FACTORES RESILIENTES EN LA PAREJA DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

NAYIVE LISETH DE LA CRUZ ROMO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2018

FACTORES RESILIENTES EN LA PAREJA DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

NAYIVE LISETH DE LA CRUZ ROMO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

Asesor:

María Cecilia Salcedo Ariza

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2018

DEDICATORIA

A mi compañero de vida, por ser un milagro de Amor.

“La mutualidad o reciprocidad en la relación de pareja es
otro ingrediente necesario del amor”
(Rojas, 2004)

NOTA DE ACEPTACIÓN

Valoración cualitativa del documento: 4,5

APROBADO [X] **REPROBADO** [ ] **SEGUNDA SUSTENTACIÓN** [ ]

FIRMAS

Malcolm Benavidez

Nombre: Malcom Benavidez
JURADO 1

Nombre: Edgar A. Gallo
JURADO 2

Para constancia se firma en la ciudad de Santiago de Cali a los 28 días, del mes Noviembre del año 2018 en las instalaciones de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.

Cali, Noviembre 28 del 2018

AGRADECIMIENTOS

A Dios y la Virgen María

Por inspirar con sabiduría el resultado de este proceso, al ser la fuerza motivadora que me inspiró en cada uno de los esfuerzos realizados. Permitiendo la satisfacción de iluminar con sus herramientas la vocación a la que fui llamada.

A mi familia

Por impulsarme con esmero el amor por mi carrera, al confiarme la posibilidad de optar por un futuro profesional. Rescatando su filosofía de vida y el gozo que han compartido conmigo en cada triunfo.

A mis amigas y amigos

Por su aprecio y compañía en el camino, dotado de experiencias, realidades y sacrificios. Aportando significativamente un crecimiento asiduo.

A mis primeros pacientes

Por ser quienes me enseñaron en la práctica profesional a demostrar con hechos la vocación de servicio y a confirmar el amor genuino entre pareja capaz de transformar el caos.

A mi asesora académica

Por su sabiduría, paciencia y excelencia, apoyando con dedicación este arduo propósito. En especial, por contagiar su esperanza a medida de que los obstáculos se atravesaban, invitándome en todo momento a esforzarme por ese ideal.

A mi asesora institucional

Por su exigencia, excelencia y amor incondicional que permitió avanzar en mi propósito a través de una mirada objetiva y humanizada en la salud, al encontrar la luz

que necesitaba para colocar en práctica todo lo propuesto.

A Unicatólica

Por emprender una enseñanza con calidad humana y profesional, al ser pionero en esta búsqueda de aprendizaje, a través de la comprensión y apoyo constante durante mi proceso académico, recordando el legado de Ms. Isaías Duarte Cancino con la juventud.

Al Centro Médico Imbanaco

Por generar la iniciativa a partir del desarrollo de mi práctica profesional, abriendo las puertas de una gran familia que me permitió conocer un trato cálido y amable ofrecido a sus colaboradores y clientes por tantos años para poner en marcha el gran objetivo institucional.

A la Fundación de Cuidados Paliativos

Por invitarme a ser parte de su familia, contribuyendo en mí proceso formativo sobre nuevos conocimientos, en especial, por el fortalecimiento de ideas novedosas que fueron el cimiento para enriquecer la construcción del cuidado al cuidador.

A la Unidad de Trasplante Renal

Por darme la oportunidad de reconocer las implicaciones del paciente renal y su familia, por dejarme usar sus bases y herramientas con la ayuda del personal especializado de Nefrología, además, del personal administrativo de la salud que no dejó pasar un solo detalle para contribuir con lo requerido.

Al Comité de ética y Centro de Investigaciones

Por empoderarme en cada una de las solicitudes, encontrando apertura y acogida en la formación integral, a fin de mantener una participación activa y responsable que fomente la excelencia como profesional de las ciencias humanas.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN 8
INTRODUCCIÓN 9
PLANTEAMIENTO PROBLEMA 12
OBJETIVOS 16
OBJETIVO GENERAL: 16
OBJETIVOS ESPECIFICOS: 16
JUSTIFICACIÓN 17
ESTADO DEL ARTE 20
MARCO TEÓRICO 35
ASPECTOS METODOLÓGICOS 88
Tipo de Estudio 88
Método 88
Población 89
Muestra: 91
Diseño 92
Instrumento 93
Procedimiento 96
ASPECTOS ÉTICOS 98
RESULTADOS 100
DISCUSIÓN 128
CONCLUSIONES 155
RECOMENDACIONES 158
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 160
LISTA DE TABLAS 167
ANEXOS 182

RESUMEN

La Resiliencia es entendida como una respuesta al estrés que cobra especial importancia en personas que conviven con su pareja diagnosticada, la cual se encuentra afrontando la enfermedad renal crónica. El estudio de alcance descriptivo, cuyo método tiene un enfoque cuantitativo y su diseño es no experimental de corte trasversal, pretendió describir el nivel de resiliencia mediante la evaluación de cinco factores resilientes (satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia), aplicando el instrumento *"Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993)"* a la respectiva pareja cuidadora que acompañe en su proceso de enfermedad. Realizado a 61 personas en la unidad de trasplante renal de una clínica privada de la ciudad de Cali, y seleccionando según los criterios de inclusión a 45 personas que contestaron adecuadamente la totalidad de la encuesta. Los resultados, tanto para mujeres con el 60% como para hombres con el 40% de incidencia permitieron conocer la presencia de los factores resilientes por cada variable sociodemográfica y de pareja, los cuales contribuyen en la eficacia del tratamiento de la persona diagnosticada, al igual que en el planteamiento de intervención psicosocial en la pareja de las personas que padecen dicho diagnóstico.

Palabras Claves: resiliencia, enfermedad renal crónica, pareja y factores resilientes.

INTRODUCCIÓN

En toda experiencia, se conocen manifestaciones positivas y negativas del dolor que hacen a un individuo más consciente de su relación con otros, y consigo mismo, en este sentido, el dolor, no es solo la representación física del mismo, es también emocional, psicológico y afectivo tras reconocer que la participación de esa experiencia es dinámica y se obtiene resultados diferentes entorno a las capacidades o debilidades que sirvan para el aprendizaje, elección que corresponde a tener un aprendizaje significativo, dotado de las posibilidades que permiten rehacer el rumbo de aquel que decide levantarse y no quedarse en ese dolor.

Si bien, los acontecimientos diversos de varios individuos no son similares, ya que la variación de las personalidades, las decisiones, los sentimientos encontrados, las experiencias de vida y las propias relaciones establecidas juegan un papel importante en la vida humana. Esta posición, no dista de cualquier tipo de relación, como el núcleo familiar, la red social y comunitaria con quienes siempre se encuentra motivos para resurgir, el hecho es lograr verlo así.

Se parte del principio en que el ser humano con su diversidad es completo y a su vez complementario para la existencia de otros, pero no deja de ser complejo como logra verse en cualquier tipo de relación, ya que la visión sistémica del ser humano como lo define Von Bertalanffy (1967-1969), citado en Ríos (2006) es: “un complejo de elementos en la interacción” (p.68), en este caso, la relación de pareja en el que otros factores sociales, culturales y económicos movilizan un rol importante en cada etapa que atraviesan juntos; con base a ello, se encuentra la respuesta de la relación, además del patrón emocional, la forma de ser que empiezan a compartir y en esa medida la estructura de la personalidad con la que interactúan en el pasar de los días, meses o años (Ríos, 2006)

En el aspecto de las relaciones conyugales, no se puede dejar de concebir que su dinámica es influida por diferentes factores, factores externos permean la causa

del desarrollo o tipo de la relación de pareja. Puesto que como seres sociales por naturaleza se está expuesto a asumir que desde los rasgos de la infancia, las primeras experiencias de relación son la base de las relaciones posteriores y que posiblemente, son la clave de las futuras relaciones de pareja (Ríos, 2006).

Esta pauta de la relación de pareja direcciona el interés de esta investigación al comprender que individuos en relación también se construyen y conciben en sí mismos unos rasgos particulares que han permitido reaccionar a sus propias amenazas. En este sentido, un factor externo que puede aparecer en el desarrollo de ese ciclo vital es el impacto de la enfermedad crónica, siendo ésta, una concepción basada en el dolor que sufre la persona quien la padece pero no se alcanza a vislumbrar que causa un impacto en los seres que rodean a dicha persona, en especial a la familia.

La familia, involucra el subsistema conyugal, el que tras atravesar diferentes etapas puede tener episodios críticos que reorganizan todo un sistema entre las mismas familias, lo cual, puede estar ocasionado por las mismas demandas de la crisis que son cambios repentinos en el estilo y calidad de vida de ese subsistema, demandas internas o externas que desafían la estructura familiar; es por eso, que los miembros de ese subsistema que empieza a complementarse debe comprender mediante su adaptación las expectativas, valores, costumbres y maneras de relacionarse que traen de base con sus familias de origen, como bien podría decirse a un sistema transaccional compuesto por ambos miembros del subsistema conyugal (Ríos, 2006)

Teniendo en cuenta la importancia del apoyo emocional que debe dar y recibir la pareja en el afrontamiento de la enfermedad renal crónica de su pareja diagnosticada, se utilizó en la presente investigación la "*Escala de Resiliencia de Wagnild* y *Young (1993)"*, la cual fue aprobada con carácter de validez y confiabilidad, y ha sido utilizada en varios estudios a nivel internacional.

La escala consta de 25 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert, posterior a eso, los resultados permitieron conocer en la pareja de quien padece una

enfermedad renal crónica (ERC), la presencia de los siguientes factores resilientes: *Satisfacción Personal*, *Ecuanimidad*, *Sentirse bien solo* y *Confianza en sí mismo,* así como el *factor Perseverancia*. Propiamente conocidos como factores de protección, los factores resilientes tienen características personales que se sobreponen al considerado nivel de estrés, para detallar lo anterior, son variables que previenen una situación aterradora, que operan como fuerzas internas y externas, que en su dinámica el individuo se ve fortalecido (Puig y Rubio, 2011).

Esta investigación de tipo cuantitativo y no experimental permitió basarse en estadísticas epidemiológicas de la ERC, suceso tan caracterizado por la sustitución de la función renal en estadios 4 y 5 comúnmente crónicos e irreversibles, señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f) en Borrero y Montero (2003). No sin antes, esclarecer posibles causas y otras repercusiones que implican medicación, adecuada alimentación y riesgos adquiridos en el proceso de diálisis o trasplante renal. La muestra fue tomada de personas voluntarias que cumplieron con los criterios de inclusión en la clínica Centro Médico Imbanaco (CMI) y en apoyo con la unidad de trasplante renal, quienes facilitaron el acceso a sus instalaciones para encuestar la población. Lo anterior, aportó a resultados que despiertan interés en dicha población careciendo de investigaciones detalladas al respecto y que siendo estos aspectos presentes en la investigación, fueron descritos y facilitados mediante la claridad o cumplimiento verídico del soporte de los objetivos específicos contemplados.

El presente trabajo tiene un principal interés que engloba el ámbito académico y profesional, hacia el conocimiento de investigaciones que focalicen el subsistema conyugal como el tipo de relación posible y capaz de transformar esos eventos estresantes en cada experiencia, ya que a nivel académico incursiona a las instituciones otra mirada de adaptación en el complemento mutuo y a nivel profesional aporta al resultado de intervenciones futuras que se desligan de aspectos individualistas, resalando todo un sistema de acontecimientos o resultados. Así como a nivel personal, para proyectar en la vida de futuras parejas una consciencia real de la presencia resiliente en la vida de cada ser humano que

ha experimentado adversidades dolorosas pero deciden levantarse y levantar a otro.

Una vez relacionados los aspectos de interés, se describen los factores resilientes presentes, se identifica el nivel de resiliencia de acuerdo a dichos factores, la descripción de los factores resilientes respecto a las variables sociodemográficas de las parejas cuidadoras de la persona con ERC y el análisis de los factores resilientes presentes en la pareja de acuerdo a las características de la relación de pareja.

PLANTEAMIENTO PROBLEMA

Las capacidades de afrontamiento son diferentes, al igual que varían las situaciones y los ámbitos en las esferas de la vida cotidiana de un individuo, sin embargo, dicho potencial resiliente está acompañado de cualquier necesidad, sin depender únicamente de un individuo, ya que la interacción y la relación de unos con otros hace parte de la construcción de cada experiencia que intenta siempre resolver, acomodarse o adaptarse a una situación existente. Es por eso, que el principal momento de interacción se relaciona con un otro, al que con ser considerados la conformación de una pareja forman una estructura donde antecede todo un sistema de valores, pensamientos, creencias, influencias etc., que se solidifican como una organización conjunta diferente pero como subsistema conectado a las consideraciones propias de un gran sistema llamado familia.

Por su parte, la Resiliencia aporta a descubrir condiciones humanas más favorables desde la apropiación de cada individuo en la búsqueda de superar las adversidades diarias, unas de mayor impacto que otras, pero que de cierto modo afectan la integridad del mismo. Esta idea la apoya Masten (2001), citado por Becoña (2006) cuando define la resiliencia como: "… el fenómeno que se caracteriza por buenos resultados a pesar de las complejas amenazas para la

adaptación o el desarrollo” (p. 228). En este sentido, ser resiliente supone la posibilidad que el ser humano está capacitado para resolver los problemas que le aquejan y que con sus propios recursos intrapsíquicos podría motivar a otros a que lo hagan.

Montero y Barrón (2016) hacen énfasis en el apoyo de la pareja, donde se establecen intercambios de aspectos emocionales, información y ayuda práctica de vital importancia que son necesarias para el afrontamiento y ajuste de la enfermedad de la persona diagnosticada.

La familia es un sistema en movimiento, y en su dinámica surgen cambios, crisis normativas o situaciones que pueden ser ajustadas. De ese modo, Espinal, Gimeno y González, (s.f); citando a Lila et al., (2000) consideran que es un sistema en constante transformación, que encuentra estrategias adaptativas frente a las exigencias del desarrollo individual de sus miembros como también de la demanda del entorno, cuya adaptación da continuidad y crecimiento psicosocial de todos los que integran el sistema familiar.

Ante la aparición del diagnóstico de enfermedad crónica de un individuo, la pareja cuidadora cumple un papel específico e importante ya que éste se ha convertido en el foco de acompañamiento de quien padece la enfermedad de larga duración, fluctuando cambios durante el tiempo de crisis, aumentando cada vez más las expectativas respecto a lo que exige tener una relación de pareja, siendo este subsistema el más deseado y frágil (Espinal, Gimeno y González, s.f). Ahora bien, esto implica también la exigencia de la cronicidad al presentarse en un individuo la ERC, ya que el interés por conocer los factores resilientes, la identificación y la descripción de los mismos en dicha población podrían sugerir nuevos modelos de intervención.

Para Ledón (2011), la cronicidad de una enfermedad es reconocida como el estado permanente de falta o pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial que implica la demanda de atención de otras personas y ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria. Por su parte, Lopera (2016), afirma que la enfermedad renal crónica (ERC) es una de las enfermedades no transmisibles que pese a su prevención ocasiona un nivel elevado de mortalidad en la mayor parte

del mundo. Así mismo, se incluye “un conjunto de manifestaciones heterogéneas, dependiendo de la causa, afectación, gravedad, tasa de progresión y comorbilidades” (p. 5).

De acuerdo a los estadios de la ERC, aparece la insuficiencia Renal severa en un estadio cinco, solicitando tratamientos de alta complejidad con terapias de sustitución (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante), llevando una dieta limitada hasta el requerimiento permanente del consumo de medicamentos; este estadio representa la aparición de la enfermedad renal crónica terminal (ERCT). Considerando Lópera (2016) que “la enfermedad no solo afecta los procesos psicofísicos del individuo que la padece, también la imposición del costo que ello conlleva es elevado, representando para el sistema de salud, para el paciente y su familia dificultad económica” (p.8).

Teniendo en cuenta una progresividad en la ERC el individuo que la padece es sometido al seguimiento clínico y analítico, debido a los cambios en el estilo de vida que debe asumir; puesto que la persona con diagnóstico de ERC se ve afectada por las “funciones física y cognitiva, generando disminución en la calidad de vida del mismo, el entorno laboral y en especial su familia, sumando a ello, la afectación de sus actividades sociales, económica y emocional” (Lópera, 2016 p.11). Este último aspecto, evoca situaciones angustiantes, que producen estrés, miedo, culpa, depresión, etc., alertando a las diversas incorporaciones en la atención médica que podrían considerar trascender en el tratamiento, mediante una alternativa oportuna y completa que integre elementos óptimos para el bienestar que se percibe en el paciente tratante (Lópera, 2016)

La ERC pone de manifiesto el riesgo a la esperanza de vida de las personas que la padecen, esto conlleva una probabilidad de la aparición de otros síntomas y enfermedades asociados a la disfunción renal. Para la salud pública, la ERC es una enfermedad emergente ya que su recurrencia ha generado amplitud en los últimos años hacia el resultado de características clínicas, sociodemográficas, epidemiológicas y económicas para los individuos, sus familias y los sistemas de salud.

En Colombia, se ha calculado el aumento del diagnóstico debido a que está asociada a innumerables factores de riesgo, así mismo enfermedades que anteceden su aparición como la hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardiovasculares (ECV), diabetes mellitus tipo II y la uremia A su vez, se relacionan otras enfermedades como las autoinmunes, la insuficiencia renal aguda y el VIH (Lópera, 2016). No obstante, la misma ERC es un factor de riesgo, estadísticas simultáneas encuentran que el 28% de la población diabética y entre el 21% y 36% de la población hipertensa desarrollan ERC; entre el 54% y el 67% de las personas con ERC en el país tienen diagnóstico de HTA (Lópera, 2016).

Según Lópera (2016), un individuo diagnosticado con ERC en estadios 1 a 4 tiene incidencia en la enfermedad coronaria, en consecuencia, la muerte por Enfermedad cardiovascular (ECV) también es elevada incidiendo en la morbilidad y mortalidad del mismo.

Es por esto, que al momento de plantear la investigación existen casos de salud crónicos que no dista de la realidad propia del contexto con la necesidad de realizar un constante acompañamiento en la mejoría de la persona que lo padece, en lo que respecta el desarrollo de la capacidad de afrontamiento de su pareja sentimental con quien convive la mayor parte del tiempo. No obstante, en la práctica cotidiana de salud, los profesionales han dirigido total atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, lo que en ocasiones no hace posible tratar a la pareja acompañante quien genera un sin número de cambios frente a la persona diagnostica con ERC (Turtós, Rodríguez, y Martínez, 2016)

Desde la investigación en Psicología, este estudio profundiza su interés de reconocer los factores que favorecen la resiliencia en la pareja de personas diagnosticadas con ERC; evidenciando en la Unidad Renal del Centro Médico Imbanaco (CMI) actualmente ubicado en la ciudad de Cali, el desgaste físico, emocional y psicológico que podría adquirir una vez iniciado el proceso de cronicidad de la pareja diagnosticada. Por su parte, se considera que aquellos factores poco fortalecidos y que afecten la consideración de las experiencias familiares en el manejo global del dolor, podría aumentar la efectividad de las intervenciones terapéuticas y servirían para mejorar la calidad de vida de

pacientes y familiares (Mendoza, 2011). En ese sentido, el CMI tendrá la oportunidad de conocer especificidades de la población tratante y al mismo tiempo, permitir la propuesta de nuevas formas de intervención que aumenten los índices de eficacia de las intervenciones actuales.

Lo anterior, pretende comprender la descripción de la resiliencia en la pareja dado el contexto en la salud, mediante el conocimiento de indicadores que resignifican el proceso de adaptación en un individuo desde las diferentes opciones de tratamiento por las que éste en calidad de acompañante atraviesa y en ese proceso de espera para el mismo, el lapso de tiempo puede afectar la estabilidad emocional de la pareja cuidadora, por ende su relación afectiva durante el acompañamiento requiere potenciar la resiliencia tratándose del cuidado primario que recibe la pareja diagnosticada.

Teniendo en cuenta las problemáticas sociales e institucionales que se denotan en las consultas médicas, en el contexto familiar, y con mayor detenimiento en la relación sentimental de una pareja que persiste en el bienestar del Otro, se formula la pregunta que orienta la presente investigación: *¿Cuáles son los factores resilientes que se evidencian en la pareja de personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica en el CMI*?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir los factores resilientes presentes en la pareja de personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica en una clínica privada de la ciudad de Cali.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el nivel de resiliencia de acuerdo a los factores de satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia en la pareja cuidadora de la persona con ERC.
- Describir los factores resilientes respecto a las variables sociodemográficas de las parejas cuidadoras de la persona con ERC.
- Analizar los factores resilientes presentes en la pareja de acuerdo a las características de la relación de pareja (Tipo de pareja, tiempo de convivencia, etc.).

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo cobra importancia para el rol del psicólogo en el campo clínico, debido a que la Resiliencia según Garmezy (1991) como se cita en Becoña (2006), es “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al darse un evento estresante” (p. 127). En el caso de esta investigación, ese evento estresante es el diagnóstico de la enfermedad renal crónica en la persona que lo padece y lo que la misma genera a su pareja, ya que muchas veces no es el cuerpo médico el encargado de acompañar estos procesos, sino su pareja hombre o mujer como cuidador(a) permanente con el que la persona que padece la enfermedad de larga duración ha convivido o estrechado su vínculo amoroso la mayor parte del tiempo.

En ese sentido, ante una enfermedad crónica el apoyo emocional está sujeto a personas cercanas, como la pareja (Dakof y Taylor, 1990, citado por Montero y Barrón, 2016); siendo esto, la génesis de una investigación de carácter cuantitativo que aporta nueva información y cuya novedad radica en las categorías específicas (factores resilientes) desde miradas integradoras sobre el mismo acontecimiento.

Las enfermedades crónicas han generado un alto impacto en el estilo de vida de un individuo, puesto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) alude a ellas como las responsables del 60% de muertes; las estadísticas configuran que de los

58 millones de muertes presentadas en el año 2005 en adelante, 35 millones se le atribuyeron a las enfermedades de un nivel crónico, conocidas como cardiopatías, cánceres, pulmonares, osteomusculares e infecciosas como VIH/Sida, etc. Se detectó a partir de ahí, que el 20% de las muertes se dan en países desarrollados, mientras el 80% restante, según los registros, en los países con niveles de ingreso medio bajo, donde conviven la mayoría de personas en el mundo (Strong, Mathers, Leeder y Beaglehole, 2005; WHO, 2005, como se cita en Quiceno y Vinaccia, 2012)

Como consecuencia de la falta de prevención y promoción de la salud, las cifras van cada vez en aumento considerable a países en vía de desarrollo, como Colombia, haciendo que sean asociadas al proceso de envejecimiento cambiando la perspectiva de la calidad de vida en Latinoamérica, lo que podría indicar que el porcentaje mayor de los aspectos epidemiológicos se encuentre en la adultez, en especial, con la edad avanzada (Cusumano & Inserta, 2007. Como se cita en Quiceno y Vinaccia, 2012). Por tanto, la sobrecarga de la enfermedad crónica alerta y mantiene consciente en el impacto negativo subestimados propiamente en el ámbito económico, profesional, personal y familiar.

Con base a ello, la enfermedad renal crónica (ERC) es la mayor prueba de ello, de un avance epidemiológico que someten otras limitaciones en la vida personal, laboral, familiar y social de las comunidades, en especial, con efectos contraproducentes en el estado psicológico, alteraciones emocionales desde que el diagnóstico se presenta, en el transcurso de la enfermedad y durante el tratamiento de la misma. A partir de ese acontecimiento vital, se desencadenan mecanismos de protección, emociones que desempeñan la función adaptativa respondiendo como señales que incentivan y dinamizan la conducta. Sin embargo, otros asumen una posición ansiosa, desesperada y fatalista de la enfermedad hasta el punto de no adaptarse, hasta tal punto en que las dificultades se trasladan a las relaciones interpersonales y familiares (Quiceno y Vinaccia, 2012)

Quienes padecen la enfermedad son expuestos a respuestas de estrés debido a dicha condición, encontrando en algunos casos diversas restricciones, poco deseo

y rendimiento sexual con su pareja; cambios en la percepción de sí mismos, desvaloración del autoestima, e incluso menos independencia.

Los cuidadores de este tipo de población, tienden a ser en primer lugar la familia, quien muchas veces está sujeta al mismo nivel de estrés por dicha situación desencadenante; para un cuidador las características de dicho cuidado se basan en el horario, las necesidades y manejo psicológico, emocional de los mismos en ese proceso de acompañamiento a lo largo de la vida. Esto se apoya debido a que a nivel mundial se encuentran cuidadores informales, con bajo nivel educativo, con empleo o sin empleo en una edad avanzada, desde tiempos inmemoriales las mujeres han llevado este papel (Montalvo y Flórez, 2008)

Según Montalvo y Flórez (2008), los cuidadores familiares son referencia de la población adulta, ya sea un vínculo de parentesco o cercanía como en el caso de la pareja sentimental asumiendo la responsabilidad del cuidado de uno de los miembros del hogar que padece la enfermedad crónica, es éste un componente esencial del sistema de cuidado de la salud que exige su potencial y sus limitaciones, donde se vea necesario el uso de herramientas para mejorar dicha habilidad e incrementando su capacidad de afrontamiento en función de satisfacer necesidades de la persona enferma, fomenten la salud y la adecuada relación con la persona a quien cuidan (Montalvo y Flórez, 2008)

Es por esto, que el desarrollo de este tema con base a la pareja promueve patrones de interacción, pautas, modelos etc., en función a la cadena del mismo sistema familiar, que determinará factores resilientes (Satisfacción personal, Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo y perseverancia) que siento detectados y descritos, permitirían actualizar y contextualizar aspectos de diferente índole para dirigir acertadamente próximos estudios, e incluso promover el diseño de pautas de intervención según edad, sexo, situación personal, entre otros (Turtós, Rodríguez, Rodríguez Y., y Martínez, 2016).

Fortalecer así, procesos de la salud clínica, mental y de pareja ante situaciones estresantes personas que padecen esta situación.

No obstante, los estudios que soportan este acercamiento se han basado en la búsqueda de caracterización de niveles de resiliencia, en niños, adolescentes y

adultos; siendo el instrumento *"Escala de resiliencia Walning y Young (1993)",* el apropiado en concebir a través de resultados cuantitativos, uno de ellos, es la investigación de Pérez (2014) obteniendo niveles de resiliencia a las mujeres adolescentes institucionalizadas en el Orfanato de Valle de los Ángeles (Guatemala), además de análisis psicométrico de Ruiz et. al (2012) relacionando la Escala de resiliencia (ER) en el deporte de futbol (España) .

La ER se diseñó en 1987, con el fin de evaluar el grado de resiliencia individual y la resiliencia como una característica de la personalidad positiva en pro de favorecer la adaptación de los individuos en cada estudio, con 25 ítems aplicados de forma positiva, validando de 1 a 7 un mínimo acuerdo a un máximo acuerdo, variando resultados entre 25 y 175 puntos (Wagnild y Young, 1993, como se cita en Ruíz, De La Vega, Poveda, Rosado y Serpa, 2012). Es así como éstos y otras investigaciones dan cuenta de la validez del mismo que no ha sido aplicado en la población de pareja, novedad que representó para la resiliencia basar estos aspectos desde un enfoque sistémico, concepto que preside la dinámica de la pareja y la familia (Ríos, 2006).

En definitiva, existen razones sociales y disciplinares que atribuyó la realización de este estudio, empezando por los altos índices de una enfermedad que adquiere manejo adecuado en las intervenciones, por el establecimiento de pautas generadoras de una mejor adaptación para la pareja cuidadora y para la persona enferma, el uso adecuado de la promoción y a su vez la prevención en los aspectos económicos, emocionales y psicológicos que tiene esta ciencia para ver surgir todo un sistema familiar en la reorganización de una nueva etapa de la vida que requiere mayor adaptación.

ESTADO DEL ARTE

La construcción de conocimientos previos que anteceden al concepto de resiliencia familiar fue abordado desde artículos investigativos de carácter teórico y

experimental en orden cronológico, por lo cual, fue pertinente analizar sobre la concepción de resiliencia tanto individual como relacional, desde variadas muestras poblacionales y con diferentes situaciones problemáticas, para así, encontrar la revisión del término manejado propiamente desde la intervención.

De la Cuesta (2007) realiza una aproximación teórica acerca del cuidado del otro: Desafíos y posibilidades, donde expone la actividad de cuidar sin necesidad de ser un componente profesional, conocido como *"el corazón de la enfermería profesional"*, convirtiéndose en un modelo de propagación hacia el mismo personal, auxiliar y familiar de personas enfermas. Es así como la naturaleza del cuidado y en especial lo que se conoce como cuidado familiar conduce a que los cuidadores familiares requieren apoyo emocional para regular distintas fases de la enfermedad que hacen posible entender los cambios, como crisis anticipadas para detectar aquello que no es práctica adecuada del cuidado, estableciendo que los profesionales de enfermería son preparados para el apoyo al cuidador y regular distintas fases de la enfermedad. Por consiguiente, esta investigación reúne a los cuidadores como una base primordial de la atención en salud, lo cual aporta a que los mismos requieren apoyo profesional desde lo emocional, considerándolos parte del proceso y no solamente un instrumento del cuidado.

Para los investigadores Aggarwal, Liao, Christian y Mosca (2008) al hablar de la influencia del cuidado en el estilo de vida y factores psicosociales de los miembros de la familia de pacientes hospitalizados con deficiencias cardiovasculares, es referirse a evaluaciones de las relaciones entre los ciudadanos y las deficiencias cardiovasculares, propósito que determinó la prevalencia de los cuidadores y la evaluación por parte de la asociación entre el cuidado y estilo de vida de los pacientes con deficiencias cardiovasculares y factores psicosociales de los miembros de la familia de pacientes con deficiencias cardiovasculares (CVD) hospitalizados recientemente. El diseño utilizado fue la participación en la intervención NHLBI del juicio para la salud del corazón (salud del corazón) el que se completó durante 6 meses consecutivos, este incluyo un análisis. Pues, las encuestadas fueron 263 en total, de las cuales el 67% eran mujeres (176) y el 29

% no especificando el género femenido que varían en edades entre 14 y 50 años. Seguido de las mediciones durante seis meses, se recogió y estandarizo información acerca de la depresión social, y la tensión del cuidador (la alta tensión esta promediada en nivel 7) la información en los factores del estilo de vida incluye, obesidad, actividad física y dieta. También se usaron preguntas de estandarización al momento de la recolección, modelos de regresión logística en la asociación entre cuidadores y los factores de los pacientes con deficiencias cardiovasculares, fueron ajustados para que no tengan confusión, cuyos resultado fueron: la prevalencia del servicio para cuidadores de pacientes primarios o pacientes de mayor cuidado, necesitan mas del 50 % de tiempo durante 6 meses, los cuidadores de estos pacientes usualmente son mujeres (81%) menor en los hombres (19%) con un rango de 50 años con un grado de escolaridad de bachiller, empleado, los cuales presentan menos actividad física y menos esparcimiento frecuente, los cuidadores pueden ser frecuentes, ocasionales o ausentes.

Por consiguiente el aporte de esta investigación fue significativo al concebir que ser cuidador significa estar entre buen estado ánimo y niveles de depresión o desempeño social lento en un modo ajustable y multivariable.

La relación entre Resiliencia y Funcionamiento Familiar, es un estudio realizado por Athié y Gallegos (2009) con un diseño no experimental de tipo trasversal y correlacional, y utilizando una muestra de 60 mujeres mexicanas entre 27 y 53 años, agrupadas por niveles socioeconómicos bajo y medio-alto, aplicándose la “Escala breve de enfrentamiento resiliente” (Jew, Green y Kroger, 1999) con el fin de evaluar la resiliencia, así mismo, evaluar factores de funcionamiento familiar. Demostró de forma predecible la resiliencia como un factor predisponente en el funcionamiento familiar de acuerdo a la relación de pareja, comunicación, tiempo compartido, roles, autonomía, autoridad etc., en equivalencia con ambos grupos, pero con un aspecto diferencial que se reduce en la economía y con el cual implementar estrategias de afrontamiento diversas, conociendo que la organización familiar adquiere orden o estructuras concretas para enfrentar con cada miembro realidades abrumadoras. Por consiguiente, aporta a que ambos

factores entre los que se distinguen resilientes (orientación al futuro, adquisición activa de habilidades y conducta resiliente) y familiares (relación de pareja, comunicación, límites, tiempo, etc.) concuerdan con diferencias debido al nivel socioeconómico, lo que implica un impacto resiliente desarrollado de acuerdo al nivel de funcionamiento familiar.

Athié y Gallegos (2009), citando la postura de McCubbin y Patterson (1983) refieren que el esquema familiar se compone por valores, prioridades, expectativas y visión del mundo, porque establece la integración de todos los miembros de una familia, quienes le proporcionan significados a sucesos en los que parecen darle sentido por más estresantes que sean.

No obstante, Gómez y Kotliarenco (2010), son los autores de la Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblematicas, definiendo el concepto por medio de desafíos actuales e intervenciones que acompañen no solo al campo clínico, sino también, al psicosocial y de salud con familias que presentan casos de mayor vulnerabilidad. Se hace distinción de los padecimientos de riesgo crónico, crisis significativa o tensión familiar, aspectos por los cuales el proceso de resiliencia se activa. Al punto de definir dicho enfoque como un proceso de reorganización de significados y comportamientos mediante situaciones de estrés implícitos en la familia que integra la teoría y la experiencia empírica en campos disciplinarios aislados, tales como: ciencias del desarrollo, terapia familiar e intervención biopsicosocial de alta representación vulnerable. Concluyendo que contribuye al bienestar común, donde se nota el equilibrio de las necesidades. Por lo cual, representa un reto evaluar la resiliencia en la pareja de personas con enfermedades de larga duración puesto que dicho enfoque de resiliencia familiar subyace de la resiliencia individual en especial por factores de riesgo (vulnerabilidad) y protección (recuperación), dando a ambos sentido en la construcción familiar que en un evento de crisis desequilibra al sistema y a su vez, lo compone.

Borges y Silva (2010) exponen el tema de Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas; mediante la revisión de experiencias en intervención familiar, por medio del “Appreciative Inquiry”, instrumento en el cual

se determina el potencial creativo de las familias, en aras de proporcionar cambios positivos, dando acercamiento a enfoques de psicología positiva con base a redes de apoyo y mejoramiento de los cuidados de atención hospitalaria. Es por esto, que los modelos de intervención con familias estimulan el afrontamiento de manera más recursiva, en la que el papel de la familia une fuerzas y desarrolla competencias, por medio del mismo trayecto evolutivo, de etapas transitorias que son parte del ciclo vital, lo que permitiría movilizar la unidad familiar desde un paradigma sistémico en lo profesionales de la salud, debido a que haya inclusión de una práctica que aprecie la esperanza, donde promocionen fortalezas tanto individuales, como familiares y a su vez, sociales. Esto, incursiona a la forma de la intervención no solo individual sino familiar, en el deber de centrar atención a las fortalezas de cada uno de los miembros de la familia, habilidades y competencias, es decir, en su funcionamiento encontradas especialmente en el proceso de la enfermedad crónica.

Reyes, Garrido, Torres y Ortega (2010) relatan los cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas, basados en el interés que produce una enfermedad crónico degenerativa, no solo de quien lo padece sino también de su núcleo familiar, enfatizando en la importancia de cambios generados en diferentes aspectos, (económico, social, laboral, educativo), por tanto, el objetivo fue describir los cambios que el enfermo y su familia presentan en la cotidianidad familiar a raíz de dicha condición. Tomando la muestra de 112 participantes entre 18 a 80 años que fuesen enfermos crónico-degenerativos, que hubiesen transcurrido seis meses desde el diagnóstico, aplicando instrumentos para conocer su vida familiar. Alertando a la comunidad en el horario de comida, economía afectada, actividades compartidas, comunicación y forma de afrontar la enfermedad, no sin antes abastecer la consecuencia de la enfermedad tanto orgánica, como social y emocional en el ciclo de vida familiar. Por consiguiente, esto aporta a que la enfermedad sigue siendo una alerta en el ámbito personal y familiar, donde éste último experimenta los cambios cuando se requiere cuidado en casa y en la hospitalización, pero la forma de adaptarse a estas situaciones

sigue en el proceso que brindar solamente apoyo en las instituciones para el manejo del paciente.

Es así, como el artículo De Andrade y Cruz (2011) nombrado Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud, es abordado como una herramienta en el desarrollo de estrategias preventivas y de intervención familiar con situaciones de riesgo, destacando capacidades de la familia para la transformación de todo tipo de adversidad. Su objetivo principal es discutir el concepto de resiliencia en familias buscando resaltar modelos de los procesos ya estudiados sobre el tema de resiliencia en familias de origen brasileño. Ellos abordan las implicaciones de un trabajo preventivo con familias, por el cual se hace una propuesta metodológica relacionada a la inclusión ecológica, para que en el trabajo con familias se interioricen alternativas que opten por transformar historias de vida frente a necesidades vulnerables con sucesos particulares de la sociedad más digna, sin construir un modelo de familia adaptado a razones injustas. La resiliencia resulta un elemento protector de estrés crónico, de manera que se incursiona factores positivos de la adaptación a esta construcción teórica del cuidado. Sin duda alguna, el reto clínico, está en la elaboración de programas necesarios para las características de cuidadores, donde la familia promueva futuras investigaciones. Por tanto, aporta a que promocionar la resiliencia en las familias no basta ya que no se pueden desligar los fenómenos sociales que tienen las mismas a lo largo de sus experiencias, adaptándolas únicamente en un modelo de sociedad desigual.

Otro aspecto importante a resaltar es la investigación de Mendoza (2011) sobre Solidaridad familiar y resiliencia, dando luces al interés de las familias resilientes de manera que tanto situaciones buenas como malas son compartidas. Superando situaciones que obstaculizan el desarrollo vital adecuado. Para lograrlo, se habla de individualización social y afectos familiares en su dinámica actual que inciden, como también, un proyecto personal que se propone comprometerse con la solidaridad familiar. Correlacionando dichos aspectos para así descubrir la voluntad personal y familiar la facilidad de habilidades y estructuras de una

resiliencia social hacia nuevas alternativas mediante la interacción familiar. Estableciendo que la capacidad intrínseca de familias con capacidades resilientes, deje de lado barreras problemáticas, fortalecidas cada vez más para salir de otras situaciones complejas. Dicho de ese modo, los resultados sobre ese nuevo concepto de solidaridad familiar es parte de una demanda social que atribuye bienestar, solo que debe darse en la interacción diaria de tiempo, mejores relaciones y satisfacciones que edifiquen cada vez más los vínculos.

Lo anterior, es cuestionante para la ERC, puesto de acuerdo a las expectativas de tratamiento de la ERC, para Rufiño, J. M et al. (2011) es innovador en su investigación sobre la diálisis peritoneal actual comparada con hemodiálisis: análisis de supervivencia a medio plazo en pacientes incidentes en diálisis en la Comunidad Canaria en los últimos años, hablar sobre el objetivo de comparar las modalidades estudiadas por subgrupos que componen sexo, edad y diabetes; mediante un trabajo de cohorte retrospectivo midiendo la supervivencia con el "Cox de supervivencia" y el Cox estratificado en el tiempo (Cox time-dependent effects) entre los tratamientos. Se da a conocer variables sociodemográficas, cambios de modalidad de diálisis, provincia y hospital de procedencia del paciente, mortalidad y causas de mortalidad. Para esto también se aplicó otros instrumentos en relación al riesgo relativo de mortalidad entorno a los diferentes parámetros recogidos en el estudio por medio de la prueba "t de Student" y las diferencias entre proporciones se estimaron mediante el test de la chi-cuadrado comparado con los tratamientos, valorando así el efecto en la supervivencia, a corto y medio plazo de 1.469 pacientes adultos, de los cuales 1.235 (84%) sobreviven más de 90 días después del inicio de diálisis. Demostrando por subgrupos que la Diálisis Peritoneal en Canarias posee ventajas de supervivencia a medio plazo respecto a la Hemodiálisis; lo que posiblemente se daría por la heterogeneidad de factores que condicionan el pronóstico de los pacientes renales.

Para Vinaccia y Quiceno (2011) investigadores de otros escritos anteriormente citados en este estudio, asimilan la Resiliencia y Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica [IRC], exponiendo como

objetivo la evaluación entre resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso sobre la calidad de vida relacionada con la salud de 40 participantes en Medellín, Colombia. Presentando esta condición un curso progresivo durante el alcance de tan solo tres meses, logrando la posibilidad de sobrepasar a una IRC permanente. Se utilizó un diseño exploratorio, transversal, ex-post-facto correlacional con una metodología tipo encuesta según los criterios de Montero y León (2002).

Teniendo en cuenta las aproximaciones teóricas acerca de la resiliencia para Quiceno y Vinaccia (2011) la población adulta con o sin la enfermedad orgánica genera el mismo constructo como factor de protección especialmente para la salud mental, es por eso que el propósito de la investigación, Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta, trasciende a la necesidad de abordar la enfermedad crónica mediante la descripción de características resilientes de personas adultas, sus procesos psicobiológicos que se asocian, así como los instrumentos psicométricos de resiliencia normalmente diseñados para aplicarse en dicha población e incluso las condiciones físicas presentadas en el surgimiento de los programas de intervención incluyentes de pacientes con enfermedad crónica.

A su vez, dichos autores Quiceno y Vinaccia (2012) en su investigación sobre Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos, contribuyen a identificar diferencias y relaciones de la resiliencia con respecto a las características sociodemográficas y clínicas, analizando en un total de 121 pacientes entre aquellos con diagnóstico de artritis reumatoide [AR], enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] e IRC en la ciudad de Medellín. Midiendo con la escala de resiliencia “RS” creada inicialmente en Estados Unidos por Wagnild y Young (1993), pero desarrollada en la versión en idioma español por Heilemann, Lee y Kury (2003) y la escala de resiliencia breve “CD-RISC2” desarrolada por Vaishnavi, Connor y Davidson (2007), derivada de la escala de resiliencia CD-RISC de Connor y Davidson (2003) de la cual se cuenta con una versión en idioma español (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador,

2006). Esto permitió conocer que la edad media de los pacientes (59 años) y un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 6 años, no tuvieron diferencias estadísticamente significativas de la resiliencia en función a las características sociodemográficas, estableciendo que a modo general, el mayor porcentaje de los participantes (111) vive con la familia. El análisis de regresión lineal evidenció que el tiempo de diagnóstico fue negativo, disminuyendo el nivel de resiliencia; por tanto, las características clínicas obtuvieron mayor relevancia sobre la resiliencia que las variables sociodemográficas en el caso de la adultez mayor y con diagnóstico de enfermedad crónica.

Por otro lado, se inserta un campo de acción en la investigación de Aya (2012) acerca de una propuesta de tipo investigativo – interventivo para construir resiliencia, que basó su planteamiento en otra investigación conocida explorando las narrativas e intentando que aquellos procesos denoten la importancia de experiencias resilientes. Este proceso interventivo motivaría a generar interés en adaptar un modelo caracterizado desde el recurso humano de Resiliencia, asimismo, inferir que los significados de construcción narrativa, amenice una conversación reflexiva, siguiendo la propuesta de determinar el sistema familiar para resolver en muchos contextos, circunstancias parecidas fuera de control, a modo de facilitar un diálogo abierto. Cabe mencionar, que el término de resiliencia tiene diferentes concepciones sobresaliendo la capacidad de recursos propios que facilitan detener el riesgo y adaptarse a nuevas posibilidades de cambio en el día a día, que siendo estudiado desde diferentes campos no dista del ideal de su origen aplicado a cualquier persona y por ende a cualquier ámbito.

Uno de los estudios de resiliencia fue realizado por García, Vesga y Domínguez (2013) sobre el desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: una revisión analítica, abarcando tres décadas las capacidades de niños y niñas para afrontar situaciones adversas. Define el concepto, clasificando autores y atribuyendo características de adaptabilidad, capacidad y competencia. Se identificaron dos momentos claves de evolución teórica, como, comprender los fundamentos psicológicos, factores de personalidad, y el temperamento, con base

a categorías que se integran al concepto, no sin antes, reconocer que las implicaciones prácticas de resiliencia se resaltan por el papel de la familia y el contexto en general, lo que requiere constante relación del individuo con otros como en el caso de programas desarrollados en Perú, Argentina, Brasil. Encontrando diferentes grados de afrontamiento, llamando a eso autogestión personal y social, que aunque resulte complejo, permitirá reconocer indicadores de riesgo o protectores dependiendo de las circunstancias variadas. Es ahí donde se acuña la "Resiliencia", concepto que a medida de su construcción le ha sido otorgada la posibilidad de hacer algo efectivo en cada uno, pero que de acuerdo al contexto, a la persona, a la experiencia y al temperamento, es variado.

Otra necesidad emerge en el estudio de Guillén, Villarraga, Pachón y Roncancio (2013) es acerca de la Resiliencia en el fenómeno de violencia intrafamiliar desde la terapia narrativa: una nueva perspectiva. Al hacer parte de una revisión teórica que se fundamenta en proponer una técnica de intervención basada en la nueva perspectiva de la terapia narrativa que fortalece procesos de resiliencia en usuarios vinculados a la comisaria de Familia de Cajicá, destaca la violencia intrafamiliar como una categoría emergente padecida en el contexto. Tema de mayor relevancia y trascendencia en los sistemas familiares afectados y descompuestos por ese motivo. Se concluye que la resiliencia es un recurso promovido desde la terapia narrativa en función de un nuevo desafío en la intervención clínica, social o comunitaria, pero sobre todo familiar para afrontar situaciones adversas, donde el ser humano y la familia opten por considerar fortalezas de cualquier evento traumático en su vida. En cuanto al objetivo clínico es necesario entender la resiliencia de forma individual, puesto que la novedad está al hablar de la familia, exigiendo particularidades de interacción fundamentales cuando de intervenir se trata.

Comúnmente, es considerable referirse al cáncer de mama como enfermedad crónica degenerativa, afectando ámbitos de la vida personal en la mujer, pues para Moreno, Lara y Alvarado (2014) hablar del impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama; concierne novedad al afrontar aspectos de su vida social, afectiva, laboral y física, quien a medida de dicho proceso se ve

afectada. Dado eso, se permitió conocer el impacto psicológico, encontrándose manifestado por situaciones de estrés, aislamiento social, emocional, presentan confusión, miedo, incertidumbre y culpa, como también agotamiento físico, actitudes negativas, estados depresivos, en sí lo denominado autodescuido. Concluyendo acerca de lo necesario que es actuar en función de los factores de riesgo presentes en esta población, tales como la desadaptación personal, familiar, social y laboral al cuidador primario como lo es la pareja.

Valdebenito (2014) considera pertinente conocer y analizar narrativas asociadas a la relación de pareja en la salud mental por medio de la dinámica familiar de la misma con su postulado en investigación sobre la pareja tiene Alzheimer: Narrativas acerca de la relación de pareja en el contexto de la enfermedad, estas asociaciones a la relación de pareja padeciente de enfermedad crónica requiere importancia para la salud mental, haciendo con ello un estudio cualitativo que dispuso entrevistar cinco esposos cuidadores de sus parejas que padecen Alzheimer que están incluidos en el grupo de autoayuda de la Corporación Alzheimer en Chile. Haciendo un estudio cualitativo que dispuso entrevistar cinco esposos cuidadores de sus parejas que padecen Alzheimer. Se procede a realizar entrevistas narrativas por medio de un análisis de “Lavob y Waletzky”, que consta en ordenarlas con base a 6 unidades específicas. Obteniendo que los esposos cuidadores revelan cambios notorios en su pareja que padece la enfermedad, tal como la desorientación de sucesos, lugares y personas, pérdida de autonomía en su funcionamiento cotidiano. Lo que resulta de igual exigencia el agotamiento físico y emocional que ser cuidador implica tras la percepción cambiante de la condición de su pareja, como la decisión de elaborar un duelo anticipado, el cambio de la intimidad, donde deriva la dependencia o adquiere otras formas, como es el caso del compromiso, condición que permite sostener la relación y propiciar a la pareja enferma un mejor cuidado.

Por otra parte, la investigación de García C., García, Méndez y Rivera (2014) sobre el potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol. Infiere que la población adolescente como etapa crítica inicia

adicciones, destacando el papel de los padres frente al consumo del alcohol y privilegiando las consecuencias que esto conlleva para tomar medidas, la finalidad era si el funcionamiento familiar responde al potencial resiliente de padres con hijos adolescentes ya sea que consuman o no alcohol. Accediendo a participar de manera voluntaria 140 padres y madres de familia con un hijo adolescente que consumía alcohol y 187 padres y madres de familia con un adolescente que no lo consumía. Se utilizó las escalas de “Potencial Resiliente” (García & García Méndez, 2013) y “Funcionamiento Familiar” (García-Méndez, Rivera, Reyes Lagunes, Díaz Loving, 2006). Los resultados de regresión mostraron que el potencial resiliente de los padres y madres de familia seguido por factores de “Ambiente Familiar Positivo” y “Mando/Problemas”, para expresar emociones son generadores de interrogantes sobre la manera de llevar a cabo habilidades, sus respectivas situaciones o contextos frecuentes en la interacción con el adolescente, siendo importante el rol que desempeñan los factores de riesgo y protección para identificarse en cada padre, lo que se resume a la familia de base el afrontamiento con el adolescente.

Por su parte, Castillo, Galarza y González (2015) presentan el estudio de Resiliencia en familias monoparentales con jefatura femenina en contextos de pobreza, en el que realizaron la construcción de resiliencia y experiencias adversas de acuerdo a condiciones de pobreza en cinco mujeres jefes de familia residentes en México, mediante una metodología cualitativa (estudio exploratorio descriptivo), aplican de forma individual entrevistas semiestructuradas, que tuvo como resultado el análisis de factores con indicadores de condiciones vividas en relación al término resiliente. Esto dio recursos sobre los cuales poder construir resiliencia tras las experiencias de parentalidad (hijas) en común con habilidades psicológicas que favorecen el contexto de la situación adversa. Haciendo que este tema trascienda a la necesidad de propiciar resiliencia con narrativas, proyectos de vida de aquellas mujeres en condiciones de vulnerabilidad. Donde, la salud mental integre la importancia de elementos sociales en los cuales también se incluye la calidad de Vida.

Crespo y Fernández (2015) en la investigación realizada sobre Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes, analizan ciertas instancias de resiliencia en familias que cuidan a personas mayores dependientes, explorando sus características y considerando un potencial alto en las mismas. Se diseñó una escala “CD-RISC” con una muestra elevada de 111 cuidadores, lo cual separó entre ellos dos grupos (alto y bajo) de resiliencia. Se obtienen diferencias no solo cognitivas, también, variables mediadoras, tales como la resiliencia alta de cuidadores respecto a satisfacción de apoyo social, autoeficacia de pensamientos negativos, autoestima, autocuidado y extraversión, sin dejar de lado su poca preocupación por el estado de los adultos mayores, que sin situaciones estresantes no presentan repercusiones depresivas o ansiosas. Pues para esta investigación, la resiliencia es el elemento protector de estrés crónico, de manera que se incursiona factores positivos de la adaptación a esta construcción teórica del cuidado.

Sin duda alguna, el reto clínico, está en la elaboración de programas necesarios para las características de cuidadores, es decir, de las familias, aspecto por el cual, representa importancia encontrar situaciones vulnerables que alerta a futuras investigaciones.

Sin embargo, según aproximaciones más recientes de la investigación de resiliencia, Ortunio y Guevara (2016) aportan a la investigación una aproximación teórica al constructo de resiliencia, relatando de forma reflexiva el cumplimiento de roles, afrontamiento de realidades y más aún en el ciclo vital personal para usar correctamente en situaciones demandantes. Se reconoce que la relevancia acerca de la capacidad de afrontar y utilizar esos recursos no siempre es posible, lo que afecta a nivel personal, interpersonal e incluso ligado a todo un sistema y al contexto en el que se desenvuelve la población venezolana. Por tanto, desarrolló psíquicamente procesos en condiciones determinantes de riesgo que no se escapan del modo personal, familiar y comunitario en función de resarcir, acomodarse y potenciar las consecuencias difíciles de todo contexto y a la familia que atiende al adulto mayor. Haciendo una recomendación clave al formar el

cuerpo médico para utilizar recursos resilientes a nivel personal y profesional del contexto, acoplado al ámbito de familia, lo que hace innovador el proceso.
Así mismo, Galvis, Aponte y Pinzón (2016) hablan de la Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos en Villavicencio, Colombia, en especial de cuidadores “informales” que cuidan adultos con el padecimiento de enfermedad crónica, siendo un estudio descriptivo, de abordaje cuantitativo y de corte transversal. Se toma una muestra de 180 adultos asistentes al Programa de Promoción y Prevención de Crónicos, aplicando el instrumento Calidad de Vida (QOL) versión familiar de Ferrell y Grant, sin dejar de lado la valoración de funcionalidad de los pacientes crónicos, se utilizó el perfil “Pulses” adaptado por Granger. Encontrando rangos con base a medidas de tendencia central y dispersión para los dominios de bienestar y calidad de vida hasta conocer que la mayoría de los cuidadores en cuanto a su bienestar físico y social se mantienen en un nivel óptimo debido a que son tratados para no generar más afección, pero aspectos como el bienestar psicológico y espiritual se mantienen en un nivel medio, así mismo como su calidad de vida.

Es por ello, que para la enfermería o vocación de la salud los resultados se orientan a diseñar capacitaciones con el fin de fortalecer habilidades de cuidado en cuidadores que promuevan la salud y el bienestar, impedir el deterioro de la calidad de vida y cuidar en óptimas condiciones al familiar que padece enfermedad crónica.

Teniendo en cuenta que el padecimiento de enfermedad crónica supone categorías desde diferentes diagnósticos y necesidades en quienes lo padecen o son cuidadores de los mismos, para Turtós, Rodríguez R., Rodríguez A., y Martínez (2016) en su tema sobre caracterización demográfica de cuidadores informales de ancianos con ictus y demencias en Santiago de Cuba, es evidente la relación estadística entre características demográficas y patologías asociadas a la tarea de cuidador, empoderando un estudio descriptivo con 237 cuidadores, que da aplicación a una encuesta que fue compuesta para relacionar información necesaria del mismo cuidado y con ello, conocer el análisis de los datos

recolectados que implicó un rango de puntuación equivalente a la estadística descriptiva y correlacional, de este modo los resultados fueron: cuidadores mujeres el 71.7%, cuidadores hombres el 28.3%; edad promedio oscilando en 49.83 años, y el tiempo frecuente de dedicación al cuidado correspondiente a 42.86 meses. Por otro lado, se conoció que el 49.4% de cuidadores son hijos o parejas, el 50.6% tiene otros vínculos consanguíneos y el 53.2% dedica tiempo completo al cuidado, mientras 46.7% es tiempo parcial.

Virgen de los Reyes, González, y Rdiguez (2017) promovieron una investigación descriptiva sobre el estado psicológico de pacientes seleccionados para trasplante renal, con 35 pacientes que padecen ERC en condiciones de ser expuestos a un trasplante renal, atendidos en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital un hospital en Santiago de Cuba, cuyo propósito fue evaluar las alteraciones psicológicas que presentaban a causa de dicha condición médica. Se exponen los resultados principales de hombres entre edades de 36 a 45 años, optando por las siguientes características: graduados de preuniversitario sin vínculo laboral, coeficiente intelectual término medio, así como el miedo fóbico y los síntomas psicosomáticos; reflejando que el 54,0% de los afectados conocían medianamente su situación de salud. Las técnicas y procedimientos se basan en una entrevista no estructurada, los test de analogías I y II, el inventario de rasgos de la personalidad “Cornell Index” y el análisis documental. En trabajo conjunto con el personal médico, se logró la incorporación al programa de trasplante renal de 5 pacientes en hemodiálisis que estaban anteriormente en negación y 2 de la consulta de prediálisis, demostrando la falta de información e intercambio con el enfermo y su familia. En cuanto al apoyo familiar, se reafirmó que la familia es la principal red de apoyo del paciente renal; parámetro que fue favorable en 83,0% de los pacientes y no favorable en 17,0%. A modo general, prevalecieron los síntomas psicosomáticos presentes en 31,0% de la muestra, en continuidad con sentimientos de inadaptación y miedo, y por los miedos fóbicos (20,0%).

En conclusión, revisar aspectos contradictorios o cercanos al tema de Resiliencia familiar, hace que el interés se centre en la búsqueda minuciosa y detallada desde

diferentes concepciones, sean teóricas, analíticas, exploratorias e interventivas, cuyo medio genera interpretaciones, construcciones y alicientes de todo un diseño novedoso en la investigación sumado a la ERC.

MARCO TEÓRICO

"La complejidad de nuestra vida interior es consecuencia de las múltiples opciones y posibilidades a nuestro alcance"

(Skolnick, 1991. Citado por Rojas, 2004, p. 160)

Este capítulo, recoge diferentes concepciones que son parte de la construcción de diversos autores a lo largo de la discusión sobre resiliencia, haciendo cada vez más amplia la concepción, por tanto, se exponen de manera cronológica encontrando respuesta al término que mejor se asocia con las expectativas del presente estudio.

La investigación en Psicología coincide en que en el transcurso de la vida, se proyectan anhelos y capacidades de hacer realidad propósitos; sin embargo, cuando la enfermedad se presenta, se manifiesta un cambio, que en la mayoría de los casos hace perder el control y el orden que hasta entonces creía tenerse. De acuerdo con Gonzales (2011), cuando la enfermedad es crónica y avanza con rapidez, se suman diferentes reacciones, debido al conjunto de trastornos orgánicos o funcionales que modifican la vida del individuo con características degenerativas, multicausales e irreversibles y deben ser afrontadas desde

diferentes esferas humanas para disminuir el dolor físico y emocional de los efectos causados por la enfermedad. Según la clasificación de enfermedad crónica para Kiely (1985), citada por Gonzales (2011), están las que refieren un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física; otras de mal pronóstico, siendo la ERC la que aporta a ser un factor de riesgo y un desencadenante de la enfermedad cardiovascular, por consiguiente de otras complicaciones (Lopera, 2016).

Según Lopera (2016) las estadísticas colombianas tienen el 28% de la población diabética, entre el 21 y el 36% es hipertensa, por lo cual desarrollan ERC. A la vez, quienes están entre el 54 y el 76% con ERC en el país tiene diagnóstico de Hipertensión arterial (HPA). Así mismo, el porcentaje de pacientes con ERC que fallecen por enfermedad cardiovascular (ECV) es más elevado que el de aquellos que progresan a un estadio de ERC que requiera terapia de reemplazo renal (TRR). Sin embargo, durante el progreso de la ERC se da la desnutrición energética y proteica, lo que incide en la morbilidad y mortalidad en dichos pacientes. Generando poco conocimiento en el país, puesto que las cifras de prevalencia, incidencia y mortalidad que se han presentado han llegado a subestimarse, dado a los problemas de subregistro, comorbilidad con otras enfermedades que esconden el diagnóstico y la poca eficiencia en la vigilancia epidemiológica presentada cada año. Para Velazco y Sinivaldi (2001), la enfermedad crónica es entendida como un padecimiento en el que su desarrollo es prolongado a través del tiempo, lo que causa continuo deterioro físico, mental o ambos, en la persona que la padece, llevándolo incluso a la muerte. Brannon y Feist (2001), citado por Vinaccia y Orozco, establecen que enfermedades como el cáncer, son un ejemplo de la enfermedad crónica que no solo alteran al paciente por el proceso de adaptación que la misma implica, también produce dificultades económicas, promueve a cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, y posibilita a afectar las relaciones interpersonales, con los miembros de la familia y amigos (Ledón, 2011)

La resiliencia

De acuerdo Monroy y Palacios (2011) citados por Rivera y Murillo (2017) el término resiliencia proviene de la palabra “resilience” o “resiliency” con origen inglés utilizado originalmente en la termodinámica para referirse a la habilidad que posee un cuerpo para volver a su tamaño original después de ser reducido, doblado o estirado; también es utilizado en la biología para referirse a la capacidad de un organismo o un ecosistema para volver a su estabilidad después de haber sufrido una transformación o alteración. Para Caldera y Aceves (2016) la mayoría de los estudios (Arratia, Medina & Borja, 2008; Pereira, 2007 y Polo, 2009) concuerdan en considerar la resiliencia como la capacidad humana de tener éxito o sobrellevarse de un modo favorable frente a situaciones adversas o estresantes que pueden ocasionar consecuencias negativas. Por su parte, Vanistendael (1993) considera que en la resiliencia se pueden diferenciar dos aspectos, uno es la resistencia frente a la destrucción, refiriéndose a la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión, y el otro aspecto que considera es que, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo más allá de los sucesos arduos.

De acuerdo a Lorenzo (2010) existen varios grados de resiliencia: en un Nivel Bajo, la persona logra solucionar una situación adversa pero no logra superar el desequilibrio emocional posterior. El impacto emocional le resulta tan fuerte que no puede rehacer su vida. Un Nivel Alto indica que la persona logró sobreponerse al impacto emocional saliendo fortalecido después de la situación estresante. De esta manera, un bajo nivel de resiliencia indica que el sujeto queda en un grado alto de vulnerabilidad para enfrentar cualquier cambio del mundo exterior. Cuando la persona no logra superar el factor estresante, no se produce la resiliencia. Ante esto, afirma Begoña (2006) citado por Litmanovich (2011), que debe pensarse la resiliencia como un continuo y no como un proceso y no como un rasgo de personalidad.

No obstante, la nueva concepción del ser humano, llamado resiliencia refiere a la capacidad de enfrentar y superar la adversidad una vez se exponga a situaciones externas (Puig y Rubio, 2011). Lo anterior, asegura la posibilidad de que cada individuo está sujeto a una situación desencadenante que le proporciona en sí mismo la capacidad de resurgir. En este sentido, algunos conocimientos de resiliencia, son fundamentados desde varias disciplinas y a partir de un orden cronológico que explica la evolución de dicho constructo.

Según Puig y Rubio (2011), citando a Scoville (1942) son "... situaciones peligrosas que no afectan a niños pero sí al desarraigo familiar" (p. 35); hacia los años 70s la definición acuñado al campo de la psicología fue realizado por Bowlbly, citado por Puig y Rubio (2011) considerándolo como "un soporte moral, cualidad de una persona que no se desanima y no se deja abatir" (p. 35); pos su parte, los primeros estudios longitudinales entre los años 80s y 90s lo demostraron autores como Werner (1982) y Werner y Smith (1992), Gramezy, Masten y Tellegen (1984), Gamezy (1992); Benson (1997), lo que permitió coincidir con que "la Resiliencia es un proceso dinámico entre factores". (Luthard, 2000. Citado por Puig y Rubio, 2011, p. 35). Así mismo en 1991, se lleva a cabo el primer seminario, situado en Lesotho y organizado por la Fundación Bernard van (Puerta de Klinikert, 2002. Citado por Puig y Rubio, 2011). Finalmente, pasa de la investigación a la práctica, Lösel (como se citó en Puig y Rubio, 2011) reconoció los resultados de su trabajo investigativo a la Asamblea General del BICE en Ginebra, donde fue pertinente incorporar la resiliencia en unos cuantos programas, siendo el concepto un orientador fuera del mundo anglosajón (Vanistendael, 1996. Citado por Puig y Rubio, 2011).

La etimología de la palabra resiliencia proviene del latín *"resilio"*, lo que significa "Saltar hacia atrás, volver a saltar, rebotar" (Puig y Rubio, 2011). Esto, implica una consideración basada en la abstracción de un término generalizado, si bien, es comprendido desde diferentes esferas como en los siguientes casos, puesto que para los autores Puig y Rubio (2011), en el inglés es denotado como "resalto y elasticidad" y en la ingeniería mecánica es aquella "propiedad de la materia que se opone a la rotura por el choque o persecusión" (p. 37).

Probablemente, el ajuste en la actualidad sobre diferentes percepciones ha llevado al concepto a una incorporación más detallada. A continuación, se expone las diferencias generacionales y el concepto de resiliencia a lo largo del tiempo, según los autores Puig y Rubio, (2011):

- Primera generación (80): Como capacidad, se “es” resiliente.
- Segunda generación (90): Como proceso se “está” resiliente y se “aprende”.
- Tercera generación (2000): Se “construye” resiliencia.

Con base a ello, el recorrido por el cual se estudia la resiliencia, hace un llamado constante a la transformación personal que se tiene de acuerdo a cada experiencia, pues apoyada en estas tres generaciones se da paso a las destacadas definiciones y factores resilientes que han sido identificados por diversos autores que aproximan este estudio.

Los estudios realizados en resiliencia, han determinado una etapa que posibilita las cualidades géneticas del desarrollo o las características individuales del temperamento. Según Puig y Rubio (2011), se explica a partir del modelo tríadico de “Grotberg”, etapa en la que se sintetizan los factores, reconociendo por parte de Werner atributos personales, caracteristicas familiares y contexto social; y Benson hace una distinción entre valores internos y externos, llegando a concluir que son valores determinantes. En consecuencia, representó la primera lista de cualidades de resiliencia encontradas a raíz de diversos temas.

Por otro lado, la distinción de aquellos factores permeó el dinamismo y una visión más colectiva y menos individual. Explicando de forma general, los autores Puig y Rubio (2011) conciben que fue gracias al “modelo ecológico de Bronfenbrenner” (1981), que logró estudiar el afrontamiento entre los factores existentes a nivel individual, comunitario, social y familiar. Por último, el fuerte acento de los factores resilientes, la integralidad en los modelos holísticos y trasdisciplinarios, permitió profundizar el concepto de resiliencia actualizando al ser humano en las fuerzas motivacionales y aquella resiliencia innata, encontrando así hacia el 2002 la resiliencia familiar de Froma Walsh (Puig y Rubi, 2011).

Seguido de aquellos acontecimientos relevantes para el progreso que alude a la resiliencia, se evidencia una “continua evolución del concepto” (Puig y Rubio, 2011, p. 46), especialmente de aquellas publicaciones de tipo cuantitativo.

La concepción basada en una integralidad resiliente en la persona humana, acerca a esta investigación a determinar la construcción de nuestra realidad, un ejemplo son las creencias compartidas. Puesto que, Puig y Rubio (2011) afirman; “… son estas creencias las que nos predisponen en una actitud de apertura” (p. 82), lo que hace posible valorar la resiliencia con la diversidad que nos complementa en relación a un Otro. De esta manera, se explica la incorporación de una respuesta humana, favorecida por la actitud optimista que enfrenta la adversidad, a reconocerse como agente dinámico quien asume su rol de vida, en continua conversión y adaptación.

Por otro lado, los eventos adversos anteceden la utilidad resiliente, sin duda alguna la adversidad no es el anhelo por el cual un individuo esté listo a encontrar en su realidad diaria, es por esto, que la eventualidad de la adversidad confronta la manera de proceder a ser resiliente; una vez comprendido que estos sucesos aparecen de forma natural el ciclo de vida está en un constante movimiento y más aún sus herramientas para asumir diferentes eventos traumantes. Esta idea la apoya Puig y Rubio (2011) al afirmar que: “En ocasiones, la adversidad se nos presenta como una ventana abierta a la oportunidad de crecer y es en este punto de aprovechamiento, donde a nuestro juicio, se completa el proceso de resiliencia” (p. 83).

Por consiguiente, se hace una revisión de la *Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes* (como se cita en Puig y Rubio, 2011) al encontrar la muerte de un conyugue, el divorcio, la separación matrimonial, la lesión o enfermedad personal, cambio de salud de un miembro de la familia, entre otros. Lo anterior, se relaciona con el motivo de darle sentido a las dificultades que sobresalen, sin embargo, cuando esto no sucede se estanca el proceso resiliente al insistir en el “por qué”, buscando una explicación exacta y más detallada de lo que ocasionó el desastre, que en ocasiones enfatiza al sufrimiento, justo ahí, se considera necesario replantear en cada individuo una idea esperanzadora que

promueva al “para qué”. De esta manera, Vanistendel y Lecomte (2004) , citados por Puig y Rubio (2011) consideran que:

> En circunstancias muy dramáticas, se comprueba que muchas personas, no pudieron descubrir el sentido de ese hecho a pesar de preguntarse una y otra vez el por qué (ya que el mismo es literalmente in-sensato) pasan a hacerlo en la pregunta “para qué”, que como vemos abre puertas hacia el futuro. (p. 90)

Es ahí cuando la fragilidad del abandono, del golpe y del sufrimiento mismo es inherente a la naturaleza humana que si concebimos el pensamiento resiliente, la dirección estará en pro de trascender a una solución o a un nuevo rumbo. Es así, como Munist y cols (2007), (como se cita en Puig y Rubio, 2011) establecen que: “descubrirle un sentido a la vida implica la posibilidad de elaborar nuestro propio proyecto de vida” (p.90)

La psicología ha aportado al estudio complejo del ser humano, pero a su vez a un estudio completo de la misma complejidad con el ideal de comprender cada vez más el proceder de su acción. Ahora bien, no podemos desligar que la evolución de ese ser humano capacitado para ser resiliente conduce a caracterizarse de forma individual y con sus propios recursos intrapsíquicos.

No obstante, el aprovechamiento de la resiliencia y el NO aprovechamiento de la misma inciden en un perfil que profundiza la noción de aquellas características internas que subyacen de la personalidad propia.

La investigación en Psicología coincide en que en el transcurso de la vida, se proyectan anhelos y capacidades de hacer realidad propósitos, con la meta clara de lograrlos a partir de una oportunidad, es así como la esperanza surge y se puede desarrollar en cada experiencia; sin embargo, cuando la enfermedad se presenta, se manifiesta un cambio, que en la mayoría de los casos hace perder el equilibrio, la tranquilidad, el control y el orden que hasta entonces creía tenerse, afectando a quien padece dicha enfermedad como también a las diferentes redes

de acompañamiento construidas con el pasar del tiempo y que son significativas para la persona.

Resiliar es, entonces, desde el punto de vista psicológico, rebotar, reanimarse, ir hacia delante después de haber vivido una experiencia traumática. Según Boris Cyrulnik citado por Poletti y Dobbs (2010) la resiliencia hace que "ninguna herida sea un destino" (p.1). En este estudio se acuña el término analizando las definiciones anteriores como una habilidad propia de los seres humanos que puede ser innata o adquirida, cuyo origen son los recursos internos de ajuste y afrontamiento, caracterizada por las capacidades y fortalezas por las que se realizan cambios individuales y/o grupales que permiten la permanencia de factores protectores y reducen la vulnerabilidad ante situaciones de riesgo (Poletti y Dobbs, 2010).

> "…la resiliencia no es un fenómeno que lo observamos únicamente a nivel individual, sino que podemos hablar de familias, grupos y omunidades con características resilientes" (Poletti y Dobbs, 2010, p.2)

Factores resilientes

La resiliencia expone factores protectores y de riesgo que balancean el constructo hacia una posibilidad de logro más cercana, con esto, Masten y Garmezy (1986) citados por Jadue, Galindo y Navarro (2005) establecen que los factores protectores, son procesos, mecanismos o elementos que moderan el riesgo. Ubicando dichas herramientas de protección en cada individuo como en el ambiente en que se desarrolla. Según Kotliarenco y col. (1996) citados en Jadue,

Galindo y Navarro (2005), estos se dividen en factores personales, distinguidos por características ligadas al temperamento, que son particularidades cognitivas y afectivas; también factores familiares tales como el ambiente familiar acogedor y sin conflictos, padres estimuladores, estructura familiar sin disfuncionalidad y aspectos socioculturales como un referente educativo del sano convivir.

Para Jadue, Galindo y Navarro (2005) la designación de una persona en riesgo, es el reflejo de reconocer que están más dispuestos a experimentar problemáticas de diversa índole, en función de algo externo o comunitario como en las vivencias personales. Que a un factor se le designe riesgo, no significa que sea imposibilidad, refiriéndose a la característica de diversos medios en los cuales se desenvuelve, un cúmulo de posibles riesgos, predisponiendo experiencias negativas que sobrecarguen, presentando deserción, trastornos conductuales y desórdenes emocionales.

En el día a día, el ser humano no controla el resultado de sus proyectos, pero se ve sometido a ejecutar todo un plan elaborado a raíz de la esperanza que le invita a hacer realidad la superación personal. Es por esto, que cuando algo inesperado sucede, acontecen recursos que permanecían ocultos y son activados de tal manera que es posible identificarlos como factores que edifican de manera provechosa la dificultad (Puig y Rubio, 2011)

Para establecer ello, Puig y Rubio (2011), coinciden en el estudio sistemático de las diferencias individuales, reconociendo el potencial psicológico que cada ser humano posee con el simple hecho de adaptarse en los diferentes estilos de vida que han incidido a causa de sus decisiones. Lo anterior, resignifica el proceso resiliente al manejo de una personalidad capaz de conocerse a sí misma con virtudes y fortalezas que promueven la habilidad resiliente en determinado contexto y situación. “Y que solo haciendo visibles las potencialidades es posible trabajar sobre ellas” (Puig y Rubio, 2011, p. 95)

Una vez entendido el concepto resiliente, se atribuyen aspectos de la psicología de la personalidad que acercan a describir dichos factores resilientes de forma

asertiva, es así cuando se menciona “capacidad” que refiere al desarrollo en potencia de una persona, como también, la “habilidad” definiéndose como el trabajo constante de las destrezas de la misma que son llevadas a un objetivo clave; en ese sentido, en el temperamento se ven los rasgos que se instauran con base a los efectos heredados y en el carácter se encuentran valores, actitudes, creencias etc., basados en la construcción de la identidad personal a través del ciclo vital del desarrollo humano (Puig y Rubio, 2011).

Estas últimas definiciones son construcciones que aluden a rasgos característicos, con los cuales es posible nacer y desarrollarlos, es entonces cuando acercarse a un “rasgo” en particular nos da la posibilidad asociarlo al recurso que nos lleva a la acción, por tanto, a la socialización que abre paso a la relación con un Otro. Lo anterior, es concebible exponiendo que para Puig y Rubio (2011), lo que caracteriza a un rasgo es “… que no sea algo puntual o transitorio, sino un continuo en su tendencia a cómo relacionarse con el mundo” (p.97). Por consiguiente, Pervin (1998), citado por Puig y Rubio (2011) alude que un rasgo es: “una tendencia a comportarse de una manera particular, como la expresada en la conducta de una persona a lo largo de una serie de situaciones” (p. 97), es entonces cuando la misma tendencia podría destacar a los factores resilientes que siendo innatos o aprendidos definen su accionar en la situación adversa de cada individuo.

No obstante, el empoderamiento de los factores resilientes que conciba buenos y adaptativos para superar la situación problemática, posibilitaría a todo ser a transformar su propio mundo y el de los demás. Es así como dicha inclinación de expectativas de logro favorece el proceso resiliente para encontrar la solución a un problema (Puig y Rubio, 2011)

Por otro lado, Lemaítre y Puig (2004), (como se cita en Puig y Rubio, 2011) afirma: “consideramos las fortalezas intrínsecas como aquellos recursos internos de cada persona, que pueden ser fortalecidos en su interacción con el ambiente, que conforman su personalidad y le protegen frente a la adversidad” (p. 100). En adición a esta premisa, es considerable admitir que lo que determinamos como

factor resiliente está ligado al descubrimiento de cada ser humano, en relación consigo mismo y en conexión con otros.

En consecuencia, los autores Puig y Rubio (2011), mencionan a Werner disponiendo que frente a sus investigaciones fue posible considerar a los mismos, aquellos atributos personales como pilares internos que son parte de su esencia; apoyado además en Wolin quien los denota como pilares de resiliencia los cuales se desatacan con mayor frecuencia en los seres que han dado indicios de resiliencia. Lo anterior, es soportado por la determinación de los factores generalizados que son forjados conforme a la proyección de vida personal y totalmente separados de lo que se convierte adverso, es por esto, que consolidan un punto clave donde se enciman factores del ambiente, un ejemplo de ello es tener: iniciativa, empatía, autonomía, confianza, autoestima, creatividad, etc.

Por su parte, las habilidades son dotadas para la acción lo cual permite abstraer la percepción de aquellas que son interpersonales o sociales que al ser generadas de ambas formas requieren de la interacción (Puig y Rubio, 2011). Es decir, que representan el moldeamiento conforme son presentadas bajo los pilares resilientes, que al encontrarse pueden ser potenciados ya que dependen del contexto y de la situación cambiante. Un ejemplo de ello, se evidencia en el factor de la comunicación del cual subyace la habilidad “Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar” (Puig y Rubio, 2011, p. 103)

En otras palabras, los factores resilientes son conocidos de forma positiva, ya que albergan la protección a nuevos encuentros con las experiencias traumáticas, en ese sentido Puig y Rubio (2011), consideran además, que las competencias personales son parte de una respuesta que amortigua el golpe, que interpretadas desde un abordaje más sencillo son conocidas como mecanismos protectores. Pues, citando a Rojas (2010) concuerdan con que “… se activan en la persona como consecuencia de la situación estresante concreta o suceso potencialmente traumático” (p. 103)

En otras palabras, Pérez (2014) citando a Kalbermatter (2006) distingue los factores de protección y resiliencia, ya que los primeros ejercen una función de neutralizar el riesgo, lo que significa que vuelve inmune o protege como su inmune lo dice a la persona de la situación. Por tanto, estos factores de resiliencia “son aquellos que se desarrollan a partir de la experiencia difícil y cómo éste se sobrepone” (p. 19). Por otro lado, Munist et al. (1998) citado en Pérez (2014) los define como “condiciones desarrolladas por cada individuo para afrontar o resistir los cambios que están en el entorno y persistir en este” (p.19).

Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta Sevilla (2014) citando a varios autores (Henrich y Herschbach, 2000; Liu, Wang y Lü, 2013; Lyubomirsky, King y Diener, 2005) la describe como la percepción subjetiva de la calidad de vida de una persona, y goza de gran consideración porque está íntimamente relacionada con un amplio rango de “beneficios personales, conductuales, psicológicos y sociales” (p.16). Esta satisfacción personal o también llamado bienestar subjetivo de acuerdo a Pavot y Diener, (2008) citado por Sevilla (2014), incluye juicios cognitivos tales como satisfacción con la vida, y respuestas emocionales ante los diferentes eventos como sentimiento de emociones positivas. Esta autora citando a Musito (1997) y Kim (2004) afirma que la satisfacción personal se refiere a la percepción que tiene el individuo de sí mismo, basado en sus experiencias con los demás y en las atribuciones de su propia conducta, que involucra componentes emocionales, sociales, físicos y académicos (Musitu, García y Gutiérrez, 1997). Se ha encontrado que el autoconcepto y también el autocontrol están relacionados con resultados resilientes (Kim J, Cicchetti, 2004, citado en Sevilla 2014).

Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad (Vallester, 1993). Está relacionada con ser imparcial, desapasionamiento, equilibrio, justicia, rectitud, neutralidad y objetividad.

Sentirse bien solo: Refleja la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un

sentimiento de paz a pesar de la adversidad (Vallester, 1993). Un factor primario en la resiliencia es tener relaciones que ofrezcan cuidados y apoyo dentro y fuera de la familia. Las relaciones que crean apoyo y confianza, proveen modelaje y ofrecen estímulo y reafirmación además contribuyen a afirmar la resiliencia en la persona (Domínguez, 2005). Por tanto, sentirse bien con uno mismo está relacionado con el concepto que tiene la persona sobre sí misma: autoconcepto y el valor que se da a sí misma: autoestima (Montoya y Sol, 2001). Así como concibe Silva y Mejía (2015) la autoestima es la capacidad o actitud interna con que un individuo se relaciona consigo mismo y lo que hace que se perciba dentro del mundo, de una forma positiva, o bien con una orientación negativa. Desde González Arratia (2001), la autoestima es la apreciación que cada persona hace de sí misma mediante un proceso valorativo y acumulativo, basado en la experiencia del día a día y enfocado a un yo holístico actual, pero, influenciado por el conjunto de estados anímicos persistentes a lo largo de períodos de tiempo relativamente continuos y duraderos. Desde estos autores se puede concluir que si una persona tiene un buen concepto de sí mismo y un aprecio por todo lo que ella es, va a disfrutar de su vida aunque no tenga a nadie a su alrededor o aunque las circunstancias sean estresantes como en el caso de la pareja de una persona con una enfermedad crónica.

Confianza en sí mismo: Para Wagnild y Young (Vallester, 1993) creadores del instrumento que evalúa la presencia de factores resilientes, es la habilidad para creer en sí mismo, en sus propias capacidades. Cardozo et al. (2013) citando a Vázquez y Pérez-Sales, (2003) afirman que cuando los individuos han pasado por hechos traumáticos, tienden a desarrollar ciertas capacidades y habilidades que conllevan a que aumenten la confianza en sí mismos y por consiguiente se sientan más capaces de enfrentar nuevas situaciones adversas. Según Nathaniel Branden (2010), citado por Roa (2013), afirma: –si puedo aceptar que soy quien soy, que siento lo que siento, que hice lo que hice –si puedo aceptarlo, me guste o no, puedo aceptarme a mí mismo. Puedo aceptar mis defectos, las dudas con respecto a mí mismo, mi baja autoestima. Y una vez que puedo aceptar todo esto,

estoy del lado de la realidad, no contra ella. Tengo libre el camino para comenzar a fortalecer mi autoestima.

Perseverancia: La perseverancia está relacionada con la autodisciplina, hace referencia a no desistir, no dejar iniciado el proceso, a continuarlo hasta terminarlo a continuar con persistencia ante la adversidad o el desaliento (Vallester, 1993). Esto permite al sujeto, tener un fuerte deseo del logro y ver las cosas tranquilamente, moderando actitudes ante situaciones inesperadas. Vera (2006), citado por Becoña (2006) concibe que en medio de la adversidad todavía quedan características positivas como el optimismo, la perseverancia, la esperanza que actúan como elemento protector del individuo. Los resultados de cada esfuerzo ayudan a mejorar el bienestar subjetivo del sujeto y lo fortalece para enfrentar el estrés ocasionado por sucesos fortuitos como la enfermedad y le ayudan a prevenir consecuencias como la depresión y la ansiedad.

La cercanía y relación con otros

Las relaciones interpersonales se convierten por naturaleza en una necesidad especifica que el ser humano reconoce en el desarrollo del mismo, conocido desde la esfera del ser sociable que posee fortalezas intrínsecas, existen además factores del ambiente le protegen y que lo proporcionan los vínculos afectivos. Esta idea, es apoyada por Puig y Rubio (2011), al destacar los principales factores significativos de esa esfera que son la familia, los amigos y **la pareja**. Estos factores ambientales son destacados a lo largo de su escrito representando en dicho orden la incidencia de sus talleres sobre más de cincuenta cursos de resiliencia compartidos por “Addima”; por tanto, estos fenómenos son la erupción de las redes compartidas y más aún de las conexiones que son equiparables con quienes es posible enfrentar la adversidad.

La familia es reconocida por muchos a lo largo de sus escritos, constituyendo de diversas formas la representación de la misma ya sea el rol que cumplen el padre, la madre, los hijos, el cónyuge, etc., es decir, dando expectativas a la familia de base, aquella que se forma a constituir el hogar y no a la que propiamente se originó (Puig y Rubio, 2011). Lo que es concebible que dicha familia ha pasado a lo largo de los años por modificaciones a nivel estructural y experiencias diversas que sin importar cuales sean sus razones para constituirse cumple con la afectividad, dando protección entre sí al conjunto de miembros que lo conforman.

Para Puig y Rubio (2011), la percepción funcional de la familia cumple con el ciclo vital sin importar cómo varíe esta estructura, es decir separado de "quiénes y cuántos cumplan este papel" (p. 111). Es así como la constitución de una familia se ve basada en un compartir, en una asociación ligada a aquella base biológica de la experiencia que es el amor, aquel acto decisivo propio de una relación de pareja. Para entrar en detalle, Fisher (1994), citado por Puig y Rubio (2011) afirma: "los vínculos humanos de pareja se desarrollan en un principio sólo para durar el tiempo de criar a un hijo dependiente durante la infancia, es decir los primeros cuatro años, a menos que un segundo hijo sea concebido" (p. 111). Es entonces, la demostración de una seguridad que no basta, es por ende un acercamiento a la necesidad de afecto en el desarrollo humano que busca siempre la presencia del otro, Perri (2006), (como se cita en Puig y Rubio, 2011) explica que "El yo no puede vivir solo" (p.111).

En este sentido, no se habla de la única repercusión que representan los hijos en la crianza para la pareja, sino en la vinculación estructurada de la misma que permite un intercambio mutuo de las experiencias que los rodea, es por esto que una vez llegado el interés de amar a otra persona y vincularse con la misma, y seguido de ello, el surgimiento de la experiencia traumática correspondería a una alianza que pasó del enamoramiento a la entrega genuina que se verá correspondida propiamente por el afecto. Para Puig y Rubio (2011), concibe que "hay quien dice que el amor es el estado psicopatológico más común entre las

personas normales. Afortunadamente, el enamoramiento se apaga, dando paso al amor, al vínculo. De lo contrario, el estrés sería imposible de soportar” (p. 117).

Tutores de resiliencia

El punto de apoyo que en cada experiencia se encuentra disponible, es característica de la necesidad del otro significativo que acompaña el proceso resiliente, por lo cual Puig y Rubio (2011), mencionan a Cyrulnick para definir lo que implica considerarse un tutor de resiliencia como aquel ser incondicional que se convierte en el soporte. Para estos autores, es provechoso mencionar que un tutor de resiliencia también puede ser una actividad empleada como factor de protección que se desliga del evento traumante. Entre esas explicaciones, podría considerarse al tutor como la forma representativa que genera relevancia en la persona para superar la adversidad.

Esta figura del tutor, aparece de forma implícita cuando llega la adversidad, mejorando la protección que se evidencia en: “la cantidad de agresión que deba soportarse, la cualidad de agresión según produzca un mayor o menor grado de afectación vital y la previsibilidad de la situación traumática según esté o no vinculada al ciclo vital” (Puig y Rubio, 2011, p. 120). Es por esto, que con mayor uso de razón el tutor se ve manifestado como el resultado de la adversidad, ya que esta varía, lo que también propone hacer distinción en tutores estables y duraderos como aquellos que son propios del desarrollo instaurándose de forma rápida en cada situación desencadenante. En consideración con este tema, la creación de un vínculo dado de forma explícita y consciente dista de la elección que la naturaleza brinda y es justo ahí cuando al estar sumergido en la adversidad el individuo poco reconoce su punto de apoyo y el significado del mismo en su propia realidad (Puig y Rubio, 2011).

> Puig y Rubio, aluden al tutor de resiliencia como aquel que administra seguridad y confianza, a la par que autonomía e independencia. Esta seguridad y confianza pueden llevarse a cabo a partir del desarrollo de habilidades personales, que se vierten entorno a una actividad o afición. (p. 121)

Rehumanizar la mirada ante la adversidad

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), (citado en Puig y Rubio, 2011), mencionan la definición de adversidad al establecer que es la "suerte adversa, infortunio. Situación desgraciada en que se encuentra alguien" (p. 140). Sin embargo, permite una clasificación detallada de las definiciones que se ligan a este concepto, una de ellas es la *dificultad* como el "… conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin…"; otro aspecto es el *problema* conocido como "… contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender bien algo y pronto" (p. 139). Y por último, lo que se conoce como *trauma* como la "… emoción o impresión negativa, fuerte y duradera" (p. 140). Estas definiciones son parte del diario proceder de los seres en sociedad, que a raíz del convivir se ven expuestos a pasar por ellos y a asumir las respuestas amortiguadoras que les sorprenden en su proceder sin saber que dichos eventos sucederían. Es por ello, que Puig y Rubio (2011) coinciden en que existen situaciones que prevalecen con el paso del tiempo, como lo es el caso de ser nombrados en contextos de mayor adversidad posible; podría decirse que es el evento adverso lo que desencadena la respuesta del estrés y por ende, existen cuatro tipos de sucesos estresantes, citando la propuesta de Lazarus y Folkman (1984), estos son: *únicos, múltiples, cotidianos y biogénicos.*

No obstante, el interés de este estudio profundizó en los estresores *múltiples* que reciben el nombre de "acontecimientos vitales estresantes" (Puig y Rubio, 2011, p. 142). Son nombrados a partir de la imposibilidad que tienen las personas para

evitar los sucesos que se atraviesan como lo es el caso de la aparición de una enfermedad, además de aquellos casos donde tiene mayor repercusión ya sea el divorcio e incluso el nacimiento de un hijo, estableciendo que son eventos de estrés crónico (Puig y Rubio, 2011). En referencia a esto último, se hace énfasis en la influencia que exige la reorganización de una persona y su familia a causa de la misma enfermedad, en consecuencia, se visualizan estadísticas que son acercamientos epidemiológicos de lo que ello implica para el ciclo vital, y es este valor tan alto que se le da a la enfermedad lo que implica para quien la padece y para los suyos el deseo por recobrar no solo la salud, sino la estabilidad en el sistema familiar.

Ahora bien, ¿es posible sobrellevar una situación de estrés crónica?, pues siendo relacionado al ver la adversidad como un acompañante de la vida, no implica una separación inmediata pero sí el mecanismo por el cuál va a ser posible surgir encontrando en ella una oportunidad para darle sentido a la vida. Puig y Rubio (2011), recalcan en la importancia de los factores psicológicos dispuestos a modular el estrés para minimizar o maximizar el efecto del mismo que podría verse reflejado en el beneficio de la persona según sea su manifestación o falta. Estos factores son personales en los que se encuentran los rasgos de personalidad y situacionales como lo es el apoyo social.

> Lupien, (como se citan en Puig y Rubio, 2011) afirma que la felicidad no es la ausencia del estrés… En esta vida necesitas un poco de estrés. Cuando hablas con personas felices, verás que siempre se marcan pequeños retos que desean conseguir, pero la diferencia es que conocen, por así decirlo, su resistencia al estrés y cuando el estrés es excesivo, frenan. (p. 161)

Por esa razón, cabe mencionar que hay una distinción generada a partir del estrés crónico y el estrés agudo, lo que para Puig y Rubio (2011) es necesario normalizar la noción del estrés como algo negativo para la supervivencia enfatizando en una notoria diferencia. Es por esto, que el estrés crónico es aquel que lo prolonga el tiempo, a tal punto de agotar los recursos del individuo con los que se enfrenta a la adversidad y generando alteraciones que pone en juego su bienestar, mientras

que el estrés agudo se presenta como un reto que empodera al individuo a acciones motivadoras sin representar amenazas constantes como el caso del estrés crónico (Puig y Rubio, 2011). Es así, como la atención centrada en la cronicidad, eleva las posibilidades de factores riesgosos donde sería provechoso si cuenta con eje central con el cual movilizar su realidad y encontrar así, estrategias de afrontamiento para sí mismo y para la red que le acompaña en el proceso.

En conclusión con este tema, este proceso resiliente es dinámico entre lo que sucede con la persona , su propio mundo y el problema que le aqueja, de tal forma que siempre sea posible activar lo que hoy se conoce como estrategia de afrontamiento, pues para Belloch y col (1995), citados por Puig y Rubio (2011) son "los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, manejar tanto las demandas internas como externas generadoras de estrés, así como el estado emocional desagradable vinculado al mismo" (p. 164). Lo anterior, incursiona a la búsqueda de apoyo como una estrategia adecuada y puesta en marcha cuando que al ser compartido a la familia va en busca de una solución, de una mejor adaptación y entre tanto, de un equilibrio emocional, pues ¿No es acaso la pareja una fuente de apoyo vital?.

Lo que podría responder que: "… siempre hay una reorganización posible de un sistema" (Puig y Rubio, 2011, p. 180). Viéndose el vínculo afectivo de una pareja sentimental como la semilla germinante que se logrará fortalecer ante la adversidad.

El proceso resiliente

Según Rojas (2010), (como se cita en Puig y Rubio, 2011) menciona que "lo que comenzó como un intento por entender la cualidad supuestamente excepcional, nos ha descubierto el poder de esa magia ordinaria que tenemos todos; una magia

que practicamos a diario desde que pisamos el mundo” (p. 189). Como se ha dicho, el proceso resiliente no implica únicamente del rasgo típico de personalidad, sino de la importancia que puede atribuir un “adulto significativo” (Grotberg, 2006. Citado por Puig y Rubio, 2011, p. 189)

En entonces, cuando se convierte en un proceso que es dinámico y varía en función de dichos factores los cuales son personales, del contexto, del suceso traumante e incluso el significado social que se le da (Puig y Rubio, 2011). A esto, es posible sumarle que el proceso que implica la resiliencia no es estático por el simple hecho de poner en marcha factores resilientes que han sido previstos y denotados con el paso de las investigaciones sino que implica un camino, que se asume con sus propios recursos en adición a lo que puede beneficiarle y complementar su tranquilidad. Pues para Puig y Rubio (2011), lo anterior significa el “rehacerse”, citando a Cyrulnik (2009) quien expresa “no es el tiempo el que cure las heridas, sino que el herido reorganiza su vida” (p. 189). ¿Y por qué no reorganizarla entre el conjunto de posibilidades personales y ambientales?; siendo itinerario base del modelo de Werner (como se cita en Puig y Rubio, 2011), quien destacó dicho conjunto como factores que activan ese proceso, ellos son: atributos de disposición individuales, los lazos afectivos y por último, los sistemas de poyo externos. Dado que, la interacción entre factores es frecuente que durante la experiencia adversa sobresalen para reconstruirse hacia un futuro esperanzador.

En la salud, lo que previene y promociona

Actualmente el cuerpo médico realiza estudios minuciosos de los posibles riesgos encontrados ante determinadas patologías, vistas como condiciones diagnosticas que se conoce propiamente como enfermedad (Puig y Rubio, 2011). Es decir, que al encontrar dimensiones que afectan biológica y psicológicamente el estado emocional, la enfermedad es el foco más preocupante que ha permeado los avances en el estudio de la promoción y prevención de la salud en general. Sin

embargo, centrarse en factores de riesgo ha sido evidente en el descubrimiento de la medicina pero se ha desvinculado de la particularidad de aquellos individuos capaces de resarcir el daño.

Este punto en que el avance médico centra su atención con el enfoque de riesgo, es para los autores Puig y Rubio (2011) un desafío, complementando así aquel factor de riesgo y el resiliente se unifican para darle sentido a la promoción de la salud, encontrando más fortalezas y menos debilidades en el desarrollo del individuo. Puesto que, en vez de pensar en su fragilidad es vital reconsiderar que hay quienes alcanzan medios satisfactorios para ir en contra de la afectación que hace trascender a la mirada transformadora y positiva de todo resultado, es decir, de una construcción individual y además, colectividad.

> Puig y Rubio (2011), afirman en definitiva, la resiliencia nos invita a pensar en positivo, pensar que es lo que tienen aquellos que pudieron salir adelante, en su contexto, de manera exitosa; nos sugiere aprovechar las fortalezas y utilizarlas positivamente, siempre en clave de “construcción”. (p. 236)

Es hacia una oportunidad de mejora lo que nos permite visibilizar mejor las experiencias dolorosas, justo así encontramos humanización en la salud, “… dado que algunas amenazas (riesgos) pueden ser una oportunidad” (Puig y Rubio, 2011).

El modelo resiliente

Los estudios que denotan estructuras para facilitar la comprensión de un fenómeno en particular permiten entrar en detalle para hacer uso de aquella realidad existente, un ejemplo de ello son las ciencias sociales al tratar de representar mediante diversas explicaciones el proceder humano (Puig y Rubio, 2011). De este modo, la resiliencia encaja en diferentes modelos que evocan manifestaciones del individuo en función de la adversidad. En congruencia con lo

anterior, los modelos en resiliencia sugieren tres categorías, según la propuesta de AMERSE (2009), (citado en Puig y Rubio, 2011).

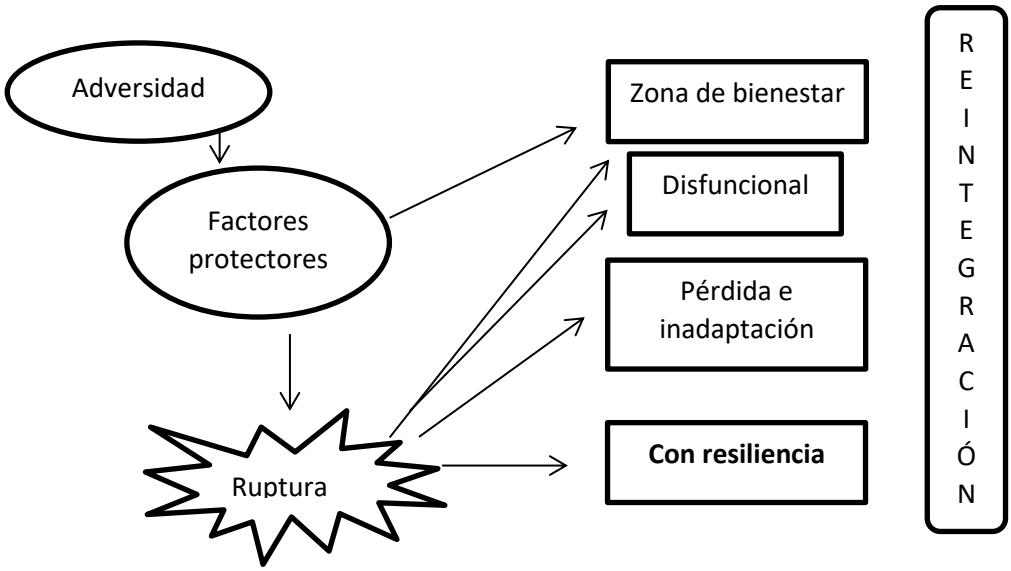
A continuación, se explicitan los modelos convencionalmente usados para abordar la resiliencia:

1. Modelo descriptivo o explicativo: Extensión de la construcción conceptual.
2. Modelo de aplicación: Sistematización individual y colectiva.
3. Modelo Mixto: Hacia el proceso resiliente con alternativas para su promoción.

En ese orden de ideas, esta investigación abre paso a un análisis descriptivo cuyo propósito es centrar su atención en el proceso resiliente donde cada persona tiene posibilidad de hacer frente a la adversidad, lo cual asumen positivamente la resiliencia; es así, como esta fuente de orden descriptivo pretende sustentarse en los recursos internos presentes en el individuo durante su evento de crisis como lo es el caso de la enfermedad crónica (Puig y Rubio, 2011). Del mismo modo, es concebible para el desarrollo de esta investigación entrelazar explicaciones hacia un análisis mixto, ya que éste toma como punto de partida un modelo descriptivo encontrando finalmente su aplicación de experiencias en el campo elegido. Para Puig y Rubio (2011), los logros de una investigación así, son elaborados en tres niveles lo que daría paso a tomar en marcha la resiliencia en cada uno de ellos, estos son: nivel de usuario, nivel de profesionales y nivel institucional. Ahora bien, el ideal no dista de la primera realidad observada y conocida con los usuarios que padecen la enfermedad, esto, permitiría ahondar en aspectos que si son reconocidos en ellos, liga a esta investigación a ampliar el norte por el cual el cuerpo interdisciplinar y la misma unidad renal conciben atrubuir factores resilientes en el contexto.

A continuación, se especifica un modelo que soporta la explicación del sustento teórico por el cual es novedoso entender la resiliencia, como se cita en Puig y Rubio, 2011:

- Modelo de Resiliencia: Diseñado por Richardson, Neiger, Jenson y Kumpfer (1990), alude a los procesos por los que pasa un individuo durante la adversidad. Lo que podrá parecer que la misma adversidad basada en la activación de los factores resilientes que están en él.



Fuente: "*Manual de resiliencia aplicada"* (Puig y Rubio, p. 260).

Una vez haya amortiguado con sus propios recursos la adversidad se beneficiará por contar con una zona de bienestar, pero si los recursos no son descubiertos de inmediato se ve en el punto de ruptura, que pasará a una reintegración y se acomodará dependiendo de los recursos internos y ambientales posibles. Sin duda alguna, la reintegración con **resiliencia** es el aprendizaje significativo, que se ve en el proceso de enfrentar la adversidad, verificando en sí mismo la posibilidad de fortalecerse en su oportunidad de haber vivido ese acontecimiento (Puig y Rubio, 2011)

Resiliencia familiar

Froma Walsh (2005), citada por Puig y Rubio (2011) define este novedoso concepto como: “los procesos de superación y adaptación que tiene lugar en la familia como unidad funcional” (p. 262). Puesto que toma como base el ideal sistémico entre la estrecha relación del individuo con el contexto, cabe mencionar, que una vez identificados los factores individuales en esa interacción es posible pasar a hablar desde una visión sistémica, tal como Puig y Rubio (2011) consideran que se da “para entender que los acontecimientos adversos afectan al conjunto que rodea al individuo” (p. 262).

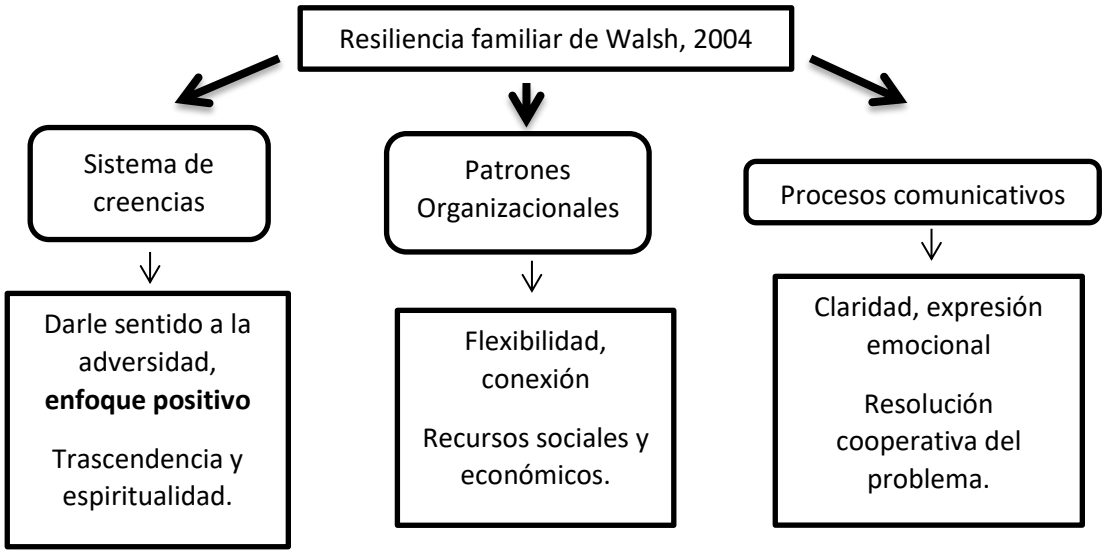
En otras palabras, el individuo se conecta con su red de apoyo, en este caso, por su sistema familiar pues es así como al atravesar por una enfermedad crónica el individuo no es solo quien padece el desgaste emocional, sino su red de apoyo, en especial, la pareja cuidadora que desarrolla el ideal de la familia. Esta idea, es apoyada por Puig y Rubio (2011) al considerar que “… la familia se ve afectada por aquello que le sucede al individuo, ésta puede funcionar como modulador sobre el impacto que recibe el individuo” (p. 262). Lo que acentúa de una manera distinta de comprender que aquel que pasa por la dificultad abrumante es el sistema, es decir, la totalidad.

Los autores Puig y Rubio (2011), citando a Pereira (2007) confirman que en la actualidad es posible encontrar dos clases de resiliencia fmiliar, el primero es el “tradicional” conocido por comprender los factores de la familia que impulsa a la resiliencia para verse albergada en los miembros que la componen; sin embargo, el segundo es inspirado por la corriente sistémica que atribuye la resiliencia de la familia en un todo. Es por esto, que éste último permitirá basar a esta investigación en concebir a los factores resilientes e intentando el ascenso de los mismos como una posibilidad que desarraigue los factores de riesgo, inmersos en la misma familia.

En la crisis, la familia sugiere al igual que un individuo el direccionamiento que los conduzca por un destino seguro, y en esa búsqueda se da continuidad a muchas cosas que surgen o se derivan de esa situación. Es así, como Puig y Rubio (2011) explican que este enfoque sistémico puede evaluar a cada familia con sus

recursos, pues son los procesos familiares eficaces para encontrar desafíos y por qué no moldearse para adaptarse a otros. La familia es un eje transformador, y no por ello, se habla de un rasgo individual ya que "toda la familia tiene la capacidad potencial de actuar con resiliencia y hay muchas maneras de hacerlo" (Puig y Rubio, 2011, p. 263)

Para Walsh (2005), (citada en Puig y Rubio, 2011) se requiere de un equilibrio dinámico ya que no es posible conocer todos los obstáculos que se atraviesan en la adversidad, es por esto, que propone herramientas que aportan a ese equilibrio, ellas son: sistema de creencias, patrones organizacionales frente a la adversidad y procesos de comunicación.



Fuente: *"Manual de resiliencia aplicada"* (Puig y Rubio, 2011, p. 263)

Es entendible, que de muchas maneras el uso de esas herramientas esté en el sistema familiar, pues resulta curiosa la manera en que se puede proceder a generar cambios significativos y una de esas aportaciones en la resiliencia sigue estando derivada del **"enfoque positivo"** que para Bonanno (2004), citado por Gonzáles (2004) sería:

> Lo que se deduce de las investigaciones actuales sobre trauma y adversidad, es que las personas son mucho más fuertes de lo que la psicología ha venido considerando. Los psicólogos han subestimado la capacidad natural de los seres humanos de resistir y “rehacerse”, de ser **resilientes** frente a situaciones difíciles o adversas. (p.84)

La medición en resiliencia

Las investigaciones desarrolladas han pretendido dar un aliciente a investigaciones de carácter cualitativo, si bien, este aspecto es importante porque se conoce que el fortunio de ello sea asegurar el resultado de interpretaciones más objetivas e incluyentes en el desarrollo de la psicología. Sin embargo, esta apreciación no es la única que recoge frutos ya que un método cuantitativo de la resiliencia da pistas para predecir los factores que en el desarrollo de una investigación son muy necesarios para definir la resiliencia. De lo contrario, puede tener sus contrariedades si no se realiza con la prudencia, la ética y la claridad del objeto de estudio (Puig y Rubio, 2011).

> En tal caso la medición puede tener un valor predictivo, lo que extrapolándolo al tema que nos ocupa, puede ayudarnos a orientar nuestras intervenciones a través de la medición del impacto y la eficacia de las metodologías que utilizamos, garantizando de cierto modo que contribuimos con ellas a fortalecer a las personas con las que trabajamos, de tal forma que en el momento de enfrentarse a una adversidad puedan vivir procesos de resiliencia. (Puig y Rubio, 2011, p.269)

La enfermedad renal crónica

El riñón es un órgano indispensable para la supervivencia del ser humano, aunque pareciese no tener mucha sensibilización sino hasta que la enfermedad del mismo aparece. Si bien son indispensables hay que entender sus funciones y el impacto que la enfermedad de ellos representa en la calidad de vida humana.

En primera instancia, el diagnóstico médico puede verse reflejado a cualquier edad, sin embargo, se ha demostrado que aparece frecuentemente en la 5ta década de vida hacia un 20% en adultos con el síndrome nefrótico (Borrero y Montero, 2003). No obstante, las manifestaciones dadas en una persona diagnosticada pasan por todo un proceso de análisis entre factores endógenos que pueden ser antecedentes genéticos y exógenos, los cuales representan algún riesgo en el estilo de vida, para la salud.

Para Borrero y Montero (2003) las principales causas que desencadenan la Enfermedad Renal Crónica (ERC), son dadas a partir otras condiciones médicas de base, como la Diabetes Mellitus (DM) junto con la Hipertensión Arterial (HTA), además de complicaciones cardiovasculares aumentan el deterioro del riñón. Actualmente el campo de la medicina ha tenido grandes avances para optimizar la expectativa de vida en personas con dicho diagnóstico, estableciendo programas que emplean tratamientos sustitutivos.

Datos Epidemiológicos

La Organización Mundial de la Salud (OMS), (citado por Borrero y Montero, 2003) decretó la incidencia de diabéticos en todo el mundo contando con 130 millones, cantidad que alarma a que en un futuro hacia el 2025 podrían ser aproximadamente 300 millones. Lo que fue pertinente encontrar que un dato especifico en Colombia oscila con acerca de dos millones de diabéticos. Lo anterior, estima el incremento del riesgo que es obtener la ERC además de los factores de riesgo por los que éstos podrían estar sometidos ya sea en la

alimentación, en el consumo de sustancias y otras elecciones poco provechosas para el organismo. Es así, como el incremento de esta realidad ha ido avanzando progresivamente.

Las estadísticas demuestran que en Colombia para 1998 la ERC fue dada a raíz de la DM con un 25,5 %, ahora bien, las opciones de tratamiento a causa de la diabetes es igual que para los no diabéticos. Pues estos tratamientos una vez puestos a consideración por un nefrólogo estima el beneficio y la gravedad que representa para la persona con ERC someterse a ellos, son conocidos como diálisis peritoneal y hemodiálisis (Borrero y Montero, 2003)

Cabe resaltar que estos tratamientos persisten en la posibilidad de ser útiles en el tratamiento, sin embargo, las ventajas e inconvenientes son evaluadas también por un equipo interdisciplinar como psicólogo, trabajador social, nutricionista, enfermero etc. Y se ve instauradas las medidas con un promedio de duración a mediano plazo. No obstante, estos medios son deficientes en la cantidad de países y lugares donde se requiere en especial por el alto índice de morbilidad cardiovascular (Borrero y Montero, 2003)

Borrero y Montero (2003) afirman: “la sobrevida en cualquier modalidad dialítica a uno y cinco años, varía del 72 al 82% y del 26 al 39%, respectivamente; siendo a diez años <5%. Pronostico que puede ser mejorado con el trasplante renal” (p. 408).

Estado de la ERC

Es el estado donde la función renal se ha reducido en un tiempo prolongado hasta llegar a ser irreversible su condición (Borrero y Montero, 2003). La preocupación por este fenómeno, ha tenido repercusiones a nivel social reformando estrategias y enfoques en la atención médica que enfrenten en su magnitud, que si bien es importante conocer que la economía en los tratamientos sustitutivos tiene un peso

en los problemas de salud. Además de la preocupación ética al ser causa de muertes numerosas en el país se hacen cada vez alarmantes la necesidad de contar con centros de apoyo para su prevención (López, 2003. Citado por Borrero y Montero, 2003)

Según López, (como se cita en Borrero y Montero, 2003) “la enfermedad renal es una situación mórbida que afecta la población general con una tasa de incidencia de alrededor 10 personas por 100. 000 y una prevalencia que alcanza valores entre 35 a 80 personas por 100. 000 habitantes” (p. 701), en ese sentido, son progresivas las afectaciones y los factores que repercuten ya sean genéticos, infecciosos o condiciones socioeconómicas y demográficas de países como Colombia que están en vía de desarrollo, donde se ve reflejado un gran número de morbilidad y mortalidad, en especial en el crecimiento de la población adulta entre un 5% y 8 % en promedio por cada año (Vélez et al., 2003). Razón por la cual se eleva la cronicidad en población adulta y envejeciente.

Por otro lado, Borrero y Montero (2003), refiere que enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus e hipertensión arterial son factores de riesgo para estas personas haciendo cada vez más en potencia el desarrollo de la nefropatía crónica. A continuación, se explica la distribución de la población que en la edad temprana muestra un fuerte descenso a los riesgos de contraerla, pues la población menor a 15 años hacia 1964 estaba en 46.23% , pasando al 45.23% en 1973, en 1983 con 38.8% y en proyección a posteriores años a partir del año 2000 del 35.15%.

El Departamento Nacional de Planeación, (citado en Borrero y Montero, 2003) establece que: “los menores de 15 años constituirían una proporción cada vez menor a la población. Entre 15 y 64 años de 52% en 1973 pasa a 58.12% en 1983y se estima será de 64.37% en el año 2000” (p. 701). Es decir, que el promedio de edad avanzada puede llegar a triplicar el 52% que en 1973 se verificó con 621000 a casi un 1.740.000 en el año 2000. Por tal razón, el incremento también reta a las instituciones de salud en los factores de riesgo para optimizar los tratamientos que tengan en cuenta la prevención de dicha condición.

Problemática de Salud

Según Borrero y Montero (2003) citando a López la ERC progresa a causa de otras enfermedades alcanzando manifestaciones extremas que llevaban a la persona diagnosticada a la muerte; sin embargo, en la actualidad la diálisis y el trasplante renal como tratamientos sustitutivos de la falla renal da seguridad a prolongar la vida. Aunque, pese al desarrollo el alto costo, la falta de alcance en los centros de salud especializados, se limitan cada vez más a la población que recurre a los tratamientos, en especial por la restricción socio económico. En adición a esta premisa, los tratamientos son prolongados y ello no asegura la estabilidad física, económica, social y psicológica de quien la padece, porque se ven expuestos a resultados negativos que representa constante vinculación a un centro de salud y en ocasiones permanecer en hospitalización.

En cuanto a la economía, en Colombia, los tratamientos son asumidos en su mayoría por las personas, o en algunos casos por instituciones de salud (Vélez et al., 2003), que muchas veces son situaciones remitidas a tutelas y actas de petición para intentar acceder a los mismos.

Según Borrero y Montero (2003) establece que con la ley 100 de 1993 que define los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad en salud en Colombia, específicamente todo lo relacionado a alto costo de las enfermedades, algunas personas y entidades se han visto beneficiadas por las entidades de seguridad social en el país. Lo que permitiría englobar que así como se eleva el costo, los programas y tratamientos de apoyo intentarían ser más eficaces y dispuestos a la cooperación económica, más aún si las personas que requieren ello es incrementada, situación mundial que alerta a todos.

Incidencia y Prevalencia

Es así como la problemática tiene una incidencia que se extiende en diversos países, es la creciente de estos casos cercanos a la realidad de cada habitante y familia. No obstante, hay variaciones respecto a la edad, raza y sexo de la población, por dicha razón se tiende a aumentar con la edad entre los 70 a 74 años hay incidencia y entre los 65 a 69 años hay prevalencia, éste último que da peso a la ERC demostrando en los registros que uno de los países con mayor prevalencia es Japón que implica un aumento de sobrevida de los mismos (Borrero y Montero, 2003)

En Latinoamérica, alrededor de 150 000 personas pasan por uno de los tratamientos sustitutivos, según el registro de SLANH (como se cita en Borrero y Montero, 2003) fue de 7.5/100 000 hacia el año 1998, sin embargo este cálculo varía según la limitación del acceso que tienen algunas naciones. Países como Puerto Rico, Uruguay, México, Argentina y Chile la aceptación para la diálisis alcanzó 10/100 000 aunque en otros países fue menor a 5. Así mismo, en Colombia es de 15.4/ 100 000 de habitantes lo que significa un problema para la salud pública afectando aproximadamente a 12 por 100 000 personas, lo que significa que a 4.840 faltarían por ser tratados adecuadamente. "… la Declaración de Buenos Aires "por un nuevo modelo de salud renal en América Latina y el Caribe" de agosto de 1997 estimó una prevalencia de nefropatía terminal para la región de 80 por 100 000 habitantes" (Borrero y Montero, 2003, p. 704)

Borrero y Montero (2003), consideran que pese a que algunos registros carecen de información visible para ser conocidos y entrar en detalle sobre las diversas enfermedades del riñón, la etiología, los factores que se asocian y sus modalidades de tratamiento, se rescatan puntos importantes tras inspecciones periódicas a través de los informes nacionales que se actualizan; "para Colombia se ha estimado en el orden de 9.4 por 100 000 habitantes, para una población de 40.700.000 habitantes" (p.704). Si bien es cierto, se encuentra más población adulta que se ha visto afectada, pero mayor probabilidad hay de que la gente adulta mayor esté en un ascenso progresivo.

Una de las investigaciones realizadas por la Escuela de Medicina de la Universidad El Bosque de cohorte retrospectivo sobre personas diagnosticadas con el grado de ERC que fueron sometidos a un tratamiento de sustitución en el Instituto de Seguros Sociales y centros de atención renal entre los años 1986 a 1990, dio indicios para la revisión de sus historiales clínicos, el protocolo llevado a cabo con 762 personas y en su verificación la falla renal irreversible en especial por las edades logró mostrar que entre 20 a 59 años equivale al 81% y el 1.4% por debajo de los 10 años. Además, se encontró que 10.1% quienes ingresaron inicialmente al tratamiento estaban por encima de los 60 años y un 3.2% por encima de los 70 años. Sin embargo, hacia 1998, se demostró que los nuevas personas que ingresaban tuvo un promedio de 30.6% con 45 años aproximadamente y otros mayores de 55 años, el 12.9% mayores de 64 años y el 1.6%mayores de 74 años (Borrero y Montero, 2003)

La expectativas que equivalen al número considerable de años en la edad adulta repercute en los riesgos, es así como Borrero y Montero (2003) especifican que la mortalidad por insuficiencia renal es de 3.7 por 100 000 personas entre 15 a 60 años. Puesto que de la misma investigación fue posible exponer que anualmente fallecen 4.500 personas con una cifra global de 12.2 personas por 100 000 habitantes que no dista de encontrar la misma cifra en otros países de América y Europa.

En Colombia, los datos más recientes según la Asociación Colombiana de Nefrología (citado en Borrero y Montero, 2003) hay registro de un aproximado de 7.690 personas con problemas crónicos del riñón, de los cuales 3.076 han pasado por diálisis peritoneal (DP), 4.614 pasan por hemodiálisis (HD). Demostrando que 424 nuevas personas debían acceder a los mismos con tan solo 79 centros de diálisis en la ciudad de Medellín. Cabe mencionar que en 1998 se registraron en el país 2.358 personas para tratamiento sustitutivo de su función renal con un 5.7/100 000, pues en otros países las personas de sexo masculino predominaron y en Colombia el 58.6% y 41.4 fueron de sexo femenino.

Morbilidad de la ERC

El alto grado de prevalencia de las principales causas que desencadenan la ERC conocidas como diabetes e hipertensión arterial, desencadena en la misma proporción la morbilidad predisponiendo a la esterioesclerosis (taponamiento de arterias del torriente sanguíneo) como al mismo funcionamiento del riñón. Es ahí donde la enfermedad coronaria parece en un 40% durante la diálisis y la hipertrofia ventricular en el inicio de la misma en un 75% de personas. Así mismo, se asegura que la diabetes puede resultar asociada a los daños de visión, neuropatía e infección que hace parte de la morbilidad en la persona con diagnóstico de ERC. (Borrero y Montero, 2003)

En el caso de las modalidades dialíticas, sus efectos contraproducentes son inherentes a la naturaleza de su función, en algunos casos las hemorragias, trombosis de accesos arteriovenosos o la peritonitis que ocurre una o dos veces al año en algunas personas aparecen. Puesto que en el registro de morbilidad de SLANH, (como se cita en Vélez et al., 2003) al igual que los otros registros es posible conocerlos en el tiempo de hospitalización en el que la persona se ve expuesta a una de esas modalidades de sustitución por año. Es por ello, que la estancia hospitalaria es un promedio alto de 1.41 hospitalizaciones y 10.8 días de personas con ERC por año. Sin embargo, en otros países el tiempo de hospitalización puede prolongarse más. Algo común a esta apreciación comprendido por los autores Borrero y Montero (2003) establece que:

> Los datos de hospitalización son una medida imperfecta de valoración del tratamiento porque el motivo de la hospitalización puede ser muy diverso y porque la frecuencia y la duración de la hospitalización están influenciadas por el sistema de cobertura y las necesidades del paciente. (p.707)

Mortalidad de la ERC

Con el aumento progresivo de personas con ERC, quienes son sometidos a la elección de los tratamientos tienen más riesgo en la mortalidad que para el resto. Hacia 1998 fallecieron 3.739 que se registraron en Chile, Perú, Panamá, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela; más específicamente, en Colombia fue de 24% equivalente a 909 personas con ERC, demostrando en un análisis que aquellos que recibieron hemodiálisis fue superior que en los que fueron manejados por la diálisis peritoneal, no obstante, llegaron a la conclusión de que lo relevante para que la mortalidad se de en ambos tratamientos lo determina la edad y sus causas que se asocian a las enfermedades de base (Borrero y Montero, 2003)

Hacia la modalidad de un trasplante renal

Entre 1985 a 1998 en países latinoamericanos el trasplante renal aumentó según datos conocidos por la SLANH, ya que el número de trasplantes por millón progresó de 3.7 en 1998 a 6.4 en 1994 y en 1995 el incremento fue del 50% llegando al 9.8, pues en 1997 y 1998 los trasplantes fueron de 9.5 y 10.3 por millón de población. El porcentaje de pacientes trasplantados en relación a 22.052 personas en siete países fue 4.4% y en Colombia 335 de 5.200 (6.8%), lo que respecta a un acumulado de 3.172 personas que son trasplantadas desde el año 1972 (Borrero y Montero, 2003); Sin embargo, en la actualidad muchos de los centros que llegaron a prestar el servicio, ya no están activos recalcando la problemática de salud ética y social para el acceso de personas que estando en diálisis opten por recibir un trasplante de riñón, volviéndose cada vez más exclusivo con largas listas de espera, esta idea la apoya Borrero y Montero (2003) al considerar que "… parece no existir un paralelismo entre la probabilidad de ser trasplantado del paciente en lista de espera, paciente en diálisis y del paciente con insuficiencia renal crónica" (p. 708)

Características de la ERC

La ERC puede caracterizarse no solo por la sintomatología sino por el estado de gravedad que la misma represente. Al principio de todo este proceso se le reconoce como Insuficiencia Renal Aguda (IRA), la cual consiste en el deterioro rápido de la función renal. Para Mejía, citado en Borrero y Montero (2003) “es la reducción del 50% de filtración glomerular, afectando la capacidad de los riñones para excretar la carga de solutos que debe ser eliminada del organismo como la consecuente acumulación de productos nitrogenados en la sangre y los tejidos” (p.711), por consiguiente, las personas no suelen darse cuenta de los signos y síntomas. Es posible que así mismo, su modalidad de tratamiento una vez identificada a tiempo pase por las modalidades de hemodiálisis y la diálisis peritoneal aguda, sin embargo, las terapias serían continuas frente a su reemplazo renal, la nutrición y medicación entran a ser importantes para la persona que lo padece.

Por otro lado, está la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) definiéndose por D’achiardi y Ariza, citados en Borrero y Montero (2003) como: “el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, como el resultado de la progresión de diversas enfermedades primarias o secundarias, resultando en pérdida la función glomerular, tubular y endocrina del riñón” (p. 728). A continuación, se expone su clasificación, en leve, moderada, severa y avanzada.

Estadio	Clasificación	Descripción	Tasa de filtración Glomerular (ml/min/1.73 m^2)
1	Daño renal con TFG normal		≥ 90
2	Leve	Con creatinina menor de 2.0 mg/dl y sin sintomatología clínica	60-89% de la Función

3	Moderada	Con creatinina entre 2 y 6 ml/dl y sintomatología clínica como anemia leve	30-59% tiene función renal
4	Severa	Hace evidente la IRC y se está listo para ingresar a diálisis.	15-29% se conserva la función renal
5	Avanzada o terminal	La persona está sintomática, urémica y debe ser tratado con diálisis y/o trasplante renal.	La función renal es < 15%

Tabla 59-1. *Clasificación de la IRC*. (pp. 728-729)

Una vez conocida su clasificación, no se inhibe los diferentes estados por los que la persona diagnosticada con ERC puede estar pasando recomendando actualmente iniciar los tratamientos como la diálisis crónica de forma temprana aun cuando no se tenga síntomas generales (Borrero y Montero, 2003). Así mismo, su clasificación sigue siendo resultado del alto progreso y los medios preventivos que se han buscado para detener la morbilidad y mortalidad de las personas con ERC, por lo cual podría considerarse que quien pase por cualquiera de estas etapas está prolongado por el tiempo que lo somete la misma condición.

Entre sus consecuencias diagnósticas, los resultados demuestran fases avanzadas no solo en la alimentación y orden de medicación, sino en la palidez, coloración de la piel, condiciones dermatológicas como la textura de la misma y otras complicaciones con el uso de tratamiento farmacológico (Borrero y Montero, 2003). También, es considerado el uso de tratamiento sustitutivo con diálisis crónica, diálisis peritoneal ambulatoria continua y la candidatura a trasplante renal, esta última modalidad, depende de una valoración pre- trasplante del sistema orgánico y el pronóstico de las enfermedades previas a la cirugía. Ideal que es atribuido por un donante vivo que sea relacionado, aunque en unos países ya se haya visto el alcance de personas como el cónyuge donante, aun así, el donante

puede ser de una persona ya fallecida con el que sea compatible tras los análisis del riñón. Al recibir el trasplante la persona recibe medicación inmunosupresora en tiempo indefinido y el riesgo de este postoperatorio puede tener complicaciones infecciosas y rechazo agudo o crónico del injerto, que entra a evaluarse constantemente.

Por tanto, es concebible que el rasgo crónico que ello representa genera un desgaste a nivel físico, económico, social, laboral y psicológico, porque nada asegura y determina la funcionalidad adecuada del riñón una vez perdido.

Tratamientos sustitutivos para la función renal

Hemodiálisis (HD): Borrero, Vea y Rubio, citados por Borrero y Montero (2003) lo definen como el procedimiento en el que la sangre es circulada por un filtro con el fin de extraer los desechos urémicos de la IRC por medio de una máquina. En el caso de la IRA se da por medio de un catéter de venopunción (vena femoral o vena yugular interna) y en la IRC se hace mediante la construcción de una fístula arteriovenosa en el antebrazo (arteria radial y vena cefálica) como también, en el pliegue del codo entre arteria y vena humerales. Esta máquina contiene un sistema de bombas y sensores con tubos conectados entre sí que se organizan en dos circuitos, esencialmente en el sanguíneo y el del líquido dialítico.

Diálisis Peritoneal (DP): Ruíz y Castelo, citados por Borrero y Montero (2003) establecen que este método se utilizó como una alternativa terapéutica en personas con IRA desde el año 1923, lo cual alcanzó a ser primero este proceso que la hemodiálisis aproximadamente unos 20 años. Hacia 1952 la IRC tuvo apogeo y entre ella sus nuevas formas de tratarse; hacia 1968 se menciona al Dr. Tenckhoff elaboró un catéter que se adaptaba de forma permanente; en 1976 el Dr. Papovich considera importante incluir la continuidad de esta terapia en la

cavidad peritoneal que lo llevaba a instancias más prolongadas y en alianza con el Dr. Moncrief para el año 1978 se implementó el primer programa de DP continua y ambulatoria. Es así como este funcionamiento viene en progreso para la comodidad y beneficio de las personas que lo requieren al acceder de forma cercana al domicilio. Es así, como la función de la DP se lleva a cabo debido al intercambio de solutos y de agua entre la sangre que circula por los capilares y el líquido de diálisis que se encuentra en la cavidad peritoneal. Haciendo que en este proceso intervengan fenómenos físicos de difusión, osmosis y fuerzas hidrostáticas que salen en el flujo de moléculas a través de una membrana.

Trasplante Renal: La terapia de reemplazo renal (TRR) o trasplante (Tx) renal, es aceptada para tratar la IRC, especialmente en casos terminales o avanzados. Aproximadamente hace 30 años dejó de ser experimental para convertirse en la mejor alternativa (Borrero y Montero, 2003). Según el Dr. Mejía, citado por Borrero y Montero (2003) lo define como un implante de un aloinjerto renal que es donado para reemplazar la falla funcional de los riñones nativos a causa de la IRC en estadio 5. Lo que indica que si no se actúa afecta la propia vida y lo más común es que la persona con ERC reciba Tx renal después del manejo con diálisis.

La clasificación de esta modalidad se da a través de un donante vivo (usualmente pariente como padres e hijos y emocionalmente relacionado como cónyuge, amigo o voluntario) o uno de alguien ya fallecido. Éste último aspecto, contribuyó a colocar atención respecto a los antecedentes que un donante relacionado puede tener e impulsando a liderar la iniciativa con el fin de concientizar a la sociedad a la donación de órganos (Borrero y Montero, 2003).

Según Borrero y Montero (2003) en Colombia, la modalidad del Tx renal dio sus inicios en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá hacia 1964, sin embargo, fue suspendida debido a los efectos contraproducentes que generaron. En Medellín, fue posible gracias a un avance experimental con animales desde 1967 respaldado por el Hospital SanVicente de Paúl y la Universidad de Antioquia,

potencializando la fase clínica en la persona humana. A continuación se exponen los datos actuales de Trasplantes en el país:

Procedencia	No. Pacientes	Porcentaje (Sobre 1.920)	Porcentaje (Sobre 1.727)
Medellín	896	46.7	51.9
Antioquia	180	9.4	10.4
Barranquilla	121	6.3	7.0
Bogotá	107	5.6	6.2
Cali	**89**	**4.6**	**5.2**
Manizales	55	2.9	3.2
Pereira	52	2.7	3.0
Cartagena	33	1.7	1.9
Otras	194	10.0	11.2
TOTAL=	1.727	9.0 (90%)	100.0

Tabla 65-4. *Trasplantes según su procedencia (Pacientes en Colombia).* (p. 790)

Dentro de sus funciones específicas, este tratamiento ha llegado a ser una opción ideal por muchos e incluso por especialistas que realizan este seguimiento, pasando por una valoración rigurosa. No obstante Vélez et al. (2003) apoyan que los factores de éxito y los factores críticos del existo son relativos y existentes en la realidad de cada persona que ha pasado por trasplante en especial por su compatibilidad orgánica y los cuidados que provea así mismo una vez realizado el trasplante. Es decir, que todas las modalidades de tratamiento, siempre representaran dichos factores que pueden afectar la afección del riñón.

Calidad de Vida en personas diagnosticadas con ERC

Según Sanabria, citado por Borrero y Montero (2003), desde 1948 la OMS (Organización Mundial de la Salud) definió el término “salud” como el bienestar no solo físico, sino mental y social, como tampoco la usencia de la misma. Pues en investigación clínica las cifras significativas han aumentado en la importancia de la calidad de vida.

La CVRS es el concepto multifactorial el cual evalúa tres dominios básicos que es lo físico, psicológico y social. El primero, característico de síntomas, funcionamiento físico y discapacidad; el segundo, de los atributos de satisfacción , ansiedad, depresión y autoestima y el último, encargado de las relaciones interpersonales, la actividad diaria, la rehabilitación laboral etc., representan una aproximación numérica del 70% de la población que padece depresión, sobresaliendo el deterioro físico más que la alteración psicológica. Aún el tratamiento sustitutivo presente expectativas de vida, el impacto de la enfermedad se percibe en la salud integral del paciente.

Recursos de la famililia

Según Velazco y Sinibaldi (2001) la funcionalidad de la familia determina los recursos, aspectos valorados desde la capacidad individual como la autonomía, los límites generacionales, el estilo de comunicación, así como la expresión de emociones de forma clara y directa, para entre sí, ser conocedores de ese sistema abierto, capaz de ser flexible con la integralidad de la información y sobre todo de permitir así, una constante adaptación de las situaciones que se presenten. La ERC, representa una amenaza no solo quien padece de ella, sino quien se acomoda a las expectativas de quien la padece.

Además, la adaptación familiar, comprende dos instancias, según lo establecido por Koch (1985), citado en Velazco y Sinibaldi (2001), la primera es cuando las familias son flexibles y permiten que el sistema llegue a obtener el adecuado nivel de confianza para expresar sus habilidades y limitantes como individuos, por tanto, este referente se arraiga en el aprendizaje de experiencias que se vivan individualmente para ser compartidas con el mismo conjunto de personas que reconocen pasar por una de las etapas del desarrollo, cuyo propósito depende del establecimiento de reglas acordes a las expectativas de cada uno buscando siempre la estabilidad y retroalimentación, tal como es la búsqueda de la

funcionalidad marital. A diferencia de esta, la otra instancia comprende los roles asumidos desde posiciones rígidas y cerradas donde su nivel de adaptación no sería óptimo.

Pareja de pacientes con enfermedad crónica

Según Ledón (2011), el apoyo Familiar de cualquier índole es la fuente material, pero sobre todo emocional por excelencia, puesto que el acompañamiento implica acciones determinadas como comunicación, búsqueda activa de soluciones, y provisión de cuidados, siendo estos, estímulos fundamentales para disipar el impacto que ocasiona la enfermedad crónica, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud (estabilizar). De acuerdo a Sevilla (2014) Resiliencia familiar hace referencia a la capacidad de perseverar, encontrar recursos, y prosperar que tienen las familias cuando se enfrentan a la adversidad o estrés crónico. Las parejas de personas enfermas, según diferentes estudios (Bigatti y Cronan, 2002; Imes, Dougherty, Pyper y Sullivan, 2011; Schulz y Beach, 1999), presentan un mayor número de alteraciones tanto físicas como psicológicas, e incluso un mayor riesgo de mortalidad en comparación con las parejas de personas sanas. La familia es un sistema que moviliza pautas, costumbres, aprendizajes y posibilita a nuevos cambios, cuyos cambios se presentan en el ciclo vital de la misma, generando transformaciones en las esferas de la vida cotidiana de cada individuo que compone dicho sistema, viéndose beneficiados y en ocasiones afectados por un evento particular dentro de la dinámica familiar, modificando así el concepto que actualmente conocemos como familia. Según Carbonell, José et al (2012), citados por Oliva (2014), este concepto da lugar a la importancia que tienen los individuos que la conforman, dándose la oportunidad de compartir y encontrar riesgos sociales entre sus miembros.

No obstante, De Pina Vara, R. (2005), Citado por: Oliva (2014), menciona que la familia representa al conjunto de personas relacionadas por un parentesco de consanguinidad, pese a lo lejano que estos fuesen. Además, se ha logrado definir por Luciano Febvre (1961) como “el grupo de individuos que conviven en un mismo sitio” (p.12). Oliva (2014) afirma que las concepciones desvinculan el significado actual debilitando la realidad de la familia y sosteniendo una limitación desde una dimensión espacial, sin trascender a expectativas que se construyen en la relación con un Otro. Lo anterior, ha permitido que la psicología se vea en la necesidad de ver fortalecidos los vínculos familiares en una apuesta hacia la solidaridad dado a las relaciones de afecto establecidas como dinámica de grupo y no como si se tratase únicamente de herencia sanguínea. Para la psicología, la familia es una agrupación de relaciones familiares que se integran sistémicamente, considerando ese aspecto como un subsistema social que hace parte de la sociedad (macrosistema); dichas relaciones tienen implicación porque son las indicadas en el proceso del desarrollo de la personalidad. Es así como la unión de sus miembros participan en un proyecto esencial que le apuesta a lo verdaderamente duradero, generando afectos y sentimientos que dan estabilidad al sistema familiar (Oliva, 2014). Dicho esto, para Malde I (2012), citado en Anzola (2003) se va formando un compromiso personal entre sus miembros, con un marcado nivel de cada relación en la intimidad, reciprocidad, apego y dependencia. La aspiración a mejorar la calidad de vida de un individuo, está en el fortalecimiento de la resiliencia a raíz de la iniciación de un proceso que obtenga un logro. Dicho logro, permite la aceptación de sí mismos empoderando la tendencia positiva en todo contexto de la vida diaria. Los rasgos personales de cada individuo, tienen una esencia personal, contando con los recursos personales de los miembros de la familia con que se relacionan; que probablemente sea un modelo paterno o materno, como puede que no, en caso de no tener bajo el crecimiento ciertas pautas de crianza que afiancen el crecimiento. Proporcionando con base a las experiencias del entorno y de la relación con otro insumos que forjan la personalidad esperanzada hacia factores de protección para mayor aprendizaje de nuevas oportunidades de transformación y adaptación.

En este sentido, para Anzola (2003) el individuo posee la concepción errada de la familia biparental estable, siendo éste modelo un requisito del desarrollo integral de la personalidad; por el contrario, en la actualidad que hay modelos familiares diversos (monoparentales, reconstituidas, adoptivas, etc.) que también pueden brindar bienestar y capacidad de afrontamiento a situaciones adversas. Pero la familia debe ser la gestora de proyectos personales y compartidos entre los miembros, preservando equilibrio, salud y factores protectores que garanticen el desarrollo personal y social. Como modelo de intervención sistémica, se tiene en cuenta el modelo de estructura familiar, dado que es el conjunto de demandas que se organizan interactuando entre sí los miembros del sistema familiar. Existiendo pautas transaccionales que regulan la conducta de los miembros de la familia, existiendo en el subsistema conyugal una complementariedad de las funciones en las que la pareja acepten interdependencia y a su vez, operen como un equipo. No obstante, al interior de todo sistema debe presentarse pautas alternativas, aceptados de acuerdo al nivel de tolerancia, puesto que cuando existen situaciones de inestabilidad dentro del sistema pensando que otros miembros de la familia no asume su responsabilidad dentro del sistema, dando surgimiento a la duda, a la culpabilidad y consideraciones de lealtad, especialmente en el subsistema de la pareja. Sin embargo, es necesario que el sistema se ajuste siendo capaz de adaptarse a las situaciones que cambian; respondiendo a cambios internos y externos, transformándose de tal forma que sea permitido afrontar sin perder la funcionalidad de los roles que desempeña cada miembro en la familia (Minuchin, 2013).

La familia se desempeña y se diferencia de sus funciones mediante los subsistemas, que estaría reflejando que somos subsistemas en la familia, estos generados a través de sexo, interés o función desempeñada. Asumen a la vez, diferentes roles de poder y adquieren habilidades diferentes. Esto lo apoya Minuchin (2013) reconociendo que relación de pareja busca reciprocidad, dicha organización en subsistema promueve un desempeño adecuado manteniendo diferenciadas sus características personales al definirse hasta el punto de ejercer habilidades interpersonales con variados niveles de afrontamiento. Minuchin

(2013), afirma que el subsistema conyugal, es la unión de dos seres que se unen con la intención de formar familia. Empleando funciones específicas con la acomodación mutua, cediendo una parte de su individualidad para dar sentido a la complementariedad. Por tanto, éste subsistema se convierte en un resguardo ante situaciones de estrés alternas y en función de ser un vínculo hacia el contacto de otros sistemas sociales. En conclusión, el proceso de acomodación mutua los invita a estimular rasgos negativos que representen riesgos, insistiendo en mejorar o preservar a la pareja, como en ocasiones descalificarla. Es necesario de este subsistema llegar al establecimiento de un límite que tenga en cuenta la interferencia de demandas y necesidades de otros sistemas para protegerse, como lo es el caso de una familia que tiene hijos (Minuchin, 2013).

La familia y la pareja

En el desarrollo vital se da lugar a concepciones arraigadas desde lo estructural-funcional de la familia, encontrando que cada uno de sus miembros asumen dos tipos de posiciones de rol: posiciones por edad (niño, adolescente, adulto) y por relación (marido-esposa, padre-hijo) (Falicov, 1991). Ésta última posición de rol, se liga al desarrollo familiar, puesto que este concepto abarca todo lo relacionado al proceso co-evolutivo transaccional que se vincula al crecimiento de la familia. En ese sentido es el proceso de continuidad o cambio relacionados al desarrollo ocupacional que aparecen en determindado momento, un ejemplo de ello, es la aparición de la enfermedad aguda o crónica, hecho que altera significativamente la trama de vida familiar. Además, de los procesos psicológicos son parte del desarrollo integral del sistema familiar como el caso de la adaptación de una enfermedad, la intimidad de la pareja etc., es decir, que “el concepto del desarrollo familiar es más abarcador y puede subsumir procesos vinculados a cambios en el ciclo vital” (p. 45)

Según Minuchin (1974) citado por Falicov (1991) la familia es vista como un sistema sociocultural abierto y en constante transformación, que representa una unidad social y asume tareas evolutivas. Lo anterior, predice el proceso evolutivo por el cual empieza la conformación de la pareja, tiene un modelo estructural en el que toda familia pasa un periodo de transición ya sea cuando un nuevo miembro está en el sistema o cuando otro miembro se va. A este proceso según Falicov (1991) se le conoce como ciclo vital, el cual evoluciona en etapasa de entrada y salida, de unión y separación entre sus miembros.

El cambio y el desarrollo familiar impulsan a transformarse dentro de la orientación estructural ya que las familias se organizan por demandas internas o externas, Falicov (1991), instruye que los procesos relacionados al cambio a la continuidad coexisten y se alternan en la adaptación de una familia.

Posterior a ello, Ríos (2006) establece con base a la teoría de sistemas y sistema de pareja citando a Bertalanfly (1997-1969) en que la interacción juega un papel importante, ya que de esta se deriva los cambios según el tipo de interacción, entendiendo esto como la ligación entre los elementos, es decir, el comportamiento que cada uno difiere en cada relación. De este modo, el campo de la sociología abrió las puertas a una doble interdependencia, aquella que se da entre sí y con el entorno. Pues, para Sixto Ríos (1974) representa el comportamiento de un conjunto de elementos, mientras que para Pearson (1976) el sistema es la interdependencia entre el conjunto y el ambiente que los rodea.

Según Ríos (2006), el entorno se entiende como el conjunto de elementos y que son parte del sistema, propiamente dicho, sus propiedades le corresponden al mismo, y una vez se genera un cambio en los elementos también se produce un cambio en el sistema. Es por esto, que la perspectiva del sistema conyugal, dicho entorno es de vital necesidad ya que dependiendo del entorno donde se origina cada conyugue, así mismo es el modelo familiar, así como la incidencia o no para cambiar el modelo creado y tener a disposición el sistema familiar deseado.

La interacción de cada elemento, es un determinante que ocasiona una dinámica particular en cada pareja conformada, haciendo que los mismos sean “sistemas

abiertos” o “sistemas cerrados” según sea la comunicación con el entorno. Definiendo a la pareja como la asociación o cooperación íntima que psicológicamente lleva al resultado de una unidad fundada a partir de diversos propósitos e individualidades y por consiguiente concibe una denominación llamada “nosotros”, cuya expresión natural de la pareja es la expresión de simpatía, conexión e identificación mutua. Con esto, la pareja enmarca el subsistema primario con el que se da lugar a todos los mecanismos que regulan el sistema (Ríos, 2006).

“La familia es la institución paradigmática de la humanidad, el aspecto más extraordinario de la existencia social del hombre y la mujer. Un acuerdo único que concierne al hogar, al amor, a la unión sexual y a la convivencia” (Rojas, 2004, p. 21). Si bien, es el medio por el cual los lazos familiares constituyen un compromiso que reside de apoyo mutuo, de protección y supervivencia entre sus miembros. Sin embargo, no siempre se arraiga el matrimonio, la procreación, la crianza, la educación de los hijos, en sí, la interdependencia multigenercional, puesto que las familias se reorganizan sobre la base de las necesidades emocionales, cuyo arraigo son las costumbres y la fuerza social (Rojas, 2004).

> Rojas (2004) considera que la institución familiar nos ofrece un punto obligado de referencia, como escenario único que permite, observar y analizar la naturaleza y el comportamiento humanos, la evolución de los procesos psicológicos y sociales más básicos y la lucha de las personas por una mejor calidad de vida, por su propia realización y supervivencia. (p.22)

No obstante, la familia ha dado un giro evolutivo con el pasar de los años, de acuerdo a las costumbres, normas y principios sociales, pues hasta hace poco el matrimonio era fundamental para constituir una familia duradera, en la actualidad la relación amorosa es suficiente. Es así como los demógrafos aluden que en sociedades occidentales, las parejas contraen matrimonio por atracción social o por accesorio, sin embargo, más hombres y mujeres prefieren permanecer solteros (Rojas, 2004). En ese sentido la familia es una composición que tiene

lugar al cambio que generan determinadas épocas, si bien, puede darse que personas del mismo sexo compartan o no este ideal.

La familia tradicional se dio a conocer de forma extensa empezando por la conformación de padres, hijos, abuelos, primos y sobrinos, pero la familia nuclear transformó lo anterior en algo más cercano y reducido compuesta por padres y pocos hijos. Así sucesivamente, la transformación se ha dado; matrimonios sin hijos, parejas que conviven sin casarse entre otros (Rojas, 2004). En ese sentido, el autor Rojas (2004), afirma:

> La familia está inmersa en la sociedad del momento. Su esencia y su estructura están impregnadas y moldeadas por los valores culturales de la época. Hoy vivimos en un mundo que está experimentando un proceso de urbanización progresiva. Se Calcula alrededor de 60 por 100 de la población de la tierra reside en áreas metropolitanas, aunque en ciertos países europeos esta población sobrepasa el 75 por 100. (p. 24)

Por otra parte, el papel indispensable de los hijos en la relación también es un eje de inspiración ejerciendo en magnitud efectos en los adultos que deciden tenerlos, es decir, que condicionan significativamente el estilo de vida de la pareja (Rojas, 2004)

Rojas (2004), alude que los hijos “son con frecuencia una fuente inmensa de gratificación y de incentivo de vida para sus progenitores, ensalzan su identidad, contribuyen a expandir su repertorio emocional y sirven de segmento que une y solidifica su unión” (p. 57). En contraste a esta idea, también pueden cambiar por entero la dinámica de la pareja, movilizando de tal forma que distancia a la misma debido a los conflictos que se viven al interior del hogar (Rojas, 2004)

Actualmente, el desafío radica en una niñez más compleja e influyente que a la vez es más humana y variable. Esta dinámica cambiante permite que el núcleo familiar obtenga progreso y evolución en la sociedad (Rojas, 2004)

Por su parte, los expertos han confirmado a través de investigaciones que el amor es un sentimiento originado en los genes humanos, el cual es vital en la

caracterización humana y es manifestado también desde situaciones complejas (Rojas, 2004). Del mismo modo, Rojas (2004) menciona:

> Independientemente de su origen o de su esencia, la unión con otra persona es la necesidad más profunda… y por el contrario, la experiencia de estar aislados o separados es la fuente principal de sentimientos de angustia, miedo y desamparo. (p.63)

A medida que pasa el tiempo, el cariño, el afecto y la amistad se van transformando, sin embargo, la pareja suele renovar y reforzar los lazos de ternura, apego, seguridad y confianza, sus intereses compartidos y la lealtad (Rojas, 2004). Así mismo, Erich Fromm como se citan en Rojas (2004), consideró el amor como una actividad interna que moviliza a la preocupación por la persona amada, es decir, la responsabilidad genuina por sus necesidades y el respeto a su individualidad. En esa medida, es importante mencionar el interés mutuo por la atracción física y sexual que une a la pareja en la expresión del amor, aquello que le proporciona estabilidad y continuidad (Rojas, 2004)

> Para Rojas (2004), es evidente que la fase pasional del amor es inevitablemente pasajera. La emoción intensa del enamoramiento da paso, en el mejor de los casos, a la serenidad del compromiso mutuo, a la seguridad del pacto, y muchas veces a la responsabilidad de la continuidad de la especie. (p. 69)

Cabe mencionar, que el autor Rojas (2004), destaca que el amor pasional es la fuente o la referencia para pasar a una relación más afectuosa y segura; citando a Margaret Mead alude: - “La primera relación busca sexo; la segunda los hijos, y la tercera, la compañía” (p. 69). No obstante, esta prioridad que resalta el amor autentico se relaciona con la fuerte influencia del medio social y cultural en el que hombres y mujeres continuarán amándose, en los que unos buscarán uniones permanentes y otros uniones del momento para encontrar nuevos compañeros sentimentales (Rojas, 2004)

Sin duda alguna, este autor considera que es impredecible la ruptura de una pareja; pero de todo tipo de relación de pareja sean felices o no, están en puntos de equilibrio que rebosan el límite debido a diversas situaciones que pueden presentarse, aquellos conflictos que atribuyen un cambio a lo largo del camino. Es esta manifestación donde los ajustes se hacen visibles y no necesariamente por el envejecimiento de una pareja, sino, por eventos significativos o crisis inesperadas que se producen en la relación de la pareja, tal es el ejemplo del nacimiento de un hijo, la pérdida de un trabajo, las falencias económicas, la exigencia de padres ancianos o como lo es propiamente dicho estresante, la enfermedad (Rojas, 2004)

La ruptura

Si bien, no solo las circunstancias externas afectan la separación de una pareja, sino sus rasgos de personalidad que caracterizan a cada uno de los miembros de una relación de pareja, es decir, esos rasgos conflictivos que se hacen visibles en el convivir que se añaden a ciertas condiciones estresantes que les llevan a un límite (Rojas, 2004)

Otra de las reacciones que separan vínculos afectivos en las parejas es el dilema de los celos, distorsionando la calidad de la relación, a esto, se le suma la infidelidad, el cual es un elemento que deteriora la evolución de la misma (Rojas, 2004). Así sucesivamente, los desencadenantes pueden variar, e incluso al considerar que la mayor tragedia para un ser humano es la pérdida de la persona amada (Rojas, 2004). No obstante, este autor considera:

> Al final se puede decir que el destino del amor depende de muchos factores, desde el temperamento y el carácter de los enamorados hasta su capacidad para la tolerancia, para pasar por alto o para perdonar. Pero el futuro del amor, no depende solo de lo que aporta la pareja… Porque quizá lo más importante del amor es que no le exijamos cargar, por sí solo, con todo el peso del significado de nuestra existencia (p.83)

El resurgir

> El tiempo de crisis, la pregunta sobre el significado real de la vida irrumpe en nuestra consciencia. Cuanto mayor es la prueba, más urgente se vuelve esta cuestión. Parece que si llegásemos a captar el sentido de la existencia, comprenderíamos el verdadero propósito de nuestro sufrimiento e incidentalmente el del sufrimiento ajeno lo que nos aclararía el por qué tenemos que soportarlo. Y si al entender el objetivo de la vida nos damos cuenta de que el dolor que experimentamos es necesario para conseguir esa meta, nuestra crisis se convierte en algo que tiene una finalidad y, por tanto, más tolerable. (Bruno Bettelheim, 1968. Como se cita en Rojas, 2014, p. 84)

En esa medida, la eventualidad de la crisis vista como oportunidad no exime que desde años atrás las creencias religiosas de la pareja han influido, haciendo que las rupturas sean cada vez más conscientes. Ya que dichas cifras aumentan no solo desde lo matrimonial sino también desde lo civil y las uniones libres. Motivados por el impulso que provocan las circunstancias intensas y emotivas, la esperanza de un resurgir ante dicha crisis puede ser valorado desde distintas alternativas, ello depende las instancias subjetivas, variando de persona a persona, según sean las consideraciones individuales, además, de los valores socioculturales (Rojas, 2004)

Hoy por hoy, la invisibilidad de la resiliencia está presente, pese a ser un tema reciente en la actualidad documentarse al respecto y crear en ello una novedad transformadora que impulsa a encontrar la fuerza regeneradora en sí mismo después de un desastre, es como pasar de ver algo comúnmente ordinario a extraordinario. Esta idea la apoya Manciaux (2003), al referirse al campo de profesionales que pasan por alto la novedad del tema puesto que se centran en aspectos negativos de niños y adultos con situaciones problemáticas y con sus mismos historiales de vida, este autor, reconoce que “a los profesionales a veces,

les cuesta ver a las personas resilientes, y a menudo éstas se desenvuelven “normalmente en la sociedad” (p.229). No obstante, en el ámbito clínico, se evidencia un ámbito clínico preocupado por la prevención de los riesgos, pero no por la promoción de resiliencia.

Según Maxciaux (2003), la resiliencia en lo cotidiano puede ser posible con base a las siguientes hipotesis demostradas: en primer lugar, confirma que en la base de la resiliencia está la relación con el prójimo y el sentido, reforzándose mutuamente, en ese sentido afirma: “Muchas veces, el sentido se construye en un proyecto movilizador, que une los intereses de la persona y sus capacidades...” (p. 237). Además, se comprende a la resiliencia no como una técnica de intervención, puesto que desde sus origenes existe un cambio de la realidad fácilmente de describir pero difícilmente de llevar al campo de la práctica donde “sólo podemos construir con lo positivo, pero positivo no quiere decir perfecto” (p. 237).

Por tanto, la realidad humana de la resiliencia es un hecho el cual es posible ver en la vida diaria, sin embargo, en comparación con experiencias concretas, este tipo de investigaciones científicas han dado acercamiento a distinguir algunos factores que están inmersos en su desarrollo ante la situación presente (Manciaux, 2003).

A lo largo del tiempo, se muestra un amplio bagaje de conceptos que relacionan la resiliencia, sin establecer con claridad a la resiliencia como desarrollo, proceso, conjunto de factores de protección o ausencia de factores de riesgo. Lo que ha llevado a críticas de otros investigadores, sin embargo, los mismos se han dado cuenta que ha sido necesario conocer resultados de un desarrollo positivo, en interacción con los mismos factores de protección y su predicción final, además de encontrar causas que definen los mismos factores (Manciaux, 2003)

Manciaux (2003), afirma que la resiliencia es una fuerza para el profesional, ya que desde su práctica se ve potenciada y ampliada por la mirada al prójimo; es decir, que no sobresalen los problemas, sino la detección y movilización de los recursos que se posee, al ser clave de apoyo que se diferencia por estar

aparentemente aislada, al darle sentido a los problemas en el contexto especialmente en el ciclo de vida y a aplicar una estrecha relación donde se efectúen estrategias de afrontamiento capaz de asimilar la dificultad.

La relación que este autor hace con el prójimo, específica la noción del Otro. En ese sentido, Manciaux (2003) considera que:

> El punto de vista del prójimo está sesgado, pues el joven, la familia y el grupo humano que van bien no suelen ser objeto de la atención del profesional: tras un trauma, éste subraya de hacer un seguimiento evaluativo que, además, puede ser decisivo en caso de nuevas dificultades, pues recordemos que la resiliencia nunca es total, ni se garantiza a largo plazo. Pero la comparación con quien, sujeto a iguales riesgos, no logra superarlos, y el éxito de la inserción del resiliente hacen posible una evaluación relativamente objetiva y positiva. (p. 306)

Cabe mencionar que las diferencias individuales asumen una importancia vital en la resiliencia debido a que numerosas historias de vida han permitido encontrar personas resilientes, tras haber pasado por una situación dolorosa y que tras ser superada se ven implicadas de un modo u otro para ayudarse entre sí, considerando ello como una evolución altruista y como un criterio que es válido en la resiliencia (Manciaux, 2003). Por su parte, esto se asocia al acompañamiento que hace una persona cercana a la persona que demanda una situación adversa, sin eximir que la misma también ha pasado por eventos traumantes, lo cual le ha permitido asimilarse de igual forma como red de apoyo.

A continuación se exponen ejemplos más precisos de los factores, identificados por Manciaux (2003), explicando a su vez la relación que expone la presente investigación. En el caso de los *factores específicos de la familia* un ejemplo de factor de riesgo se ve asociado al *grave conflicto marital y divorcio*, cómo puede darse el caso de la aparición de la enfermedad crónica en uno de ellos; ahora bien, en el caso del factor de protección puede verse la *presencia de un compañero en el hogar o de un apoyo marital*, cómo es posible verse también la

relación positiva y afectiva del cuidador primario tras el proceso de enfermedad de la persona diagnosticada. Lo anterior, fue pertinente elaborar tras detectar que este ideal no dista de la oportunidad que centra a esta investigación en función de la pareja de personas con diagnóstico de ERC.

Por tanto, esta concepción de la resiliencia es una invitación para transformar la mirada hacia las personas que rodean cualquier ámbito como también verse así mismo de modo diferente, pues “el resiliente nos enseña que en uno mismo se puede hallar recursos, a veces, insospechados para hacer frente y seguir viviendo una vida que valga la pena y que, para ello, se puede contar también con el apoyo de personas de confianza…” (Manciaux, 2003, p. 309).

No obstante, la resiliencia se ubica en la corriente psicológica positiva y a su vez dinámica, en especial cuando se habla del fenómeno de la salud mental lo cual ha tenido complejidad hacia varias aportaciones en este campo. Es decir, que las ciencias humanas han contribuido a entender la resiliencia de forma amplia, sin embargo, las ciencias fundamentales tienen menos representación en investigaciones sobre este tema (Manciaux, 2003)

> Manciaux (2003), afirma que la resiliencia nos lleva siempre a la vida, siempre nos arraiga más en la vida, y nos reajusta siempre en la vida, con sus problemas, su potencial y sus esperanzas, sus dificultades y éxitos. Ilustra el ciclo de rupturas y continuidad que toda vida debería ser. (p. 312)

Esta mirada en la investigación es objetiva pero a su vez empática, que pasando por un diagnóstico de problemas se convierte en una posibilidad de recursos, con un tratamiento que se reduce a la persona, con un enfoque holístico de la persona humana y del entorno que le rodea, centrada en el presente y a emerger su trayecto de vida (Manciaux, 2003)

> Reajustar a nuestros pacientes, sea cual sea su edad, sus dificultades, sus faltas y sus errores y también sus recursos, lleva a orientar mejor las decisiones y las actividades, a ejercer mejor nuestras responsabilidad

profesional en apoyo de las estrategias individuales aplicadas por la persona misma, que es la primera afectada. (Manciaux, 2003, p. 312)

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Una vez revisado los conceptos de enfermedad crónica, pareja y resiliencia, a continuación se describe la metodología a utilizar en la presente investigación:

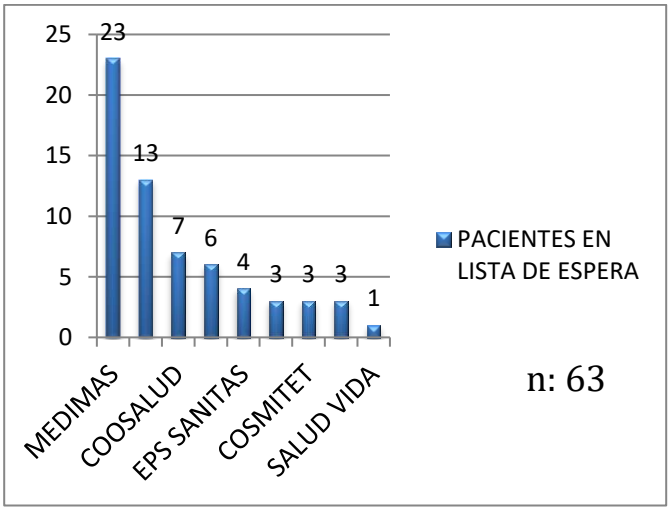
Tipo de Estudio: Investigación de alcance descriptivo en la pareja de personas con ERC que asistieron a consulta o se encontraron en seguimiento en la Unidad de Trasplante renal de una clínica privada de la ciudad de Cali, con el objetivo de realizar la medición de los factores resilientes en este grupo. La recolección de los datos se realizó durante el mes de agosto y septiembre del 2018 respectivamente. Este tipo de estudio consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan.
En la descripción se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernández. 2014). Los estudios descriptivos buscan desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta, ya que su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández. 2014). La presente investigación describe los resultados de una medición de la capacidad de resiliencia en la pareja de personas con enfermedad renal crónica que asisten a consulta o están en hospitalización en una clínica privada de la ciudad de Cali.

Método: La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo puesto que utiliza la recolección de datos con base a la medición numérica y el análisis estadístico, cuyo fin establece pautas de comportamiento y prueba teorías.

Representando así, un conjunto de procesos de forma secuencial y probatoria mediante la descripción. (Hernández. 2014).

Se presenta de forma descriptiva ya que permite organizar y clasificar las variables destacadas (indicadores cuantitativos) como obtención en la medición, por medio de los cuales se revelan propiedades, relaciones y tendencias del fenómeno, que no son percibidos con inmediatez (Hernández. 2014). De este modo, la forma en la que se debe organizar la información proporcionará gráficos y medidas de tendencia central, mayormente conocidas como: la mediana, la media, la moda u otros. (Hernández M; 2006). Por consiguiente, se tuvo en cuenta los datos estadísticos de variables sociodemográficas y los resultados cuantitativos del instrumento de medición acerca de la resiliencia de la pareja de personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica.

Población: Hombres y mujeres que son pareja sentimental de una persona con ERC en tratamiento de hemodiálisis, diálisis peritoneal, que sea candidato a trasplante renal o que haya sido trasplantado en el Centro Médico de Cali S.A. La Unidad de Trasplante del Centro Médico Imbanaco, atiende aproximadamente a 30 pacientes en protocolo de trasplantes o lista de espera y a 50 pacientes trasplantados mes a mes de personas diagnosticadas con ERC (Nótese la fuente 1 y 2: Archivo CMI)

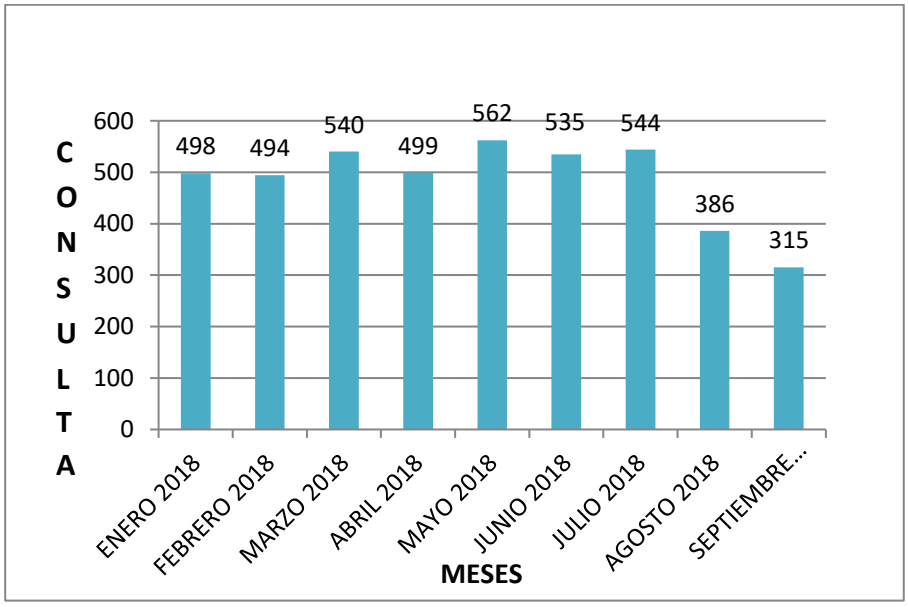


Fuente 1. *Pacientes en lista de espera por entidad.* Archivo CMI

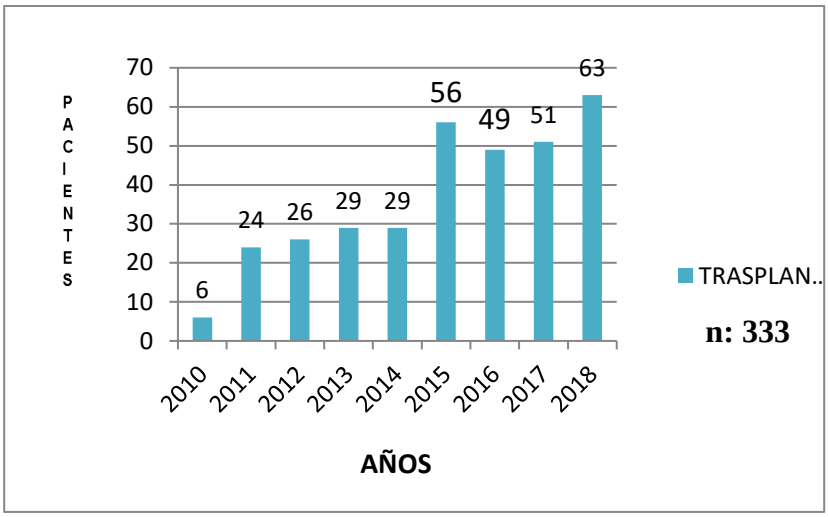
Pacientes en protocolo
260

Fuente 2. *Pacientes en protocolo.* Archivo CMI

Esta investigación tuvo en cuenta hombres y mujeres que en el momento de la aplicación conviven con su pareja y la acompañan en su tratamiento de la enfermedad renal crónica, con uno de los tratamientos que requiere la pareja diagnosticada por hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. Es importante mencionar, que en la Unidad de Trasplante de la clínica privada, atiende aproximadamente a 300 de personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica (Nótese fuente 2 y 3. Archivo CMI)



Fuente2. *Total consultas por mes 2018* SIAM- CMI



Fuente 3. *Trasplantes renales por año 2010-2018 (*Archivo de referencia CMI)

Muestra: El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, el cual consiste seleccionar los participantes de manera directa e intencional, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión para participar en la investigación (Hernández M, 2006)**;** además se seleccionaron aquellas personas que en el momento de la aplicación acompañaron a su pareja en el tratamiento de la enfermedad renal crónica.

Sin embargo, no se realizó muestreo ya que se incluyó a todas las personas que cumplieron con los criterios de selección durante el periodo de estudio al esperar incluir mínimo 50 personas, obteniendo como resultado 61 personas encuestadas. Por tanto, se presenta el cumplimiento de los siguientes criterios de selección tenidos en cuenta:

Criterios de Inclusión:

- Hombres y mujeres mayores de 18 años que accedan participar en el estudio por medio de consentimiento verbal o escrito.

- Hombres y Mujeres con una relación sentimental (parejas) y que tengan una convivencia mínima de seis meses con una persona diagnosticada con ERC, quienes sean manejados en la Unidad de trasplante del Centro Médico Imbanaco

de Cali S.A. Se incluyeron las parejas de personas que al menos cumplan uno de los siguientes criterios:

- Se encuentren en tratamiento con técnicas de terapia renal sustitutiva (diálisis peritoneal o hemodiálisis).
- Sean candidatos a trasplante renal.
- Hayan sido trasplantados en el último año al momento de su participación

Criterios de Exclusión:

- Parejas de pacientes con otro tipo de enfermedades crónicas NO asociadas a la ERC, entre ellas, cáncer, VIH/SIDA, Hemofilia, Fibrosis Quística, problemas neurológicos y trastornos psiquiátricos, entre otros.
- Parejas con problemas cognitivos que le impidan entender y responder el cuestionario.
- Parejas con pacientes que al momento de su participación se encuentren hospitalizados.

Diseño de la Investigación: El diseño apropiado es no experimental**,** haciendo referencia a acontecimientos sucedidos, al igual que sus efectos. (Hernández, 2014). Lo cual, es transeccional o transversal recolectando datos en un momento específico, es decir, en un solo momento y en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004, citado por: Hernández, 2014), de ese modo su alcance inicial y final es descriptivo.

Por tanto, el diseño es transeccional descriptivo respondiendo a la investigación por medio de recolección única de datos en la indagación de la incidencia de modalidades, categorías o niveles de una o más variables en la población (Hernández, 2014).

Instrumento: Se utilizó la Escala de Resiliencia de *Wagnild y Young (1993)*, dirigida a adolescentes y adultos, esta se aplica de forma individual con una duración aproximada de 15 minutos. Está conformada por 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos de calificación, donde 1 es en desacuerdo y un máximo acuerdo de 7. Todos los ítems son calificados positivamente. Esta escala se divide en 5 factores (Nótese fuente: 4)

Factores resilientes	Ítems
Satisfacción personal	16,21,22,25
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

Fuente 4. Wagnild, G. Young, H. (1993)

En su versión original en Estados Unidos Wagnild, G. Young, H. (1993) este cuestionario tiene un nivel de confiabilidad de 0.81 y un nivel de validez de 0.93. Fue adaptado al español en Perú por Novella hacia el año 2002, con índices de confiabilidad de 0.85, para una muestra de cuidadores de pacientes con Alzheimer y en mujeres escolarizadas; en este mismo país, Acevedo (2011) determinó la confiabilidad de este instrumento en pacientes oncológicos a través del coeficiente Alfa de Cronbach de 0.732. También se determinó el Alfa de Cronbach para cada factor: confianza en sí mismo (0.70), ecuanimidad (0.71), perseverancia (0.73), satisfacción personal (0.74) y sentirse bien solo (0.75). El puntaje global que arroja este instrumento está dado en tres categorías bajo, medio y alto, con puntajes de 0-117, 118-134 y 135-+, respectivamente (Musitu, García, Gutiérrez, 1997).

Variables:

Variable	Definición	Tipo de Variable	Categoría	Método de recolección
Edad	Tiempo en años	Cuantitativa-	18,19,20,…..,n	Entrevista

	vivido desde el nacimiento	Continua		Personal
Sexo	Distinción del participante hombre o mujer	Cualitativa-Nominal (V. Dicotómica)	Hombre o Mujer	Entrevista personal
Tipo de pareja	Atributo de la orientación sexual de la pareja	Cualitativa-Nominal (V. Dicotómica)	Homosexual o Heterosexual	Entrevista personal
Tiempo de la ERC de la pareja	Tiempo de diagnóstico de la ERC de la pareja diagnosticada	Cuantitativa-Continua	Número de años que tiene la enfermedad	Entrevista personal
Escolaridad	Grados cursados o educación escolarizada en niveles educativos de la pareja participante.	Cualitativa-Ordinal	Sin orden de categorización (Libre)	Entrevista personal
Estrato	Estratificación socioeconómica que clasifica la residencia de los servicios públicos.	Cuantitativa-Discreta	1,2,3,4,5 ó 6 (Bajo, Medio, Alto)	Entrevista personal
Tiempo de la relación	Duración de la convivencia en pareja, estabilidad de la relación en tiempo.	Cuantitativa-Continua	Número de años que tiene la relación de pareja.	Entrevista personal
Unión de la relación	Atributo de la unión marital de hecho conviviendo en pareja bajo el mismo techo.	Cualitativa-Nominal (V. Dicotómica)	Unión Matrimonial o Unión Libre	Entrevista personal
Hijos en la relación	Presencia de hijos en la relación de pareja.	Cualitativa-Nominal (V. Dicotómica)	Si o No	Entrevista personal
Tratamiento actual de la ERC de la	Caracterización del tratamiento sustitutivo por	Cualitativa-Nominal (V. Politómica)	Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis o	Entrevista personal

pareja	el que acude actualmente en calidad de acompañamiento de la persona diagnosticada con ERC		Trasplante Renal	
Satisfacción Personal (Preguntas: 16,21,22,25)	Atributo de sentir bienestar o placer al cumplir un deseo o necesidad. Según Sevilla (2014) es comprender el significado de la vida y la forma de contribuir a ella.	Cuantitativa-Nominal	Escala tipo Likert 1 a 7 puntos	Entrevista personal
Ecuanimidad (Preguntas: 7,8,11,12)	Estabilidad psicológica sin perturbación o pérdida de equilibrio con la experiencia adversa. Según Wagnild y Young. (2015) es el balance de la vida y experiencias, moderando actitudes ante la adversidad.	Cuantitativa-Nominal	Escala tipo Likert 1 a 7 puntos	Entrevista Personal
Sentirse bien solo (Preguntas: 5,3,19)	Aceptación o forma de asumir la autonomía al sentir la carencia de compañía, Según Wagnild y Young. (2015) es la	Cuantitativa-Nominal	Escala tipo Likert 1 a 7 puntos	Entrevista Personal

	búsqueda de adaptabilidad y una perspectiva de vida estable y sentir paz a pesar de la adversidad. Wa gnild y Young. 2015)			
Confianza en sí mismo (Preguntas: 6,9,10,13,17,18 ,24)	Idea esperanzadora frente al resultado deseado y emprendido por la persona que lo logra. Para Wagnild y Young (2015) e s la habilidad para creer en sí mismo y en sus propias capacidades.	Cuantitativa-Nominal	Escala tipo Likert 1 a 7 puntos	Entrevista Personal
Perseverancia (Preguntas: 1,2,4,14,15,20, 23)	Capacidad de constancia en una actitud aun cuando las circunstancias no sean favorables. Según Wagnild y Young (2015) es la autodisciplina, no desistir no, a a continuar con ante el desaliento	Cuantitativa-Nominal	Escala tipo Likert 1 a 7 puntos	Entrevista Personal

Procedimiento: Esta investigación se realizó en cuatro fases, las cuales consistieron en la preparación, que resulta de la autorización para el uso del instrumento y para la aplicación en las personas que acuden a la clínica privada; la

aplicación realizada y su respectiva recolección de datos; detallaron el análisis de los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento y socialización de los resultados a la clínica y a la institución educativa a la que pertenece este estudio.

Identificación de los participantes de estudio: Se dio un proceso de captación de la muestra mediante la revisión de historias clínicas con el fin de seleccionar los posibles candidatos que cumplan los criterios de selección, quienes fueron contactados vía telefónica o presencial en la Unidad de Trasplante Renal del Centro Médico Imbanaco con el fin de preguntar a cada uno el deseo de participar voluntariamente en la investigación. La identificación de los pacientes con parejas sentimentales, se realizó por medio de la caracterización psicosocial con ayuda del profesional de Trabajo Social de la Unidad. Posteriormente, las parejas fueron contactadas telefónicamente con el objetivo de concretar una cita durante el control médico realizado a su pareja o para solicitar su autorización y realizar la encuesta de forma presencial preferiblemente.

Proceso de consentimiento informado: Debido a que esta investigación no realizó intervenciones clínicas en las parejas y sólo se realizó la aplicación de un cuestionario. Se solicitó exención de consentimiento informado escrito en los casos en los cuales la pareja no tengan programado una consulta médica durante el periodo de estudio con el fin de no excluirlos de la investigación. En el resto de los casos, se realizó el proceso de consentimiento informado presencial por medio de una cita programada durante el control médico programado de su pareja. Tanto de forma presencial como telefónicamente, se le explicó al sujeto de investigación el objetivo del estudio, los procedimientos y riesgos de su participación.

Encuesta sociodemográfica y Aplicación de la escala de Resiliencia (ER): Estas fueron dirigidas por la investigadora principal del estudio. En los casos presenciales, la escala de resilencia se aplicó de forma autodiligenciada. En los casos telefónicos, se le explicó al sujeto que no existen respuestas buenas o malas y el investigador no influyó en las respuestas de los sujetos. La aplicación del instrumento por ninguno motivo se realizó en presencia de la pareja enferma con el fin de generar un espacio de confidencialidad.

Análisis de los Datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para todas las variables consideradas en el estudio. Las variables cuantitativas se resumieron con estadísticos de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico). Las variables cualitativas se explicaron por medio de frecuencias y proporciones. Se realizó un análisis estratificado de los factores resilientes de acuerdo a características demográficas y de la pareja, estos análisis fueron de tipo exploratorio (estadísticos descriptivos) sin el uso de medidas de inferencia estadística. Todos los análisis se realizaron en el software estadístico Stata13® (StataCorp, College Station, Texas, USA).

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio es una investigación que se ajustó a los principios legales y éticos según la Resolución 8430 (Ministerio de Salud, 1993) y la Ley 1090 (Congreso de la República, 2006) De acuerdo con esto, se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, debido a que sólo se llevó a cabo una evaluación por medio de la recolección de datos y en caso de ser necesario, acceder a la revisión de la Historia Clínica de la persona diagnosticada con la enfermedad renal crónica. Para evitar el posible riesgo ético derivado de las encuestas, se tomaron las siguientes precauciones:

1. Los datos recolectados la realizó lo investigadora principal, estudiante de Psicología, supervisada por su asesora de trabajo de grado y previamente capacitada.

2. Se llevó a cabo de manera individual, recolectando datos en el momento específico de la aplicación para ser después analizados.

3. Durante todo el proceso de recolección, análisis de datos, interpretación y presentación de resultados, se aseguró la confidencialidad de los participantes.

4. Los resultados obtenidos se analizaron a partir de un código, número que identifica a cada participante, en el cual no está reflejado su nombre ni su documento de identidad. Aunque se abordó a las personas y se accedió a la información de manera profesional, posiblemente se haya corrido el riesgo en la investigación de que la pareja participante no fuese sincera y manipule la información en función de contestar asertivamente las consideraciones de la persona diagnosticada, lo que llegado el caso provocaría malestar o confrontación personal del nivel de afrontamiento, perjudicando el bienestar emocional de la pareja, de la persona diagnosticada y el curso de la investigación.

Por lo anterior, confirmó que las encuestas fueron realizadas individualmente en ausencia de la persona enferma. A los participantes se les explicó verbalmente en qué consistía la investigación y se respondieron todas sus inquietudes. Una vez reportada la comprensión de toda la información y estando de acuerdo, se firmó el consentimiento informado (Anexo 5). El consentimiento informado explicó en qué consiste el tema de investigación, la participación y cuáles serían los potenciales riesgos. Debido a que esta investigación no realizó intervenciones clínicas en las parejas y sólo se realizó la aplicación de un cuestionario. Se solicitó exención de consentimiento informado escrito en los casos en los cuales la pareja no tengan programado una consulta médica con su pareja diagnosticada de ERC, además de ser tenidas en cuentas como participantes vía telefónica, durante el periodo de estudio con el fin de no excluirlos de la investigación. En adición, se le informó el derecho de retirarse o negarse a asistir si así lo deseaba en cualquier momento de la investigación. Para garantizar el anonimato de las respuestas, los consentimientos informados y las encuestas sólo fueron consultados por los investigadores cargo. De igual forma, estos consentimientos y la base de datos estarán en manos de los investigadores.

RESULTADOS

Distribución de los datos

Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables consideradas en el estudio. Las variables cuantitativas se resumieron con estadísticos de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico). Las variables cualitativas se representaron por medio de frecuencias absolutas y proporciones. Se realizó un análisis estratificado de los factores resilientes de acuerdo a características demográficas y de la pareja. Se realizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis o la prueba t de Student, de acuerdo a criterios de normalidad. Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk para evaluar el ajuste a la distribución normal. Todos los análisis se realizaron en el software estadístico Stata13® (StataCorp, College Station, Texas, USA). Ver Anexo 1 (Tablas de la 1 a la 1.13).

Resultados sociodemográficos

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la *"Escala de Resiliencia Wagnild y Young"*, encuestas que contestaron las parejas de personas con diagnóstico de ERC, con el fin de describir los factores resilientes presentes en dicha población, organizados de acuerdo con los objetivos propuestos.

En primer lugar, se presenta la caracterización de las personas encuestadas con el fin de contextualizar la presente investigación, es decir, con relación a las variables sociodemográficas tenidas en cuenta en el presente estudio.

Se encuestaron 61 personas, de las cuales 3 fueron vía telefónica y 58 presencialmente; como se muestra en el gráfico 1, los que contestaron

telefónicamente equivalen al 5% y los que se encuestaron presencialmente equivalen al 95 % de la población total (Ver porcentajes estimados en el Anexo 4, Tabla 4). Con respecto a 5% que se entrevistó telefónicamente, el acceso a la encuesta se dio bajo un consentimiento propuesto por la persona diagnosticada que asistía a consulta a modo de que se comunicase con su pareja, la cual permitió de forma voluntaria su participación validando con neutralidad el registro de datos; y con relación al 95% de los encuestados, se evidenció que asistían a consulta en calidad de acompañantes de su pareja con diagnóstico de ERC. Sin embargo, al análisis final se incluyó la información de 45 parejas debido a que éstas habían diligenciado en su totalidad la *"Escala de Resiliencia Wagnild y Young"* y las otras personas lo hicieron de manera incompleta, es decir, que 16 datos se catalogaron como perdidos.

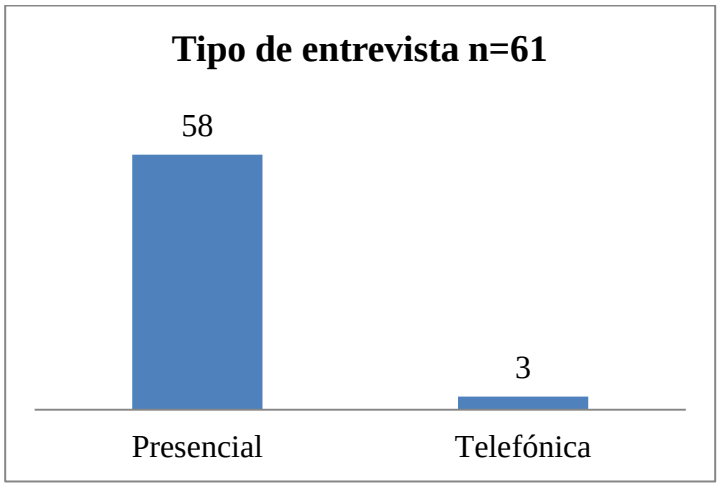


Gráfico 1: Vía de acceso tipo de entrevista.

Los rangos para el análisis estadístico de las variables sociodemográficas se establecieron con base al número menor y mayor que denotaba el orden caracterizado por el registro en la base de datos correspondiente, tal como se muestra en el Anexo 2 (Tablas 2 a 2.1).

Para establecer los rangos se estimaron fuentes de tipo informativo, cuya determinación contribuyó a una óptima distribución de los datos. De este modo, se

tuvo en cuenta que para las edades de las parejas encuestadas y las personas diagnosticadas con ERC la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f) como se cita en Nuñez (2004), se clasifica la adultez a partir de los 18 años hasta los 35 como adulto joven y de los 35 a los 59 como adulto maduro; por lo cual, el rango encontrado en la cantidad de participantes estuvo entre los 17 a 74 años, relacionando que a partir de los 60 años en adelante empieza el ciclo de la adultez mayor; así mismo, el resultado de la estratificación socioeconómica en Colombia según la clasificación de la vivienda o predios mencionados por el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE, s.f) demuestra que de 1 a 6, el estrato 1 y 2 son bajos, el 2 y 3 son medios, el 5 y 6 son altos.

En cuanto al nivel de escolaridad representado en el total de participantes se encontró un rango 1 a 17 años cursados, lo cual se relacionó que de 1 a 5 años se cursó la primaria, de 6 a 11 años el bachillerato y de 12 en adelante lo se han preparado desde estudios técnico, tecnológico y profesional, ésta última denominación implicó que se consolidara educación superior. Por su parte, el tiempo de relación demostró que los años de convivencia fuesen de 1 a 50 años, estimando que de 1 a 5 años en la etapa de convivencia inicial, de 6 a 9 están en una etapa intermedia y de 10 en adelante se han mantenido en etapa avanzada.

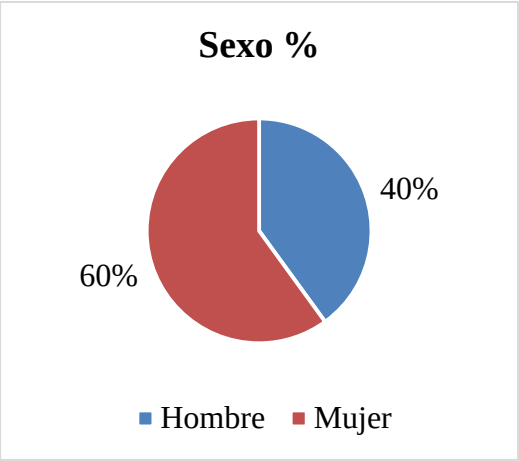
Por último, el rango de tiempo encontrado en la aparición y diagnóstico de la ERC conforme se representan los estadios crónicos 4 y 5 de la enfermedad (Borrero y Montero, 2003) fue de 9 meses a 25 años; lo cual, indicó necesario destacar la etapa crónica a partir de los 6 meses a los 5 años como la cronicidad inicial, de 6 a 10 años como la cronicidad intermedia y de 11 a 25 años la cronicidad avanzada.

La calificación de la escala global de los factores al ser una Escala tipo Likert de 1 a 7 se contempla una sumatoria que obtiene el nivel de resiliencia. En ese sentido, Wagnild (2010) confirma que el puntaje total equivale a la suma que va de 25 a 175 puntos, estableciendo rango de evaluación como se muestra en el Anexo 3 (Tablas 3 a 3.1).

Por otra parte, el rango de ítems por factor denotó la sumatoria de 175 puntos, según lo concebido por Pérez (2014), puede verse en el Anexo 3. Además, para definir los rangos por cada factor, se tuvo en cuenta el rango total de la prueba, ya que cada factor tiene una distribución conforme a la cantidad de ítems que alberga, como puede verse en Anexo 3.

Teniendo en cuenta los rangos anteriores, de los encuestados se encontró que el 60% fueron mujeres y el 40% hombres, como se muestra en el gráfico 2 con un promedio de edad de 52.5±13.4 años, además, la edad promedio de la pareja diagnosticada fue de 53±12.9 años indicando una muestra homogénea que posiciona tanto a hombres y mujeres en la adultez media (Nótese promedio de la edades en el Anexo 4, tabla 4.1).

Se evidencia en el gráfico 3 que los estratos socioeconómicos con mayor frecuencia fueron el 2-3, es decir, con un promedio del 51% que equivale a estrato Bajo y con un 33% que equivale a estrato Medio, mientras que lo que comprende el estrato Alto dio como resultado un 16%; y en cuanto a la escolaridad de los participantes se encontró que bachillerato es el nivel de estudios con mayor frecuencia (53%) a diferencia del 36% que se han inclinado por la educación superior y el 11% que cursaron primaria, como se muestra en el gráfico 4.



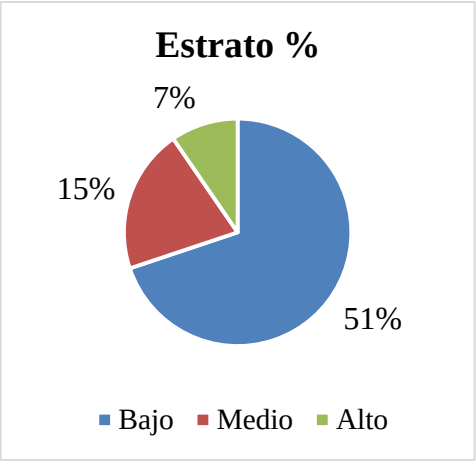


Gráfico 2: Sexo

Gráfico 3: Estrato

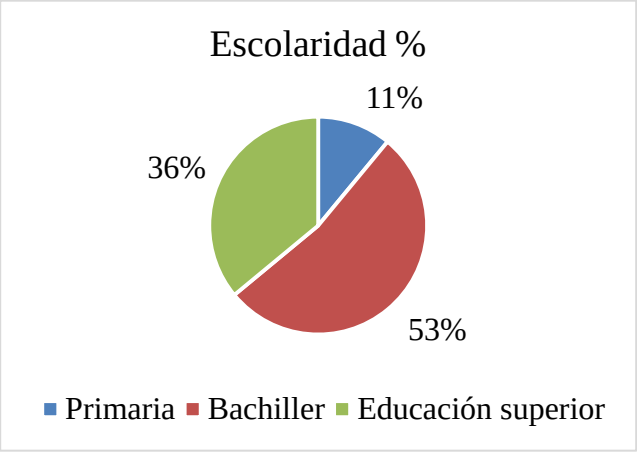


Gráfico 4: Escolaridad del participante

Con relación al tipo de unión marital, en el gráfico 5, se muestra que se encontró que el 67% eran casados y el 33% conviven con su pareja en unión libre, dichas uniones representan una muestra heterogénea razones por las cuales se componen de diferente naturaleza; como puede verse en el gráfico 6, los intervalos de tiempo que lleva la pareja reveló que de 1 a 5 años de relación el 15.6% (7 parejas) de la población está en una fase inicial de convivencia, de 6 a 10 años de relación el 6.7% (3 parejas) está en una fase intermedia de convivencia y de 11 años en adelante con una mayor frecuencia del 77.8% (35

parejas) permanece en una fase avanzada de convivencia en la relación, lo que incursiona a una etapa estable, madura y duradera que acude a la mayoría de parejas en unión matrimonial, nótese el estimado de porcentajes en el Anexo 4 (Tabla 4.1).

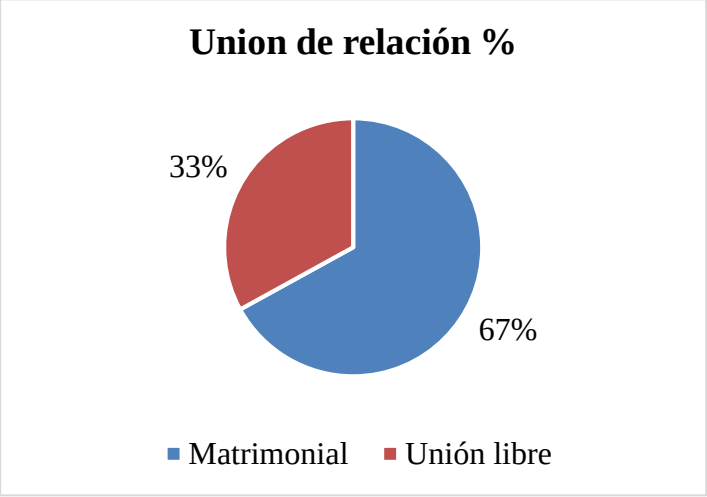


Gráfico 5: Unión de la relación

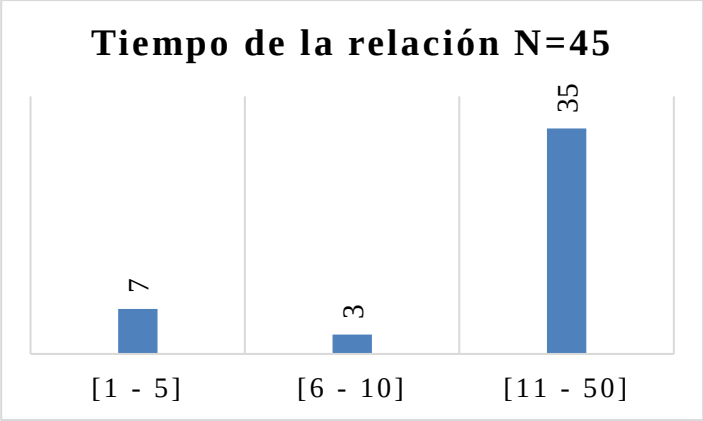
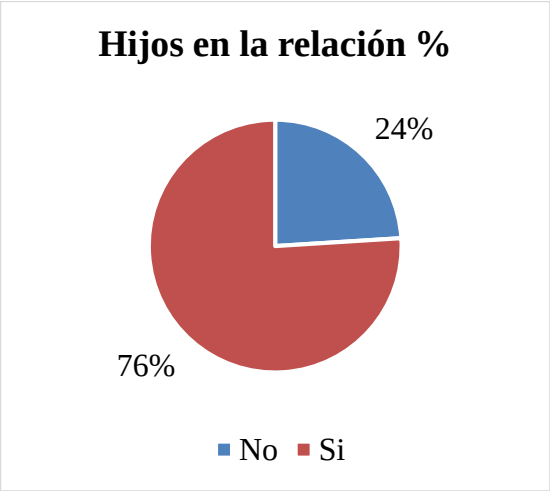


Gráfico 6: Tiempo de la relación

El porcentaje de parejas que no tienen hijos en la relación equivale al 24%, mientras que las parejas que tienen hijos en la relación equivale al 76% de la población, es decir, que aproximadamente 8 de cada 10 parejas tenían hijos en común, como se evidencia en el gráfico 7; por otro lado, el 22% reportaron tener antecedente de hospitalización durante el último mes y el 78% no estuvo

hospitalizado, nótese en el gráfico 8. Además, el gráfico 9, muestra que se encontró que al 60% se les había realizado un trasplante renal, y de acuerdo al protocolo interno de la Institución deben asistir a control mensual por nefrología, el 7% eran candidatos a trasplante incluidos en lista de espera; a su vez, de los tratamientos en los que se encontraban, el 20% recibían tratamiento de hemodiálisis y el 13% recibían tratamiento de diálisis peritoneal, lo cual según protocolo institucional, se encontraban en proceso de ser incluidos en lista de espera, completando entre los mismos el 33%.



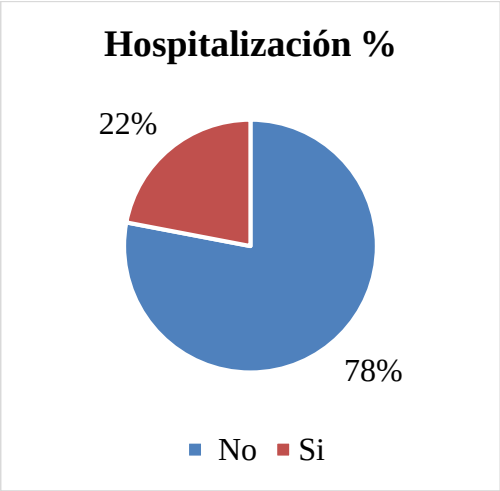


Gráfico 7: Hijos en la relación

Gráfico 8: Hospitalización último mes

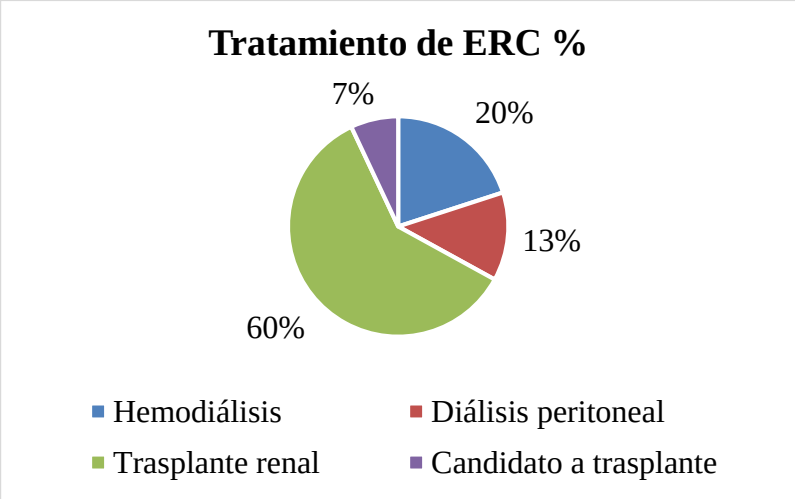


Gráfico 9: Tratamiento actual de la ERC

No obstante, el tiempo de la ERC de la pareja diagnosticada obtuvo una frecuencia en las personas que estaban en la etapa crónico avanzada de la misma, es decir, de 11 años en adelante con un resultado del 29%, así como el valor obtenido para las personas que atraviesan su etapa crónica intermedia a partir de 6 a 10 años con un resultado del 27%, y por último en la etapa crónica inicial alcanzaron un resultado del 44% a partir de 9 meses a 5 años.

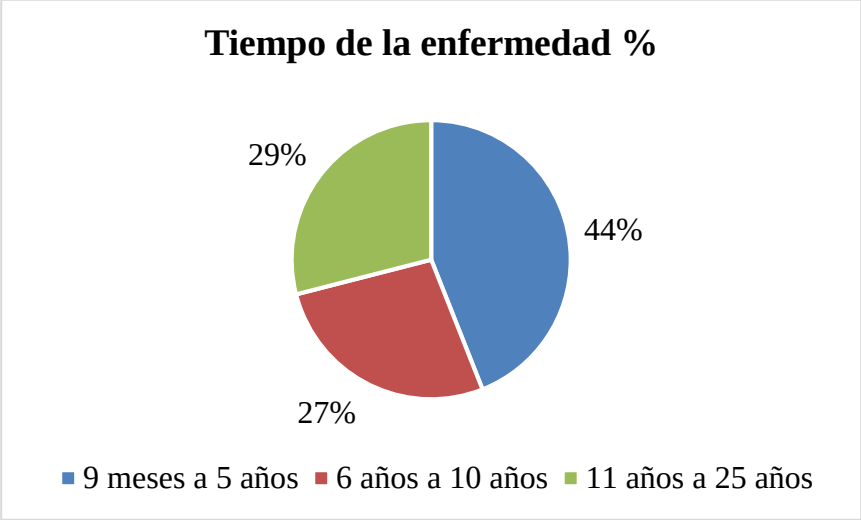


Gráfico 10: Tiempo de la ERC de la pareja diagnosticada

Los valores anteriormente descritos con base a las gráficas correspondientes son relacionados el anexo 4 (Tabla 4.1)

Resultados Nivel de Resiliencia

Posteriormente, se presentan los hallazgos del nivel de resiliencia con base a los factores resilientes de satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia en la pareja cuidadora de la persona con ERC, tal como se plantea en el primer objetivo de esta investigación.

En la totalidad de la escala de los factores se denotó un promedio de 144.8±18.9, como se muestra en la tabla 5, lo que representa que el nivel de resiliencia es

constantemente moderado y que ésta puede variar entre un puntaje de 126 puntos hasta 164 puntos, según este estudio esto puede resaltar que los participantes poseen un nivel de resiliencia con tendencia moderada o alta, pero no baja, por ende, se encuentra en un punto que equivale a una muestra homogénea la cual no dista de su numerosidad diversa.

Específicamente, en primea instancia, el factor de *Satisfacción personal* de acuerdo al resultado de los factores se encuentra que las personas podían obtener un puntaje mínimo de 22 y máximo de 27, en este ítem se obtuvo como resultado una mediana de 25 puntos cuyo rango es moderadamente alto donde se evaluó el aporte personal que puede sentir al cumplir el objetivo del logro; en la *Ecuanimidad* presentan un promedio de 22.27±3.69 lo que indica que éste valor varía entre 18.6 y 25.9 puntos siendo mínimo y máximo respectivamente, cuyo rango es moderadamente alto, midiendo la perspectiva equilibrada de la vida lo que le proporciona estabilidad emocional; en *Sentirse bien solo* una mediana de 19 como resultado de un puntaje mínimo 17 y máximo 20 puntos cuyo rango es alto, atribuido al valor personal comprendiendo que es único e importante; en *Confianza en sí mismo* una mediana de 40.47±5.96 cuyo rango es alto, lo que quiere decir que el resultado puede variar entre 34.6 puntos y 46.5 puntos, determinando la capacidad para creer en sí mismo y sus habilidades; y en *Perseverencia* un promedio de 40.04±5.62 demostrando que su valor está entre 34.5 puntos y 45.6 puntos, cuyo rango es alto, en búsqueda de la constante autodisciplina, persistiendo en la crisis con el fin de mantener el anhelo por lograr las cosas, lo anterior se evidencia en la tabla 5. De esta manera, se encuentra que los participantes de este estudio, en los factores Satisfacción personal y Ecuanimidad presentaron un nivel de resiliencia moderadamente alto, mientras que los factores Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo y Perseverancia presentaron un nivel de resiliencia alto.

En cada ítem la opción de respuesta dentro de la escala likert es de 1 a 7 puntos y los participantes de este estudio marcaron de 5 a 7 puntos, lo que obedece a estar “de acuerdo” con las afirmaciones. Al evaluar los factores de

resiliencia, se encontró que la *satisfacción personal*, *sentirse bien solo*, *ecuanimidad*, *confianza en sí mismo* y *perseverancia* presentó un rango con tendencia Alta dentro de los puntajes establecidos. En la escala total (25-175 puntos), teniendo en cuenta que si se supera o se iguala a 147 se considera alta. El promedio de las parejas cuidadoras de personas con ERC presentaron una resiliencia moderada con desviación de 19 puntos, y su resultado fue 144.8; como se ve reflejado en la tabla 5.

Tabla 5.

Frecuencia de la puntuación por cada pregunta según los factores de resiliencia.

	Pregunta	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Factores	Escala total
Satisfacción personal	Por lo general encuentro algo de que reírme.	2 (4%)	3(7%)	40 (89%)		
	Mi vida tiene significado.	1 (2.2%)	3(7%)	41 (91.1%)	Mediana (RIQ)	
	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	8 (17.8%)	3(7%)	34 (75.6%)	25 (22-27)	
	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	2 (4.4%)	4 (8.9%)	39 (86.7%)		
	Usualmente veo las cosas a largo plazo.	7 (15.6%)	2 (4.4%)	36 (80%)		
Ecuanimidad	Soy amigo de mi mismo.	2 (4.4%)	3(7%)	40 (88.9%)	Media±SD 22.27±3.69	
	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	8 (17.8%)	4 (8.9%)	33 (73.3%)		
	Tomo las cosas uno por uno.	4 (8.9%)	5 (11.1%)	36 (80%)		
Sentirse bien solo	Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	0 (0.0%)	2 (4.4%)	43 (95.6%)		
	Dependo más de mí mismo que de otras personas.	4 (8.9%)	5 (11.1%)	36 (80%)	Mediana (RIQ)	Media±SD
	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	0 (0.0%)	5 (11.1%)	40 (88.9%)	19 (17-20)	144.8±18.9
	Puedo estar solo, si tengo que hacerlo.	4 (8.9%)	7 (15.6%)	34 (75.6%)		
	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	10 (22.2%)	2 (4.4%)	33 (73.3%)		
Confianza en sí mismo	Soy decidido (a).	4 (8.9%)	3(7%)	38 (84.4%)	Media±SD 40.47±5.96	
	Puedo enfrentar las dificultades porque he experimentado anteriormente.	3 (6.7%)	4 (8.9%)	38 (84.4%)		
	En una emergencia soy un apersona en quien se puede confiar.	2 (4.4%)	4 (8.9%)	39 (86.7%)		
	El creer en mí mismo me permite atravesar tiempo difíciles.	2 (4.4%)	4 (8.9%)	39 (86.7%)		
Perseverancia	Acepto que hay personas a las que no les agrado.	4 (8.9%)	6 (13.3%)	35 (77.8%)		
	Cuando planeo algo, lo realizo.	5 (11.1%)	1 (2.2%)	39 (86.7%)		
	Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	3 (6.7%)	5 (11.1%)	37 (82.2%)		
	Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1 (2.2%)	2 (4.4%)	42 (93.3%)		

Tengo autodisciplina.	1 (2.2%)	3(7%)	41 (91.1%)	Media±SD 40.04±5.62
Me mantengo interesado en las cosas	1 (2.2%)	2 (4.4%)	42 (93.3%)	
Algunas veces me obligo hacer cosas, aunque no quiera.	16 (35.6%)	5 (11.1%)	24 (53.3%)	
Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro la salida.	2 (4.4%)	5 (11.1%)	38 (84.4%)	

Con base a los resultados, el total de la escala permitió conocer la tendencia que tienen los participantes en ser resilientes, estando de acuerdo con la mayoría de las afirmaciones de cada ítem. Siendo así, el resultado de 144.8 explica la razón de aquellos que se sintieron resilientes, en su mayoría dicha característica se pudo ver en los factores *Confianza en sí mismo* y *Perseverancia*.

Resultados Resiliencia con relación a variables sociodemográficas

En segundo lugar, se describe los factores resilientes con relación a algunas de las variables sociodemográficas de los participantes, tal como lo plantea el segundo objetivo específico de esta investigación.

Variable Sexo

Para la variable *Sexo*, los hombres obtuvieron una puntuación de 146.3 ± 12.5 y se puede marcar que la resiliencia oscila entre 133.8 y 158.9 puntos, mientas que en las mujeres, la puntuación fue de 143.7 ± 22.4 y misma oscila entre 121.3 y 166.1 puntos, es decir, que presentaron una *moderada* resiliencia debido a que no superaron los 147 puntos requeridos para ser considerada alta en la escala total, y en cada factor resiliente su rango de puntuación fue alto o moderadamente alto basándose en la tabla de clasificación de rangos (ver Anexo 3), con una calificación de 25 puntos cada uno de los sexos en el factor *satisfacción personal* con rango *alto,* cuyo nivel de significancia fue del 0.19; el

valor 22.5 ± 3.1 puntos para hombres equivale a la variación entre 19.4 y 25.6 puntos, y el valor 22.1 ± 4 con una fluctuación entre 18 y 26.2 puntos ambos con un rango *moderadamente alto* para el factor *Ecuanimidad,* y con un nivel de significancia de 0.73; el valor de 18.5 en hombres y 19 puntos en mujeres con rango *alto* en el factor *sentirse bien solo,* cuyo nivel de significancia fue del 0.76; en el factor *confianza en sí mismo* en hombres la puntuación fue de 39.9 ± 5, es decir un mínimo de 34.9 y un máximo de variación de 44.9 puntos y en las mujeres un puntaje de 40.9 ± 6.6 que indica que puede oscilar entre 34.3 y 47.5 puntos ambos con rango *alto*, y con un nivel de significancia de 0.53; como último factor se tomó la *perseverancia* con una puntuación en hombres de 40.7 ± 4.3 con un significado de variación entre 36.4 y 45 puntos con rango *alto*, por tanto, en mujeres un valor de 36.6 ± 6.4 con un intervalo entre 30.2 y 43 puntos con rango moderadamente alto, con un nivel de significancia de 0.51. En este sentido, se puede decir que para todos los factores como satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza y perseverancia el nivel de significancia es mayor que 0,05.

Una vez especificado los valores resultantes en el presente estudio se puede apreciar que todos estos coinciden en una posición medianamente alta o alta con base a la tabla indicada con rangos de puntuación anteriormente mencionados.

Variable edad del participante

En la edad del participante, la adultez temprana la resiliencia en la escala total dio como resultado 132.3 ± 19 siendo ésta *moderada* y oscilando entre 113.3 y 151.3 puntos; por otro lado, aquellos que se encontraban en la adultez media presentaron una *alta* resiliencia debido que el valor total entre las edades de 36 a 59 años dio como resultado 151.5 ± 17.3 lo cual superó los 147 puntos, oscilando entre 134.2 y 168. 8 puntos; a su vez, para la adultez mayor el puntaje fue 139.7 ± 18.2 considerado como resiliencia *moderada*, cuyo valor puede variar entre 121.5

y 157.9 puntos. No obstante, la puntuación de rango por cada factor en la adultez temprana se tiene como resultado 22 puntos para el factor *satisfacción personal* con un rango *moderadamente alto*; para la adultez media el resultado fue de 25 puntos y denota un rango *alto*; en la adultez mayor, se obtuvo 24 puntos con un rango *alto*, en este factor el nivel de significancia es de 0.06. En cuanto al factor *Ecuanimidad* la adultez temprana dio como resultado 19.5 ± 3.02 lo cual puede variar entre 16.48 y 22.52 puntos con un rango *moderadamente bajo*; en la adultez media el resultado fue de 23.3 ± 3.52 valor que varía entre 19.78 y 26.82 puntos con un rango *alto*; en la adultez mayor el puntaje es de 21.8 ± 3.71 oscilando entre 18.09 y 25.51 puntos con un rango *moderadamente alto* y con un nivel de significancia de 0.06. Para el factor *sentirse bien solo* en la adultez temprana se obtuvo un resultado del 17.5 puntos con un rango *moderadamente alto*; en la adultez media un valor de 20 puntos con un rango *muy alto*; y para la adultez mayor 18.5 puntos con un rango *alto*, éste factor con significancia de 0.06. Para el factor *confianza en sí mismo* en la adultez temprana se obtuvo un valor de 37.8 ± 4.7 oscilando entre 33.1 y 42.5 puntos con un rango *moderadamente alto*; en la adultez media su resultado fue 43.9 ± 5.2 valor que se mueve entre 38.7 y 49.1 puntos con un rango *alto*; en la adultez mayor su puntuación fue 37.7 ± 5.9 oscilando entre 31.8 y 43.6 puntos con rango *moderadamente alto*, en relación a un nivel de significancia 0.01. Por último, el factor *perseverancia* en la adultez temprana obtuvo 36.8 ± 7.1 valor que se mueve entre 29. 7 y 43.9 puntos con un rango *moderadamente alto*; en la adultez media el resultado fue de 41.3 ± 5.2 oscilando entre 36.1 y 46.5 puntos con rango *alto*; y en la adultez mayor fue de 39.4 ± 5.4 valor que se mueve entre 34 y 44.8 puntos con un rango *alto*, con un nivel de significancia de 0.17. Por tanto, las personas que están en la adultez media representan un valor elevado del nivel de resiliencia. A su vez, se puede inferir que los factores satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo y perseverancia el nivel de significancia es mayor que 0,05 a diferencia del factor confianza en sí mismo ya que el nivel de significancia es menor al 0.05.

Una vez especificado los valores resultantes en el presente estudio se puede apreciar que todos estos coinciden en una posición medianamente alta o alta con base a la tabla indicada con rangos de puntuación anteriormente mencionados.

Variable Estrato Socioeconómico

Los estratos socioeconómicos en la escala total, obtuvieron como resultado en el estrato bajo 145.5 ± 17 con resiliencia *moderada*, valor que varía entre 128.5 y 162. 5 puntos; en el estrato medio se obtuvo 145.7 ± 15.9 con resiliencia *moderada*, oscilando entre 129. 8 y 161.6 puntos; y en el estrato alto el resultado fue de 140.3 ± 31 cuya resiliencia fue *moderada* variando dicho valor entre 109.3 y 171.3 puntos. Así mismo, el rango por cada factor denotó que para el factor *satisfacción personal* en el estrato bajo el resultado fue de 25 puntos con un rango *alto*, en el estrato medio se encontraron 25 puntos con un rango *alto*, y en el estrato alto el resultado fue de 24 puntos, rango que también se denominó *alto*, con un nivel de significancia del 0.37; para el factor *ecuanimidad* el resultado en el estrato bajo fue de 21.9 ± 3.7 valor que oscila entre 18.2 y 25.6 puntos con un rango *moderadamente alto*; en el estrato medio el puntaje fue de 22.5 ± 3.2 variando entre 19.3 y 25.7 puntos con un rango *moderadamente alto*; y en el estrato alto se obtuvo 22.9 ± 4.9 valor que oscila entre 19 y 27.8 puntos con un rango *moderadamente alto*, con un nivel de significancia del 0.8; para el factor *sentirse bien solo* en el estrato bajo se encontró 19 puntos con un rango *alto*, en el estrato medio se obtuvo 18 puntos con un rango *alto*, en el estrato alto la puntuación fue de 19 con un rango *alto*, con un nivel de significancia del 0.92; para el factor *confianza en sí mismo* se obtuvo como resultado en el estrato bajo 40.3 ± 5.7 valor que oscila entre 34.6 y 46 puntos con un rango *alto*, en el estrato medio el resultado fue de 41.6 ± 4.8 variando entre 36.8 y 46.4 puntos con un rango *alto*, en el estrato alto se encontró 38.4 ± 9 valor que está entre 29.4 y 47.4 puntos con un rango *alto*, cuyo nivel de significancia es del 0.51; para el factor *perseverancia* el resultado en el estrato bajo fue de 40.2 ± 5.3 valor que oscila entre 34.9 y 45.5

puntos con un rango *alto*, en el estrato medio se obtuvo 40.5 ± 3.8 puntuación que varía entre 36.7 y 44.3 puntos con un rango *alto*, y en el estrato alto se encontró 38.6 ± 9.6 oscilando entre 29 y 48.2 puntos con un rango *alto*, el nivel de significancia fue del 0.75. Con base a ello, se puede decir todos los factores satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia el nivel de significancia es mayor que 0,05.

Una vez especificado los valores resultantes en el presente estudio se puede apreciar que todos estos coinciden en una posición alta con base a la tabla indicada con rangos de puntuación anteriormente mencionados.

Variable Escolaridad

El nivel de escolaridad obtenido en la escala total, denotó un resultado en primaria de134.8 ± 17.8 oscilando entre 117 y 152.6 puntos, indicando que la resiliencia es *moderada*; en cuanto a la etapa de bachiller dio como resultado 145.4 ± 19.5 valor que está entre 125.9 y 164.9 puntos con resiliencia *moderada*; y en la educación superior el valor es de 146.9 ± 18.5 oscilando entre 128.4 y 165.4 puntos lo que deduce a una resiliencia *moderada*. En cuanto al rango por cada factor se encontró que el nivel primaria en el factor *satisfacción personal* obtuvo 26 puntos con un rango *muy alto*, el nivel bachiller tuvo 24 puntos con un rango *alto*, y el nivel de educación superior alcanzó 25 puntos con un rango *alto*, su nivel de significancia fue de 0.72; para el factor *ecuanimidad* en el nivel primaria la puntuación fue de 20.8 ± 4.6 valor que oscila entre 16.2 y 25.4 puntos con un rango *moderadamente alto*, en el nivel bachiller se encontró el 22.3 ± 3.7 variando entre 18.6 y 26 puntos con un rango *moderadamente alto*, en el nivel educación superior fue de 22.6 ± 3.5 oscilando entre 19.1 y 26.1 puntos con un rango *moderadamente alto* y un nivel de significancia del 0.63; para el factor *sentirse bien solo* en el nivel primaria se obtuvo como resultado 16 puntos con un rango *moderadamente alto*, en el nivel bachiller fue de 19.5 puntos con un rango *alto*, y

en el nivel de educación superior fue de 19 puntos lo cual indica un rango *alto*, con un nivel de significancia del 0.21; para el factor *confianza en sí mismo* en el nivel primaria resultó el 35.2 ± 5.9 valor que se mueve entre 23.3 y 38.1 puntos con un rango *moderadamente alto*, en el nivel bachiller fue de 40.7 ± 6.1 oscilando entre 34.6 y 46.8 puntos con un rango *alto*, y en el nivel bachiller un valor de 41.7 ± 5.2 variando entre 36.5 y 46.9 puntos con un rango *alto*, cuyo nivel de significancia es del 0.1; por último, para el factor *perseverancia* el resultado en el nivel primaria fue de 38.4 ± 5 valor que se mueve entre 33.4 y 43.4 puntos con un rango *alto*, en el nivel bachiller se encontró 40.5 ± 5.5 oscilando entre 35 y 46 puntos con un rango *alto*, y en el nivel de educación superior fue de 39.8 ± 6.1 moviéndose entre 33.7 y 45.9 puntos con un rango *alto*, y su nivel de significancia fue del 0.73. Es por eso, que para los factores satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia el nivel de significancia fue mayor a 0.05

Variable Tratamiento de la ERC

En la escala total de resiliencia el tratamiento actual de la ERC de la pareja diagnosticada obtuvo los siguientes resultados: en la Tx Hemodiálisis 148.7 ± 12.9 oscilando entre 135.8 y 161.6 puntos indicando resiliencia *alta*; a su vez, en el Tx de Diálisis peritoneal el resultado fue de 150.3 ± 16.6 variando entre 133.7 y 166.9 puntos con una resiliencia *alta*; en el tratamiento del Tx renal se encontró 141.4 ± 21.6 valor que se mueve entre 119. 8 y 163 puntos con resiliencia *alta* y por último, en el estado de candidato a trasplante fue de 152.3 ± 7.6 oscilando entre 144.7 y 159.9 puntos con una resiliencia *alta*, lo cual supera los 147 puntos estimados en los rangos.

En cuanto a los rangos por cada factor, los resultados para el tratamiento de Hemodiálisis fue de 25 puntos en el factor *satisfacción personal* con un rango *alto*, en el tratamiento de Diálisis peritoneal el resultado fue de 24.5 puntos con un rango *alto*, en el tratamiento de Tx renal el puntaje fue de 24 con un rango *alto*, y

en el proceso de candidato a trasplante fue de 25 puntos con rango *alto* y su nivel de significancia fue del 0.74; para el factor *ecuanimidad* en el tratamiento de Hemodialisis el valor que se obtuvo fue de 22.8 ± 2.7 oscilando entre 20.1 y 25.5 puntos con un rango *moderadamente alto*, en el tratamiento de Diálisis peritoneal fue del 22 ± 3.8 valor que se mueve entre 18.2 y 25.8 puntos con un rango *moderadamente alto*, en el tratamiento de Tx renal se evidencia un resultado de 22.1 ± 4.1 oscilando entre 18 y 26.2 puntos en el que su rango es *moderadamente alto*, y en los candidatos a Tx renal el resultado obtenido fue de 22.3 ± 3.2 valor que se mueve entre el 19.1 y 25.5 puntos con un rango *moderadamente alto*, y su rango de significancia es de 0.97; para el factor *sentirse bien solo* en el tratamiento de Hemodialisis se encontró 18 puntos con un rango *alto*, en el tratamiento de Dialisis peritoneal fue de 19.5 con un rango *alto*, en el tratamiento de Tx renal fue de 19 puntos con un rango *alto*, y por último, en ser candidatos a trasplante el valor fue de 19 puntos con un rango *alto*, cuyo nivel de significancia fue del 0.94; para el factor *confianza en sí mismo* en el tratamiento de Hemodiálisis el resultado fue de 41.3 ± 5 oscilando entre 36.3 y 46.3 puntos con un rango *alto*, en el tratamiento de Diálisis peritoneal fue de 43.5 ± 3.8 valor que se mueve entre 39.7 y 47.3 puntos con un rango *alto*, en el tratamiento de Tx renal el resultado obtuvo 39.3 ± 6.7 variando entre el 32.6 y 46 puntos con un rango *alto*, y por último, en el candidato a Tx renal el valor fue de 42.7 ± 2.1 el cual osciló entre el 40.6 y 44.8 puntos con un rango *alto*, y cuyo nivel de significancia fue del 0.36; finalmente, para el factor *perseverancia* en el tratamiento de Hemodiálisis se obtuvo un valor de 41.2 ± 2.9 oscilando entre 38.3 y 44.1 puntos con un rango *alto*, en el tratamiento de Dialisis peritoneal fue de 41.7 ± 5.9 valor que se mueve entre el 35.8 y 47.6 puntos con un rango *alto*, en el tratamiento de Tx renal se obtuvo 38.9 ± 6.2 oscilando entre 32.7 y 45.1 puntos con un rango *alto*, en el proceso de candidato a Tx renal fue de 43.3 ± 4.5 encontrando una variación entre 38.8 y 47.8 puntos con un rango *alto*, y cuyo nivel de significancia fue del 0.4. En ese sentido, los factores satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia superan el nivel de significancia mayor a 0.05.

Variable Tiempo de la ERC

En la escala total de la variable tiempo de la ERC para la etapa crónica inicial se encontraron 150.2 ± 14.5 oscilando entre 135.7 y 164.7 puntos lo que indica resiliencia *alta*, en la etapa crónica intermedia se obtuvo 142.2 ± 20.3 variando entre 121.9 y 162.5 puntos lo que equivale a una resiliencia *moderada*, y en la etapa crónico avanzada el resultado fue de 138.7 ± 22.5 valor que se mueve entre 116.2 y 161.2 puntos lo que refiere una resiliencia *moderada*. Posterior a ello, los rangos por cada factor se relacionaron así: en la etapa crónico inicial para el factor *satisfacción personal* se obtuvieron 25 puntos con un rango *alto*, en la etapa crónica intermedia su resultado fue de 25 puntos con un rango *alto*, y en la etapa crónica avanzada fue de 22 puntos con un rango *moderadamente alto*, el nivel de significancia fue del 0.16; para el factor *ecuanimidad* en la etapa crónica inicial fue de 22.8 ± 3.3 oscilando entre 19.5 y 26, 1 puntos con un rango *moderadamente alto*, en la etapa crónica intermedia el resultado fue de 22.1 ± 3.8 valor que se mueve entre 18.3 y 25.9 puntos con un rango *moderadamente alto*, y en la etapa crónica avanzada el resultado fue de 21.5 ± 4.3 oscilando entre 17.2 y 25.8 puntos con un rango *moderadamente alto* y cuyo nivel de significancia fue del 0.6; para el factor *sentirse bien solo* en la etapa crónica inicial el valor fue de 19 puntos con un rango *alto*, en la etapa crónico intermedia fue de 18 puntos con un rango *alto*, en la etapa crónico avanzada fue de 18 puntos con un rango *alto*, y en el que su nivel de significancia fue del 0.45; para el factor *confianza en sí mismo* en la etapa crónico inicial el resultado obtenido es 42.6 ± 4.3 valor que se mueve entre 38.3 y 46.9 puntos con un rango *alto*, en la etapa crónico intermedia el resultado fue 38.7 ± 7.8 oscilando entre 30.9 y 46.5 puntos con un rango *alto*, y en la etapa crónico avanzada se obtuvo 38.8 ± 6.3 variando entre 32.5 y 45.1 puntos con un rango *alto*, su nivel de significancia fue del 0.09; por último, para el factor *perseverancia* en la etapa crónica inicial se encontró 41.3 ± 4.7 oscilando entre 36.6 y 46 puntos con un rango *alto*, en la etapa intermedia el valor fue de 39.4 ± 5.7 variando entre 33.7 y 45.1 puntos con un rango *alto*, y en la etapa avanzada el resultado obtenido

fue 38.7 ± 6.8 oscilando entre 31.9 y 45.5 puntos con un rango *alto*, en el nivel de significancia se encontró que fue del 0.39. Lo anterior indica que para los factores satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia el nivel de significancia es mayor al 0.05.

Variable Hospitalización en el último mes

En la escala total de la variable hospitalizados en el último mes, se encontró que quienes dijeron No su resultado fue de 144.9 ± 20.7 valor que varía entre 124.2 y 165.6 puntos con resiliencia moderada, y para aquellos que afirmaron que Sí el resultado fue de 147.1 ± 11.4 oscilando entre 135.7 y 158.5 puntos lo que indica una resiliencia alta, puesto que se posiciona en los 147 puntos estimados en la tabla de rangos. Teniendo en cuenta el rango por cada factor, se encontró que en el factor *satisfacción personal* para aquellos que respondieron que No se encontraron 25 puntos con un rango moderadamente alto, y para aquellos que respondieron que Sí se encontraron 25 puntos con un rango moderadamente alto, indicando que su nivel de significancia es del 0.81; para el factor *ecuanimidad* el resultado de los que respondieron que No fue de 22.1 ± 4 valor que oscila entre 18.1 y 26.1 con un rango moderadamente alto y aquellos que respondieron que Sí el resultado fue de 22.7 ± 2.4 variando entre 20.3 y 25.1 puntos con un rango moderadamente alto, cuyo nivel de significancia es del 0.68; para el factor *sentirse bien solo* el resultado de los que contestaron No es de 19 puntos lo que indica un rango alto y los que contestaron que Sí su resultado fue de 19 puntos con un rango alto y con un nivel de significancia del 0.92; para el factor *confianza en sí mismo* el resultado obtenido de los que respondieron que No fue de 40.1 ± 6.5 oscilando entre 33.6 y 46,6 puntos con un rango alto, y los que respondieron que Sí se encontró un resultado de 41.6 ± 3.4 valor que se mueve entre 38.2 y 45 puntos con un rango alto, en el nivel de significancia se tiene que es del 0.5; por último, el factor *perseverancia* en los que respondieron que No se encontró un

resultado de 40.03 ± 6.1 valor que varía entre 33.93 y 46.13 puntos con un rango alto, y aquellos que respondieron que Sí el resultado fue de 40.1 ± 3.75 variando entre 36.35 y 43.85 puntos con un rango alto y cuyo nivel de significancia fue del 0.96.

Por su parte, los factores satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia tienen un nivel de significancia mayor al 0.05.

No obstante, los estratos bajo y medio demostraron por igualdad de condiciones mayor frecuencia entorno a su capacidad resiliente; el nivel de escolaridad demostró que los años cursados en primaria obtienen más adaptación y tienen tendencia a cursar bachillerato para posiblemente encaminar su vida profesional; el tipo de pareja concibe un elevado resultado de las costumbres y vivencias compartidas que exponen a las parejas heterosexuales con diferencias complementarias; por tanto, el rango para cada factor fue alto. Los que tenían una adultez temprana y mayor tuvieron una baja resiliencia en la escala total y en cada factor un rango moderadamente alto y alto respectivamente. En ningún estrato socioeconómico se encontró un nivel de resiliencia alto y en casi todos los estratos los factores de resiliencia tuvieron un rango alto, excepto en ecuanimidad para el estrato bajo cuyo rango fue moderadamente alto (ver Tabla 6)

Tabla 6.

Factores resilientes respecto a las variables sociodemográficas y a las características de la relación de pareja.

Factores Resilientes	**Satisfacción Personal**	**Ecuanimidad**	**Sentirse bien solo**	**Confianza en sí mismo**	**Perseverancia**	**Escala total**
Variable	Mediana (RIQ)	Media±SD	Mediana (RIQ)	Media±SD	Media±SD	Media±SD
Sexo						
Hombre	25(24-27)	22.5 ± 3.1	18.5 (17-20)	39.9 ± 5	40.7 ± 4.3	146.3 ±
Mujer	25(24-27)	22.1 ± 4.1	19 (17-20)	40.9 ± 6.6	39.6 ± 6.4	12.5

P valor	0.19	0.73	0.76	0.53	0.51	143.7 ± 22.4 0.62
Edad del participante	22 (22-23)	19.5 ± 3.02	17.5 (13-19)	37.8 ± 4.7	36.8 ± 7.1	132.3 ± 19
[18 - 35]	25 (24-28)	23.3 ± 3.52	20 (17-21)	43.9 ± 5.2	41.3 ± 5.2	151.5 ± 17.3
[36 - 59]	24 (20.5-25.5)	21.8 ± 3.71	18.5 (16-20)	37.7 ± 5.9	39.4 ± 5.4	139.7 ± 18.2
[60 - 74]	0.06	0.06	0.06	0.01	0.17	0.03
P valor						
Estrato						
Bajo	25 (22-27)	21.9 ± 3.7	19 (17-20)	40.3 ± 5.7	40.2 ± 5.3	145.5 ± 17
Medio	25 (20-26)	22.5 ± 3.2	18 (17-20)	41.6 ± 4.8	40.5 ± 3.8	145.7 ± 15.9
Alto	24 (17-28)	22.9 ± 4.9	19 (13-21)	38.4 ± 9	38.6 ± 9.6	140.3 ± 31
P valor	0.37	0.8	0.92	0.51	0.75	0.8
Escolaridad						
Primaria	26 (21-27)	20.8 ± 4.6	16 (15-18)	35.2 ± 5.9	38.4 ± 5	134.8 ± 17.8
Bachiller	24 (20.5-27.5)	22.3 ± 3.7	19.5 (17-20)	40.7 ± 6.1	40.5 ± 5.5	145.4 ± 19.5
Educación superior	25 (23.5-26)	22.6 ± 3.5	19 (17.5-20)	41.7 ± 5.2	39.8 ± 6.1	146.9 ± 18.5
P valor	0.72	0.63	0.21	0.1	0.73	0.46
Tipo de pareja						
Heterosexual	25 (22-27)	22.3 ± 3.7	19 (17-20)	40.5 ± 6	40 ± 5.6	144.8 ± 18.9
Unión de la relación	24.5 (21-26)	22.6 ± 3.5	19 (17-20)	40.2 ± 5.8	39.9 ± 5.3	144.5 ± 18.6
Matrimonial	25 (22-28)	21.5 ± 4	18 (16-20)	40.9 ± 6.5	40.3 ± 6.4	145.2 ± 20.3
Unión libre	0.25	0.35	0.56	0.71	0.81	0.91
P valor						
Tiempo de la relación	22 (22-28)	20.4 ± 4.3	17 (13-19)	39.9 ± 5.4	36.6 ± 6.9	136.7 ± 21.5
[1 - 5]	23 (15-28)	22 ± 5.2	18 (16-21)	40.3 ± 7.6	41.7 ± 5.5	144.3 ± 26.1
[6 - 10]	25 (21-27)	22.7 ± 3.4	19 (17-20)	40.6 ± 6.1	40.6 ± 5.2	146.4 ± 18.1
[11 - 50]	0.84	0.35	0.2	0.96	0.2	0.48
P valor						
Hijos en la relación	25 (22-28)	21.8 ± 4.6	18 (16-20)	40.6 ± 6.1	40.2 ± 6.7	144 ± 22.6
No	25 (21-26)	22.4 ± 3.4	19 (17-20)	40.4 ± 6	40 ± 5.3	145 ± 18
Si	0.64	0.65	0.3	0.91	0.93	0.88

P valor						
Tratamiento de ERC	25 (23-26)	22.8 ± 2.7	18 (18-20)	41.3 ± 5	41.2 ± 2.9	148.7 ± 12.9
Hemodiálisis	24.5 (22-28)	22 ± 3.8	19.5 (17-21)	43.5 ± 3.8	41.7 ± 5.9	150.3 ± 16.6
Diálisis peritoneal	24 (20-27)	22.1 ± 4.1	19 (16-20)	39.3 ± 6.7	38.9 ± 6.2	141.4 ± 21.6
Trasplante renal	25 (25-26)	22.3 ± 3.2	19 (18-19)	42.7 ± 2.1	43.3 ± 4.5	152.3 ± 7.6
Candidato a trasplante	0.74	0.97	0.94	0.36	0.4	0.54
P valor						
Tiempo de la enfermedad						
9 meses a 5 años	25 (22.5-27.5)	22.8 ± 3.3	19 (17.5-20)	42.6 ± 4.3	41.3 ± 4.7	150.2 ± 14.5
6 años a 10 años	25 (22.5-26.5)	22.1 ± 3.8	18 (16.5-20.5)	38.7 ± 7.8	39.4 ± 5.7	142.2 ± 20.3
11 años a 25 años	22 (20-25)	21.5 ± 4.3	18 (17-20)	38.8 ± 6.3	38.7 ± 6.8	138.7 ± 22.5
P valor	0.16	0.6	0.45	0.09	0.39	0.2
Hospitalización						
No	25 (21-27)	22.1 ± 4	19 (17-20)	40.1 ± 6.5	40.03 ± 6.1	144.9 ± 20.7
Si	25 (22-26)	22.7 ± 2.4	19 (18-20)	41.6 ± 3.4	40.1 ± 3.75	147.1 ± 11.4
P valor	0.81	0.68	0.92	0.5	0.96	0.66

Resultados nivel de resiliencia con relación a características de la relación de pareja

Como se vio en la tabla 6, se analizan los factores resilientes presentes en la pareja de acuerdo a las características de la relación de pareja, como se propone en el tercer objetivo específico de esta investigación.

Variable tipo de pareja

En la escala total, el valor es de 144.8 ± 18.9 lo que equivale a que la resiliencia oscila entre 126 y 164 puntos, considerándola una resiliencia *moderada*. En las características de la relación de pareja, la variable *tipo de pareja* es de 25 puntos con un rango *moderadamente alto* al igual que para el factor *satisfacción personal* y equivalente al tipo de parejas heterosexuales donde se puso como condición que no necesariamente podía ser de esta preferencia, sino también, homosexual, dejando dicha opción abierta en caso de presentarse; para el factor *Ecuanimidad* el valor de resultado fue 22.3 ± 3.7 el cual puede variar entre 18.6 y 26 puntos calificado como *moderadamente alto*; para el *factor sentirse bien solo* se obtuvo 19 puntos lo que responde a un rango *alto*; el factor *confianza* representado por el valor 40.5 ± 6 número que puede ubicarse entre 34.5 y 46.5 puntos posicionándose en un rango *alto*; y por último, el factor *perseverancia* la puntuación es de 40 ± 5.6 lo que indica que puede cambiar a un valor mínimo de 34.4 hasta un valor de 45.6 puntos con un rango *alto*. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede ver que al encontrar una cantidad mayoritaria de participantes heterosexuales se da por entendido que esta correlación no es susceptible de analizar en cada factor, debido a que las correlaciones de acuerdo al nivel de significancia tampoco son susceptibles de analizar. La totalidad de parejas heterosexuales según estos resultados tienen una capacidad de afrontamiento para mantener el proceso de adaptación frente a la crisis de la ERC de la pareja diagnosticada.

Variable Unión de la relación

Para la puntuación en la escala total en parejas de relación matrimonial el resultado es de 144.5 ± 18.6 valor que puede variar entre 125.9 y 163.1 puntos y un valor 145.2 ± 20.3 en parejas de unión libre el cual puede moverse entre 124.9 y 165.5 puntos con una resiliencia *moderada* en los dos tipos de unión. Los resultados generados para cada factor son: en el factor *satisfacción personal* para

parejas con relación matrimonial presenta 24.5 puntos y la relación de unión libre con 25 puntos en el rango ambos calificados como *altos*, con un nivel de significancia del 0.25; en el factor *ecuanimidad* parejas matrimoniales tienen 22.6 ± 3.5 lo cual indica que este valor se puede mover entre 19.1 y 26.1 puntos denotando que se posiciona en un nivel de rango *muy alto*, en las parejas con unión libre obtuvo una puntuación de 21.5 ± 4 es decir, este valor puede variar entre 17.5 y 25.5 puntos con un rango *moderadamente alto*, con un nivel de significancia del 0.35; en el factor *sentirse bien solo* para parejas de relación matrimonial la puntuación es de 19 puntos y la relación de unión libre con 18 puntos en los dos casos alcanzando un *rango alto*, con un nivel de significancia del 0.56; para el factor *confianza en sí mismo* las parejas en unión matrimonial tienen una puntuación de 40.2 ± 5.8 valor que puede oscilar entre 34.4 y 46 puntos con un rango *alto* y las parejas en unión libre con una puntuación de 40.9 ± 6.5 valor que puede tener un cambio entre 34.4 y 47.4 puntos con un rango *alto*, con un nivel de significancia del 0.71; en el factor *perseverancia* para las parejas matrimoniales la puntuación es de 39.9 ± 5.3, es decir, se puede mover entre un mínimo 34.6 de y un máximo de 45.2 puntos con un rango es *alto* y para parejas en unión libre la puntuación es de 40.3 ± 6.4 valor que varía entre 33.9 y 46.7 puntos con un rango *alto*, con un nivel de significancia del 0.81. En este sentido, los factores satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia tienen un nivel de significancia mayor al 0.05, por tanto, esta variable indica que según el estudio que se realizó con las parejas el tipo de relación ya sea matrimonial o de unión libre, no es un limitante o determinante en cuanto al apoyo que una persona puede brindar al momento de enfrentar un proceso de enfermedad, ya que no hay diferencia notoria estadística entre una y otra.

Variable Tiempo de la relación

Con base a la escala total se obtuvo para la etapa inicial de la relación 136.7 ± 21.5 valor que está entre 115.2 y 158.2 puntos, considerando la resiliencia

moderada, en la etapa intermedia de la relación fue de 144.3 ± 26.1 con variación de 118.2 y 170.4 puntos con resiliencia *moderada* y en la etapa avanzada de la relación el resultado fue de 146.4 ± 18.1 oscilando entre 128.3 y 164.5 puntos con resiliencia *moderada*. Los resultados arrojados por cada factor se dieron así: para el factor *satisfacción personal* en el tiempo de relación de 1-5 años denominada etapa inicial tiene una puntuación de 22 puntos con un rango *moderadamente alto*, en parejas con relación de 6-10 años denominada etapa intermedia con 23 puntos ubicándose en un rango *alto* y para parejas con relación de 11-50 años denominada etapa avanzada con 25 puntos para estar en un rango *alto,* con un nivel de significancia del 0.84; para el factor *ecuanimidad* se encontró que en la etapa inicial el puntaje es de 20.4 ± 4.3 valor que puede variar entre 16.1 y 24.7 puntos y lo sitúa en un nivel de rango *moderadamente alto*, así mismo, en la etapa intermedia el puntaje de 22 ± 5.2 índice que puede fluctuar entre 16.8 y 27.2 puntos presenta un rango *moderadamente alto*, y en la etapa avanzada se obtuvo un puntaje de 22.7 ± 3.4 valor que puede variar entre 19.3 y 26.1 puntos con un rango *moderadamente alto*, cuyo nivel de significancia es del 0.35; para el factor *sentirse bien solo* en la etapa inicial se presenta una puntuación de 17 con un rango de *moderadamente alto*, en etapa intermedia con puntuación de 18 rango que se denomina alto y en la etapa avanzada con 19 puntos un rango *alto*, con un nivel de significancia del 0.2; para el factor *confianza en sí mismo* en la etapa inicial con un puntaje de 39.9 ± 5.4 el índice del resultado puede variar entre 34.5 y 45.3 puntos para un rango *alto*, en la etapa intermedia la puntuación es de 40.3 ± 7.6 este valor puede cambiar entre un mínimo de 32.7 y un máximo de 47.9 puntos quedando en un rango *muy alto* y en la etapa avanzada el puntaje es de 40.6 ± 6.1 el cual puede moverse entre 34.5 y 46.7 puntos para así tener un rango *alto,* con un nivel de significancia del 0.96; por último, para el factor *perseverancia* en la etapa inicial se obtuvo como resultado 36.6 ± 6.9 valor que puede fluctuar entre 29.7 y 43.5 puntos y se ubica en un rango *moderadamente alto*, en la etapa intermedia la puntuación es de 41.7 ± 5.5 este puntaje oscila entre 36.2 y 47.2 puntos con un rango alto, en el caso de la etapa avanzada el valor es de 40.6 ± 5.2 con una variación mínima de 35.4 y máxima de 45.8 puntos estimando su un

rango en *alto* y su nivel de significancia es del 0.2. Por consiguiente, los factores presentes en el nivel de significancia son mayores al 0.05, es así como esta variable demostró que el tiempo determina en mayor proporción que el factor confianza en sí mismo se incrementa con el pasar de los años, lo cual hace que fortalezca la relación de pareja y las situaciones que deban atravesar.

Variable Hijos en la relación

En la escala total aquellos que respondieron que No tienen hijos en la relación el resultado fue de 144 ± 22.6 oscilando entre 121.4 y 166.6 puntos encontrando una resiliencia *moderada*, y para quienes contestaron que Sí tienen hijos frutos de la relación se obtuvo una puntuación de 145 ± 18 variando entre 127 y 163 puntos en el que la resiliencia fue *moderada*. El rango por cada factor tuvo en cuenta para el factor *satisfacción personal* aquellos que respondieron No obtuvieron 25 puntos con un rango *alto*, quienes respondieron que Sí alcanzaron 25 puntos con un rango *alto* y con un nivel de significancia del 0.64, para el factor *ecuanimidad* quienes No tienen hijos en la relación su resultado es de 21.8 ± 4.6 oscilando entre 17.2 y 26.4 puntos con un rango *moderadamente alto*, y los que Sí tienen hijos en la relación su resultado fue de 22.4 ± 3.4 variando entre 19 y 26.4 puntos con un rango *moderadamente alto* y cuyo nivel de significancia es del 0.65; para el factor *sentirse bien solo* en los que No tienen hijos en la relación se encontró 18 puntos con un *rango alto*, y en los que Sí tienen hijos en la relación se obtuvo un resultado de 19 puntos con un *rango alto*, el nivel de significancia fue del 0.3; para el factor *confianza en sí mismo* el resultado en quienes respondieron que No es de 40.6 ± 6.1 valor que oscila entre 34.5 y 46.7 puntos con un *rango alto*, y para los que respondieron que Sí el resultado fue de 40.4 ± 6 valor que se mueve entre 34.4 y 46,4 con un rango *alto* y con un nivel de significancia del 0.91; para el factor *perseverancia* el resultado en los que No tienen hijos en l relación es de 40.2 ± 6.7 oscilando entre 33.5 y 46.9 puntos con un rango *alto* y aquellos que respondieron

que No tienen hijos en la relación obtuvieron 40 ± 5.3 valor que se mueve entre 34.7 y 45.3 puntos con un rango *alto* y cuyo nivel de significancia fue del 0.93. Por consiguiente, los factores satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia tienen un nivel de significancia mayor al 0.05.

El promedio del tipo de unión marital, tiempo de la relación y si tenían hijos en la relación presentaron una baja resiliencia en la escala total. Al analizar los factores de resiliencia de las variables anteriormente mencionadas casi todas presentaron un rango alto excepto en el factor ecuanimidad cuyo rango fue moderadamente alto. Para las variables tratamiento actual de ERC de la pareja, Tiempo de enfermedad y si tuvo una hospitalización en el último mes se encontró que todos los factores presentaron un rango alto de resiliencia, al igual para la escala total excepto para aquellos que se les había realizado un trasplante renal, el tiempo de la enfermedad mayor a once años y no habían sido hospitalizados en el último mes, ya que presentaron un promedio en la escala total menor a 147. (Ver Tabla 6)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los factores de resiliencia y las variables de estudio (P valor > 0.05). La edad tuvo un nivel de significancia por debajo de 0.05 en el factor confianza en sí mismo y en la escala total, es decir que hay diferencias estadísticamente significativas entre los rangos de edad y los factores anteriormente mencionados.

Finalmente, los participantes tienden a ser resilientes, debido a las menores diferencias estadísticas que comprendían los rangos establecidos, es por esto, que se demostró que bajo el padecimiento de la ERC de su pareja han aprendido a asumir la realidad que conlleva a un estado que favorece la salud mental. Cabe mencionar que el papel adaptativo de cada individuo entorno a la condición que atraviesa les permitiría favorecer el resultado positivo de que su progreso es cambiante.

DISCUSIÓN

La manifestación de la ERC debido a diferentes condiciones médicas tiene consecuencias más allá de las físicas, es decir, aspectos psicológicos que inciden en la capacidad de afrontamiento de la persona diagnosticada y su familia. Cuando esta red de apoyo dinamiza el entorno de la persona afectada y comprende ciertas manifestaciones generadas a raíz de la enfermedad, se desenvuelve en otras instancias mayores dependientes al síndrome del cuidador. En esta medida, se habla de cuidadores familiares quienes usualmente son personas adultas en el que el vínculo que los une puede ser de parentesco o cercanía, ahora bien, éste último aspecto reúne el interés de esta investigación al hablar del subsistema conyugal que asume la pareja de la persona con ERC en la cercanía y posibilidad de proveer sus cuidados, no sin antes aclarar que ésta se ha visto inmersa en conjunto con la persona diagnosticada en condiciones psicológicas desarrolladas a raíz del proceso de la enfermedad que implica un estado crónico de la misma.

Una pareja cuidadora asume las responsabilidades, participando activamente en la interacción y toma de decisiones que comparten mutuamente (Montalvo y Flórez, 2008)

No obstante, al analizar lo anterior se demostró que en la Unidad de Trasplante renal del CMI, alberga durante el año 2018 alrededor de 60 pacientes lo que ha implicado un incremento año tras año, es decir, que durante los años 2010 al 2018 cuenta con un número aproximado de 300 personas en atención continua. Al obtener la exactitud de 63 pacientes durante el año 2018 con trasplante renal se tuvo en cuenta para esta investigación considerar una muestra mínima de 50 personas como población participante, las cuales comprendían asistir a consulta durante los meses de agosto y septiembre, por consiguiente, los datos exactos

durante el mes de agosto de acuerdo a las consultas realizadas fue de 386 y para el mes de septiembre se presentaron 315 consultas.

Cabe resaltar que durante los meses tenidos en cuenta, las personas asistentes a la Unidad de Trasplante renal ingresan a consulta con nefrología una vez son trasplantados, conocido como pos trasplante; también, remitidos por una entidad que los vincula a estar en lista de espera para su trasplante o que están iniciando el protocolo de trasplante, lo cual puede llamarse pre trasplante. En ese sentido, las cifras alcanzadas durante el presente año para pacientes en lista de espera por entidad denotó una cifra de 63 personas y aquellos que están en protocolo de trasplante la cifra fue de 260, estimando que su proceso de Hemodiálisis o Diálisis peritoneal sigue en marcha o puede estabilizarse debido a tratamientos de medicación previa que no han necesitado de dicho tratamiento sustitutivo.

Por esta razón, se tuvieron en cuenta más de 50 personas al encuestar 61 parejas de personas con ERC, función que los destacó en calidad de acompañantes, los cuales firmaron previo consentimiento informado para la participación en el día correspondiente a la valoración médica; lo que antecede a ello, es que fueron localizadas en su mayoría de lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm, solicitando la base de datos que el personal capacitado en coordinación con Trabajo social facilitó. Finalizada la recolección, se encontró que el porcentaje del 5%, es decir, 3 personas estimaron su participación vía telefónica las cuales fueron contactadas en el momento en que la persona asistente a su valoración médica lo propuso, comunicando de forma directa a la investigadora las respuestas de forma neutral, mientras que el 95 %, es decir, 58 personas asistieron con su pareja diagnosticada a consulta demostrando con este dato que la mayoría reconoce tener una relación de pareja estable durante determinado tiempo y teniendo en cuenta los criterios de inclusión de esta investigación, dato que era desconocido y poco probable para el personal de la Unidad de Trasplante renal, ya que consideraban que la mayoría no ingresaba a consulta con su pareja en calidad de acompañante.

Así mismo, se comprobó que 16 datos considerados perdidos en la aplicación de las encuestas se debieron a datos faltantes o repetidos por falta de contestar en forma correcta. Indicando en los resultados que el total de 45 personas entre ellas

las que contestaron telefónicamente lo hicieron de forma acertada a cada una de las afirmaciones por cada ítem, puntuando en la escala tipo likerd de 1 a 7 puntos. No obstante, permitió considerar que la mayoría (42 personas) sigue teniendo incidencia en la compañía que provee a la persona asistente a consulta, y que el resto (3 personas) pese a no estar presente en calidad de acompañante a la consulta atribuye el interés que implica establecer el vínculo afectivo con la persona diagnosticada, además de referir que al no autodiligenciarse como es debido en la prueba los resultados no se alteran confirmando que de forma presencial se obtuvo errores al momento de registrarla, situaciones que eximen la probabilidad de no haber sido clara la explicación al diligenciarse.

Acercándose al análisis detallado de los resultados, se especifica que para el total de n=45 el sexo predominante en la labor del cuidado es de las mujeres con un 60%, a diferencia del 40% que indicaron ser hombres, sin embargo, este último porcentaje supera la mitad del porcentaje de mujeres lo que no implica que sean equivalentes en la diferencia; sin embargo, otros estudios a nivel nacional e internacional han confirmado comparaciones de este tipo en que las mujeres cuidadoras prevalecen de forma mayoritaria ante la aparición de la enfermedad crónica de un familiar, es decir, que el género femenino se ha posicionado desde tiempos anteriores colocando en evidencia que la carga en mujeres es más frecuente que en hombres (Díaz, 2008. Como se cita en Montalvo y Flórez, 2008)

En continuación a esta idea, en la investigación de Díaz (2008) como se cita en Montalvo y Flórez (2008), en Colombia es frecuente que las mujeres asuman el papel de cuidadoras de enfermos crónicos, más aún cuando son niños; lo anterior, permite deducir que siendo población adulta también coincide en que ellas desempeñen una labor caracterizada desde tiempos históricos, pero el rol masculino no pasa desapercibido al representar un 20% de diferencia, éste género puede tener significado al momento de permanecer y perseverar con su pareja diagnosticada en el proceso de enfermedad crónica. Además, de deducir que el incremento epidemiológico de la enfermedad va en aumento y progresivo que puede llevar a nivelar o superar la cantidad suficiente mujeres cuidadoras.

Según López, (como se cita en Borrero y Montero, 2003) los resultados de la morbilidad de la ERC pueden alcanzar entre 35 a 80 personas por 100. 000 habitantes, repercutiendo en el aumento de la mortalidad, y este padecimiento es conocido especialmente en la población adulta entre el 5% y 8 % en promedio por cada año (Vélez et al., 2003). En adición a esto, se conoce con los resultados de esta investigación que el sexo no es un limitante para establecer si los hombres o las mujeres padecen ERC, ambos sexos pueden presentar en la etapa adulta la enfermedad, y hasta el momento, se determina que en la Unidad de trasplante renal del CMI los hombres padecientes de ERC sobresalen a las mujeres que de igual forma padecen ERC. Así como el promedio de edad de las personas diagnosticadas con ERC fue de 52.5±13.4 años oscilando entre 39.1 y 65.9 años la adultez media de esta población refiere una tendencia a la adultez mayor y en las parejas de personas con diagnóstico de ERC el promedio de edad fue de 53±12.9 años oscilando entre 40.1 y 65.9 años lo que también señala que la adultez media en la que de igual forma esta población se ubica lleva a caracterizar una tendendia a la adultez mayor. Ambos promedios de edad en hombres y mujeres los coloca en una etapa contemporánea de relación.

En los niveles de estrato socioeconómico, se encontró que el estrato 2 siendo un nivel bajo y con un porcentaje del 51% supera a los demás niveles, continuando con el estrato 3 que corresponde al nivel Medio, el cual también tuvo mayor incidencia con un 33%, superando así los estratos 5 y 6 comprendidos para el nivel alto que resultó con un 16% de la población n=45. Esta apreciación toma forma a partir de la concepción que se tiene sobre el alto costo de la enfermedad, identificando consigo una problemática de Salud como lo establece Borrero y Montero (2003), ya que no son solo los limitantes de los centros de salud requeridos para llevar a cabo los tratamientos sustitutivos sino, por la restricción socio económica que alberga la facilidad económica de la población como lo es el caso del estrato bajo. Por lo cual, se hace evidente que debido al cumplimiento de la ley 100 de 1993 (como se cita en Borrero y Montero (2003) la cual define los planes de beneficios del “Sistema General de Seguridad en salud en Colombia”,

diversas entidades se han visto favorecidas para dar acceso en el país a esta situación que favorece a los estratos bajo y medio, a su vez, al estrato alto.

Ahora bien, muchas condiciones de base pueden causar la ERC, especialmente el riesgo de enfermedades como la hipertensión, las alteraciones cardiovasculares, diabetes etc. (CMI, 2011), por tanto, habría que cuestionar el estilo de vida de las personas que alcanzan el diagnóstico de ERC lo cual indicaría que en la población con estrato bajo los riesgos de contraer la ERC es mayor, seguido del estrato medio y por último, el estrato alto.

En cuanto a la escolaridad de los participantes se obtuvo una frecuencia del 53% en el nivel bachiller, seguido del 36% cursó estudios de educación superior comprendidos a partir de nivel técnico, tecnológico o universitario y el 11% cursaron primaria; lo cual, incursionó a la mayoría de la población a quedarse con el grado de bachiller, a partir de ello, ejercer un trabajo o emprender de forma independiente, quienes hasta la fecha se sienten capacitados para seguir al lado de su pareja diagnosticada con ERC. En relación a esta afirmación, la investigación de Aggarwal, Ming Liao, Christian y Mosca (2008) confirma que la influencia del cuidado y el estilo de vida de cuidadores con enfermedad cardiovascular se asemeja a esta realidad ya que incide en la misma el grado de escolaridad bachiller, en su mayoría empleados y quienes como cuidadores presentan poca actividad física y menos esparcimiento en otras actividades de ocio, y con este resultado tener consecuencias tanto físicas como psicológicas.

No obstante, en el tipo de unión de la relación se evidenció que la mayoría de la población n=45 decidieron unirse desde el vínculo matrimonial con un porcentaje del 67% y aquellos que decidieron unirse para convivir en unión libre representan el 33%, éste último porcentaje indica que alrededor de la mitad no requieren de un consentimiento legal que estipule que están unidos, ya que su convivencia desarraigada de los principios sociales es significativa al igual que los que deciden vivir con unión matrimonial, esta idea es apoyada por Ríos (2004), quien comprende que en la relación de pareja permea la interdependencia multigeneracional, organizándose con base a la necesidad afectiva y emocional lo cual hace más fuerte el propósito de la convivencia mutua.

Por otro lado, el tiempo de relación que determina la duración de la pareja antes de la aparición de la enfermedad o durante el proceso de la misma, determinó que de 1 a 5 años de relación la fase inicial de convivencia fue del 15.6% llevando a la mayoría de parejas a tratar dicha condición asumiendo lo que sus efectos implicaban; así mismo, de 6 a 10 años de relación correspondió a la fase intermedia de convivencia que resultó con el 6.7% prevaleciendo en esta fase la minoría de aquellos que se mantienen al lado de su pareja con diagnóstico de ERC, esto indicaría que posiblemente algunas parejas desistan de brindar el acompañamiento cuando los efectos de dicha enfermedad alteran el trascurso de la relación de pareja; por último, de 11 a 50 años la frecuencia se elevó al 77.8% lo que concierne a una fase avanzada en la convivencia, este resultado permite considerar que la estabilidad de las parejas perdura con el paso de los años pese a los efectos contraproducentes de la enfermedad que están inmersos en la propia relación de la parejas, hacia una posibilidad de durabilidad que los inclina a perdurar en su mayoría con una unión matrimonial, adherida y ligada al sentido del compromiso.

Con base a la presencia de hijos en la relación, el porcentaje de las parejas que han decidido concebir hijos en el tiempo de la relación se destacó por ser el 76% del total de encuestados n=45, entre los cuales también fue posible distribuir que el 24% decidieron no tener hijos en la relación o que sus uniones fueron posteriores a relaciones pasadas en los que se han visto familias amalgamadas, razones que varían de acuerdo a la probabilidad de esta concepción, otra de las razones sería estimar que tengan hijos en adopción lo cual se liga a generar de igual forma un vínculo entre la pareja con hijos en común. En este sentido, se interpreta que de cada 10 parejas, 8 parejas albergan hijos en común, distinguiendo y optando por la etapa parental en el ciclo de vida.

En el transcurso de la ERC se reconoce que su gravedad conlleva a tratarse de forma ambulatoria, cercana a la consulta o en la hospitalización, éste aspecto final concluyó que durante el último mes el 22% fueron hospitalizados acudiendo por repercusiones o exámenes médicos requeridos y solicitados por su médico tratante en la Unidad de Trasplante renal durante determinados días, a diferencia

de los que no fueron hospitalizados el 78% demostró que no tuvieron ninguna irregularidad para alguno de sus tratamientos sustitutivos, favoreciendo la adherencia al tratamiento.

En conjunto con lo anterior, se demostró que el 60% ya han sido trasplantados hace un año o más, estos son quienes asisten mensualmente al control médico requerido el cual implica valoración de muestras y exámenes previos que determinan la función del riñón, comúnmente denominados pos trasplante; así como el 7% se identificaron como candidatos a trasplante incluidos en lista de espera una vez la entidad remitida autorizara y se cumpliese a cabalidad los requerimientos de su donante vivo o fallecido para ser trasplantado, acertando de igual forma que en el proceso de pre trasplante también radica aquellos que están iniciando su protocolo de trasplante con un porcentaje del 33% distribuyendo al 20% con un tratamiento de Hemodiálisis y el 13% con un tratamiento de Diálisis peritoneal. Por consiguiente, se resalta que al pre trasplante se integra el 40% de personas con diagnóstico de ERC, incidiendo en su mayoría el 60% que eligen el trasplante renal como la mejor opción para su calidad de vida (CMI, 2011).

Nivel de resiliencia

La descripción de los factores resilientes presentes en la pareja de personas con ERC en la Unidad de Trasplante renal del CMI, dio lugar a resultados significativos que permiten establecer la siguiente discusión en torno a los objetivos específicos.

Por consiguiente, el primer objetivo de este estudio se basó en identificar el nivel de resiliencia de acuerdo a los factores resilientes presentes en la pareja cuidadora de la persona con ERC; lo cual, fue posible comprobar en su totalidad sobre las 45 parejas encuestadas que equivalen a la población participante en la investigación, debido a que éstas presentan un 144,8 (83%) de resiliencia, personalmente se considera que la medida establecida teóricamente para probarse alta con una puntuación igual o mayor a 147 (84%), se estandariza con base a ese patrón, ya que se parte inicialmente en el estudio con una probabilidad

de 0%, lo cual ha tuvo un incremento notorio y esperado que permite determinar que el nivel de resiliencia es moderado con tendencia alta, pero no baja.

Satisfacción personal: Moderadamente alto

En primer lugar, para el factor *satisfacción personal* la mediana alcanzó 25 puntos considerados como *moderadamente alto*, dicho factor según Sevilla (2014) forma parte de la descripción subjetiva sobre la calidad de vida personal, considerando beneficios conductuales, psicológicos y sociales que dan respuestas a resultados positivos, por consiguiente, se deduce que este factor aporta a la concepción de aceptar de manera positiva cualquier tipo de vivencia que esté sujeta a una realidad, basada en un aprendizaje significativo, resultado que se ve reflejado en sí mismo y con su proceder. Por el contrario, la ausencia de este factor disminuiría las expectativas de óptimos resultados, generando una concepción diferente del sentido de la vida.

La recomendación tenida en cuenta para alcanzar este factor radica en que no es adecuado crear expectativas o resultados anticipados a las situaciones que aún no se han presentado o resuelto.

Ecuanimidad: Moderadamente alto

En segundo lugar, el factor *ecuanimidad* alcanzó un promedio de 22.27 puntos considerados como *moderadamente alto*, que según Wagnild y Young (2015) este factor refleja la perspectiva equilibrada de las experiencias de vida, que permite tornar las cosas con calma y moderar diversas actitudes frente a la adversidad, en este sentido, permite estabilidad emocional cuando la situación demandante lo requiera, al mismo tiempo contribuye a mantener el control y coordinación de sí mismo en conjunto con el pensar y el actuar. No obstante, la no presencia del factor entra en una dificultad debido al desacierto en toma de decisiones que son propuestas a través del aprender a discernir con tranquilidad los desaciertos.

La recomendación para este factor, incide en aprender a distribuir tiempos de ocio, mantener pausas activas y empoderamiento de decisiones asertivas que lleven a adaptarse mejor pese a cualquier afectación.

Sentirse bien solo: Alto

En tercer lugar, el factor *sentirse bien solo* alcanzó una mediana de 19 puntos, el que se denominó con rango alto, haciendo referencias según Wagnild y Young (2015) en el nivel de adaptabilidad, balance, flexibilidad que permite la aceptación de la vida y sentimientos que se atribuyen a la tranquilidad aún esté presenta la adversidad. Por tanto, este factor aporta a mantener el valor personal en diferentes contextos y acontecimientos, reconociendo que éste valor es irremplazable, sin embargo, la ausencia de este factor, puede generar dependencia emocional y afectiva, que evita la solución de problemas por sí mismo.

La recomendación tenida en cuenta para potenciar este factor es establecer un adecuado autoconcepto para mejorar la autoestima, mediante la aceptación del valor positivo o negativo que se atribuye, sin que exista comparación además y que favorezca así la autonomía referente a pensamientos y acciones concebidas.

Confianza en sí mismo: Alto

En cuarto lugar, se presenta el factor *Confianza en sí mismo*, con una mediana de 40.47 denotando un rango *alto*, confirmando según Wagnild y Young (2015) que el desarrollo de habilidades o capacidades permiten el aumento de este factor, haciendo que haya mayor efecto de enfrentar nuevas situaciones adversas. En apoyo a esta idea, este factor es importante porque permite resolver por medio de las habilidades propias la situación demandante por la que atraviesa de manera tal que sea consciente de las herramientas que posee a raíz de dicha situación y a su vez, sea consciente de potenciarlas.

Contrario a no poseerlo, todo se tornaría negativo porque no hay reconocimiento de habilidades a potenciar.

La recomendación para obtener este factor puede favorecer el autoconocimiento a través de diferentes experiencias para el enriquecimiento personal, y así trasmitir en la interacción con otro el resultado de las capacitades con que ha sido dotado para desarrollar un objetivo en particular.

Perseverancia: Alto

En quinta y última posición del factor *perseverancia*, el cual resultó con un promedio de 40.04 y denominado con un rango *alto*, según Wagnild y Young (2015) se refiere a la autodisciplina, donde se auto motiva a no dejar pendientes ni desistir , permaneciendo activamente hasta concluir la meta pese el desaliento que pueda abarcar la alta complejidad del momento adverso; apoyando esto, el factor contribuye a comprometerse consigo mismo, sin postergar el proceso que lleva a diferentes resultados. Pero si éste no se presenta no hay conclusión satisfactoria de los cambios, para obtener una formación acorde a las expectativas esperadas o no esperadas que requieren de aprendizaje significativo.

La recomendación para obtener este factor inculca a no procastinar ni dejar iniciado el objetivo sin antes intentar finalizarlo, ya que durante ese proceso las enseñanzas resultan ser suficientes para resolver una situación, lo cual mantiene la esperanza de llegar al logro.

En consecuencia al análisis del nivel de resiliencia en los factores presentes, las parejas de personas con ERC en los factores Satisfacción personal y Ecuanimidad presentan un nivel de resiliencia *moderadamente alto* lo cual indica la tendencia de estos factores en incidir de manera alta. Así mismo, estos factores comprenderían de manera complementaría que el nivel de satisfacción personal es asimilado por las parejas en proporción al nivel de ecuanimidad a los cuales se les encuentra que dichas parejas han sentido agrado por lo que desempeñan como cuidadores pero que en cierto modo falta estabilidad para estar acorde a sus metas propuestas consigo mismo y con su pareja diagnosticada. Es así como para

Puig y Rubio (2011) existe una reintegración con la resiliencia el cual es el aprendizaje significativo, que favorece la capacidad de afrontamiento en la adversidad, tras fortalecerse debido a la dura experiencia que está pasando; en adición a ello, los factores Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo y Perseverancia tienden a encontrar un nivel de resiliencia alto puesto que el paso y reintegración por la misma resiliencia conlleva a visualizar un significado más a profundidad de la vida, resaltar capacidades y funciones, e impulso por continuar el anhelo de estabilizarse personalmente, al mismo tiempo que empeñarse por ideas esperanzadoras que le hacen pensar a la pareja de la persona con ERC en su pareja diagnosticada la cual ya ha asumido con otro tipo de red de apoyo médico el proceso.

Con referencia a la escala total del nivel de resiliencia puntualizó para todos los factores presentes presentaron tendencia de un rango *alto*, teniendo como resultado 144.8, lo cual no supera ni se iguala a los 147 puntos requeridos, por consiguiente, las parejas cuidadoras de personas con ERC tienen un nivel de resiliencia moderada, acertando en que la probabilidad de exponerse a una situación adversa los hace conocedores de los factores individuales que poseen, puesto que para Puig y Rubio (2011) el ideal sistémico pone en relación al individuo con el contexto y la situación demandante, reconociendo que en dicha interacción estos son identificados encontrando a su paso el conjunto de individuos que lo rodean y buscan así salir de la situación adversa.

Descripción variables sociodemográficas

El segundo objetivo de este estudio se basó en la descripción de los factores resilientes respecto a las variables sociodemográficas de las parejas cuidadoras de la persona con ERC. Teniendo en cuenta que los niveles de resiliencia anteriormente identificados confirman que el presente estudio no presenta una resiliencia baja y de acuerdo a ello, por cada factor resiliente las variables sociodemográficas juegan un papel importante respecto al mismo valor de significancia en el cual se atribuyó el valor p.

En consideración a lo anterior, no se rechaza la hipótesis nula de las variables planteadas puesto que dicho valor p tiende a ser mayor que valor de significancia (v. P > 0,05), obteniendo equivalencia entre los factores resilientes, a excepción de la variable *edad*, variando respectivamente (v, P < 0.05) en el factor *confianza en sí mismo*.

A continuación, se refleja la valoración de los factores analizados:

Variable Sexo: Esta variable comprende la caracterización individual que distingue a hombres de mujeres o viceversa, dando indicios de que la resiliencia fue *moderada* para cada uno de los sexos y con un nivel de significancia en la escala total que obtuvo la presente variable del 0.62.

Satisfacción personal: Tanto hombres como mujeres tuvieron en cada uno de los sexos un rango *alto*, en el que su nivel de significancia fue del 0.19.

Ecuanimidad: Los hombres y las mujeres denotaron un rango *moderadamente alto*, destacando el nivel de significancia que fue del 0.73.

Sentirse bien solo: Tanto hombre como mujeres alcanzaron un rango *alto* en el que el nivel de significancia puntúo el 0.76

Confianza en sí mismo: Hombres y mujeres resultaron con rango *alta* y con un nivel de significancia del 0.53.

Perseverancia: Los Hombres obtuvieron un rango *alto* y las mujeres alcanzaron un rango *moderadamente alto*, y su nivel de significancia fue del 0.51

La resiliencia posicionada en rangos altos y moderadamente altos permite establecer que ambos tanto el hombre como la mujer, están inmersos en las implicaciones de la pareja con diagnóstico de ERC, asimilándose a la investigación de Aggarwal, Liao, Christian y Mosca (2008) afirman que los cuidadores con deficiencias cardiovasculares (CVD) son mujeres (81%) superando en mayoría a los hombres, resultado que se asemejó al 60% de las mujeres halladas en el presente estudio. Por otro lado, Quiceno y Vinaccia (2012) en su investigación relatan que las mujeres predominaron como pacientes en esta

característica debido al porcentaje mayoritario obtenido (63%) lo cual podría considerar que la variable en función del padecimiento de la ERC se puede ver alcanzada en igual magnitud con el paso de los años, adquiriéndose en proporción con ambos sexos, así se recuerda la tendencia de hombres 40% hallados en el estudio. Sin embargo, la relación con la capacidad de afrontamiento posiciona a los factores *sentirse bien solo, ecuanimidad, confianza en sí mismo y perseverancia* en un nivel de significancia relativa al factor *satisfacción personal*, siendo éste mucho menor que los anteriores. No obstante, todos los factores mencionados son mayores al 0.05 estableciendo que la hipótesis de esta variable es aceptada y logra comprobarse además que para el factor *perseverancia* los hombres alcanzan un poco más la resiliencia seguido de las mujeres, logrando resaltar que el mismo cumple con el deseo de persistir ante la adversidad.

Variable edad del participante: Esta variable hace énfasis en la edad promediada de las personas que participaron en el estudio a fin de se conozca la incidencia de la misma. Puesto que, en la escala total la resiliencia en la adultez temprana fue *moderada*, en la adultez media fue *alta*, y en la adultez mayor fue *moderada*; reconociendo que el nivel de significancia fue del 0.03.

Satisfacción personal: Se encontró que la adultez mayor y la adultez media tienen rango *alto*, y la adultez temprana su rango es *moderadamente alto*, con un nivel de significancia de 0.06.

Ecuanimidad: En la adultez temprana el resultado del rango fue *moderadamente bajo*, en la adultez media el rango fue *alto*, y en la adultez mayor la rango fue *moderadamente alto* con un nivel de significancia del 0.06.

Sentirse bien solo: En la adultez temprana se obtuvo un rango *moderadamente alta*, en la edad media un rango *muy alto*, y en la adultez mayor una rango *alta* con nivel de significancia del 0.06.

Confianza en sí mismo: Se obtuvo en la adultez temprana un rango *moderadamente alto*, en la adultez media el rango fue *alto* y en la adultez mayor la rango fue *moderadamente alta*, cuyo nivel de significancia fue del 0.01.

Perseverancia: En la adultez temprana el rango fue *moderadamente alto*, en la adultez media y en la adultez mayor el rango fue *alto* con un nivel de significancia del 0.17.

La resiliencia para esta variable presenta distintas variaciones debido a que se comprende en los factores de moderadamente baja a muy alta, obteniendo con ello que en esta variable la edad tiene una incidencia importante en la que se considera destacar que para la investigación de Aggarwal, Liao, Christian y Mosca (2008) el rango de edad es de 50 años entre cuidadores hombres y mujeres de personas con condiciones CDV, lo cual no dista marcadamente del promedio de edad encontrado entre 52 años posicionados en la edad media para las parejas de personas con ERC. Así mismo, Moltalvo y Flórez (2008) confirman que del 87% de mujeres cuidadoras comprendidas en la investigación tuvo proporciones en edades mayor y menor de 35 años, indicando en comparación a este estudio que la edad temprana también presenta indicios de asumir la capacidad de afrontamiento, sin embargo, para esta investigación el estimado de la edad media conforme a la variación de los puntos que obtuvo el resultado total de la edad por participante, sigue indicando que éste rango de edad media permanece latente con tendencia a la adultez mayor.

Además, la relación con los factores y la resiliencia resalta al factor *perseverancia* que sobresale por encima de los demás factores aludiendo que esta variable influye notoriamente en la persistencia de un objetivo, el cual se deriva con un fin particular ya sea el cuidado así mismo o el cuidado al otro, en continuación se posicionan los factores satisfacción personal, ecuanimidad y sentirse bien solo correspondiendo en el nivel de significancia equitativo y validado al ser mayores que el 0.05, lo cual destaca que para esta variable dichos factores comprueban realmente la hipótesis planteada. A diferencia del factor confianza en sí mismo, en el que su nivel de significancia es menor al 0.05, estableciendo que la hipótesis de dicho factor para la variable edad del participante no se cumple, posiblemente

porque la edad media debido a su desarrollo humano coloca en duda las capacidades con las que ha sido posible enfrentar la situación adversa.

Variable Estrato Socioeconómico: Esta variable refleja la posición estratificada en Colombia de acuerdo al alcance económico de las familias que albergan el país. En la escala total, los estratos comprendidos en los participantes resultaron para el estrato bajo, medio y alto que obtuvieron una resiliencia *moderada*, con un nivel de significancia del 0.8.

Satisfacción personal: En el estrato bajo, medio y alto el rango fue *alto*, con un nivel de significancia del 0.37.

Ecuanimidad: El estrato bajo, medio y alto se obtuvo un rango *moderadamente alto*, con un nivel de significancia del 0.8.

Sentirse bien solo: Los estratos bajo, medio y alto, tuvieron un rango *alto* y su nivel de significancia fue del 0.92.

Confianza en sí mismo: Los tres estratos bajo, medio y alto alcanzaron un rango *alto*, con un nivel de significancia del 0.51.

Perseverancia: El estrato bajo, medio y alto, tiene un rango *alto* con un nivel de significancia del 0.75.

La resiliencia para esta variable mantiene las frecuencias de forma equitativa, representándose por ser una resiliencia alta. Esta variable refleja que el ámbito económico es clave para la supervivencia del ser humano, y posiblemente la causante de muchas circunstancias que hacen tomar riesgos en la calidad de vida de los individuos. Puesto que en la investigación de Montalvo y Flórez (2008) el 83% de los cuidadores pertenece al nivel socioeconómico bajo, valor que predominó y que atribuye a esta investigación a aquellos que han dejado estudios inconclusos, comparado a este estudio el 51% que equivale al porcentaje mayor del estrato bajo indica de igual modo una elevada incidencia de la población, seguido de la tendencia que representa el estrato medio con un porcentaje del 33% encontrado en las parejas de personas con ERC. Por su parte, la

investigación de Quiceno y Vinaccia (2012) soportan lo encontrado de su investigación, puesto que la mayoría de participantes pertenecía al nivel socioeconómico entre bajo catalogados como niveles 1 y 2 y medio-bajo que correspondía al nivel 3.

En consecuencia a lo anterior, la resiliencia con relación a cada uno de los factores es destacada en primer lugar por el factor *sentirse bien solo* encontrando en dicha incidencia que su autoconcepto permite ver más allá de una necesidad económica, seguido del factor *perseverancia* asumiendo que los resultados de esta variable brinda posibilidades a las parejas a un sostenimiento de seguridad social integral pese al alto costo que implica la ERC de la pareja diagnosticada. Luego, se destaca el factor confianza en sí mismo el cual asume un descubrimiento de las capacidades pese a la necesidad económica que se cumpla en el hogar, así mismo, la satisfacción personal de las personas cumple con la motivación de ver resultados que favorecen tanto a la pareja como a la persona enferma y el factor ecuanimidad se posiciona en último lugar determinando consigo pese a la situación que coloque en riesgo a ambos, una búsqueda constante de estabilidad en la familia, no sin antes el resultado de su nivel de significancia incursiona a todos estos factores a ser mayor que el 0.05, comprobando que la hipótesis establecida en cada una es real.

Variable Escolaridad: Esta variable permite reconocer los niveles de educación alcanzados en los trayectos de vida, lo cual distingue a las parejas de personas con diagnóstico de ERC los niveles: primaria, bachiller y educación superior. En ese sentido, la escala total determinó que aquellos que cursaron hasta primaria, bachiller y educación superior obtuvieron una resiliencia *moderada* con un nivel de significancia de 0.46.

Satisfacción personal: Primaria con un rango *muy alta*, bachiller y educación superior tuvo un rango *alto* con un nivel de significancia del 0.72.

Ecuanimidad: Primaria, bachiller y educación superior alcanzó un rango *moderadamente alto* y su nivel de significancia fue del 0.63.

Sentirse bien solo: Primaria obtuvo un rango *moderadamente alta*, y para bachiller y educación superior el rango fue *alto,* con un nivel de significancia del 0.21.

Confianza en sí mismo: Primaria alcanza un rango *moderadamente alto*, bachiller y educación superior obtuvo rango *alto,* y su nivel de significancia es del 0.1.

Perseverancia: Primaria, bachiller y educación superior alcanzan un rango *alto* y cuyo nivel de significancia fue del 0.73.

La resiliencia para esta variable con base a cada uno de los factores coloca de manifiesto que va de moderadamente alta a muy alta, variando significativamente en los niveles de educación estimados, por tanto, la investigación de Quiceno y Vinaccia (2012) demostró que la mayoría fueron adultos con un nivel de educación básica secundaría, con máximo 7 años cursados, incidiendo en la mayoría de la población encuestada; relacionando lo anterior a este estudio se encuentra que la escolaridad en el nivel bachiller sí representa un alto índice de las parejas de personas con ERC pero a diferencia del anterior ese 53%, cursó completamente el nivel bachiller. A su vez, el estudio de Montalvo y Flórez (2008) concluyó que el porcentaje mayor de la escolaridad se debió al 72% que presentaba el curso de sus estudios completo o incompleto, inclinando de igual forma en esta investigación que dicha variable conoció la relación de participantes que no trascendieron del nivel primaria, cursando menos o igual a los 5 años, ese porcentaje fue conocido como el 11% de la población y el resto se debió al 36% de la población.

En cuanto a la relación con los factores y la resiliencia se comprende en primera instancia al factor perseverancia encontrando que las parejas tienden a emplearse pese a no tener únicamente estudios de educación superior, seguido del factor satisfacción personal coincidiendo que aquellos que encuentran satisfactorio para

sí mismos puede ser satisfactorio para cumplir con las expectativas de la pareja con diagnóstico de ERC, así como para el factor ecuanimidad el cual mantiene en las personas participantes estabilidad emocional al impulsar de forma voluntaria el cuidado, seguido del factor sentirse bien solo que permite considerar para esta variable la disminución en la proyección de acuerdo a otros ideales de vida, ya sean individuales o modificados una vez se compartan en pareja y por último, se sitúa el factor confianza en sí mismo denotando para la variable una considerada búsqueda de la aceptación y elaboración de un proyecto de vida en pareja.

Cabe resaltar que en ese orden, los factores presentes en esta variable resultaron mayores al 0.05 comprobando que las hipótesis realizadas son verídicas.

Variable Tratamiento de la ERC: Esta variable se deriva de acuerdo al tratamiento sustitutivo durante el proceso de ERC de la pareja diagnosticada, estimando que para la escala total los resultados en el Tx de Hemodiálisis, el Tx de Diálisis peritoneal, el Tx renal o ser candidato a trasplante la resiliencia indicó ser *alta*, con un nivel de significancia del 0.54.

Satisfacción personal: En los tratamientos estimados todos presentaron un rango *alto,* con un nivel de significancia del 0.74.

Ecuanimidad: En los tratamientos el rango fue *moderadamente alto*, presentando un nivel de significancia del 0.97

Sentirse bien solo: En los tratamientos se encontró un rango *alto*, y un nivel de significancia 0.94

Confianza en sí mismo: En los tratamientos se obtuvo un rango *alto*, y su nivel de significancia fue del 0.36.

Perseverancia: En los tratamientos estimados se encontró un rango *alto*, y el nivel de significancia fue del 0.4.

La resiliencia conforme a los factores resilientes descritos permanece alta con base a los diferentes tratamientos sustitutivos por los que actualmente pasa la

persona diagnosticada con ERC, representando una incidencia del proceso crónico el cual es detectado en un estadio 4 o 5 de la enfermedad. Con base a la investigación de Quiceno y Vinaccia (2012) 96% de los pacientes reportaron que recibían tratamiento farmacológico específico para la enfermedad, lo cual, comparado a este estudio indica que estando en adherencia al tratamiento sustitutivo no se comprueba con otras investigaciones este porcentaje detallada, por tanto, los mismos autores en el año 2011, presentaron que en relación al sistema de salud la gran mayoría de pacientes (97,5%) estaban adscritos en entidad de salud que favorecía sus tratamientos, resaltando que este aspecto sí influye en el porcentaje albergado por la Unidad de Trasplante renal del CMI. No obstante, Virgen de los Reyes, González, y Rdiguez (2017) en la investigación realizada para la realización de Tx renal concluyeron que un 14,2 % estaba en Hemodialisis y en prediálisis un 5,7 %, éste último no es estimado en relación a esta investigación ya que la Unidad renal no maneja un proceso de predialisis, por tanto, son directamente remitidos para cumplir con la función determinada; por el contrario, los resultados de este estudio el 20 % y 13% están activamente en tratamiento de HD o DP, mientras que el 7% están a la espera del Tx y el 60% son trasplantados cumpliendo a cabalidad el objetivo principal de la Unidad renal.

Teniendo en cuenta la resiliencia con relación a la variable cada uno de los factores es posicionado de forma descendente al nivel de significancia obtenido, destacando el factor sentirse bien solo, ecuanimidad, satisfacción personal, confianza en sí mismo y perseverancia, de los cuales puede decirse que un tratamiento sustitutivo es aceptado una vez sea reconocida su funcionalidad en la vida de quien padece la ERC mejorando con el propósito de mejorar las expectativas de vida, así como mantener el control de los cambios físicos o psicológicos con que se ve enfrentado éste y su familia, seguido del bienestar subjetivo que se le atribuya al sentirse cuidado y desempeñar la labor de cuidar, aspecto último que reúne las habilidades en función de persistir por más complejo que sea emplear dichos tratamientos en el proceso de pre trasplante o de considerarse pos trasplante de la ERC, ya que ambas condiciones albergan un estado crónico en la persona que lo padece.

El nivel de significancia en cada uno de los resultados es mayor a 0.05 comprobando que las hipótesis de partida, logran darse de forma acertada.

Variable Tiempo de la ERC: Esta variable sintetiza el proceso transcurrido una vez la condición renal se vuelve crónica, desde su padecimiento conlleva a determinar un vínculo antes o durante esta manifestación, en la calidad de acompañante y cuidador que cumple la pareja de la persona con ERC, la cual presentó una resiliencia *alta* en la escala total para la etapa crónica inicial*,* en la etapa crónico intermedia la resiliencia fue *moderada*, al igual que en la etapa crónico avanzada, con un nivel de significancia del 0.2.

Satisfacción personal: En la etapa crónica inicial y crónica intermedia el rango fue *alto* y en la etapa crónico avanzada fue *moderadamente alto*, con un nivel de significancia del 0.16.

Ecuanimidad: Representando las tres etapas que el rango fue *moderadamente alto*, con un nivel de significancia del 0.06.

Sentirse bien solo: Representando para las tres etapas crónicas que su rango es *alto*, con un nivel de significancia del 0.45.

Confianza en sí mismo: Representado para las tres estapas un rango *alto* y un nivel de significancia del 0.09.

Perseverancia: Representando para las variables un rango *alto* y el nivel de significancia fue del 0.39.

La variable de acuerdo a la resiliencia obtenida y a la incidencia por cada factor representado, es importante al momento de establecer que las personas con diagnóstico de ERC avanzan conforme pasa el tiempo en el aumento progresivo de la misma, se regulan o se detienen en el padecimiento crónico. Permitiendo así considerar que la pareja acompañante en dicho inicio, proceso o final afronte la realidad de la misma en función del beneficio que acobija la relación. Por consiguiente, los investigadores Montalvo y Flórez (2008) relatan que el 88% tuvo

una experiencia del cuidado al momento de presentarse el diagnóstico, pero un 69% eran únicos cuidadores y llevaban más de 18 meses en la labor de cuidar, lo que de igual forma representa para este estudio un incremento en la etapa crónica inicial con un 44%, seguido de la etapa crónica avanzada con un 29% la persona con ERC, entrando en consideración el tiempo en el que estiman las parejas compartir la relación de pareja respecto a la misma etapa inicial o avanzada de convivencia. No obstante, para la persona diagnosticada la etapa crónica intermedia con el 27% permite confirmar que sigue siendo un índice con tendencia a una etapa crónica avanzada la cual según Quiceno y Vinaccia (2012) en su investigación determinan que el tiempo de diagnóstico de la enfermedad tuvo una promedio de 6 años.

Entre tanto, la relación de la resiliencia con base a la variable en cada uno de los factores expuestos, confirma que el factor sentirse bien solo promueve el autoconocimiento que los hace conocedores de la experiencia, como también en el factor perseverancia al mantener el ideal esperanzador por el cual han estado atravesando en la unidad de dicha pareja que busca un bienestar, retribuyendo a su paso el factor satisfacción personal con el fin de empoderarse más allá de las funciones de cuidador y velar por sí mismo en su capacidad de cuidador al tener en cuenta el alcance de sus capacidades con el factor confianza en sí mismo y por último, establecer con el factor ecuanimidad la búsqueda flexible y equilibrada del acontecimiento que desencadena otras repercusiones, como bien se ha visto no solo en la persona diagnosticada, sino, en la pareja de la misma. Por tanto, los factores resilientes presentes en su nivel de significancia son mayores al 0.05, comprobando así que las hipótesis planteadas son verídicas.

Variable hospitalización: Esta variable se establece con el fin de conocer puntualmente si los pacientes diagnosticados con ERC han presentado la necesidad de buscar el servicio de hospitalización, ya sea por incremento en la gravedad de la enfermedad o por repercusión de la misma durante el lapso de tiempo que la persona puede llevar presentándola, este cuestionamiento al ser cerrado solo permitía responder si o no, se conoce entonces que la resiliencia

para el no, es moderada y para el sí, es alta, con un nivel de significancia de 0.66, los factores indican un rango alto, a excepción del factor ecuanimidad que mostro un rango moderadamente alto.

Satisfacción personal: para los dos tipos de respuesta si y no, el rango fue *alto* y el nivel de significancia de 0.81.

Ecuanimidad: tanto en el sí, como en el no, el rango fue *moderadamente alto* y el nivel de significancia de 0.68.

Sentirse bien solo: ambas respuestas presentan el mismo grado de rango, *alto*, y un nivel de significancia 0.92.

Confianza en sí mismo: en este factor las dos respuestas se ubicaron en un rango *alto* y poseen un nivel de significancia de 0.5

Perseverancia: las repuestas obtenidas en este factor se posicionan en un rango alto y muestran un nivel de significancia de 0.96

De acuerdo a la evaluación total de la variable se aprecia que un del 100% de parejas objeto de este estudio, un 22% necesitaron de hospitalización por diversidad de causas asociadas al diagnóstico de ERC, y un 78% no solicitaron hospitalización, haciendo con esto visible que 35,1 personas no necesitaron de este servicio durante su proceso de enfermedad lo que indica que su diagnóstico es estable; por otro lado un 9.9 personas necesitan el servicio ya que la enfermedad es de un nivel más riesgoso y por consiguiente de un mayor control, para esta pareja las dificultades se muestran más constantes y por tanto requieren un nivel de resiliencia mayor, por lo cual el compromiso es más demandante. El valor P para los factores de esta variable, es superior a 0.05 esto nos quiere decir, que la hipótesis planteada es aceptada y aprobada.

Con base al nivel de significancia por cada escala total determinado por los factores y las respectivas variables descritas se deduce que las variables hospitalización en el último mes, sexo, escolaridad del participante, tiempo de la ERC de la pareja diagnosticada, estrato y tiempo de la ERC de la misma el resultado es mayor al 0.05, comprobando de esta manera que la hipótesis es

válida para cada interpretación, a diferencia de la edad del participante el cual obtuvo un resultado menor al 0.05, concibiendo que dicha hipótesis no es comprobada, y las diferencias estadísticamente significativas están inmersas.

Descripción variables relación de pareja

Como tercer objetivo se plantea analizar los factores resilientes presentes en la pareja de acuerdo a las características de la relación de pareja, aspectos determinantes a la hora de medir la resiliencia de las parejas involucradas en el presente estudio, ya que estos son elementos dinámicos dentro de la familia que pertenecen particularmente al subsistema de la pareja.

Variable tipo de pareja: Para esta variable al momento de realizar la encuesta se dio dos opciones a escoger; heterosexual u homosexual, la cual fue obligatoria y necesaria en su repuesta, para este caso en particular solo se obtuvo resultados de tipo heterosexual en su totalidad, con una resiliencia *moderada* y en respecto a sus factores se presenta en el factor satisfacción personal, ecuanimidad, satisfacción personal un rango *moderadamente alto;* en el factor sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia un rango alto.

La evidencia que se puede resaltar en este estudio sobre las parejas evaluadas, es que caben en el índice tradicional de la conformación de la misma (hombre-mujer), por lo cual no tendría una comparación directa con otro tipo de pareja, así mismo solo se encontró semejanzas que instituyen entre este tipo de relaciones heterosexuales teniendo en cuenta el tiempo de relación que pueden llevar, cuyos fines de la conformación de una familia, la cual según Rojas (2004) es aquella institución paradigmática, como el aspecto extraordinario que alberga una sociedad al concebir al hombre y a la mujer en el acuerdo que se refiere a la unión del hogar, en el que la convivencia y la interacción con el otro, son la base de una familia.

Variable unión de la relación: Esta variable hace referencia al tipo de compromiso que tiene la pareja ya sea de manera formal como lo es el matrimonio o sin ninguna formalidad legal como lo es la unión libre, las dos que según resultados arrojaron una resiliencia *moderada* y con un nivel de significancia de 0.91.

Satisfacción personal: Tanto para la unión matrimonial como la de unión libre se obtuvo un rango *alto* y un nivel de significancia del 0.25.

Ecuanimidad: Para los dos tipos de compromisos se conoció que el rango de ellos es moderadamente alto y su nivel de significancia es del 0.35

Sentirse bien solo: Para la unión matrimonial y la unión libre en ambos casos el resultado en cuanto a su rango es alto y con un nivel de significancia es del 0.56

Confianza en sí mismo: La unión marital al igual que la unión libre para este factor muestran un rango alto y un nivel de significancia de 0.71.

Perseverancia: Tanto para matrimonio así como para unión libre el rango fue alto y un nivel de significancia de 0.81.

Al término de la evaluación de esta variable se marca que el tipo de unión entre las parejas, tanto de matrimonio como de unión libre son indiferentes al momento de afrontar cambios que se puedan llegar a presentar, sin embargo el 67% del total de parejas investigadas tenían unión formal y un 33% unión informal, cabe resaltar que el nivel de compromiso al momento del cuidado con la pareja en los casados fue un tanto más elevada en comparación que los que conviven en unión libre, sin embargo las parejas informales en algunos casos llegan a igualar ese nivel de compromiso, dando a conocer que independientemente del vínculo que hayan adquirido ya sea o no formal, no incide en mayor proporción en la resiliencia que puedan llegar a generar en el proceso cualquiera que este sea.

De acuerdo a los niveles de significancia que se aprecian en esta variable, se puede inferir que en los dos tipos de unión para todos los factores no distan de manera importante uno de otro, sino por el contrario se mantienen más estables y cercanos en cuanto a sus resultados y todos ellos son mayores al 0.05

estableciendo que la hipótesis para esta variable es aceptada y por ende comprobada.

Variable tiempo de la relación: La variable valora cual es el tiempo en años que llevan las parejas en la relación y como puede influir este aspecto en la resiliencia de las mismas, ya que este es un determinante importante para medir la capacidad que tienen las personas para persistir, adaptarse y sobrellevar la situación de enfermedad en la que se encuentra su pareja.

Las parejas en etapa inicial (1-5 años), etapa intermedia (6-10 años) y etapa avanzada (11-50 años) dieron como resultado una resiliencia *moderada* en todos los casos y un nivel de significancia de 0.48, todos los factores se movieron en un promedio de rango *moderadamente alto y alto* en su mayoría.

Satisfacción personal: Para este factor la etapa inicial tiene un *rango moderadamente alto,* para la etapa intermedia y avanzada un rango *alto* y un nivel de significancia de 0.84

Ecuanimidad: Las tres etapas en este factor presentan un rango *alto* y un nivel de significancia de 0.35.

Sentirse bien solo: La etapa inicial se muestra en un rango *moderadamente alto* y las etapas intermedia y avanzada están en un rango *alto,* para este factor el nivel de significancia es de 0.2

Confianza en sí mismo: Todas las etapas para este factor arrojan un rango *alto* y un nivel de significancia de 0.96.

Perseverancia: Para este factor en la etapa inicial el rango es *moderadamente alto* pero en etapas como la intermedia y avanzada el rango es *alto* con un nivel de significancia de 0.2.

Esta variable muestra claridad que la correlación entre tiempo- nivel de resiliencia entre las parejas objetos de la investigación, es directamente proporcional, es decir, que entre mayor es el tiempo de relación, mayor es el nivel de resiliencia que tiene la pareja para con la persona diagnosticada con ERC. Se evidencia que

las parejas de etapa inicial con un porcentaje de 15.6% tienen un nivel de compromiso menor al que se podría considerar como requerido, como se lo aprecia con este resultado; las parejas de etapa intermedia con un 6.7% son las personas con más tendencia a desistir del apoyo y de la adaptación que con base a esa experiencia pudiese obtener y las parejas en etapa avanzada con un 77.8% tienen un alto índice de seguridad que brindan a su pareja, ya que han alcanzado un punto acertado dentro de la relación con condiciones flexibles que el sistema conyugal denota ser abierto al estar influenciado por otros encontrando y a su vez retroalimentado, reconociendo que en la naturaleza misma baja probabilidad de sistemas cerrados.

En esta última etapa se concibe una realidad más de fondo, donde ya se ha atravesado por altibajos en el proceso de la enfermedad, lo que hace que por su experiencia, el nivel de resiliencia sea cada vez mayor. Por otro lado los niveles de significancia para esta variable y sus factores son superiores a 0.05 haciendo así, que la hipótesis sea aceptable y a su vez comprobada.

Variable hijos en la relación: En esta variable se establece si se procreó hijos en común dentro de la unión de pareja, y que tanto puede esto afectar ya sea de forma positiva o negativa en la relación, así como todo lo que demanda esta responsabilidad para la persona diagnosticada con ERC y para su pareja, las respuestas obtenidas para este cuestionamiento eran sí o no; entonces; las personas que afirmaron tener hijos presentan una resiliencia *moderada* así como los que negaron la existencia de hijos dentro de la relación, estos con un nivel de significancia de 0.88, con casi todos los factores posicionados en un rango alto y solo uno en moderadamente alto.

Satisfacción personal: en los dos tipos de respuesta para este factor se obtuvo un rango *alto* con un nivel de significancia de 0.64.

Ecuanimidad: tanto para la respuesta si, como la respuesta no, el rango fue *moderadamente alto* y su nivel de significancia fue de 0.35.

Sentirse bien solo: el rango para los dos casos fue *alto*, y el nivel de significancia para los mismos es de 0.3

Confianza en sí mismo: en este factor las respuestas tienen un rango igual *alto*, y un nivel de significancia de 0.91

Perseverancia: la respuesta si y la respuesta no, tuvieron como resultado un rango *alto* y un nivel de significancia de 0.93.

La variable muestra como resultado que la gran mayoría de parejas de este estudio, con un 76% tenían hijos en común dentro de la relación y en un 11% las parejas manifestaron no tener hijos en común, de esto se puede establecer que un hijo puede ser un lazo de unión o un motivo de separación en estas parejas, en el primer caso se puede tomar como un apoyo más para la unión familiar y un motivo de constancia y perseverancia; en el segundo caso, es que el anuncio de un nuevo miembro dentro de la relación acarrea una serie de cambios que pueden hacer que si no se saben manejar de una manera adecuada la pareja presente una crisis, esto debido a que se puede dar prioridad a ello, antes que a la enfermedad de la pareja y su bienestar.

Todos los valores de significancia para este factor atribuido como valor P, sobrepasan el valor 0.05 lo cual permite afirmar que la hipótesis para esta variable es aceptada y comprobada.

Con base al nivel de significancia por cada escala total determinado por los factores y las respectivas variables descritas se deduce que las variables unión de la relación, hijos en la relación y tiempo de la relación tienen un resultado mayor al 0.05, lo que corresponde a establecer la hipótesis de forma acertada.

De este modo, las aportaciones significativas de este estudio giran entorno al acceso de una población poco destinada e influyente, que cada vez representa un reto para la psicología, no solo para la psicología sistémica, y en dicha variedad de campos en el que esta ciencia puede encontrarlos, también se puede detener a reconocer y potenciar sus factores resilientes, los cuales permanecen presentes al interior de cada personalidad.

Esta mirada integradora de la psicología, permite detenerse en el funcionamiento de un sistema familiar dotado de recursos pese a sus padecimientos, empoderando al mismo, a un funcionamiento, capaz de resolver vicisitudes centradas en el análisis de distintos cambios producidos en los hábitos de vida. Por consiguiente, este estudio demuestra índices de las necesidades y oportunidades con lo que se realizan programas de tratamientos preventivos cuyo objetivo es recuperar la salud mental de los individuos.

Los retos en el nivel de afrontamiento incrementarían en el desarrollo de nuevas formas o modelos de intervención práctica con entidades clínicas, basados en el aprovechamiento de la población tratante y su familia, ya que ésta última, desprende indicios de adaptabilidad a los cambios en cualquier tipo de padecimiento crónico.

CONCLUSIONES

En el desarrollo de la presente investigación se han alcanzado los objetivos inicialmente planteados con base a identificar el nivel de resiliencia de los factores resilientes presentes en la pareja de personas con ERC, seguido de la descripción de los mismos con base a las variables sociodemográficas y posterior a ello, el análisis de los factores con respecto a las características de la relación de pareja.

Las personas participantes en el estudio con base a los criterios de inclusión tomados en cuenta y con relación a las variables sociodemográficas, las características de la relación de pareja en función al nivel de resiliencia encontrado con cada uno de los factores, demostró lo siguiente:

Las mujeres fueron en mayor proporción quienes desempeñan la labor del cuidado brindado a las personas con ERC, la cual tiene denominaciones desde tiempos atrás como aquella figura importante que brinda sus cuidados y desde que nace se permite ello. A su vez, los hombres alcanzaron una proporción que supera la mitad de lo esperado llegando a concebir que éste también puede cuidar, sin embargo, más allá de esta afirmación hombres y mujeres sufren las consecuencias que son daños colaterales a su integridad, perdiendo en ocasiones el auto-control cuando la aparición de la enfermedad crónica aparece, en este caso, aquella afectación que puede verse en la pareja de personas con ERC.

La edad promediada de personas participantes y personas con ERC osciló entre los 50 años de edad, edad catalogada como adultez media en la valoración de los rangos, no sin antes aclarar, que la tendencia a la adultez mayor se hizo evidente, lo cual reafirma que las parejas son contemporáneas una vez deciden unirse.

La unión de la relación permitió conocer que en nuestra actualidad las parejas que conservan el ideal conservador de contraer matrimonio, adquieren un compromiso de gran magnitud ya que supera la cantidad de aquellos que viven en unión libre, los cuales no representan ningún impedimento para seguir obedeciendo a la calidad de acompañante en el trascurso de la ERC de su pareja.

Los estratos del nivel 2 y 3 respectivamente bajo y medio, se inclinan por responder al tratamiento sustitutivo de la enfermedad, a partir del alcance económico que mejor se adapte a sus expectativas. Así mismo, la hospitalización en este ámbito clínico representa para muchas personas el riesgo de albergar algo contraproducente a su trasplante de riñón o posterior a él, lo cual implica mayor adaptabilidad en el entorno. Así como el nivel de escolaridad determinante como lo el nivel bachiller, aspecto en el que por ningún motivo deja de resaltar lo persistentes y seguras que pueden ser las personas de sí mismas para empoderarse con dicho nivel a la superación personal, sin embargo, ello también demuestra la necesidad de visualizar un proyecto de vida, no solo desde lo realizado sino desde lo elaborado a partir de las expectativas que se tengan como pareja.

El tiempo que alude a la ERC demuestra que las parejas en la etapa crónica inicial están dispuestas a enfrentar en conjunto las implicaciones de la enfermedad, sin embargo, hay quienes llegan a la etapa crónica intermedia y pueden desistir junto con su pareja seguir en calidad de acompañantes dejando a su paso un ruptura, donde nuevas perspectivas se tejen alrededor de su propio mundo circundante, así como los nuevos estilos de vida y la gran representación del sistema llamado familia. Este aspecto también reflejó, que entre tanto, la edad crónico avanzada de la enfermedad organiza aún más ese ideal de compromiso que adquieren las parejas cuando se casan o se unen, apoyando significativamente que en esa medida, estas parejas obtienen más capacidad de afrontamiento y adaptación conforme los cambios que en un instante representan crisis son reorganizados por el mismo subsistema llamado pareja.

Así, los tratamientos sustitutivos que puede emplear la ERC en la Unidad de Trasplante renal del CMI han permitido la adherencia de las personas con dicho diagnóstico, entre tanto, la incorporación del trabajo interdisciplinario para el paciente quien complementa eficazmente sus tratamientos y estabiliza las manifestaciones adversas del padecimiento.

No obstante, los hijos en la relación juegan un papel importante debido al surgimiento de nuevos ideales en el susbsistema, además de la crianza en el crecimiento y desarrollo modifica la dinámica de la pareja, haciendo que la misma reorganización entre a tomar nuevamente cabida en lo que implica el subsistema parental, reconociendo así que cada etapa es realmente significativa debido a las innumerables experiencias que sobresalen para adaptarse a la realidad consecuente.

Con lo anterior, es posible asumir que el interés de esta investigación hizo evidente a esta puesta en marcha sobre las manifestaciones cercanas de una pareja que convivía con la persona diagnosticada de ERC, al intervenir de cerca su dinámica en la relación, quien dotaba de fortaleza era la primera, la cual, mantenía las experiencias cimentadas en procesos arduos de pérdidas familiares que le hacían detenerse a aprender en cada una de ellas y recordar así, que su

pareja a quien proveía los cuidados necesitaba verle bien. Momento que llevó a considerar ello, un factor resiliente en su capacidad de albergar los recuerdos, con esta apreciación y relacionando los resultados de esta investigación se llega a la siguiente conclusión:

El asumir la ERC con la pareja que provee no solo de los cuidados básicos, sino también de las implicaciones emocionales, afectivas y psicológicas hace más llevadero el padecimiento que asumirlo solo, ya que ratifica la red de apoyo primaria y constante de donde se desprende la concepción de familia. Así como para la pareja que acompaña ese proceso encuentra en los factores resilientes presentes en esta investigación un aliciente que aun siendo desconocido por ellos mismos, alberga un sentido que posibilita al individuo a descubrir la resiliencia que cada uno alberga.

La pareja en calidad de acompañante representa un soporte, pero para el mismo, una motivación que le impulsa a velar por el bienestar de su pareja diagnosticada con ERC. Sin duda alguna, el equilibrio entre estos aspectos evitaría la sobrecarga emocional, ya que algunos se destacan únicamente en las implicaciones de todo tipo, dejando de lado ámbitos importantes de la vida personal que deben resolverse de forma autónoma.

Finalmente, compartir las experiencias más tediosas, permite resistir y superar el nivel de confianza que brinda el otro a raíz de compartir intereses y encontrar bienestar psicológico, es un aspecto para empezar a fortalecer los vínculos entre las relaciones.

RECOMENDACIONES

La presente investigación logró ahondar en las hasta ahora estudiadas variables sociodemográficas y características de la relación de pareja, relacionando las

mismas con los factores resilientes: satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia, aspectos poco estudiados en la pareja de personas con ERC. Lo cual, fue interesante comprender todo lo derivado a esta iniciativa para la formación en psicología y otros campos como la medicina, trabajo social, terapia ocupacional etc., ciencias de la salud que de manera unitaria trabajarían estas propuestas.

Adicionalmente, se propone realizar talleres formativos que psicoeduquen al paciente y su familia en lo que implica la ERC al momento de ser diagnosticado, seguido de intervenciones que prevengan los riesgos de contraerla y aumenten la salud integral. En complemento a esto, el seguimiento de saber cómo la pareja asume ese rol y cuyo valor resiliente entra en juego para cambiar la perspectiva de las personas entorno a la crisis y el desborde emocional por el que atraviesan.

La Unidad de trasplante renal del CMI, debe contar con la participación áreas de cuidados integrados, donde en primera instancia el apoyo psicológico no solo para requerimientos de trasplante renal sino para un acompañamiento terapéutico incursione a pacientes y familias en la elaboración de estrategias resilientes para la adaptación.

En conclusión, el aprovechamiento de las fuentes informativas que tienen diversos centros en función al trabajo que desarrolla el programa de trasplantes, debe abastecer en cada centro especializado grupos de apoyo que vivan la situación del padecimiento crónico, pero en calidad de acompañantes, ya que mediante dicha conexión tanto pacientes como familia reconocerían aspectos que inciden unos en mayor proporción que otros para continuar un seguimiento y no desistir del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aggarwal, Liao, Christian y Mosca (2008). "Influence of Caregiving on Lifestyle and Psychosocial Risk Factors Among Family Members of Patients Hospitalized with Cardiovascular Disease". Columbia University Medical Center. New York, USA.

Andrade Seidl M, Cruz Benetti S. (2011) Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 7*(1):43-55. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67922583004.

Anzola M. (2003) La resiliencia como factor de protección. Investigación Arbitrada, p.190-200. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/19776/1/articulo8.pdf

Athié Díaz, D., y Gallegos Orozco, P. (2009). Relación entre la Resiliencia y el Funcionamiento Familiar. *Psicología Iberoamericana, 17* (1), 5-14. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912613002

Aya Angarita S. (2012) Una propuesta de tipo investigativo-interventivo para construir resiliencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología,* 8(1)391-406. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67925837013

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%283%29.Becona.pdf

Borges Z, y Silva Me. (2010) Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas. Invest Educ Enferm, *28*(2): 250-257.

Borrero, J., y Montero, O. (2003). Insuficiencia renal y terapias de reemplazo (Unidad 10).

Caldera FJ, Aceves LBI, Reynoso GO. (2016) Resiliencia en estudiantes universitarios. Un estudio comparativo entre carreras. *Psicogente,* 19(36): 227-239. Recuperado de: http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/viewFile/1294/1274

Cardozo R. A, Cortés P. O.F, Cueto M. S.L, Iglesias D.A. (2013) Análisis de los factores de resiliencia reportados por madres e hijos adolescentes que han experimentado el

desplazamiento forzado. Revista Iberoamericana De Psicología: Ciencia Y Tecnología, 6(2), 93-105. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4905145

Castillo J, Galarza D, González R. (2015) Resiliencia en familias monoparentales con jefatura femenina en contextos de pobreza. *Revista Científica Guillermo de Ockham*,13(1):45-54. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105344265005.

CMI (2011). Programa de Trasplante renal. *Nefrología*. Fuente informativa SIAM 2018 (Intranet)

Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993; 1993. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1193/ley_0100_1993.html.

Congreso de la República de Colombia. Ley 1090 de 2006; Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Recuperado de: http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2007/Ley1090_06.pdf.

Crespo M, Fernández-Lansac V. (2015) Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología.,* 31():19-27. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16732936003.

De la Cuesta C. (2007) El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm 25(1):106-112. Recuperado de:www.redalyc.org

Domínguez J. (2005) Resiliencia después del Huracán Katrina y Rita. Recuperado de:www. apa-helpcenter.org/articles/article.php?id=114

Espinal I, Gimeno A, González F. (s.f) El enfoque Sistémico en los estudios sobre la Familia. República Dominicana: Universidad Autónoma Santo Domingo (UASD) y Centro cultural Poveda. (p.1-14). Recuperado de: https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf

Falicov, J. (2003). Estudio normativo del desarrollo familiar. En Minuchin. et. al (Ed.), *Transiciones en la familia, Continuidad y cambio en el ciclo de vida* (pp. 31- 50). Argentina: Amorrortu editores.

Galvis López CR, Aponte Garzón LH, Pinzón Rocha ML. (2016) Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. Aquichan, 6(1):104-115.

García Cortés J, García Méndez M, Rivera Aragón S. (2015) Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol. Acta Colombiana de Psicología, 18(2).

García Vesga M, Domínguez de la Ossa E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud,11(1):63-77.

Gómez E; Kotliarenco M. Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología.* [Internet] 2010;19 (1):103-131.Recuperado de:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26416966005

Gonzáles E. (2011) La enfermedad crónica y la enfermedad terminal. Seminario II para la atención integral del paciente con enfermedad crónica o terminal y su familia.

Gonzáles, G. C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit. Revista de Psicología*, (10), 82-88. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601009

González, Arratia N. I. (2001) La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Guillén S, Villarraga G, Pachón R, Roncancio E. (2013) Resiliencia en el fenómeno de violencia intrafamiliar desde la terapia narrativa: una nueva perspectiva. Revista Vanguardia Psicológica, 4(1):58-68.

H. Vélez. W. Rojas. J. Borrero. J. Restrepo. (Ed). *Fundamentos de Medicina. NEFROLOGÍA* (pp. 701-807). Medellín, Colombia: CIB.

Hernández M. E.; 2006. Metodología de la investigación. “Cómo escribir una tesis”. Escuela Nacional de Salud Pública. Recuperado de: http://biblioteca.ucv.cl/site/servicios/documentos/como_escribir_tesis.pdf

Hernández, S, R.; 2014. Metodología de la investigación. Sexta Edición.

Jadue G, Galindo A, Navarro L. (2005) Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una comunidad educativa en riesgo social. *Estudios pedagógicos (Valdivia), 31*(2), 43-55.Recuperado en: https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052005000200003.

Ledón L. (2011) Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev. Cubana Salud Pública Ciudad de. La Habana, 37(4): 488-499. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0864-3466&lng=es&nrm=iso

Litmanovich A.D. (2011)Factores resilientes en adultos jóvenes de 25 a 30 años pertenecientes a la Universidad Abierta Interamericana en Rosario Santa, 7-92. Recuperado en: http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC102409.pdf

Lopera M. (2016) La Enfermedad Renal Crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del sistema general de Seguridad Social en Salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 15(30): 212-233. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ercc

Lorenzo R. Resiliencia. (2010) Nuestra capacidad de recuperación ante los obstáculos. Editorial Andrómeda. Buenos Aires; 188 p.

Manciaux, M. (2003). Del concepto a la aplicación. En S. Vanistendael et. al (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 225-317). Barcelona, España: Gedisa S.A.

Mendoza M. (2011) Solidaridad Familiar y Resiliencia. Madrid: Documentos de Trabajo Social.

Minuchin S. (2013) Familias y terapia familiar. Barcelona: Editorial Gedisa. XX(1):19-113. Disponible en: https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=5CslBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=minuchin+y+estructura+familiar&ots=CkIAAjzK9x&sig=xaZnol5pYq6P

l1_MFrnVE_P2-yY#v=onepage&q=minuchin%20y%20estructura%20familiar&f=false

Montalvo y Flórez., (2008) Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia) Un estudio comparativo. Characteristics of the caretakers in people with chronicity situation. Cartagena (Colombia): A comparative study.

Montero V, Barrón L. (2016) La influencia de la pareja en el ajuste a la enfermedad cardíaca. Universidad de Madrid – España. Acta de Investigación Psicológica, (6):2459–2468. Recuperado de: www.sciencedirect.com

Montoya, M. Á. y Sol, C. E. (2001) Autoestima. Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y desarrollo humano. México: Pax; 144p.

Moreno SL, Lara FU, Alvarado SA. (2014) Impacto psicológico en la pareja de paciente con cáncer de mama. Gaceta Mexicana de Oncología,13(1):47-52.

Musitu G, García F, Gutiérrez M. (1997) Autoconcepto Forma A (A.F.A). Manual. Madrid: TEA. Ediciones; 28 p.

Oliva E. (2014) Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris, 10 (1):11-20.

Ortunio C, Guevara R. (2016) Aproximación teórica al constructo de resiliencia. *Comunidad y Salud,* 14(1):96-105. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375749517012

Pérez, A. (2014). “Nivel de resiliencia en mujeres adolescentes institucionalizadas en el orfanato valle de los ángeles”. Guatemala de la asunción. Disponible en: http://www.redalyc.org

Poletti, R. y Dobbs, B. (2010). LA RESILIENCIA. El arte de resurgir a la vida. Argentina. Disponible en: https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2801/1/UPS-QT01138.pdf

Puig, G. y Rubio, J. L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada. Prólogo de Stefan Vanistendael.* Barcelona, España. Gedisa S.A. 287 pp.

Quiceno J., y Vinaccia Alpi, S. (2012). Resiliencia y caracteristicas sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el caribe, 29* (1), 87-104.

Quiceno M, Vinaccia M. (2011) Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pensamiento Psicológico, 9(17):69-82.

Reyes A, Garrido A, Torres L, Ortega P. (2010) Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Psicología y Salud, 20(1):111-117

Ríos, A. (2006). *La pareja modelos de relación y estilos de terapia* (Capitulo 3). Madrid, España. CSG.

Rivera D, Murillo Y. (2017) Experiencias traumáticas intra y extra familiares. Medellín: Universidad San Buenaventura. Recuperado de: http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3708/1/Experiencias_Traumaticas_Intra_Rivera_2017.pdf

Roa G.A. (2013) La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. EDETANIA 44, ISSN: 0214-8560, (pp.241-257). Recuperado de: LaEdcucacionEmocionalElAutoconceptoLaAutoestimaYSu-4596298.pdf

Rojas, L. M (2004). *La pareja rota. Familia, crisis y superación.* Madrid, España. Espasa Calpe S.A. 170 pp.

Rufiño JM, García C, Vega N, Macía M, Hernández D, Rodriguez A, Maceira B, Lorenzo V. (2011) Dialisis peritoneal actual comparada con hemodiálisis: análisis de supervivencia a medio plazo en pacientes incidentes en diálisis en la comunidad Canaria en los últimos años. Revista Nefrología, 31(2):174-184

Ruiz, R., de la Vega, R., Poveda, J., Rosado, A., y Serpa, S. (2012) Análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia en el deporte del fútbol. *Revista de Psicología del Deporte, 21* (1), 143-151

Sevilla M.V. (2014) Resiliencia. Revisión Bibliográfica. Universidad de Jaén. (pp. 33-34). Recuperado en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/956/1/TFG_SevillaMartin%2cVanesa.pdf.

Silva, E y Mejía, O. (2015) Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare, 19*(1), 241-256. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409425820150001000 13&lng=en&tlng=es

Turtós Carbonell, Larissa, Rodríguez Rosa Y, Rodríguez Abreu Y, Omar Martínez E. (2016) Caracterización demográfica de cuidadores informales de ancianos con ictus y demencias en Santiago de Cuba. Revista Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe, 14 (02): 61-72. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.15665/re.v14i2.795

Valdebenito P. (2014) Mi pareja tiene Alzheimer: Narrativas acerca de la relación de pareja en el contexto de la enfermedad. Chile: Universidad de Chile, Facultad de ciencias sociales. Recuperado de: http://www.coprad.cl/dv/Doc1/enfermedad_alzheimer_y_otras_demencias_en_chile _2011_09_12.pdf

Vallester L. (1993) Escala de resiliencia de Wagnild y Young (ER). Valle Vallester. Estado Unidos: Adaptación peruana: Novella (2002); p. 5-22. Recuperado de: https://es.scribd.com/document/350647560/Escala-de-Resiliencia-de-Wagnild-y-Young-By-Luis-Vallester-pdf

Vanistendael S. (1993) Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo. Ginebra: BICE.

Velazco y Sinibaldi. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia.* (Capitulo 4). Manual Moderno S.A. 41-46 pp.

Vinaccia S, Quiceno J. (2011) Resiliencia y Calidad de Vida relacionada con la Salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Revista Argentina de Clínica Psicológica. XX (3): 201-211.

Virgen de los Reyes L, Gonzalez E, Rdguez R. (2017) Estado psicológico de pacientes seleccionados para trasplante renal. Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba. MEDISAN, 21(2):186-191

LISTA DE TABLAS

Anexo 1

Tabla 1.

Variable tipo de relación

Perseverancia							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Hombre	18	40.72	1.01	4.30		38.59	42.86
Mujer	27	39.59	1.23	6.39		37.07	42.12
Combinado	45	40.04	0.84	5.62	0.51	38.36	41.73
Diferencia		1.13	1.72			-2.34	4.60
Confianza en sí mismo							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Hombre	18	39.78	1.18	4.99		37.30	42.26
Mujer	27	40.93	1.27	6.59		38.32	43.53
Combinado	45	40.47	0.89	5.96	0.53	38.67	42.26
Diferencia		-1.15	1.83			-4.83	2.54
Ecuanimidad							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%	
Hombre	18	22.50	0.73	3.09		20.96	24.04
Mujer	27	22.11	0.79	4.09		20.49	23.73
Combinado	45	22.27	0.55	3.69	0.73	21.16	23.37
Diferencia		0.39	1.13			-1.90	2.68
Escala total							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Hombre	18	146.33	2.95	12.49		140.12	152.55
Mujer	27	143.70	4.31	22.41		134.84	152.57
Combinado	45	144.76	2.82	18.94	0.62	139.07	150.45
Diferencia		2.63	5.82			-9.10	14.36

Tabla 1.1.

Variable sexo

Perseverancia							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Matrimonial	30.00	39.90	0.96	5.27	0.81	37.93	41.87
Unión libre	15.00	40.33	1.66	6.43		36.77	43.90
Combinado	45.00	40.04	0.84	5.62		38.36	41.73
Diferencia		-0.43	1.80			-4.05	3.19
Confianza en sí mismo							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Matrimonial	30.00	40.23	1.05	5.78		38.08	42.39
Unión libre	15.00	40.93	1.68	6.51	0.71	37.33	44.54
Combinado	45.00	40.47	0.89	5.96		38.67	42.26
Diferencia		-0.70	1.90			-4.54	3.14
Ecuanimidad							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%	
Matrimonial	30.00	22.63	0.64	3.53		21.32	23.95
Unión libre	15.00	21.53	1.04	4.02	0.35	19.31	23.76
Combinado	45.00	22.27	0.55	3.69		21.16	23.37
Diferencia		1.10	1.17			-1.26	3.46
Escala total							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Matrimonial	30.00	144.53	3.39	18.57		137.60	151.47
Unión libre	15.00	145.20	5.25	20.32	0.91	133.95	156.45
Combinado	45.00	144.76	2.82	18.94		139.07	150.45
Diferencia		-0.67	6.06			-12.88	11.55

Tabla1.2.

Variable Hijos en la relación

Perseverancia							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	11	40.18	2.02	6.71		35.68	44.69
Si	34	40.00	0.91	5.33		38.14	41.86

Combinado	45	40.04	0.84	5.62	0.93	38.36	41.73
Diferencia		0.18	1.97			-3.79	4.16
Confianza en sí mismo							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	11	40.64	1.84	6.10		36.54	44.74
Si	34	40.41	1.03	6.01		38.31	42.51
Combinado	45	40.47	0.89	5.96	0.91	38.67	42.26
Diferencia		0.22	2.09			-4.00	4.44
Ecuanimidad							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%	
No	11	21.82	1.38	4.58		18.74	24.89
Si	34	22.41	0.59	3.42	0.65	21.22	23.61
Combinado	45	22.27	0.55	3.69		21.16	23.37
Diferencia		-0.59	1.29			-3.20	2.01
Escala total							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	11	144.00	6.81	22.60		128.82	159.18
Si	34	145.00	3.08	17.98	0.88	138.73	151.27
Combinado	45	144.76	2.82	18.94		139.07	150.45
Diferencia		-1.00	6.64			-14.40	12.40

Tabla 1.3.

Variable hospitalización en el último mes

Perseverancia							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	35	40.03	1.03	6.09		37.94	42.12
Si	10	40.10	1.19	3.75	0.96	37.41	42.79
Combinado	45	40.04	0.84	5.62		38.36	41.73
Diferencia		-0.07	2.04			-4.18	4.04
Confianza en sí mismo							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	35	40.14	1.10	6.52		37.90	42.38
Si	10	41.6	1.08	3.41	0.5	39.16	44.04
Combinado	45	40.47	0.89	5.96		38.67	42.26
Diferencia		-1.46	2.15			-5.80	2.88
Ecuanimidad							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	

No	35	22.14	0.68	4.01		20.77	23.52
Si	10	22.70	0.75	2.36	0.68	21.01	24.39
Combinado	45	22.27	0.55	3.69		21.16	23.37
Diferencia		-0.56	1.34			-3.25	2.14
			Escala total				
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	35	144.09	3.5	20.69		136.98	151.19
Si	10	147.1	3.6	11.38	0.66	138.96	155.24
Combinado	45	144.76	2.82	18.94		139.07	150.45
Diferencia		-3.01	6.85			-16.84	10.81

Para las siguientes variables se obtuvieron los valores con ayuda del test T-Student, para identificar si había diferencia entre el promedio de las categorías de las variables.

Tabla 1.4.

Variable sexo

			Perseverancia				
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Hombre	18	40.72	1.01	4.30		38.59	42.86
Mujer	27	39.59	1.23	6.39		37.07	42.12
Combinado	45	40.04	0.84	5.62	0.51	38.36	41.73
Diferencia		1.13	1.72			-2.34	4.60
			Confianza en sí mismo				
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Hombre	18	39.78	1.18	4.99		37.30	42.26
Mujer	27	40.93	1.27	6.59		38.32	43.53
Combinado	45	40.47	0.89	5.96	0.53	38.67	42.26
Diferencia		-1.15	1.83			-4.83	2.54
			Ecuanimidad				
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%	
Hombre	18	22.50	0.73	3.09		20.96	24.04
Mujer	27	22.11	0.79	4.09		20.49	23.73
Combinado	45	22.27	0.55	3.69	0.73	21.16	23.37
Diferencia		0.39	1.13			-1.90	2.68

Escala total							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Hombre	18	146.33	2.95	12.49		140.12	152.55
Mujer	27	143.70	4.31	22.41	0.62	134.84	152.57
Combinado	45	144.76	2.82	18.94		139.07	150.45
Diferencia		2.63	5.82			-9.10	14.36

Satisfacción	
Chi-cuadrado	1.68
Valor p	0.19
Sentirse bien	
Chi-cuadrado	0.09
Valor p	0.76

Tabla 1.5.

Variable tipo de relación

Perseverancia							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Matrimonial	30	39.9	0.96	5.27	0.81	37.93	41.87
Unión libre	15	40.33	1.66	6.43		36.77	43.9
Combinado	45	40.04	0.84	5.62		38.36	41.73
Diferencia		-0.43	1.8			-4.05	3.19
Confianza en sí mismo							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Matrimonial	30	40.23	1.05	5.78	0.71	38.08	42.39
Unión libre	15	40.93	1.68	6.51		37.33	44.54
Combinado	45	40.47	0.89	5.96		38.67	42.26
Diferencia		-0.7	1.9			-4.54	3.14
Ecuanimidad							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%	
Matrimonia	30	22.63	0.64	3.53		21.32	23.95

l					0.35		
Unión libre	15	21.53	1.04	4.02		19.31	23.76
Combinado	45	22.27	0.55	3.69		21.16	23.37
Diferencia		1.1	1.17			-1.26	3.46
Escala total							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
Matrimonial	30	144.53	3.39	18.57	0.91	137.6	151.47
Unión libre	15	145.2	5.25	20.32		133.95	156.45
Combinado	45	144.76	2.82	18.94		139.07	150.45
Diferencia		-0.67	6.06			-12.88	11.55

Tabla1.6.

Variable Hijos en la relación

Perseverancia							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	11	40.18	2.02	6.71		35.68	44.69
Si	34	40.00	0.91	5.33	0.93	38.14	41.86
Combinado	45	40.04	0.84	5.62		38.36	41.73
Diferencia		0.18	1.97			-3.79	4.16
Confianza en sí mismo							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	11	40.64	1.84	6.10		36.54	44.74
Si	34	40.41	1.03	6.01	0.91	38.31	42.51
Combinado	45	40.47	0.89	5.96		38.67	42.26
Diferencia		0.22	2.09			-4.00	4.44
Ecuanimidad							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%	
No	11	21.82	1.38	4.58		18.74	24.89
Si	34	22.41	0.59	3.42	0.65	21.22	23.61
Combinado	45	22.27	0.55	3.69		21.16	23.37
Diferencia		-0.59	1.29			-3.20	2.01
Escala total							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	11	144.00	6.81	22.60		128.82	159.18

Si	34	145.00	3.08	17.98	0.88	138.73	151.27
Combinado	45	144.76	2.82	18.94		139.07	150.45
Diferencia		-1.00	6.64			-14.40	12.40

Satisfacción	
Chi-cuadrado	0.21
Valor p	0.64
Sentirse bien	
Chi-cuadrado	1.03
Valor p	0.3

Tabla 1.7.

Variable hospitalización en el último mes

Perseverancia							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	35	40.03	1.03	6.09		37.94	42.12
Si	10	40.10	1.19	3.75	0.96	37.41	42.79
Combinado	45	40.04	0.84	5.62		38.36	41.73
Diferencia		-0.07	2.04			-4.18	4.04
Confianza en sí mismo							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	35	40.14	1.10	6.52		37.90	42.38
Si	10	41.6	1.08	3.41	0.5	39.16	44.04
Combinado	45	40.47	0.89	5.96		38.67	42.26
Diferencia		-1.46	2.15			-5.80	2.88
Ecuanimidad							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	35	22.14	0.68	4.01		20.77	23.52
Si	10	22.70	0.75	2.36	0.68	21.01	24.39
Combinado	45	22.27	0.55	3.69		21.16	23.37
Diferencia		-0.56	1.34			-3.25	2.14
Escala total							
Grupo	Observación	Media	Error Estándar	Desv Estándar	Valor p	[Intervalo de conf. 95%]	
No	35	144.09	3.5	20.69		136.98	151.19
Si	10	147.1	3.6	11.38	0.66	138.96	155.24
Combinado	45	144.76	2.82	18.94		139.07	150.45
Diferencia		-3.01	6.85			-16.84	10.81

Satisfacción	
Chi-cuadrado	0.05
Valor p	0.81
Sentirse bien	
Chi-cuadrado	0.01
Valor p	0.92

Tabla 1.8.

Variable edad

Perseverancia			
	Suma de cuadrados	Media de la suma de cuadrados	Valor p
Perseverancia	113.4	56.7	0.17
Residual	1274.5	30.3	
Confianza en sí mismo			
Confianza	323.1	161.6	0.01
Residual	1242.1	29.6	
Ecuanimidad			
Ecuanimidad	74.0	37.0	0.06
Residual	524.8	12.5	
Escala total			
Escala total	2389.8	1194.9	0.03
Residual	13394.5	318.9	

Se realizó con el test Kruskal-Wallis (porque no se distribuye normal), obteniendo lo siguiente:

Satisfacción	
Chi-cuadrado	5.78
Valor p	0.06
Sentirse bien	
Chi-cuadrado	5.73
Valor p	0.06

Tabla 1.9.

Variable estrato

Perseverancia

	Suma de cuadrados	Media de la suma de cuadrados	Valor p
Perseverancia	18.55	9.28	0.75
Residual	1369.36	32.60	
Confianza en sí mismo			
Confianza	48.67	24.33	0.51
Residual	1516.53	36.11	
Ecuanimidad			
Ecuanimidad	6.38	3.19	0.8
Residual	592.42	14.11	
Escala total			
Escala total	166.20	83.11	0.8
Residual	15618.10	371.86	

Satisfacción	
Chi-cuadrado	1.98
Valor p	0.37
Sentirse bien	
Chi-cuadrado	0.15
Valor p	0.92

Tabla 1.10.

Variable escolaridad

Perseverancia			
	Suma de cuadrados	Media de la suma de cuadrados	Valor p
Perseverancia	20.32	10.16	0.73
Residual	1367.6	32.56	
Confianza en sí mismo			
Confianza	164.46	82.23	0.1
Residual	1400.74	33.35	
Ecuanimidad			
Ecuanimidad	12.92	6.46	0.63
Residual	585.88	13.95	
Escala total			
Escala total	577.90	288.96	0.46
Residual	15206.4	362.06	

Satisfacción	
Chi-cuadrado	0.65
Valor p	0.72
Sentirse bien	
Chi-cuadrado	3.13
Valor p	0.21

Tabla. 1.11.

Variable tiempo de la relación

Perseverancia			
	Suma de cuadrados	Media de la suma de cuadrados	Valor p
Perseverancia	103.13	51.57	0.2
Residual	1284.78	30.59	
Confianza en sí mismo			
Confianza	3.28	1.64	0.96
Residual	1561.92	37.19	
Ecuanimidad			
Ecuanimidad	29.2	14.6	0.35
Residual	569.6	13.56	
Escala total			
Escala total	547.8	273.91	0.48
Residual	15236.5	362.77	

Satisfacción	
Chi-cuadrado	0.34
Valor p	0.84
Sentirse bien	
Chi-cuadrado	3.55
Valor p	0.2

Tabla: 1.12.

Tiempo de la enfermedad ERC

Perseverancia			
	Suma de cuadrados	Media de la suma de cuadrados	Valor p
Perseverancia	60.03	30.01	0.39
Residual	1327.89	31.62	
Confianza en sí mismo			

Confianza	171.68	85.84	0.09
Residual	1393.52	33.18	
Ecuanimidad			
Ecuanimidad	14.1	**7.05**	0.6
Residual	584.7	13.92	
Escala total			
Escala total	1162.1	581.06	0.2
Residual	14622.2	348.15	

Satisfacción	
Chi-cuadrado	1.58
Valor p	0.45
Sentirse bien	
Chi-cuadrado	3.7
Valor p	0.16

Tabla 1.13.

Tratamiento de ERC

Perseverancia			
	Suma de cuadrados	Media de la suma de cuadrados	Valor p
Perseverancia	94.5	31.5	0.4
Residual	1293.4	31.55	
Confianza en sí mismo			
Confianza	115.85	38.62	0.36
Residual	1449.35	35.35	
Ecuanimidad			
Ecuanimidad	3.17	1.06	0.97
Residual	595.63	14.53	
Escala total			
Escala total	806	268.67	0.5
Residual	14978	365.32	

Satisfacción	
Chi-cuadrado	1.25
Valor p	0.74
Sentirse bien	
Chi-cuadrado	0.42
Valor p	0.94

Anexo 2.

Tabla 2.

Rango especificado de las variables

Rango de edades de n= 45 (19 - 74 años)	
Edades	**Tipo**
18 – 35	Adultez temprana
36 – 59	Adultez media
60 – 74	Adultez mayor
Tipo de Sexo de n= 45	
Sexo	**Valor**
Hombre	1
Mujer	2
Tipo de pareja de n= 45	
Pareja	**Valor**
Heterosexual	1
Homosexual	2
Unión de la relación de n= 45	
Relación	**Valor**
Matrimonial	1
Unión libre	2
Hijos en la relación de n= 45	
Respuesta	**Valor**
Si	1
No	0
Tratamiento actual de la persona diagnosticada con ERC de n= 45	
Tratamiento	**Valor**
Hemodiálisis	1
Diálisis peritoneal	2
Trasplante (Tx) renal	3
Candidato a Tx	4
Hospitalización en el último mes de n= 45	
Respuesta	**Valor**
Si	1
No	0
Rango de estrato socioeconómico de n= 45 **(1 – 6 Niveles)**	
Nivel	**Estratificación**
1 – 2	Bajo

3 – 4	Medio
5 – 6	Alto
Rango de escolaridad de n= 45 **(1 - 17 años)**	
Años cursados	**Nivel**
1 – 5	Primaria
6 – 11	Bachiller
12 – 17	Educación superior
Rango del tiempo de la relación de n= 45 **(1 - 50 años)**	
Años de unión	**Convivencia**
1 – 5	Inicial
6 – 10	Intermedia
11 – 50	Avanzada
Rango de tiempo de la ERC de n= 45 **(9 meses- 25 años)**	
Tiempo	**Etapa**
6 meses – 5 años	Crónico inicial
6 años – 10 años	Crónico Intermedio
11 años – 25 años	Crónico Avanzado

ANEXO 3.

Tabla 3.

Rango especificado de la escala total

Rango de evaluación	Clasificación de los puntajes
25 – 117 puntos	Resiliencia baja
118 – 146 puntos	Resiliencia Moderada
147 – 175 puntos	Resiliencia Alta

Tabla 3.1.

Rango ítems por cada factor

Factores	Ítems	Sumatoria por categoría
Confianza en sí mismo	6,9,10,13,17,18,24	49 puntos

Perseverancia	1,2,4,14,15,20,23	49 puntos
Satisfacción personal	16,21,22,25	28 puntos
Ecuanimidad	7,8,11,12	28 puntos
Sentirse bien solo	5,3,19	21 puntos
	TOTAL	175 puntos

Tabla 3.2.

Rango por cada factor

	Rango de evaluación	Clasificación de los puntajes
CONFIANZA EN SÍ MISMO	17 – 19 puntos	Muy bajo
	20 – 25 puntos	Bajo
	26 – 31 puntos	Moderadamente bajo
	32 – 37 puntos	Moderadamente alto
	38 – 43 puntos	Alto
	44 – 49 puntos	Muy alto
	Rango de evaluación	**Clasificación de los puntajes**
PERSEVERANCIA	17 – 19 puntos	Muy bajo
	20 – 25 puntos	Bajo
	26 – 31 puntos	Moderadamente bajo
	32 – 37 puntos	Moderadamente alto
	38 – 43 puntos	Alto
	44 – 49 puntos	Muy alto
	Rango de evaluación	**Clasificación de los puntajes**
SATISFACCIÓN PERSONAL	4 – 13 puntos	Muy bajo
	14 – 16 puntos	Bajo
	17 – 19 puntos	Moderadamente bajo
	20 – 22 puntos	Moderadamente alto
	23 – 25 puntos	Alto
	26 – 28 puntos	Muy alto
	Rango de evaluación	**Clasificación de los puntajes**
ECUANIMIDAD	4 – 13 puntos	Muy bajo
	14 – 16 puntos	Bajo
	17 – 19 puntos	Moderadamente bajo
	20 – 22 puntos	Moderadamente alto
	23 – 25 puntos	Alto
	26 – 28 puntos	Muy alto
	Rango de evaluación	**Clasificación de los puntajes**
SENTIRSE BIEN SOLO	3 – 11 puntos	Muy bajo
	12 – 13 puntos	Bajo
	14 – 15 puntos	Moderadamente bajo
	16 – 17puntos	Moderadamente alto
	18 – 19 puntos	Alto
	20 – 21puntos	Muy alto

ANEXO 4.

Tabla 4.

Tipo de entrevista

Tipo de entrevista n=61 (%)	
Presencial	58 (95.08%)
Telefónica	10 (4.918%)

Tabla 4.1.

Descripción de las características sociodemográficas de las parejas de personas con enfermedad renal

Variable	N=45
Edad del participante	
Media±SD	52.5±13.4
Edad de la pareja diagnosticada Media±SD	53±12.9
Sexo n (%)	
Hombre	18 (40%)
Mujer	27 (60%)
Estrato n (%)	
Bajo	23 (51%)
Medio	15 (33%)
Alto	7 (16%)
Escolaridad n (%)	
Primaria	5 (11%)
Bachiller	24 (53%)
Educación superior	16 (36%)
Tipo de relación n (%)	
Matrimonial	30 (67%)
Unión libre	15 (33%)
Tiempo de la relación n (%)	
[1 - 5]	7 (15.6%)
[6 - 10]	3 (6.7%)
[11 - 50]	35(77.8%)

Hijos en la relación n (%)	
No	11 (24%)
Si	34 (76%)
Tratamiento de ERC n (%)	
Hemodiálisis	9 (20%)
Diálisis peritoneal	6 (13%)
Trasplante renal	27 (60%)
Candidato a trasplante	3 (7%)
Tiempo de la enfermedad n (%)	
9 meses a 5 años	20 (44%)
6 años a 10 años	12 (27%)
11 años a 25 años	13 (29%)
Hospitalización n (%)	
No	35 (78%)
Si	10 (22%)

ANEXOS

Anexo 5.

Se anexa como constancia al proceso llevado a cabo en el Centro Médico Imbanaco:

5.1. Certificación de la seguridad en la investigación

5.2 Aprobación comité de ética y centro de investigaciones

5.3 Consentimiento informado del participante

5.4 Instrumento validado para la aplicación