/articulo/90274223/>

- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral* 2013, 12(2), 88-93. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
- InfoSIDA (2015). *Glosario de InfoSIDA. Términos relacionados con el VIH/SIDA*. Recuperado de https://infosida.nih.gov/ContentFiles/SpanishGlossary_sp.PDF
- Juárez, A. (2012). Construir desde las fortalezas: trabajo social y resiliencia. *Revista de ciencias humanas y sociales*. 136(70), 5-36. Recuperado de <http://revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/article/view/718/594>
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A., Nava-Jiménez, G., y López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de la Salud*. 29(1). 48-51. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es
- Louro, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu11405.htm
- Martínez-Antón, M., Buelga, S. y Cava, J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología Universitat de Barcelona*, 38(2), 293-303. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/74205/94371>

- Minuchin, S. (2003). *Familias y Terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S., y Ficszman, H. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nardone, G., Giannotti, E., y Rocchi, R. (2012). *Modelos de familia*. España: Tesys. Recuperado de <https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/nardone-giannotti-y-rocchi-2012-modelos-de-familia-conocer-y-resolver-los-problemas-entre-padres.pdf>
- Novella, A. (2002). Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes (Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Olson, D. (1979). El funcionamiento familiar en el modelo circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle. En Aquilino, P. L., y Martinez, P. (Eds), *Evaluación Psicológica y psicopatológica de la familia* (pp. 195-137). Madrid: Ediciones Rialp.
- Olson, D., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). *FACES III: Family adaptability and cohesion evaluation scales*. New York: Oxford University Press.
- Olson, D., Russell, C. & Sprenkle, D. (1979). *Circumplex model of family functioning*. New York: Oxford University Press.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.554.7050&rep=rep1&type=pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. Recuperado de

http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedades No Transmisibles*.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de

http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Panamericana de la Salud (2017). Situación de Salud en las Americas:

Indicadores Básicos 2017. Recuperado de

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330>

Palacios, J. y Rodrigo, M. (2003). *Familia y desarrollo humano*. España: Gedisa.

Palacios, K. y Sánchez, H. (2016). Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos

de 2° a 5° de secundaria de una institución educativa pública de Lima-Este, 2015.

(Tesis de título profesional publicada). Universidad Peruana Unión, Lima.

Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo: De la infancia*

a la adolescencia. México: McGraw Hill.

Parolari, F. (2005). *Psicología de la adolescencia*. Colombia: San Pablo.

Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad

crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82. Recuperado

de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>

Quintero, A., Jabela, J., Rocha, M. y Serna, A. (2015). La resiliencia en adolescentes

de 13 a 15 años y jóvenes de 16 a 18 años privados de la libertad del centro de

reclusión Luis A. Rengifo en la ciudad de Ibagué. *Revista de investigaciones de la*

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, 6, 37-45. Recuperado de

<http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/desbordes/article/view/1863/2078>

- Ramírez, P. y Hernández, E. (2012). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. *Rev Enferm Inst. México Seguro Soc*, 20 (2) 63-70. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122b.pdf>
- Real Academia Española. (2010). *Diccionario de la real academia española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=WA5onlw>
- Reusche, R. (1994). *El modelo circunplejo de funcionamiento familiar en la estructura familiar de adolescentes de nivel socio-económico medio: un estudio exploratorio en residentes en Lima*. (Tesis de maestría publicada). Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/2_quezada.pdf
- Reyes, A. y Castañeda, V. (2006). Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *MEDISAN* 10(4). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.pdf
- Rodríguez, A. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagógica*, 26(80), 291-302. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200014
- Roque, M. y Ache, G. (2013). Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. *Universitas Psychologica*, 12(3), 811-820. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.rmff
- Saavedra, V., Macías, N., Peña, J. (2007). *Adolescencia y sexualidad: Manual práctico para la elaboración de programas de prevención primaria*. México: Trillas.
- Sanca, S. (2016). Relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia de los estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, 2016. (Tesis de licenciatura publicada). Universidad Católica de Santa

- María. Perú. Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5141>
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Editorial el manual moderno.
- Senado, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(4), 453-460. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi19499.pdf>
- Siebert, A. (2007). *La resiliencia: Construir en la adversidad*. Barcelona: Editorial Grupo Planeta. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=aeHVP8HeNOoC&pg=PA3&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false
- Suárez, E. (1993). Resiliencia, o capacidad de sobreponerse a la adversidad. *Medicina y Sociedad*, 16(3), 18-20.
- Suárez, N. (2004). Perfiles de Resiliencia. En N. Suarez, M. Munist, y M. Kotliarenco (Eds.), *Resiliencia, tendencias y perspectivas* (pp. 97-112). Argentina: Fundación Bernard van Leer-UNLA.
- Tapia, A., Tarragona, M., y González, M. (2012). *Psicología positiva*. Mexico. Editorial Trillas.
- Torres, H. (2006). Características personales del sentido del humor en áreas laborales. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 8(1), 122-128. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/993/99318655009.pdf>
- Thompson, L. (2003). *La familia desde una perspectiva bíblica*. Colombia: Unilit.
- Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-79. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/175/17510206/>

- Urresti M. (2000). *Una escuela para adolescentes. Materiales para el profesor- tutor*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001185/118515so.pdf>
- Valdéz, A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. México: Editorial Manual Moderno.
- Valencia, E. (2010). *Distribución de los niveles de cohesión y adaptabilidad en el modelo circumplejo*. En Manual de la Escala de Cohesión y adaptabilidad familiar (pp. 38-58). Lima: Gabinete de Psicometría UNMSM.
- Vázquez, C., y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(3), 231-254. Recuperado de <http://www.pauperez.cat/en/thematic/articles/identity-and-beliefs/19-emociones-positivas-trauma-y-resistencia-ansiedad-y-estres/file>
- Wagnild G. y Young H. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2). Recuperado de https://www.academia.edu/6675361/Development_and_Psychometric_Evaluation_of_the_Resilience_Scale?auto=download
- Watzlawick, P. (1998). *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Werner, E. (1993). Protective factors and individual resilience. En Meisels, S. y Shonkof, J. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp.115). Nueva York: Cambridge University Press. Recuperado de <http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam032/99025362.pdf>
- White, E. (2012a). *En los lugares celestiales*. Buenos Aires: Asociación casa editora sudamericana.
- White, E. (2012b). *El hogar cristiano*. Buenos Aires: Asociación casa editora sudamericana.

White, E. (2012c). *Mente, carácter y personalidad 1*. Buenos Aires: Asociación casa editora sudamericana.

Wolin, S. & Wolin, S. (1993). *The Resilient Self: how survivors of troubled families rise above adversity*. USA: Vilar. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=qHZHAAAAMAAJ&source=gbs_book_othe_r_versions

Anexo 1

ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FACES III

I. Datos sociodemográficos:

Sexo: Masculino Femenino Edad: ____ Con quien vive: Ambos padres Solo un padre
 Familiares Solo Número de hermanos: ____ Distrito de procedencia: _____
 Nivel de Instrucción: Primaria Secundaria Superior Hijos: No Si Número: _____
 Estado civil: Soltero En una relación Diagnóstico de enfermedad: _____
 Tiempo de enfermedad: _____ Satisfacción del apoyo familiar: Si No Algunas veces

II. Instrucciones:

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias. Lea cada afirmación y marque con una (X) solo una alternativa que refleje cómo vive su familia, ninguna de las frases es falsa y verdadera, pues varía según la familia.

Nunca = N	Casi nunca = CN	A veces = AV	Casi siempre = CS	Siempre = S
-----------	-----------------	--------------	-------------------	-------------

	Pregunta	N	CN	AV	CS	S
1	Los miembros de tu familia se piden ayuda unos a otros.					
2	En la solución de problemas se tienen en cuenta las sugerencias de los hijos.					
3	En tu familia, todos aprueban los amigos que cada uno tiene.					
4	En cuanto al comportamiento, se tienen en cuenta la opinión de los hijos para establecer normas y obligaciones.					
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia (con la que vives).					
6	Diferentes miembros de tu familia actúan en ella como líderes.					
7	Los miembros de tu familia se sienten más cerca entre sí, que con personas externas de la familia.					
8	En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres cotidianos.					
9	A los miembros de tu familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10	Padres e hijos dialogan juntos las sanciones.					
11	Los miembros de tu familia se sienten muy cerca unos de otros.					
12	Los hijos toman las decisiones en tu familia.					
13	Cuando en tu familia se comparten actividades, todos están presentes.					
14	En tu familia las normas pueden cambiarse.					
15	Fácilmente se les ocurren cosas que pueden hacer en familia.					
16	Se turnan las responsabilidades de la casa.					
17	Los miembros de tu familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18	Es difícil identificar quién es o quiénes son líderes en tu familia.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quién se encarga de determinadas labores del hogar.					

Anexo 2

Fiabilidad de la escala de funcionamiento familiar

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando en índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 1 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (20 ítems) en la muestra estudiada es de .79 que puede ser valorado como indicador de una aceptable fiabilidad, ya que supera el punto de corte igual a .70 considerado para los instrumentos de medición (George y Mallery, 2003). Asimismo, se puede apreciar que los puntajes de fiabilidad en la dimensión cohesión es aceptable, a excepción de adaptabilidad siendo cuestionable.

Tabla 1

Estimaciones de consistencia interna de la escala de funcionamiento familiar.

Sub Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Cohesión	10	.742
Adaptabilidad	10	.632
Funcionamiento familiar	20	.790

Validez de constructo sub test - test de la escala de funcionamiento familiar

En la tabla 2 se aprecia que los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son altamente significativos, por ende, se confirma la validez de constructo de la escala. Igualmente, los coeficientes que resultan de la correlación entre ambas dimensiones es aceptable y significativo.

Tabla 2

Estimaciones de validez de la escala de funcionamiento familiar

Dimensiones	Funcionamiento familiar	
	R	P
Cohesión	.545	.000
Adaptabilidad	.946	.000

Anexo 3

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

Instrucciones

A continuación se le mostrará una serie de afirmaciones, a las cuales usted responderá marcando con una X en la casilla con la respuesta que mejor se sienta identificado(a), tenga en cuenta de que no existen respuestas correctas ni incorrectas; solo contribuirá conocer su opinión personal sobre sí mismo(a).

Tenga en cuenta que:

Totalmente de acuerdo	= TA
Muy de acuerdo	= MA
De acuerdo	= DA
Indiferente	= I
En desacuerdo	= ED
Muy en desacuerdo	= MD
Totalmente desacuerdo	= TD

		TA	MA	DA	I	ED	MD	TD
1.	Cuando planeo algo lo realizo.							
2.	Generalmente me las arreglo de una u otra manera.							
3.	Dependo más de sí mismo (a) que de otras personas.							
4.	Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.							
5.	Puedo estar solo(a) si tengo que hacerlo.							
6.	Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas en mi vida.							
7.	Usualmente veo las cosas a largo plazo							
8.	Soy amigo(a) de mí mismo.							
9.	Siento que puedo manejar vanas cosas al mismo tiempo.							
10.	Soy decidido(a).							
11.	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							
12.	Tomo las cosas una por otra.							
13.	Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado							
14.	Tengo autodisciplina.							
15.	Me mantengo interesado(a) en las cosas							
16.	Por lo general, encuentro algo de que reírme.							
17.	El creer en mí mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles.							
18.	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.							
19.	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
20.	Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.							
21.	Mi vida tiene significado.							
21.	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
23.	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.							
24.	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
25.	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							

Anexo 4

Fiabilidad de la escala de resiliencia

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando en índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 3 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (25 ítems) en la muestra estudiada es de ,90 que puede ser valorado como indicador de una excelente fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a ,70 considerado para los instrumentos de medición (George y Mallery, 2003). Asimismo, se puede apreciar que los puntajes de fiabilidad de sus dimensiones poseen aceptable fiabilidad, sin embargo, se puede apreciar que en algunas dimensiones la fiabilidad es menor a 0.70.

Tabla 3

Estimaciones de consistencia interna de la escala de resiliencia.

Sub Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Satisfacción personal	4	.465
Ecuanimidad	4	.512
Sentirse bien solo	3	.589
Confianza en sí mismo	7	.819
Perseverancia	7	.708
Resiliencia	25	.907

Validez de constructo sub test - test de la escala de resiliencia

Como se observa en la tabla 4 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son altamente significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre las dimensiones son aceptables y significativos.

Tabla 4

Estimaciones de validez de la escala de resiliencia

Dimensiones	Resiliencia	
	r	P
Satisfacción personal	.441	.000
Ecuanimidad	.648	.000
Sentirse bien solo	.626	.000

Confianza en sí mismo	.754	.000
Perseverancia	.679	.000

Anexo 5

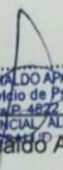


Carta de autorización

01 de noviembre del 2017

Ociela Grimaldo Aparcana
Jefe del Servicio de Psicología
Presente

Se autoriza a los internos de psicología, Moises Isaac Cespedes Felix con código universitario 201220368 y Jesly Alexandra Nina Cayte con código universitario 201210439 a aplicar las siguientes pruebas: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) en el servicio de Psicología.


.....
OCIELA GRIMALDO APARCANA
Jefe del Servicio de Psicología
C.P. 4677
ED. ASISTENCIAL ALMENARA
ESMERALDA
Ociela Grimaldo Aparcana
Jefe del Servicio de Psicología

Anexo 6

Matriz de consistencia de las variables

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable	Diseño, corte y alcance
¿Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?	Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.	Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.	<p>Funcionamiento familiar</p> <p>Para Olson (1979) el funcionamiento familiar es la capacidad de la familia para hacer frente a las dificultades, y que se sustenta en la cohesión y la adaptabilidad, donde el grado de cohesión y adaptabilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema, basados en el respeto, la libertad, independencia y el espacio de otro miembro de la familia.</p>	El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal, y alcance correlacional. (Hernández, Fernández y Baptista, 2005).
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicos		
¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y satisfacción personal en los pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?	Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y satisfacción personal en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.	Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y satisfacción personal en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.	<p>a. Cohesión familiar</p> <p>Se define como la unidad emocional e intelectual que los miembros de la familia tienen o sienten entre sí. Esta dimensión evalúa el grado en que los integrantes de la familia se encuentran separados o conectados, los conceptos específicos para medir la cohesión familiar son: los límites, vinculación emocional, las coaliciones, el tiempo, los amigos, la toma de decisiones, el interés y las recreaciones (Valencia, 2010).</p>	
¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y ecuanimidad en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?	Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y ecuanimidad en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.	Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y ecuanimidad en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.	<p>b. Adaptabilidad familiar</p> <p>Es la capacidad y flexibilidad que presenta la familia para enfrentar un cambio inesperado que puede producir incomodidades, también se manifiesta cuando se dan cambios en las relaciones de roles, cambios en la estructura familiar y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo (Valencia, 2010).</p>	

<p>hospital público de Lima Metropolitana? ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y sentirse bien solo en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana? ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y confianza en sí mismo en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana? ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y perseverancia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana?</p>	<p>hospital público de Lima Metropolitana. Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y sentirse bien solo en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana. Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y confianza en sí mismo en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana. Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y perseverancia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.</p>	<p>hospital público de Lima Metropolitana. Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y sentirse bien solo en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana. Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y confianza en sí mismo en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana. Sí existe relación significativa entre funcionamiento familiar y perseverancia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana.</p>	<p>Resiliencia Wagnild y Young (1993) definen a la resiliencia como una característica positiva del ser humano que ayuda a disminuir los efectos del estrés para su mejor afronte.</p> <p>a. Satisfacción personal Sugiere al entendimiento del significado de la vida y cómo se favorece esta. Este término acuña a la calidad de vida y trabajo individual que esté realiza en congruencia con sus ambiciones, aspiraciones y necesidades logradas además del ambiente y bienestar social (Wagnild y Young, 1993).</p> <p>b. Ecuanimidad Este término representa una autopercepción equilibrada de la vida y experiencias, además la capacidad para llevar las situaciones con adecuadamente y tranquilidad, moderando las actitudes frente a la adversidad (Wagnild y Young, 1993).</p> <p>c. Sentirse bien solo Señala como significado a la libertad, la sensación de ser únicos e importantes (Wagnild y Young, 1993).</p> <p>d. Confianza en sí mismo Es aquella habilidad para para creer en sí, en sus habilidades, capacidades y sacar provecho de sus debilidades (Wagnild y Young, 1993).</p> <p>e. Perseverancia Es la fuerza que ayuda a persistir frente al desaliento o adversidad, promueve el anhelo de logro y autodisciplina (Wagnild y Young, 1993).</p>	
---	--	---	---	--