

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA  
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA  
CÁTEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL GRUPO -  
JUJUY**

**“POTENCIAL RESILIENTE FAMILIAR”**

**Estudio a realizarse con los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología durante el periodo julio-diciembre 2019.**

**ASESORA METODOLÓGICA:**

Prof. Esp. SORIA, Valeria.

**AUTORES:**

GONZALEZ, Joana Ivón.

MOCOROA, Edith Soledad Pilar.

TOLABA, Lorena Verónica.

San Salvador de Jujuy, Diciembre del 2018.

*“Las dificultades  
preparan a personas  
comunes para destinos  
extraordinarios”*

*C. S. Lewis*  
*(1898 - 1963)*

## DATOS DE LOS AUTORES

---

- **GONZALEZ, Joana Ivón.**

Enfermera graduada en Instituto Superior Particular Número 9193 “CRUZ ROJA ARGENTINA” Filial Rosario de la Provincia de Santa Fe en el año 2011, actualmente cumple funciones asistenciales como enfermera operativa en el Sistema de Asistencia Médica de Emergencias de la Provincia de Jujuy.

- **MOCOROA, Edith Soledad Pilar.**

Enfermera graduada del Instituto Superior de Capacitación y Superación Profesional “Lic. Myriam B. Gloss” de la Provincia de Jujuy en el año 2012, actualmente cumple funciones asistenciales como enfermera del Sistema de Asistencia Médica de Emergencias en el móvil de neonatología de la Provincia de Jujuy.

- **TOLABA, Lorena Verónica.**

Enfermera graduada del Instituto Superior de Capacitación y Superación Profesional “Lic. Myriam B. Gloss” de la Provincia de Jujuy en el año 2014, actualmente cumple funciones como enfermera del Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy.

## **AGRADECIMIENTOS**

---

Queremos agradecer a nuestras amadas hijas Bianca, Luciana, Sofía, Camila que siempre nos esperaron con una sonrisa a lo largo de este camino de superación profesional, a nuestras familias que fueron, son y serán nuestro soporte para cada decisión tomada.

A nuestras compañeras de la Licenciatura que desde el inicio de la carrera hicieron este camino más ameno y divertido.

A nuestra asesora Lic. Valeria Soria que, con su paciencia, dedicación, nos guio y nos acompañó en el proceso de este proyecto.

## INDICE

<b>Datos de los Autores</b> .....	<b>I</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>II</b>

<b>Prólogo</b> .....	<b>1</b>
----------------------	----------

### **CAPÍTULO I: El Problema de Investigación.**

---

Planteo y Definición del Problema.....	3
Justificación.....	10
Marco Teórico.....	11
Definición conceptual de la variable.....	32
Objetivo General y Específicos.....	34

### **CAPÍTULO II: Diseño Metodológico.**

---

Tipo de Estudio.....	36
Operacionalización de la Variable.....	36
Universo y Muestra.....	37
Fuente, Técnica e Instrumento.....	38
Plan de recolección de datos.....	39
Plan de procesamiento de datos.....	39
Plan de presentación de los datos.....	41
Plan de análisis de los datos.....	45
Gráfico de Gantt.....	46
Tabla de presupuestos.....	47
Referencias Bibliográficas.....	48

### **ANEXOS**

---

<b>I. Autorización de autoridades de la institución</b> .....	<b>52</b>
<b>II. Consentimiento informado</b> .....	<b>53</b>
<b>III. Cuestionario</b> .....	<b>55</b>
<b>IV. Tabla Matriz</b> .....	<b>60</b>

## **PRÓLOGO**

A lo largo de la historia se habla de los servicios de neonatología como una experiencia crítica dentro de las familias, ya que las mismas vivencian estados de angustia y desesperanza, sin embargo, poco se describe que aún en ese contexto, hay familias que superan la adversidad y colaboran con el cuidado de esos neonatos, mostrando características positivas que sobresalen al resto.

Según el autor Calle (2011), estaríamos hablando de características resilientes, y por lo mismo se considera oportuno introducir el término RESILIENCIA en la comunidad de salud; se habla de este término, como la capacidad de resistir a la destrucción, es decir, como las familias conservan su integridad física y psíquica a pesar de las adversidades vividas, también hablamos de la capacidad de construir una vida de vínculos afectivos positivos.

Afirman Caruso & Mikulic (2010), que el Potencial Resiliente Familiar (PRF), es la capacidad que presenta todas las familias de ser resilientes frente a una situación límite.

Esto conlleva, a que la presente investigación, tenga como objetivo realizar un estudio descriptivo transversal, a los fines de describir, el potencial resiliente que presentan los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

Para la enfermería, conocer el PRF, servirá para brindar herramientas que permitan repensar estrategias de cuidado e incorporar un enfoque centrado en la promoción de la resiliencia.

En primera instancia se expone el Capítulo I que incluye: planteo y definición del problema, su justificación, marco teórico, definición conceptual de la variable y objetivos general y específicos.

En segunda instancia se encuentra el Capítulo II que comprende: Diseño Metodológico, donde se plasma el tipo de estudio, operacionalización de las variables, universo y muestra, fuente, técnica e instrumento, plan de recolección, procesamiento, presentación y análisis de datos, cronograma de actividades y presupuesto.

# CAPÍTULO I

El Problema

de

Investigación.

## **PLANTEO DEL PROBLEMA**

La Resiliencia es la capacidad que tiene el individuo de adaptarse positivamente a situaciones adversas y de estrés que pueden producir consecuencias como inseguridad, incertidumbre y dolor emocional. El origen de este término se fundamenta en tres puntos de vista: el físico, el médico y el psicológico (Citado por Andrade Seidl & Cruz Benetti, 2010). Ya sea vista en personas o familias, no es una cualidad estática, un rasgo o característica inmutable, sino que es un proceso dinámico y cambiante que se manifiesta frente a ciertas exigencias, mientras que puede no observarse en otras condiciones o momentos (Kalawski & Haz, 2003). Sin importar si es individual o familiar, la resiliencia es siempre contextual e histórica.

El interés de estudiar este término surge del intento de comprender por qué algunos niños, adultos o familias llegan a superar fortalecidas, circunstancias críticas.

La crisis es una respuesta normal ante una situación de constante desequilibrio, la misma indica la falta, carencia, escasez y conflicto e involucra la necesidad de tomar decisiones que pueden cambiar el curso de los acontecimientos.

Estas se pueden evidenciar en cualquiera de las etapas del desarrollo del individuo, como por ejemplo en la adolescencia que es una de las etapas más difíciles, ya que está atravesando un proceso en donde no está definido su condición de niño o adulto.

La familia (Slaikeu, 1996) como sistema social enfrenta necesariamente crisis tanto predecibles/normativas (embarazo, trabajo de parto y nacimiento del niño), propias de su ciclo vital y por lo tanto esperadas, o impredecibles/no normativas (trabajo de parto prematuro, internación del niño) sucesos totales o parcialmente inesperados que afecta la vida de la familia.

Las crisis constituyen estados temporales de malestar y desorganización caracterizados por la incapacidad de la familia para manejar las situaciones particulares (Valdés Cuervo, 2013).

En el ámbito familiar, el nacimiento de un niño trae aparejado, estadios emocionales divergentes, por sí mismo, significa una crisis familiar, es un

momento de cambio. Cuando él bebe nace antes de tiempo requiere de la internación en la unidad de cuidados neonatales, es en ese momento donde la familia experimenta una segunda crisis.

Los neonatos prematuros y que cursan una enfermedad constituyen una población frágil, en la historia los servicios de neonatología separaban a las familias del cuidado del neonato, los excluía de la asistencia. Antes de la Segunda Guerra Mundial las madres eran separadas de los prematuro, dado que eran consideradas como una amenaza a la fragilidad del recién nacido y como fuente de infecciones (Martínez, & Fonseca, Scochi, 2007). Después de la Segunda Guerra comenzó a estudiarse al respecto de los efectos de la separación y/o privación materna sobre el desarrollo y personalidad del niño y se comenzó a transformar el modelo tradicional de asistencia centrado en el bebé enfermo, hacia un nuevo modelo que permite la participación de la familia en el cuidado.

En este modelo de maternidades seguras y centradas en la familia se plantea estrategias organizacionales que garantizan los derechos de las mujeres y los recién nacidos y se logra además reducir las muertes infantiles y maternas (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010), a esta política de Estado Nacional adhirieron 102 hospitales públicos en 10 Provincias Argentinas.

Ente ellas, la provincia de Jujuy se propuso alcanzar la meta del nuevo modelo integrando a las maternidades de baja complejidad, que funcionaba en el Hospital San Roque y de alta complejidad que funcionaba en el Hospital Pablo Soria. En el año 2014, se logró este objetivo abriendo sus puertas al Nuevo Hospital Materno Infantil de la Provincia.

Es ahí donde se encuentra el servicio de Neonatología referente de la provincia prestando sus cuidados con los objetivos del modelo, entre los que podemos mencionar:

- Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal.
- Respetar las decisiones de la embarazada y su familia en el trabajo de parto y en el parto.
- Priorizar la internación conjunta madre-hijo, con la participación de la familia.

- Facilitar la inclusión de la madre, del padre y el resto de la familia en la internación neonatal, entre otros (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2000).

El personal de Enfermería del servicio logra identificar como actúa la familia, esto permite poder delegar cuidados a los padres que estén más predispuestos, y reconoce las familias de riesgo, de esta manera facilita espacios para generar apego familiar.

El apego seguro es facilitado cuando existen padres resilientes capaces de generar un ambiente de seguridad y bien estar par el neonato.

En este marco se observa que gran parte del equipo de salud no está familiarizado con el concepto de la resiliencia, desconociendo los beneficios que aportan para el cuidado de la salud del recién nacido. El desconocimiento del potencial resiliente no fomenta espacios de promoción por parte de enfermería.

Las Familias con características resilientes, adoptan una mirada más participativa y perceptiva a la hora de recibir información del estado de salud del neonato.

Las madres que tuvieron la vivencia de tener un hijo internado, al repetir la experiencia afronta el cuidado de una manera diferente, entendiendo el estado de salud de su hijo y colaborando en el cuidado para la mejoría de este, manteniendo un habiente armónico y con optimismo sin dejar de ser realista en la condición de la patología.

Las familias con dificultad en el afrontamiento, no permiten un cuidado óptimo, por la falta de conocimiento que tienen de la patología y de los requerimientos de cuidado, produciéndoles estrés las alarmas de los monitores, la afectación del rol materno, intervenciones invasivas y la concepción de ruptura del vínculo madre-padre-hijo, en general suelen angustiarse y muchas veces a pesar de la explicación de los procedimientos, sienten que se les está haciendo daño.

Ante la inseguridad de las familias en el cuidado, el personal de enfermería genera espacios, donde se busca por medio de la educación y acceso a la información, que los padres participen más en el cuidado del neonato.

Frente a este contexto surgen los siguientes interrogantes;

- ¿En enfermería, es posible utilizar la resiliencia como estrategia de cuidado?
- ¿La resiliencia familiar puede ser promovida?
- ¿Qué beneficios genera en el neonato, tener padres resilientes?
- ¿La Resiliencia, es percibida como elemento de cuidado en el equipo de salud de las unidades neonatales?
- ¿Se puede categorizar la resiliencia?
- ¿De qué forma caracteriza la enfermera a cargo del cuidado neonatal, a los padres resilientes?
- ¿Cuál es el potencial resiliente que presentan los padres del recién nacido, internado en el servicio de neonatología?

Para dar respuestas a estos interrogantes, se recurrió a antecedentes sobre la temática. La cual en su mayoría es abordada por el área de psicología.

Sin embargo, si bien no responde específicamente a los planteos, se puede considerar algunas respuestas como pertinentes.

En relación con, si es posible utilizar la resiliencia como estrategia de cuidado, en el estudio denominado **“La resiliencia: una mirada desde la enfermería”**, realizado en Chile (Cortes Recaball, 2010), planteo que la resiliencia no es un estado definido y estable, sino que es un estado interactivo, interdependiente e integrado, podemos decir que los cambios en un subsistema producidos por una enfermedad no se pueden comprender del todo sin entender su relación con los cambios producidos en los otros subsistemas. Es así como los principios la resiliencia (independencia, introspección, interacción, iniciativa, humor, creatividad, moralidad, autoestima consiente) le permiten a la enfermera/o valorar la importancia de ofrecer de forma constante protección, nutrición y estímulo para así fomentarla en el individuo.

Promover la resiliencia es un llamado a relacionarse con un individuo en su totalidad, trabajar con un enfoque interdisciplinario, llevando a la práctica el concepto "bio-psico-social". La resiliencia y la prevención de enfermedades y/o patologías individuales y sociales demandan una aproximación dinámica que requiere de un enfoque integral y participativo (Cortes Recabell, 2010).

En la investigación sobre **“Resiliencia como estrategia para la práctica de enfermería”**, una propuesta teórica de Gallardo & Concha (2016), realizado en Chile, refiere que detectar los factores de resiliencia (autoestima consiente, introspección, independencia, capacidad para relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad, capacidad de pensamiento crítico) ya sea en la persona y/o familia, direcciona la intervención de enfermeros para obtener una mejor respuesta frente a la adversidad de las personas, transformándolos en participes de su cuidado, mejorando la adherencia al tratamiento, disminuyendo los reingresos hospitalarios y las interconsultas innecesarias, por ende, contribuyendo a respuestas positivas y saludables.

En el estudio expuesto anteriormente menciona que promover la resiliencia, es un llamado a involucrarse con el usuario en su completa dimensión, teniendo una visión global como ser biopsicosocial, comprendiendo la realidad en que están insertos, al tiempo de utilizar estrategias de intervención para lograr transformar a la persona y/o familiar en un pilar fundamental en el proceso de estabilización del individuo frente a la adversidad.

Los autores Gomez & Kotliarenco (2010), en el artículo **“Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multi-problemáticas”**, define la resiliencia familiar como el conjunto de procesos de reorganización de significados para mantener el funcionamiento y bienestar familiar, profundiza en la idea de resiliencia familiar para poder realizar una intervención psicosocial, clínica y de salud con familias. Menciona que, para generar procesos de cambio y crecimiento familiar, es necesario avanzar en la identificación de los procesos protectores que son la cultura-sociedad, pares, familia, persona y el apego seguro.

En **“Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia”**, de Mielillo & Estamatti, Cuestas (2005), justificaron el desarrollo de los pilares de la resiliencia, desde una perspectiva psicológica, puntualizando la necesidad del "otro" humano para que todos y cada uno de los pilares (introspección, independencia, moralidad, humor, creatividad, iniciativa, capacidad de relacionarse y autoestima consiente) se construyeran en la trayectoria histórica del sujeto. Esto facilita la comprensión de qué significa la promoción de esos

pilares, para analizar programas educativos, sociales y de salud. Además, vinculan el concepto de resiliencia con el de salud mental, en el sentido de la semejanza o coincidencia de las acciones promotoras. Desde el punto de vista de la resiliencia, el aspecto más especial, es el énfasis de la necesidad del otro como punto de apoyo para la superación de la adversidad.

En cuanto a los beneficios que generan al neonato tener padres resilientes, en la investigación cualitativa **“Apego, Resiliencia y Enfermería”**, de Campillo (2014), se describen principalmente que existen dos tipos de factores influyentes en el desarrollo personal de la Resiliencia, son los denominados factores de riesgo (problemas salud, separación de los padres) y factores de protección (apego seguro, actitud positiva), de todos ellos, el más importante para fomentar la resiliencia en los niños, es que hayan vivido una relación de apego seguro con su/s cuidador/es principal/es, demostrándose así el fuerte nexo de unión entre los conceptos de Apego y Resiliencia, las interacciones tempranas y de calidad con el bebé, determinan su desarrollo, afectando directamente el entramado del cerebro, estableciendo condiciones para el proceso cognitivo y socioemocional del ser humano, en relación del apego la enfermería es la encargada de poder fomentar el vínculo seguro, optimiza la relación adaptando los recursos materiales y personales para generar el bienestar tanto del niño y los cuidadores.

Referido a la Resiliencia como elemento de cuidado en el equipo de salud en las unidades neonatológica, no se encontró un artículo específico para responder, sin embargo, se identificó en el texto, **“Resiliencia y Programas Preventivos”** Cerisola (2003), establece que para la promoción de la resiliencia es importante un enfoque multi/interdisciplinario, con las áreas de salud de enfermería, medicina, los terapeutas, el trabajo social, el equipo de salud mental. El trabajo desde la resiliencia pretende una visión holística, integradora que generen cambios en las familias y comunidades.

Para Campillo (2014), los enfermeros deben tener conocimientos actualizados acerca de los diferentes métodos de cuidados y las intervenciones a aplicar en las unidades de Neonatología y Pediatría para asegurar la formación de una óptima relación de apego seguro entre el bebé y su familia, creando la

base para el desarrollo de la resiliencia en los niños y actuando en la prevención de trastornos psico-emocionales en los mismos.

Con respecto a la categorización de la resiliencia, en “**Nuevas miradas sobre la resiliencia ampliando ámbitos y prácticas**” de Madariaga (2014). Menciona que la resiliencia humana comenzó a estudiarse desde la psicología, luego surgió el interés por la resiliencia de colectivos: la familia, un barrio, una comunidad/urbana, incluso un país entero.

En la investigación “**Evaluación psicológica de la familia con un bebé en la unidad de cuidados intensivos neonatológicos (UCIN)**”, construcción de un inventario para evaluar el potencial Resiliente Familiar (IPRF) Caruso & Mikulic, 2010, refiere que los factores que indican, si existe la resiliencia familiar, son: Acuerdo entre los miembros de la familia - Estilo de afrontamiento de la misma Cohesión - Compromiso familiar – Comunicación – Confidencia – Espiritualidad – Flexibilidad - Mirada positiva hacia los problemas - Contar con una red social de apoyo - El tiempo compartido juntos en la familia - El sistema de creencias familiar que da sentido a la adversidad.

En búsqueda de antecedentes, la autora experta en relaciones humanas, psicoterapeuta, Stacy Kaiser menciona rasgos comunes de las madres resilientes:

1. Flexibilidad.
2. Autocuidado.
3. Aceptación de los defectos.
4. Actitud positiva.
5. Mentalidad de crecimiento.

En base a los antecedentes científicos, fue posible encontrar respuesta a los interrogantes planteados previamente, pero los mismos están presentes en un contexto diferente, que no condicen con la realidad del Hospital Materno Infantil de la Prov. de Jujuy, debido a esto surge la siguiente pregunta problema.

## **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

*¿Cuál es el potencial resiliente que presentan los padres de los neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy en el periodo Julio - Diciembre 2019?*

## **JUSTIFICACIÓN**

Se realizará el presente estudio porque las autoras han observado que es un tema poco desarrollado a nivel nacional y provincial, principalmente en el área de la salud, por lo que se considera relevante determinar el grado de resiliencia en los padres de neonatos.

De modo que, el trabajo pretende conocer el Potencial Resiliente Familiar, para mostrar la capacidad que presentan las familias jujeñas con recién nacidos internados.

Desde el punto de vista de enfermería, servirá para brindar herramientas que permitan repensar estrategias de cuidado, incorporar un enfoque centrado en la promoción de la resiliencia de esta manera tener una herramienta esencial para disminuir los sentimientos de ansiedad e incertidumbre, más aún en familias o padres frente a situaciones de crisis, como el nacimiento de un niño con necesidades de hospitalización o de cuidado especial.

Describiendo las características de los padres en relación con Potencial Resiliente Familiar se podrá identificar, promover y facilitar espacios donde se contribuya una adaptación entre los cuidados especiales de la UCIN y los cuidados que le dará la familia al niño en el momento del alta. Esta herramienta, permitirá repensar las prácticas de cuidado e incorporar nuevas estrategias o tendencias.

El estudio pretende ser un disparador para futuras investigaciones, para así poder describir y seleccionar cuales son las vías en las cuales, el enfermero debe fortalecer a la familia en cuestión, destinando el cuidado desde la prevención.

Conociendo la realidad y las características de este grupo, el estudio permitirá repensar acciones o estrategias para que surjan cambios positivos en la sociedad.

En síntesis, a través de esta descripción se expondrá el potencial resiliente de los padres y con esto, el valor de incorporarla como estrategia de cuidado, no sólo al neonato, sino también a la familia del mismo.

## MARCO TEÓRICO

En los últimos años, la resiliencia, concepto originalmente empleado en la ingeniería para determinar la resistencia de los materiales, se ha trasladado a todos los ámbitos en los que se demandaba un término para designar la cualidad de resistir y adaptarse, con flexibilidad, a la adversidad. Actualmente la «resiliencia» se emplea en áreas tan dispares como las ciencias de la salud, la ecología, el urbanismo, las organizaciones o la seguridad, entre otros (García Silgo, 2016). Debido a las diversas aplicaciones de este término, se considera que el concepto de resiliencia sigue siendo un constructo ambiguo, que necesita una mayor clarificación, sobre todo, en cuestiones referidas a su configuración teórica.

Como acertadamente sugieren García-Vesga y Domínguez (2013), las definiciones sobre resiliencia pivotan en cuatro supuestos:

- a)** Las que relacionan resiliencia con la adaptabilidad: Consideran a la resiliencia como una adaptación positiva que supera las exposiciones de riesgo o la vulnerabilidad (Garmezy, 1990; Luthar y Zingler, 1991; Masten, 2001; Masten, Best y Garmezy, 1990; Rutter, 1987, 1990; Werner y Smith, 2001).
- b)** Aquellas que integran el concepto de habilidad y/o capacidad: Consideran la resiliencia como una capacidad o habilidad para afrontar exitosamente las adversidades (Bonanno, 2004; Cyrulnik, 2003; Grotberg, 1995; Herman, Borden, Schultz y Brooks, 2010; Lee y Cranford, 2008; Richardson, 2002).
- c)** Aquellas que ponen más énfasis en la relación de factores externos e internos: Consideran que los factores externos e internos se encuentran en constante interacción (Agaibi y Wilson, 2005; Rutter y Rutter, 1992; Suárez y Melillo, 1995).
- d)** Aquellas que entienden la resiliencia como adaptación y proceso: Consideran que la resiliencia es el producto de una interrelación de factores que se activan como un proceso dinámico (Infante, 2008; Leipold & Greve, 2009; Luthar y Cushing, 1999; Osborn, 1993).

En un interesante trabajo meta analítico de Hu, Zhang y Wang (2015), dividen las aproximaciones al concepto de resiliencia en tres orientaciones:

- 1) La orientación de rasgo (resiliencia rasgo): que implica la existencia de un rasgo individual que contribuye a que la persona afronte la adversidad positivamente y consiga un ajuste óptimo (Connor y Davidson, 2003; Ong, Bergeman, Bisconti y Wallace, 2006).
- 2) La orientación de resultado: donde la resiliencia está en función de los resultados del comportamiento de la persona que pueden ayudar a recuperarse positivamente de la adversidad (Garmezy, 1991; Harvey y Delfabbro, 2004; Masten, 2001).
- 3) La orientación de proceso: que considera a la resiliencia como un proceso dinámico donde las personas se adaptan activamente y se recuperan con mucha rapidez de las adversidades (Infante, 2008; Fergus y Zimmerman, 2005) (Cicchetti y Becker, 2000; y Zelazo, 2003).

Entre las definiciones más consensuadas encontramos la de Luthar, Cicchetti y Becker (2000), que entienden la resiliencia como “un proceso dinámico que conlleva una adaptación positiva en contextos de gran adversidad” (Luthar et al., 2000, p.543). Los tres elementos clave de esta definición son los que configuran el concepto de resiliencia: el proceso, la adversidad y la adaptación positiva.

La adversidad se podría considerar como el antecedente o desencadenante del comportamiento resiliente. La adaptación positiva se refiere al éxito en la consecución del comportamiento resiliente y contaría con la intervención de una serie de variables que coadyuvarían en su obtención. Finalmente, el proceso indica que no se trata de una cualidad individual, sino que necesita de la interacción de diferentes mecanismos psicosociales (García del Castillo; García del Castillo-López; López-Sánchez, & Dias, 2016).

Estas definiciones previamente desarrolladas, conducen a enumerar diversas características de la resiliencia desde otros puntos de vista, en donde se puede observar que, la resiliencia humana comenzó a estudiarse desde la psicología, luego surgió el interés por la resiliencia de colectivos: la familia, un barrio, una comunidad/urbana, incluso un país entero (Madariaga, 2014).

Según Grotberg (citado por Saavedra Guajardo & Villalta Paucar, 2008), en la perspectiva de estas fuentes se pueden clasificar en 3 categorías:

- 1) Aquellas que tienen que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir (yo tengo...).
- 2) Aquellas que tienen que ver con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona (yo soy..., yo estoy).
- 3) Aquellas que tienen que ver con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo...) (Kotliarenco, 1999).

Por su parte, Saavedra (citado por Saavedra Guajardo & Villalta Paucar 2008), desarrolla un modelo emergente del estudio de casos donde señala que:

- 1) La Respuesta Resiliente es una acción orientada a metas.
- 2) Una Visión abordable del problema; como conducta recurrente.
- 3) Visión de sí mismo, caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos o proactivos ante los problemas; los cuales tienen como condición histórico-estructural.
- 4) Condiciones de Base, es decir un sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo interpreta la acción específica y los resultados.

La resiliencia involucra procesos genéticos, biológicos y psicológicos, y probablemente también dinámicos.

Perspectivas de estudio de la resiliencia: vista como un proceso o un conjunto de dimensiones. En el entendimiento y estudio actual de la resiliencia, es importante tomar en cuenta que puede ser vista como un proceso, en el que es necesario que el individuo se encuentre expuesto a una importante carga de estrés y adversidad, y sus esfuerzos por contender con ellos terminen orientándose hacia una adaptación positiva a pesar de sufrir agresiones a lo largo del proceso de desarrollo.

Una vez echado a andar el proceso resiliente, podríamos anticipar tres escenarios de respuesta:

1. Que los individuos en riesgo muestren una mejor evolución a la esperada;
2. Que una adaptación positiva se mantenga a pesar de experiencias estresantes;

### 3. Que se llegue a una buena recuperación después de un trauma.

Para Vanistendael (1997), se distinguen cinco dimensiones de la resiliencia: la existencia de redes sociales informales, el sentido de la vida (trascendencia), una autoestima positiva, la presencia de aptitudes y destrezas, y tener sentido del humor.

Según Lonescu, (citado por Marina, 2012, p.723), la resiliencia como “resultado de un proceso interactivo entre la persona, su familia y su entorno”. Comienza a dibujarse incluso una nueva práctica clínica, denominada “resiliencia asistida”, que pretende ayudar a que una persona sea capaz de comportarse de esa manera.

La personalidad resiliente muestra tres actitudes básicas:

- Compromiso (creencia en que hay que implicarse en la resolución de los problemas),
- Control (hay que esforzarse en influir en los acontecimientos) y,
- Reto (creer que la vida tiene una faceta negativa y que hay que aprender de ella) (Maddi, 2006).

Se identifican siete factores intrapersonales según Seligman (citado por Marina, 2012, p.724), que parecen aumentar la resiliencia: regulación de la emoción, control de los impulsos, análisis de las causas, optimismo realista, autoeficacia, empatía, conexión con otras personas. Seligman ha estado impartiendo cursos sobre resiliencia en la Universidad de Pensilvania y en este momento dirige un colosal programa para dar “entrenamiento en resiliencia” a un millón de soldados americanos, para protegerlos contra el suicidio, el estrés postraumático, los problemas familiares y otras secuelas de las situaciones de alto riesgo a que están sometidas las tropas de combate (Seligman, 2012).

Para Ungar (citado por Robles Sánchez, 2013), en su estudio sobre la resiliencia a través de las culturas, propone que la persona resiliente tiene que reunir las siguientes características a nivel individual:

- 1) Asertividad.
- 2) Habilidad de resolución de problemas.
- 3) Autoeficiencia (un sentido de control personal sobre el mundo).

- 4) Ser capaz de vivir en la incertidumbre.
- 5) Autoconciencia, introspección.
- 6) Apoyo social percibido.
- 7) Una perspectiva positiva, optimismo.
- 8) Empatía y capacidad de comprensión de los demás.
- 9) Tener objetivos y aspiraciones.
- 10) Mostrar un equilibrio entre la independencia y la dependencia de los demás.
- 11) Uso apropiado y abstinencia de sustancias como el alcohol y las drogas.
- 12) Sentido del humor.
- 13) Sentido del deber (hacia uno mismo o hacia los demás, dependiendo de las culturas).

Para reforzar la resiliencia Meichenbaum (2012), propone trabajar seis áreas: física, interpersonal, emocional, cognitiva, conductual y espiritual, y refiere una serie de características psicológicas que debe reunir un individuo resiliente:

- a) Experimentar emociones positivas y regular las emociones negativas fuertes: Ser realista, optimista, esperanzado, con capacidad para reírse de uno mismo, tener humor, valor, afrontar los miedos y gestionar las emociones. Tener expectativas positivas sobre el futuro, una autoimagen positiva. Aprovechar los puntos fuertes personales, los talentos y los apoyos sociales. Establecer y consolidar una red de apoyo social, la fuerza emocional se ancla en las relaciones de apoyo estrechas y significativas.
- b) Adaptar un estilo de afrontamiento orientado hacia la tarea: Supone la acción directa y centrada en el presente, y en la aceptación paliativa emocional en base a las exigencias de la situación. Buscar activamente ayudar y reunir apoyos sociales. Tener un modelo resistente, incluso una figura heroica que pueda actuar como un mentor. Tener auto - eficiencia y la creencia de que uno puede controlar su entorno con eficacia. Confianza en uno mismo. Buscar experiencias nuevas y que supongan un reto al estar fuera de la zona de seguridad personal, y perseverancia y pasión para perseguir objetivos a largo plazo. Los individuos resilientes, tienen un amplio repertorio de habilidades de afrontamiento a las que pueden recurrir para satisfacer las

exigencias de la situación. Unas veces utilizan la acción directa de resolución de problemas y habilidades de afrontamiento, y algunas veces utilizan estrategias de afrontamiento de aceptación emocional paliativa. Los individuos resilientes también expresan confianza en su capacidad para adaptarse a situaciones de estrés.

- c)** Flexibilidad cognitiva: Entendida como la capacidad para replantear, redefinir, reescribir, encontrar beneficios, participar en la solución de problemas sociales, tener un pensamiento alternativo para satisfacer las demandas cambiantes de forma adaptativa, y gestionar los factores estresantes transitorios, siendo capaces de reformularlos. Los prisioneros de guerra resilientes consideran que sus años de cautiverio fueron terribles, pero aprendieron cosas valiosas sobre sí mismos que no hubiesen tenido ocasión de aprender de otra manera. Reconocer que el miedo y otras emociones intensas como la tristeza, el dolor o la ira son emociones “normales”. Lo crítico no es el tener esas emociones intensas, sino lo que hace el sujeto con ellas.
- d)** Dar sentido a la vida: Crear un sentido y tener un propósito en la vida, una misión de supervivencia. Utilizar la fe, la espiritualidad y los valores como una “brújula moral”. Para muchos la fe ha sido una tabla de salvación, el rezar les ha ayudado a afrontar las dificultades. Ser altruista y hacer el “regalo” de la propia experiencia. Compartir la historia propia. Sensación general de confianza en los demás.
- e)** Mantenerse en forma y seguro: Hacer ejercicio, seguir una rutina, reducir los riesgos evitando conductas peligrosas de alto riesgo (consumo de drogas, persiguiendo aquellas actividades que provoquen el “subidón de adrenalina pura”). El ejercicio es bueno para el bienestar físico y el psicológico, y también mejora la salud, así como la plasticidad del cerebro. Tener presente el clásico adagio latino: *Mens sana in corpore sano*.
- f)** Psicobiología de la resiliencia: En la actualidad, se conoce bastante sobre los circuitos cerebrales de recompensa y motivación (placer, optimismo y utilidad aprendida), de cómo el ser humano aprende, recuerda y responde al miedo (realiza comportamientos eficaces a pesar del miedo), y desarrolla conductas adaptativas sociales (altruismo, unión y trabajo en equipo). Los

mecanismos neurales que median estas funciones son relevantes para conocer cómo un individuo responde a una situación de estrés extremo, y pueden dar cuenta (al menos en parte), de los rasgos que se relacionan con la resiliencia y el valor. Charney (2004), señala 11 posibles mediadores de la respuesta psicobiológica al estrés extremo y cómo puede contribuir cada uno, en soledad, o a través de interacciones funcionales a la resiliencia o a la vulnerabilidad (Robles Sánchez, 2013).

Además, Grotberg (1995), define resiliencia como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por experiencias de adversidad. El sujeto es resiliente en determinada situación o momento.

Depende de las circunstancias, dado que la resiliencia no es una característica natural del sujeto ni algo que se pueda adquirir y conservar para siempre. Alguien puede estar resiliente pero no puede ser resiliente. La resiliencia exige poder contar con determinadas características y capacidades, las cuales son desplegadas en el momento en el que la adversidad tiene cercado al individuo, tales como conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas.

Los autores Melillo y Suárez Ojeda (citado por García Santillán 2011), mencionan ocho pilares como atributos que sostienen la actitud resiliente:

- a)** Introspección: La capacidad de auto indagarse.
- b)** Independencia: Poder poner una efectiva distancia emocional sin caer en el aislamiento.
- c)** Capacidad de relacionarse: Lograr establecer vínculos e intimidad con otra gente.
- d)** Iniciativa: Afán de aprender cosas nuevas en busca de progreso y autosuperación.
- e)** Humor: Capacidad de reírse de la propia tragedia, sin caer en la irresponsabilidad ni la negación.
- f)** Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- g)** Moralidad: La necesidad de desear el bienestar que se desea para uno mismo a toda la humanidad.

- h) Autoestima consistente:** Base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo por parte de un adulto significativo.

Partiendo de una perspectiva estructural o de rasgos, Taylor (2008), identifican algunas características de la personalidad que parecen contribuir a un ajuste positivo ante la pérdida o el daño:

- 1) Visión ponderada de la propia vida.
- 2) Perseverancia.
- 3) Confianza en sí mismo.
- 4) Autonomía personal.
- 5) Sentido de la propia vida.

Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, y Conway (2009), mencionan en esta línea que se habla de la resiliencia del yo (ego resiliente) como un rasgo que refleja la habilidad individual para adaptarse a los cambios ambientales, destacando entre estas la identificación de oportunidades, adaptación a las restricciones y crecimiento tras la adversidad. Bergeman, Bisconti y Wallace (2006), en algunos estudios ponen de manifiesto que las personas con un ego resiliente experimentan más emociones positivas en las situaciones estresantes que los poco resilientes, aun experimentando similares emociones negativas, debido a que muestran mayor capacidad de superación y crecimiento. Davey, Eaker, y Walters (2003), mencionan por otra parte que se encuentra correlación entre alta autovaloración, como variable de la resiliencia, y las dimensiones de personalidad extroversión, afabilidad y apertura a nuevas experiencias, así como entre afrontamiento positivo y mecanismos de compensación de la inquietud e inestabilidad emocional, poniendo de manifiesto diferencias en los recursos resilientes y el perfil de personalidad (García del Castillo & et al 2016).

Otro tipo de característica, es aquella que hace referencia a la resiliencia urbana, en donde los geógrafos hacen estudios tras las catástrofes naturales y constatan que las familias que han iniciado precozmente un proceso de resiliencia, son las que tenían un jardín, porque cuando volvían al jardín ya se encontraban en su casa. Levantaban una tienda y recuperaban objetos que habían perdido. También se producía solidaridad con el jardín de al lado.

Mientras que la gente que vivía en edificios de apartamentos no tenía eso, no hablaban con los vecinos. Todo esto muestra que después de las catástrofes también hay una resiliencia urbana, así como hay cosas que impiden la resiliencia: la arquitectura de las ciudades desempeña un papel importante en la resiliencia (Madariaga, 2014).

Desde una perspectiva más clínica, Walsh (2003, 2004, 2007), ofrece un esquema que visualiza los procesos de resiliencia familiar entorno a tres ejes: los sistemas de creencias; los patrones organizacionales; y la comunicación y resolución de problemas en la familia.

- Sistema de creencias compartido: Hawley (citado por Gómez & Kotliarenco, 2010), se orienta hacia la recuperación y el crecimiento. Intenta normalizar y contextualizar la adversidad y el estrés, generando un sentido de coherencia que redefine la crisis como un desafío manejable. Para hacer surgir la resiliencia familiar se requiere que la familia mantenga una visión positiva, pero realista de la situación, dominando lo posible y aceptando lo inevitable. En este proceso juega un rol importante la trascendencia y la espiritualidad, aspectos que hasta hace poco eran considerados ajenos a la investigación científica. El impulso a trascender inspira a vislumbrar nuevas posibilidades, encontrando muchas veces en la fe el motor para el crecimiento a partir del golpe de la crisis.
- Patrones organizacionales: Walsh (citado por Gómez & Kotliarenco, 2010), actúan como absorbentes de las conmociones familiares. En estos patrones se encuentra la movilidad versus estancamiento de una familia en crisis; ya que la crisis tiene el potencial para desestructurar las formas conocidas de funcionamiento previo, en donde la flexibilidad emerge como un elemento central. Parte de los procesos de reorganización familiar frente a una crisis, consisten en incorporar nuevos recursos en forma coordinada (Landau, 2007), ahora bien, la búsqueda de nuevos recursos de apoyo conlleva el riesgo paradójico de abrir demasiado el sistema familiar a la intervención de terceros, quienes pueden involucrarse excesivamente, en forma descoordinada y poco sensible al ethos familiar, terminando por desorganizar

y disolver sus procesos familiares de autonomía y resiliencia (Colapinto, 1995).

- Comunicación y resolución de problemas: Esta variable ha sido muy trabajada por los terapeutas familiares (Hawley, 2000), quienes han concordado en que debe ser clara, favorecer la expresión emocional abierta y la búsqueda colaborativa de soluciones (Minuchin & Fishman, 2004; Navarro Góngora & Beyebach, 1995). Asimismo, se requiere que los miembros de la familia puedan compartir un amplio rango de emociones, como alegría y dolor, esperanzas y temores, éxitos y frustraciones (Minuchin & Fishman, 2004; Navarro Góngora & Beyebach, 1995; Walsh, 2003).

Según Rocamora Bonilla (2008), la familia resiliente:

- Es capaz de expresar sus sentimientos (enojo, culpa, rabia, etc.) a través de la palabra, pero sin llegar a la acción. Es decir, en un momento dado puede expresar su malestar y cansancio por la situación de su hijo, pero esto no bloquea su atención al enfermo, sino que más bien, es una forma de expresar sus limitaciones y la necesidad de recibir ayuda del resto de miembros de la familia.
- Todos colaboran dependiendo de sus posibilidades, en el cuidado del enfermo. Éste no es patrimonio exclusivo de la madre, la esposa o hermana, como ocurre cuando la mujer se convierte en el cuidador principal y, en muchas ocasiones, en el único.
- Está en continua búsqueda de una solución a la enfermedad, pero también son capaces de aceptar la dura realidad cuando, desde el conocimiento médico, se les informa que no existe un tratamiento curativo para su hijo.
- Es capaz de descubrir la “parte positiva” de la enfermedad del hijo (fortalecimiento de los vínculos familiares, descubrir la capacidad de entrega de algún hermano, redescubrir los valores de la solidaridad y el respeto por el otro, etc.) y construir a partir de esa experiencia una vida más plena, dando valor a lo que realmente lo tiene: el afecto de los más próximos.

- Está bien informada de la enfermedad de su hijo y está en continua alerta sobre posibles tratamientos que puedan aparecer para mejorar la calidad de vida del hijo enfermo.
- Favorecerá un clima acogedor y, al mismo tiempo, liberador de tensiones y conflictos con el paciente. Esto se logrará si el enfermo se siente amado, aceptado y comprendido por el resto de la familia.
- Sabe armonizar las atenciones que requiere el niño enfermo con las exigencias de las necesidades de los diferentes miembros familiares. Hay que procurar que la enfermedad, dentro de las posibilidades, no altere la esencia misma de la dinámica familiar.

Como influye la utilización de la resiliencia en las familias según, Walsh (1998), la resiliencia y al buen funcionamiento de las familias se han encontrado tres dimensiones básicas:

- a)** El sistema de creencias familiares, que permiten dar un significado a las situaciones de crisis facilitando una salida positiva y con cierta esperanza;
- b)** los patrones de organización en que mediante una estructura flexible se comparte el liderazgo, con un soporte mutuo y trabajo en equipo; y
- c)** los procesos de comunicación, donde se clarifican situaciones ambiguas y se permite una expresión emocional abierta con una respuesta empática, así como estrategias de resolución de problemas.

Conger y Conger (2002), considera la manera en la que las familias podrían influir en la resiliencia, los mecanismos involucrados se vinculan con procesos de interacción a largo plazo, durante largos periodos y se refieren a las pautas paternas de involucramiento y cariño en donde los padres brindan apoyo y dirección efectiva en la vida de sus hijos. Las familias que presentan calidez cohesión y estabilidad se correlacionan con el desarrollo de hijos resilientes quienes presentan fuertes relaciones padre hijo con interacciones positivas, afectuosas y disciplina constante (Díaz & Gallegos Orozco, 2009).

Se puede señalar que una característica de la familia resiliente es que a pesar de la adversidad puede seguir creciendo y manteniendo la coherencia de sus actividades. La familia resiliente no “pasa del conflicto”, pero tampoco “se engancha en él” de forma patológica, sino que, más bien, desde el dolor y la

angustia es capaz de seguir viviendo y construyendo su propia vida. La resiliencia pues, implica que los sujetos tienen una capacidad sana de elaborar el trauma y desde esa posición seguir creciendo psicológicamente. Esto se consigue, gracias a que la familia resiliente es capaz de conocer y reconocer los límites que implica la enfermedad del hijo, pero también las posibilidades que han dejado intactas. Además, son familias que se sienten inmersas en un ambiente armónico y funcional.

Mencionando las características resilientes familiares para Bowlby (1958), sería posible construir un “apego seguro” entre el niño y sus progenitores (como figuras más representativas de su desarrollo psicológico). Esto lo realizan no con ansiedad (padres sobreprotectores), pero tampoco con indiferencia sino con un estilo próximo, pero al mismo tiempo dejando al niño que tome conciencia de sus propias limitaciones y también de su entorno. No se es mejor padre/madre porque se satisfagan al instante los requerimientos del hijo, sino cuando transmitimos seguridad y confianza pese a las dificultades.

Una familia resiliente debe ser capaz de expresar sus sentimientos, todos los integrantes deben colaborar, deben estar en una continua búsqueda de una solución a la enfermedad, deben descubrir la “parte positiva”, debe estar bien informada de la situación que están viviendo, debe favorecer un clima acogedor y debe poder armonizar las atenciones que requiere el niño enfermo con las exigencias de las necesidades de los diferentes miembros de la familia.

Una actitud resiliente es aquella que teniendo en cuenta la capacidad del sujeto (inteligencia, aspecto social, etc.) procura desarrollarla al máximo para lograr ese “equilibrio inestable” que es la salud mental (Rocamora Bonilla, 2008).

Se puede concretar los desafíos con los que se encuentra una familia con un hijo con una enfermedad o discapacidad, a través de las siguientes sugerencias:

- Mantener un equilibrio adecuado entre el cuidado y la autonomía del hijo.
- Participar en actividades sociales y a la vez garantizar el cuidado del hijo.
- En parejas con problemas previos, el nacimiento de un niño enfermo puede aumentar la disfunción familiar.

- Los niños enfermos deben ser reafirmados acerca de su valor intrínseco y promover su autoestima.
- La necesidad obliga a los familiares a aprender cómo relacionarse de manera eficaz con los cambios discriminativos (Rocamora Bonilla 2008).

Según lo anteriormente mencionado se considera la resiliencia familiar como una capacidad de la unidad familiar, refiere que todas las familias tienen el potencial para la resiliencia, y este principio puede ser maximizado identificando y construyendo sobre las fortalezas y recursos claves dentro de la familia.

De modo podemos llegar a la conclusión que todas las familias tienen un **potencial resiliente familiar** ya sea porque la necesidad de superar la crisis obliga a buscar la solución en conjunto.

Para evaluar el funcionamiento de la familia se debe considerar la competencia familiar y por lo tanto su resiliencia, los factores claves para los mismo son según las autoras Caruso & Mikulic, (2010): acuerdo entre los miembros de la familia, estilo de afrontamiento de la misma, cohesión, compromiso familiar, comunicación, confianza, espiritualidad, flexibilidad, mirada positiva hacia los problemas, contar con una red social de apoyo, el tiempo compartido juntos en familia, el sistema de creencias familiar que da sentido a la adversidad. A su vez describe grandes grupos donde se pueden mencionar:

- 1) *El sistema de Creencias Familiares*: Da cuenta del modo en que la familia le otorga sentido a la adversidad. Para esto se debe considerar cómo la familia se posiciona ante un problema, la manera de evaluar el suceso y las creencias causales y explicativas que se arman en torno al mismo. El enfoque positivo hacia el futuro también es tenido en cuenta. En este sentido, se debe considerar si la crisis es percibida como un desafío, si existe una iniciativa activa de aproximación hacia el problema; y la confianza y convicción que tiene la familia en poder superar las dificultades. Se incluye en esta categoría, la esperanza, el optimismo y el humor. Por último, se considera como parte del sistema de creencias, la trascendencia y la espiritualidad. La fe, las creencias trascendentales, los rituales compartidos y la significación que se le da a la vida a partir de estas

creencias, ofrecen consuelo ante las dificultades, hacen que los momentos críticos sean menos amenazantes y facilitan la aceptación de las situaciones irreparables (Walsh, 2004). Otorgar sentido a la adversidad.

- 2) *Los Patrones Organizacionales Familiares*: Definen las relaciones humanas y regulan las conductas (Walsh, 2004). En esta dimensión se identifican diversos elementos del funcionamiento familiar eficaz, los cuales son considerados claves para la resiliencia relacional familiar. Entre ellos se encuentran la flexibilidad, la conexión; y los recursos sociales y económicos. La **flexibilidad** está relacionada con la estabilidad familiar y con la capacidad de cambio. Es necesario que las familias logren una estructura flexible pero estable a través del tiempo. Son relevantes en este sentido, los roles familiares, las reglas, las rutinas, los patrones de interacción predecibles y el tiempo familiar compartido, el cual incluye la recreación y las celebraciones familiares.

La **conexión** describe el equilibrio entre la unidad, el apoyo mutuo y la colaboración, por un lado, y la separación y la autonomía de cada individuo por otro (Walsh, 2004). Por lo tanto, se considera importante la colaboración entre los miembros de la familia, el compromiso, el apoyo mutuo, la confianza, la autonomía y el respeto por las diferencias existentes entre ellos. En relación a los **recursos sociales**, es importante evaluar si la familia cuenta con apoyo social y por tanto, con la posibilidad de tener a quien pedir ayuda. En este sentido, se consideran las redes de apoyo que conforman la familia extensa, los amigos y la comunidad. Con respecto a los **recursos económicos** es relevante conocer si existen presiones económicas que afectan a la unidad familiar.

- 3) *Comunicación Familiar*: Desde este enfoque, existen tres aspectos que son considerados decisivos para la resiliencia familiar: la claridad, la expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de problemas. Considerando el primer aspecto la **claridad**, es importante que los mensajes sean claros y coherentes, que se comparta toda la información acerca de los problemas y que los destinatarios sean los previstos.

La **expresión emocional** sincera refiere a la posibilidad que existe en la familia de expresar y compartir los sentimientos libremente y de hablar sobre los problemas.

El último aspecto, referido a la Comunicación, es la **resolución cooperativa** de problemas existente entre los miembros de la familia. En este sentido, a partir de la comunicación familiar los miembros logran identificar los problemas, proponer ideas para lidiar con ellos y tomar decisiones compartidas.

La familia es el grupo natural de relaciones del ser humano según Muzio (2010), es en este grupo donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional. Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especies en el caso de los jubilados y atención de los más viejos en casos de enfermedad. Es en el juego de estas expectativas mutuas, en el que operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos.

El análisis de la familia se establece en tres dimensiones fundamentales: el parentesco, que significa los vínculos de sangre entre los miembros, la convivencia, que constituye la unión de miembros de la familia en un hogar común, y la solidaridad, que se refiere a las redes de reciprocidad que se dan entre los miembros de la familia y que funcionan, aunque no vivan bajo un mismo techo. De esas dimensiones es que se han establecido los tipos de familia:

- Elemental (nuclear): Padre, madre, hijos.
- De origen (extendida): Conformada por lazos sanguíneos tanto verticales (multigeneracionales) como horizontales (parientes), vivos o muertos, geográficamente cercanos o lejanos, conocidos o desconocidos, pero siempre de algún modo psicológicamente relevantes.
- Actual: La familia presente (nuclear o extendida) que necesita organizar una estructura normativa de roles y reglas, un estilo de comunicación, un marco de valores.

Debido a este análisis, se puede observar como en la actualidad, se ha puesto de manifiesto la necesidad de atender las necesidades psicosociales de

los padres. Los profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), contribuyen a ello, guiando a los padres para que establezcan una relación adecuada con sus hijos y puedan así, superar el periodo estresante de la hospitalización. Los cuidados centrados en la familia permiten a los padres, participar activamente en el cuidado de los recién nacidos hasta que éstos son dados de alta y en otros casos a afrontar las secuelas de la enfermedad o la pérdida de sus hijos. Los profesionales de enfermería, deben conocer los mecanismos involucrados en el establecimiento del vínculo materno y el apego de los padres con el recién nacido para promocionar y apoyar la integración de los padres en el cuidado y recuperación de sus hijos.

Los padres esperan un bebé normal, saludable y a término y no están preparados para afrontar un resultado distinto. El ingreso del neonato en la UCIN provoca en los padres duelo por la pérdida del niño sano y normal y les obliga a afrontar nuevos y desconocidos problemas. La estructura y organización de la UCIN es fuente de factores estresantes que afectan emocionalmente a los padres. Entre estos factores encontramos:

- Factores auditivos y visuales.
- Aspecto y comportamiento de recién nacido.
- Tratamientos médicos.
- Pérdida del rol parental.
- Comportamiento del personal sanitario.
- La separación que comporta la hospitalización
- Probabilidad de supervivencia del recién nacido con secuelas.
- Riesgo de fallecimiento del niño.

Para afrontar estas situaciones los padres requieren apoyo psicosocial por parte del equipo sanitario encargado del cuidado del recién nacido. La relación que establezcan los padres con los profesionales sanitarios influirá en su estado emocional, en su capacidad para obtener información y recursos y en el cuidado del neonato. Los profesionales de enfermería son una de las principales fuentes de apoyo para los padres por establecer una relación más cercana con los mismos, facilitando la reducción del estrés, el afrontamiento de la enfermedad y

por tanto, ayudándoles a entender y cuidar de su hijo (Cuesta Miguel, Espinosa Briones y Gómez Prats, 2012). De esta manera se intenta promover el restablecimiento familiar y encontrar una salida a la crisis que implica una internación.

Todas estas situaciones inesperadas para el individuo generan diversos estados de crisis, la cual se describe como una respuesta normal ante una situación de constante desequilibrio, la misma indica la falta, carencia, escasez y conflicto e involucra la necesidad de tomar decisiones que pueden cambiar el curso de los acontecimientos. Estas se pueden evidenciar en cualquiera de las etapas del desarrollo del individuo como en la adolescencia en donde la persona manifiesta cambios físicos y psíquicos que conllevan a la encrucijada de vivenciar situaciones como un adulto y otras, como un niño. Es por eso que cada persona vivencia circunstancias distintas (educación, economía, la personalidad) a través de diversos mecanismos que favorecerán o dificultarán la capacidad de dar respuesta a los retos (Armayones Ruiz, 2014, p. 39).

Los mecanismos psicológicos tienen como objetivo defender el “yo”, es decir, que tiende a disminuir el daño que pueden causar los acontecimientos de la vida a nivel psíquico. Estos mecanismos de defensa son estrategias que se utilizan de forma inconsciente para alejar el dolor psíquico, para no sufrir más de lo estrictamente necesario ante acontecimientos y situaciones críticas de la vida (Armayones Ruiz, 2014, p. 47).

El ser humano tiene una gran capacidad de aprendizaje que a través del entrenamiento y de la experiencia, adquiere trucos y estrategias para defender la integridad psicológica. Este es un aspecto importante pues las heridas y secuelas psicológicas son de gran importancia, en ocasiones incluso más que las físicas. Los más utilizados según la perspectiva freudiana son la negación, represión, regresión, fijación, desplazamiento y sublimación, proyección, formación reactiva, racionalización, identificación, compensación, aislamiento, intelectualización (Armayones Ruiz 2014, p. 48).

Las crisis se clasifican en no normativas y normativas. Las primeras, también llamadas circunstanciales o impredecibles son accidentales o inesperadas y se originan por algún o algunos sucesos. Según Slaikeu (1996),

las características principales de estas crisis son: a) aparición repentina por lo general abrupta, b) carácter imprevisible es decir no se sabe cuándo sucederán y c) calidad de urgencia ya que requieren de una respuesta inmediata por parte de la familia.

En ocasiones estas crisis no afectan la estructura de la familia y a pesar de su carácter aparentemente demoledor son resueltas generalmente de manera favorable. Por ejemplo, una familia tiene que enfrentarse a pérdidas materiales originadas por el paso de un ciclón.

Sin embargo, en otras ocasiones la resolución de esta crisis se hace más compleja por involucrar la capacidad de la familia para producir cambios en su estructura, en sus roles y en los sistemas de comunicación empleados. El hecho de que se produzcan estas modificaciones, determinará la fluidez con que la familia resuelva las diferentes situaciones inesperadas de crisis que se le presenten.

La muerte del padre en una familia con hijos pequeños puede, cómo se dijo anteriormente enfrentar a una familia a una crisis inesperada. La resolución adecuada de la misma requiere un reajuste en su estructura que quizás afecta la jerarquía de poder que existía en la familia, ya que la madre deberá asumir el rol de autoridad del padre; también se redefinen sus fronteras con otros sistemas sociales como son los abuelos con los cuales la relación pudiera tornarse más cercana cuando éstos suplen algunas funciones del padre ausente para apoyar a la madre. Además, cambian los roles familiares ya que la madre se convierte en proveedor a única y los hijos especialmente los mayores asumen más responsabilidades.

En cuanto a las crisis normativas, de desarrollo o predecibles, se fundamenta en la idea de que las familias cambian en su forma y función a lo largo del tiempo. Estas crisis se originan durante el tránsito de la familia de una etapa a otra de su desarrollo, ya que cada una requiere del cumplimiento de ciertas tareas que llevan implícita la necesidad de un cambio en la estructura y funcionamiento del sistema familiar. Para Slaikeu (1996), las crisis de desarrollo se sostienen en varias hipótesis:

- 1- Desde el crecimiento hasta la muerte, la vida se caracteriza por un cambio constante.
- 2- El desarrollo se caracteriza por una serie de transiciones que implican tareas diferentes.
- 3- Cada transición origina una estructura y funcionamiento cualitativamente diferente.

La familia, como cualquier otro sistema social, está en constante proceso de desarrollo desde su origen, cada cambio está caracterizado por transformaciones en su composición, reorganización de subsistemas antiguos y el surgimiento de nuevos por modificaciones en las fronteras externas e internas de la misma y cambios en roles, reglas y estructura de la autoridad.

En cada etapa la familia debe saltar a una nueva forma de funcionamiento; para poder hacer frente a las diferentes crisis, debe realizar cambios de primer y segundo orden. Los cambios de primer orden mantienen estructura del sistema y generalmente predominan en el intermedio de las etapas, y los de segundo orden implican cambios en la estructura del sistema y predomina durante las transiciones (Valdés Cuervo, 2009).

Ante las diferentes crisis que pasa a familia podemos decir que la internación de un hijo lleva a la familia a relacionarse con el equipo de salud desde otra mirada, estos empiezan a tomar un papel importante para generar espacios de relaciones de apego seguro.

A partir de esto la resiliencia utilizada como nueva tendencia de cuidado, empezó a mencionarse hace aproximadamente dos décadas, según Quiñónez (2007), la comunidad científica se interesó por estudiar personas que se vieron enfrentadas a experiencias extremas de vulnerabilidad tales como violencia, injusticia, soledad, desamor, crueldad y enfermedad; entre otras, descubriendo que la adversidad en la vida de un individuo, no representa ineluctablemente muerte y destrucción; se observó, por el contrario, que muchas personas salían abantes en su vivencia, de manera trascendente y solidaria, a este fenómeno se le denominó resiliencia (Castaño Mora y Canaval Erazo, 2015).

Desde la visión de la resiliencia como subjetividad y experiencia de identidad y sentido, el ser humano nace con una situación biográfica determinada

(sin escoger condiciones de espacio, tiempo y sociedad) transita a través de una tradición simbólica existente (un universo impuesto en otras palabras) y sólo gracias a su sentido de decepción surtido en las ansias de infinitud, se resignifica sobre una identidad o rol impuesto, soportada en su núcleo vital: los valores de vida (Castaño Mora y Canaval Erazo, 2015).

La teoría de la resiliencia será mejor comprendida para una persona con enfermedad orgánica o mental en su contexto familiar, dado que todas las familias tienen potencial de ser resilientes. La calidad de vida del cuidador primario se altera ostensiblemente ante la experiencia de enfermedad de su familiar, en contraste, es posible que la vivencia del enfermo pueda afectarse positivamente, si cuenta con un cuidador con características resilientes, dicho cuidador, transmite e impregna su entorno de optimismo, sensación de dominio y control personal, desarrollo de rasgos positivos y en general, redimensiona la experiencia (Caqueo y Lemos, 2008).

Desde el punto de vista de enfermería, se intenta utilizar la resiliencia, la cual es entendida según Boris Cyrulnik como la “suma de lo innato y lo adquirido y que la posibilidad de desarrollo resiliente depende de un temperamento personal, una significación cultural y un sostén social” (Sztejfman, 2010).

“Es la capacidad que desarrollan algunos seres humanos de sobreponerse a los traumatismos psicológicos y las heridas emocionales más graves...”. En el caso de enfermería el concepto es útil ya que al convivir con personas que sufren y atraviesan por etapas dolorosas, se involucran física, afectiva y socialmente con efectos adversos y positivos que se expresan en la vida y práctica cotidiana. Identificar el potencial de resiliencia beneficia a la hora de proporcionar cuidado a las personas y su familia, ya que brinda un panorama en cuanto a las medidas de protección emocional que el profesional de enfermería emplea y así, poder integrarlo a la práctica y la vida cotidiana (Pacheco Pérez, Berumen Burciaga, López López y Molina Seañez, 2013).

El profesional de enfermería necesita ser tomado en cuenta como persona que siente y sufre, no como un ser que coexiste a la sombra de los demás y en espera de seguir indicaciones de cuidado sin importar sus propios sentimientos. Por ello es necesario implementar acciones de cuidado al profesional de

enfermería, con la finalidad de destacar las acciones resilientes que repercutan en su bienestar personal y profesional; todo ello siendo coherentes con sus necesidades reales y posibilidades institucionales y de la sociedad (Pacheco Pérez et. Al, 2013).

El concepto de resiliencia no constituye algo nuevo dentro del campo de las ciencias sociales y humanas; sin embargo, para las ciencias de la salud y en especial la enfermería es relativamente nuevo el trabajo con ello, siendo que representa una gran ayuda a la hora de realizar el cuidado, especialmente a las personas en proceso de morir. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen el compromiso de contar con una plantilla de profesionales de enfermería capaces de manejar eficazmente sus emociones y ser resistentes ante los sentimientos negativos que se presentan en su trabajo diario (Pacheco Pérez et. Al, 2013).

Fomentar el autoconocimiento, los ideales, metas, la esperanza y la motivación, tanto intrínseca como extrínseca es de suma importancia para proporcionar cuidado; impera la necesidad de crear espacios de discusión, recreación y convivencia entre profesionales de la enfermería en donde los sentimientos sean liberados y compartidos con la finalidad desarrollar las capacidades resilientes (Pacheco Pérez et. Al, 2013).

## DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Para conceptualizar la variable potencial resiliente en padres de neonatos internados en el Hospital Materno-Infantil, las autoras se posicionan en Caruso & Mikulic (2010), quienes profundizaron la construcción del Potencial Resiliente Familiar (PRF) desarrollado inicialmente por Walsh (1996, 2004), que refieren que los factores que indican, si existe la resiliencia familiar, son: acuerdo entre los miembros de la familia, estilo de afrontamiento de la misma cohesión - compromiso familiar – comunicación – confidencialidad – espiritualidad - flexibilidad - mirada positiva hacia los problemas - contar con una red social de apoyo - el tiempo compartido juntos en la familia y el sistema de creencias familiar que da sentido a la adversidad.

Afirman que el Potencial Resiliente Familiar es la capacidad que presenta todas las familias de ser resilientes frente a una situación límite, esto permite diferenciar características que se agruparán en 3 grandes dimensiones:

1. *EL SISTEMA DE CREENCIAS FAMILIARES*: Considera como la familia se posiciona ante un problema, la manera de evaluar el suceso y las creencias causales y explicativas que se arman entorno al mismo. Se utilizará como indicadores:
  - Enfoque positivo hacia el futuro: que se valora a través del optimismo.
  - La crisis percibida como un desafío.
  - La existencia de confianza familiar: se valora a través de la esperanza y la fe.
  - La convicción familiar: expresado a través creencias que poseen para superar las dificultades.
  
2. *LOS PATRONES DE ORGANIZACIÓN FAMILIAR*: Regulan las conductas y definen las relaciones humanas (Walsh, 2004). También se pueden identificar diversos elementos del funcionamiento familiar eficaz que son claves para la resiliencia relacional familiar. Entre los cuales se encuentran los siguientes subdimensiones:
  - *Flexibilidad*: Está relacionada con la estabilidad familiar y con la capacidad de cambio. Los indicadores relacionados a este subdimensión son:

- Asumir diferentes roles familiares: se valora cómo los integrantes de la familia asumen funciones no habituales.
  - Aceptar nuevas reglas: considerar las variaciones en las actividades cotidianas.
  - Adaptarse a nuevas rutinas: se valorará la modificación de la responsabilidad en las actividades cotidianas.
  - Aceptar la distribución de tiempos familiares compartidos.
  - Conexión: Describe el equilibrio entre la unidad, el apoyo mutuo y la colaboración, por un lado, y la separación, la autonomía de cada individuo por otro (Walsh, 2004). Los indicadores para esta subdimensión son:
    - Colaboración entre los miembros de la familia: donde el apoyo mutuo, compromiso, confianza y respeto facilitan la asimilación y aceptación de la crisis.
    - Autonomía: se valora la independencia del individuo dentro de la familia.
  - Recursos sociales: Evaluar si la familia cuenta con apoyo social, y, por tanto, con la posibilidad de tener a quien pedir ayuda. El indicador que se relaciona a ésta subdimensión es:
    - Red de apoyo: familia, familiares, amigos.
    - Red de apoyo social: comunidad, vecinos, grupos de apoyo.
- 3. LA COMUNICACIÓN FAMILIAR:** Desde este enfoque, existen tres aspectos que son considerados decisivos para la resiliencia familiar:
- Claridad y Expresión emocional: Posibilidad que existe en la familia de transmitir mensajes claros y coherentes, permitiendo expresar y compartir los sentimientos libremente. Los indicadores para ésta subdimensión son:
    - Hablar sobre los problemas.
    - Comparte toda la información acerca de los problemas.
    - Expresar los sentimientos.
    - Se permite distraer por momentos breves.
  - Resolución cooperativa: Los miembros logran identificar los problemas. Los indicadores que se relacionan a ésta subdimensión son:
    - Proponer ideas para sobrellevar la crisis.
    - Tomar decisiones compartidas.

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer el potencial resiliente que presentan los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Identificar el potencial resiliente que presentan los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy en relación con:
  - *El sistema de Creencias Familiares.*
  - *Los Patrones de Organización Familiar.*
  - *La Comunicación Familiar.*
- Destacar el potencial resiliente que sobresale en relación a las áreas de sistema de creencias, patrones de organización y comunicación familiar de los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy.

# CAPÍTULO II

Diseño

Metodológico.

## TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo, de corte transversal, para conocer el potencial resiliente que presentan los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy.

**Descriptivo:** porque buscará describir el potencial resiliente que presentan los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy.

**Transversal:** porque el estudio de la variable se realizará en un momento dado, haciendo una sola medición en el tiempo.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

De acuerdo con el marco teórico en donde se definió la variable del estudio, se expresará la misma a través de un cuadro, incluyendo sus dimensiones, subdimensiones e indicadores, para que pueda ser cuantificada.

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES
<b>POTENCIAL RESILIENTE</b> en padres de neonatos internados en el Hospital Materno-Infantil.	SISTEMA DE CREENCIAS FAMILIARES.		Enfoque positivo hacia el futuro.
			Crisis percibida como desafío.
			Existencia de confianza familiar.
			Convicción familiar.
	PATRONES DE ORGANIZACIÓN FAMILIAR.	FLEXIBILIDAD.	Asumir diferentes roles familiares.
			Aceptar nuevas reglas.
			Adaptarse a nuevas rutinas.
		CONEXIÓN.	Aceptar la distribución de tiempos familiares compartidos.
			Colaboración entre los miembros de la familia.
			Autonomía.

		<i>RECURSOS SOCIALES.</i>	Red de apoyo familia, familiares, amigos.
			Red de apoyo social.
	<i>CLARIDAD Y EXPRESIÓN EMOCIONAL.</i>		Hablar sobre los problemas.
			Comparten toda la información acerca de los problemas.
			Expresar los sentimientos.
			Se permite distraer por breves momentos.
	<i>RESOLUCIÓN COOPERATIVA.</i>		Proponer ideas para sobrellevar la crisis.
			Tomar decisiones compartidas.
	<i>COMUNICACIÓN FAMILIAR.</i>		

## UNIVERSO Y MUESTRA

La población en estudio estará conformada por los padres de recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados críticos neonatales del “Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana” de la Provincia de Jujuy en el segundo semestre del año 2019.

Se realizó una proyección para el período Julio - Diciembre del año 2019, con datos retrospectivos del segundo semestre del año 2016 para la estimación del universo<sup>1</sup>. En dicho período hubo 2223 nacimientos en la provincia de Jujuy, de los cuales 332 de los recién nacidos ingresaron al servicio de Neonatología, pero no todos contaron con la presencia del padre o la madre, por lo tanto, al ser considerada una población factible de acceder, no se tomará muestra.

<sup>1</sup> Fuente obtenida del área de estadística del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy, en abril del 2018, quienes remiten que solo poseen información del año 2016.

## **FUENTE, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Fuente:** para la recolección de datos la fuente será primaria, ya que la información se obtendrá mediante la comunicación directa de las investigadoras con los sujetos en estudio.

**Técnica:** la técnica que se utilizará para la recolección de datos será en modalidad de *entrevista con preguntas semi-estructuradas y abiertas*, ya que permite obtener información más completa mediante el establecimiento de una comunicación interpersonal entre los entrevistados y las investigadoras, que se caracteriza por su flexibilidad y apertura para las respuestas, además de ser aplicable a toda persona.

**Instrumento:** el instrumento será una *cédula de entrevista*, diseñada por las investigadoras. Para su construcción se tuvieron en cuenta los objetivos y la variable en estudio, con sus respectivas dimensiones y subdimensiones. La entrevista estará dividida en dos partes: en la primera se solicitará los datos personales identificatorios, a excepción del nombre, ya que la misma será anónima; y en la segunda parte, con relación a la variable en estudio, se desarrollarán preguntas abiertas y cerradas en relación con los indicadores.

Previamente, se iniciará con una breve introducción para comentar los objetivos y las razones del estudio. Además, se solicitará el permiso a los participantes para que la entrevista sea grabada (únicamente formato audio), para obtener en totalidad las respuestas que los mismos brinden, permitiendo analizar y comprender cada detalle de las respuestas que luego serán analizadas.

Se realizó una prueba piloto para verificar la validez y confiabilidad de los datos y se realizaron los ajustes necesarios. En esa instancia participaron padres de 5 recién nacidos hospitalizados con características similares (diagnóstico, tiempo de internación) en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

## **PLANES**

### **I. Recolección de datos**

Luego de elaborar el instrumento, se procederá a recolectar la información mediante el siguiente proceso:

- Se elaborará y presentará la nota de autorización dirigida a la Directora del Hospital Materno Infantil para que habilite la utilización del instrumento dentro de la institución (*ver Anexo I*).
- Se le entregará a cada uno de los entrevistados un consentimiento informado de manera escrita (*ver Anexo II*).
- Una vez firmado dicho consentimiento, se realizará la entrevista a cada padre, en su modalidad de entrevista (*ver Anexo III*), que contendrá 19 preguntas semi - estructuradas y abiertas, otorgándole el tiempo que se necesaria a cada entrevistado para que responda la totalidad de preguntas, de la manera más completa posible. Se estima un aproximado de 30 a 40 minutos para la realización de cada entrevista.
- La recolección de datos se realizará de lunes a viernes, entre las 12 hs. y las 14 hs., debido en que ese horario, dan los informes los médicos de cabecera de los neonatos, por lo tanto, es cuando se encuentran la mayor cantidad de los padres en el servicio.

### **II. Procesamiento de datos**

Una vez que se hayan recogido la información, los datos serán procesados a través del siguiente procedimiento:

- a) Se pasará en limpio, a formato papel, las entrevistas.
- b) Se ordenarán y enumerarán los instrumentos contestados.
- c) Se volcarán los datos recogidos en una tabla maestra o matriz (*ver Anexo IV*). La misma será ordenada según las dimensiones y la cantidad de preguntas.
- d) Se determinarán las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de cada pregunta semi-estructurada, y para aquellas preguntas abiertas se buscarán coincidencias de respuestas.

### Categorización de los datos

- Para las preguntas abiertas se recurrirá al criterio de categorización según similitud de respuestas.
- En las preguntas semi-estructuradas, se considerarán las dimensiones en donde los padres deberán seleccionar, identificando aquellas situaciones que consideren que se adaptan más (+) o menos (-) a su realidad.

La categorización que se utilizará para las respuestas generales se le otorgará al potencial resiliente familiar un valor de 150 puntos, cada dimensión tendrá un valor de 50 puntos.

*DIMENSIÓN: Sistema de Creencias Familiar: 50 puntos.*

- Enfoque positivo hacia el futuro: 10 puntos.
- Crisis percibida como desafío: 10 puntos.
- Existencia de confianza familiar: 10 puntos.
- Convicción familiar: 10 puntos.
- Otros: 10 puntos

*DIMENSIÓN: Patrones Organizacionales Familiares: 50 puntos.*

- Asumir diferentes roles familiares: 5,5 puntos.
- Aceptar nuevas reglas: 5,5 puntos.
- Adaptarse a nuevas rutinas: 5,5 puntos.
- Aceptar la distribución de tiempos familiares compartidos: 5,5 puntos.
- Colaboración entre los miembros de la familia: 5,5 puntos.
- Autonomía: 5,5 puntos.
- Red de apoyo familia, familiares, amigos: 5,5 puntos.
- Red de apoyo social: 5,5 puntos.
- Otros: 5,5 puntos
- Comparten toda la información acerca de los problemas: 7,14 puntos.
- Hablar sobre los problemas: 7,14 puntos.
- Expresar los sentimientos: 7,14 puntos.
- Se permite distraer por breves momentos: 7,14 puntos.

- Proponer ideas para sobrellevar la crisis: 7,14 puntos.
- Tomar decisiones compartidas: 7,14 puntos.
- Otros: 7,14 puntos.

Para evaluar el Potencial Resiliente Familiar del entrevistado/a se suman todos los valores de cada una de las dimensiones y el total se determinará según la siguiente categorización.

- POTENCIAL RESILIENTE BAJO: menos de 45 puntos.
- POTENCIAL RESILIENTE MEDIO: por encima de 45 hasta 105 puntos.
- POTENCIAL RESILIENTE ALTO: por encima de 105 hasta 150 puntos.

### III. Presentación de datos

Se emplearán tablas para la presentación de los datos personales y demográficos de las personas encuestadas, para conocer la población en estudio; y una tabla por cada dimensión y subdimensión para plasmar las respuestas según la categorización anteriormente estipulada, permitiendo relacionar las frecuencias y porcentajes de cada una de las dimensiones en estudio. También se elaborará un cuadro de contenido para la presentación de las preguntas abiertas, donde se tabularán los datos por similitud de respuestas.

Se exponen a continuación algunas tablas a modo de ejemplo, que serán construidas cuando el proyecto sea ejecutado, una vez obtenidos los datos.

**TABLA A:** Género de los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

GÉNERO	FRECUENCIA	%
Femenino.		
Masculino.		
Otro.		
<b>TOTAL DE SUJETOS</b>		

**Fuente:** Cedula de Entrevista.

**TABLA B:** Edad de los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

EDAD	FRECUENCIA	%
16 – 20 Años.		
21 – 25 Años.		
26 – 30 Años.		
31 – 35 Años.		
Más de 36 Años.		
<b>TOTAL DE SUJETOS</b>		

**Fuente:** Cedula de Entrevista.

**TABLA 1:** Potencial Resiliente en el Sistema de Creencias Familiares de los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

SISTEMA DE CREENCIAS FAMILIARES	FRECUENCIA	%
Enfoque positivo hacia el futuro.		
Crisis percibida como desafío.		
Existencia de confianza familiar.		
Convicción familiar.		
Otro.		
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>		

**Fuente:** Cedula de Entrevista.

**TABLA 2:** Potencial Resiliente en Patrones de Organización Familiar de los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

<b>PATRONES DE ORGANIZACIÓN FAMILIAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>Asumir diferentes roles familiares.</b>		
<b>Aceptar nuevas reglas.</b>		
<b>Adaptarse a nuevas rutinas.</b>		
<b>Aceptar la distribución de los tiempos familiares compartidos.</b>		
<b>Colaboración entre los miembros de la familia.</b>		
<b>Autonomía.</b>		
<b>Red de apoyo de familia, familiares o amigos.</b>		
<b>Red de apoyo de vecinos o grupo de apoyo comunitario.</b>		
<b>Otro.</b>		
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>		

**Fuente:** Cedula de Entrevista.

**TABLA 3:** Potencial Resiliente en la Comunicación Familiar de los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

<b>COMUNICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>Hablar sobre los problemas.</b>		
<b>Comparten toda la información acerca de los problemas.</b>		
<b>Expresar los sentimientos.</b>		
<b>Se permite distraer por breves momentos.</b>		
<b>Proponer ideas para sobrellevar la crisis.</b>		
<b>Tomar decisiones compartidas.</b>		
<b>Otro.</b>		
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>		

**Fuente:** Cedula de Entrevista.

**TABLA 4:** Potencial Resiliente de los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

<b>POTENCIAL RESILIENTE FAMILIAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>Sistema de creencias familiares.</b>		
<b>Patrones de organización familiar.</b>		
<b>Comunicación familiar.</b>		
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>		

**Fuente:** Cedula de Entrevista.

**TABLA 5:** Categorización del Potencial Resiliente de los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

POTENCIAL RESILIENTE DE PADRES DE NEONATOS	FRECUENCIA	%
Potencial resiliente bajo.		
Potencial resiliente medio.		
Potencial resiliente alto.		
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>		

**Fuente:** Cedula de Entrevista.

#### **IV. Análisis de resultados o análisis de datos**

El análisis de los datos se realizará detenidamente y mediante la aplicación de la estadística descriptiva, en la que se comparará toda la información obtenida, luego del procesamiento de los datos, se analizará el Potencial Resiliente en los padres del servicio de neonatología internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy

El programa informático para el análisis de los resultados será realizado en Microsoft Office Excel 2013, y volcado en tabla matriz para su mejor lectura (*ver Anexo IV*).

La estadística descriptiva arrojará datos relevantes para los investigadores y también para quienes utilicen la investigación realizada para trabajos futuros.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### GRÁFICO DE GANTT

Las actividades que se llevarán a cabo para realizar el proyecto Potencial Resiliente de los padres del servicio de neonatología internados en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el período Julio - Diciembre 2019.

ACTIVIDADES	PERIODO 2019																							
	JUL.				AGO.				SEPT.				OCT.				NOV.				DIC.		ENE. 2020	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión del proyecto.	█	█	█																					
Recolección de datos.					█	█	█	█																
Presentación de datos.									█	█														
Procesamiento de datos.											█	█												
Análisis de resultados.													█	█	█	█								
Elaboración de informes.																	█	█						
Publicación.																					█			

## PRESUPUESTO

El presupuesto que a continuación se expone, tiene el carácter de estimativo, de manera que los valores consignados pueden ser modificados. El mismo indica los recursos económicos con los que se debe contar para la realización del proyecto.

RUBRO	ACTIVIDADES	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
<b>RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.</b>	Impresión de instrumento.	1.50	1660	\$2490
	Investigadoras.	Sin costo	3	-
	Cuadernos.	45	3	\$135
	Lapiceras.	5	20	\$100
	Folios.	3	20	\$60
<b>ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DATOS.</b>	Impresión y encuadernación.	1550	1	\$1550
	CD.	32	3	\$96
	Ficha técnica.	1.50	3	\$4.5
<b>VARIOS.</b>	Transporte urbano.	12.80	25	\$320
	Viáticos (comidas).	200	3	\$600
	Gastos Imprevistos.	585,35	-	\$535,55
			<b>TOTAL</b>	<b>5891,05</b>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armayones Ruiz, M. (2015) *Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis. Como desarrollar las habilidades adecuadas ante situaciones de emergencia*. Recuperado de junio 2018 de:  
<https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=2yD9CAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=+Armayones+Ruiz+Manuel.+T%C3%A9cnicas+de+apoyo+psicol%C3%B3gico+y+social+e>
- Athié Díaz, D. & Gallegos Orozco, P. (2009) *Relación entre la Resiliencia y el funcionamiento familiar*. *Psicología Iberoamericana*, volumen 10(número 1) Recuperado abril 2018 de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/1339/133912613002.pdf>
- Calle, D. A. (2010) *Apego, Desarrollo y Resiliencia*. *Informes Psicológicos*, volumen 12(número 1) Recuperado en agosto 2018 de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229779>
- Capillo, V. (2014) *Apego, Resiliencia y Enfermería*. (Tesis de grado) Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Madrid. España. Recuperado abril 2018 de:  
<http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1265/TFG%20Escudero%20Campillo,%20Van%20esa.pdf?sequence=1>
- Caruso, A. (2009). *La importancia de evaluar la resiliencia familiar en la unidad de cuidados intensivos neonatológicos (UCIN) un enfoque preventivo*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Argentina. Recuperado abril 2018 de:  
<https://www.aacademica.org/000-020/750.pdf>
- Castaño Mora, Y. & Canaval Erazo, G. (2015) *Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario*. Scielo Colombia,
- Cerisola, C. (2003) *Resiliencia y Programas Preventivos*. Universidad del Salvador. Buenos Aires. Argentina. Recuperado abril 2018 de:  
<http://www.ilustrados.com/tema/1334/Resiliencia-Programas-Preventivos.html>
- Cuesta Miguel, J., Espinosa Briones, A. & Gómez Prats, S. (2012) *Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia*. *Enfermería Integral*, Volumen (número 98), pp-pp36-40. Recuperado de abril 2018 de:  
<http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/03/Enfermer%23U00eda-neonatal.-Cuidados-centrados-en-la-familia.-2012.pdf>
- Gallardo, A. & Concha, J. (2016) *Resiliencia como estrategia para la práctica de enfermería. Una propuesta teórica*. *BENESSERE. Revista de Enfermería*, Volumen 1(numero 1). Recuperado de julio 2018 de:  
[http://benessere.uv.cl/images/revista/revista\\_n1/6\\_resiliencia.pdf](http://benessere.uv.cl/images/revista/revista_n1/6_resiliencia.pdf)

- Garcia del Castillo, J. A.; García del Castillo-López, A.; López-Sánchez, C. & Dias, P. C. (2016) *Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud*. Health and Addictions, Volumen 16(número 1), pp-pp 59-68. Recuperado de abril 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83943611006.pdf>
- García Santillán, M. (septiembre 2011) *Pilares de la Resiliencia: Creatividad y Capacidad de Relacionarse en el Programa de Adultos Mayores Sobrevivientes del Holocausto de Tzedaka*. Recuperado de abril 2018 de: <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/806/Garcia%20Santillan%20Mercedes.pdf?sequence=3>
- García Silgo, M. (2016) *La resiliencia en los ejércitos contemporáneos*. Recuperado abril 2018 de: <http://www.defensa.gob.es/Galerias/gabinete/red/2016/red-329-resiliencia.pdf>
- Gómez, E. & Kotliarenco, M. (2010) *Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas*. Recuperado abril 2018 de: <file:///D:/Mis%20documentos/Escritorio/resiliencia%20familiar.pdf>
- Gonzalez Arriaga, N. & Valdez Medina, J. (2007) *Resiliencia en Niños*. Psicología Iberoamericana, Volumen 15(Número 2) pp.pp 38-50. Recuperado abril 2018 de:
- Cabanyes Truffino, J. (2010) *Resiliencia: una aproximación al concepto*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, Volumen3 (numero 4). Recuperado de abril 2018 de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-resiliencia-una-aproximacion-al-concepto-S1888989110000741#bib26>
- Kaise, S. (2016). *Características de las madres resilientes*. Revista Crecer, Volumen 5 (numero 1). Recuperado el 2 de julio de 2018 de: <http://espanol.livehappy.com/relaciones/5-caracter%C3%ADsticas-de-las-madres->
- Larguia, M.; Lomuto, C. & Gonzalez, A. (agosto 2007) *Maternidades Centradas en la familia*. Guía para transformar maternidades tradicionales, Ministerio de la Nación, Presidencia de la Nación, UNICEF.pp-pp20-21. Segunda Edición. Argentina.
- Madariaga, J. M. (2014) *Nuevas miradas sobre la resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Recuperado de julio de 2018 de: [https://books.google.com.ar/books?id=UCsIBQAAQBAJ&pg=PT58&lpg=PT58&dq=lonescu,+2011+resiliencia+asistida&source=bl&ots=IHJcv0\\_7Ya&sig=pj6UQL36V3t69g4vW4xsEyCzdh4&hl](https://books.google.com.ar/books?id=UCsIBQAAQBAJ&pg=PT58&lpg=PT58&dq=lonescu,+2011+resiliencia+asistida&source=bl&ots=IHJcv0_7Ya&sig=pj6UQL36V3t69g4vW4xsEyCzdh4&hl)
- Marina, J. A. (2012) *Resiliencia y vulnerabilidad*. Pediatría Integral, Volumen 15 (numero 9). Recuperado de julio de: <https://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2012/xvi09/07/723727%20Brujula%209.pdf>
- Martínez, J.; Fonseca, L. & Scochi, C. (marzo-abril2007) *Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de*

salud. Revista Latinoamericana de Enfermería, Volumen 15(numero 2). Recuperado abril 2018 de:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es\\_v15n2a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a08.pdf)

- Melillo, A.& Suarez Ojeda, E. (2001) *Resiliencia Descubriendo las Propias Fortalezas*. Buenos Aires: Editorial Paidós, Pag 19-30. Recuperado abril 2018 de:  
[http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/trabajo/filippi/Trabajo%20Filippi%20Teorico%20Parte%203/Melillo,%20A.%20&%20Suarez%20Ojeda,%20E.%20N.%20\(Comp.\).%20\(2001\).%20Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia.%20\(19-30\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/trabajo/filippi/Trabajo%20Filippi%20Teorico%20Parte%203/Melillo,%20A.%20&%20Suarez%20Ojeda,%20E.%20N.%20(Comp.).%20(2001).%20Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia.%20(19-30).pdf)
- Mercer, R. (2014) *Adopción del rol maternal*. Cuidado de enfermería a la madre y al niño. Revista cuidarte, Volumen 2(numero1) Recuperado julio 2018 de:  
<http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/adopcion-del-rol-materno.html>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina; (junio 2015) *Maternidades seguras y centradas en la familia para fortalecer los derechos de las mujeres y sus bebés*. Buenos Aires. Argentina. Recuperado abril 2018 de:  
[http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2713:mate](http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=2713:mate)
- Pacheco Pérez, L.; Berumen Burciaga, L.; López López, M.& Molina Seañez, A. (agosto 2013) *Resiliencia en el Profesional de Enfermería que Cuida a Personas en Proceso de Morir*. Revista de enfermería, Volumen 7(numero 2). Recuperado abril 2018 de:  
[http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/280/pdf\\_12](http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/280/pdf_12)
- Placeres Hernández, J.; Rosales, L.& Delgado Hernández, I. (2010) *La familia y el adulto mayor*. Recuperado de abril 2018 de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010)
- Robles Sánchez, J. (2013). *Resiliencia y vulnerabilidad: intrínsecos al ser humano*. Recuperado de julio de 2018 de:  
<http://efhre-institutes.com/web/journal/files/2012/12/N02-A01-cartas-al-director.pdf>
- Rocamora Bonilla, A. (2008) *La familia resiliente, Claves para atender un hijo enfermo*. Revista de la Asociación Proyecto de Hombre. Recuperado abril 2018 de:
- Saavedra Guajardo, E. & Villalta Paucar, M. (2008) *Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años*. Universidad católica del Maule. Chile. Recuperado de julio de 2018 de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272008000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272008000100005&script=sci_arttext)
- Valdés Cuervo, Á. (2009) *Crisis normativas y no normativas del desarrollo familiar*. Familia y Crisis. Estrategias de afrontamiento. Recuperado de julio de 2018 de:  
[https://www.researchgate.net/publication/292967167\\_Crisis\\_normativas\\_y\\_no\\_normativasdel\\_desarrollo\\_familiar](https://www.researchgate.net/publication/292967167_Crisis_normativas_y_no_normativasdel_desarrollo_familiar)

# **ANEXOS.**

**ANEXO I. NOTA DE SOLICITUD.**



San Salvador de Jujuy, Marzo de 2019



2018 - "Año del Centenario de la Reforma Universitaria"

San Salvador de Jujuy, Julio del 2019.

**DIRECTORA DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL**

**DR. HÉCTOR QUINTANA**

**DRA. ALICE VARGAS**

**S...../.....D:**

Las abajo firmantes, egresadas de la Escuela de Enfermería, le solicitamos a Ud. nos conceda el permiso para llevar a cabo dentro del Servicio de la Neonatología del Hospital, entrevistas con preguntas abiertas y semiestructuradas, dirigidas a padres de Recién Nacidos internados en la Terapia.

De esta manera se podrá realizar una Investigación titulada "*Potencial resiliente en padres.*"

El motivo de la misma es la ejecución del proyecto de investigación, el cual fue presentado y aprobado como requisito para finalizar los estudios de grado.

Sin otro particular, y quedando a la espera de una respuesta favorable; saludan atentamente.

.....

MOCOROA, Edith Soledad Pilar

.....

GONZALEZ, Joana Ivón

.....

TOLABA, Lorena Verónica.

## ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



2018 - "Año del Centenario de la Reforma Universitaria"

### CÁTEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

*“Potencial Resiliente que presentan los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la provincia de Jujuy.”*

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

***Mediante el presente documento le estamos solicitando su consentimiento para brindar información que será utilizada en el marco de un estudio de investigación de la Cátedra de Taller de Trabajo Final. Lea atentamente los propósitos y fundamentos del Proyecto, para luego decidir si accede o no a participar.***

El presente proyecto pretende conocer a través de un estudio descriptivo transversal, cual es el potencial resiliente que presentan los padres de neonatos internados en el Hospital Materno Infantil de la provincia de Jujuy en el periodo Julio - Diciembre 2019. Los resultados que dicho estudio arroje, ayudaran al personal de enfermería a identificar estos padres, a fin de poder plantear la promoción de la resiliencia como forma de cuidado.

**PROCEDIMIENTOS:** Para realizar este tipo de estudio se requerirá de su colaboración, brindando información que se utilizará para obtener los resultados que brindarán a la profesión avances y futuras investigaciones.

Con este consentimiento además se solicita la autorización para grabar la entrevista a realizar en formato de audio, para luego transcribirla con la mayor claridad y detalles posibles.

**BENEFICIOS:** Por la participación en dicho estudio no recibirá beneficio directo, debido a que los resultados tendrán interés científico. No obstante, en el caso que los datos pudieran proporcionarle un potencial beneficio con respecto a la temática, les serán comunicados siempre que los solicite.

GASTOS: Los mismos serán asumidos en su totalidad por las investigadoras del estudio; como participante de éste, no tiene responsabilidad alguna para este fin. TIEMPO: La entrevista tomará entre 30 y 40 minutos de su tiempo, dependiendo de la especificidad de la información que brinde.

CONFIDENCIALIDAD: La misma está garantizada con la firma del presente documento, esto implica que se guardará el anonimato de los datos. Las únicas personas autorizadas a ver los datos que se obtengan son las autoras del estudio.

Los resultados obtenidos podrán ser consultados por las investigadoras y publicados en un informe de investigación, sin que consten datos específicos personas que colaboraron en el mismo. Al firmar este documento, está dando su autorización para ser partícipe de este estudio de investigación.

CONSENTIMIENTO: Al haber leído y entendido el objetivo de este estudio y habiendo resuelto dudas sobre el mismo, doy mi conformidad para participar en dicho estudio de investigación.

Al firmar usted está diciendo que: ***Está de acuerdo con participar del estudio; se le ha explicado la información que contiene y se han respondido a todas sus dudas y consultas.***

Usted debe saber que: ***Está exento de contestar aquellas preguntas que no desee responder; en cualquier momento de la entrevista puede dejar de contestar y/o retirarse, asegurando que no tendrá ningún tipo de consecuencias por hacerlo.***

LUGAR Y FECHA ..... de.....de 2019.

.....  
Firma del participante.

.....  
Firma y sello de las investigadoras.

### ANEXO III. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.



2018 - "Año del Centenario de la Reforma Universitaria"

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente cuestionario, es un instrumento que tiene como propósito desarrollar información sobre el Potencial Resiliente que presentan los padres de neonatos internados del Hospital Materno Infantil de San Salvador de Jujuy.

La información que Ud. brinde será valiosa para la realización de este trabajo; la misma reviste carácter de confidencialidad y es anónima. Consta de preguntas cerradas y opciones múltiples.

***INSTRUCTIVO: Responda y marque con una "X" las respuestas que considere según su criterio. Puede marcar más de una opción.***

#### CUESTIONARIO

Nº de encuesta: ..... (No llenar)

Lugar y Fecha: San Salvador de Jujuy, .....

#### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

**a- Genero:**

- Masculino.
- Femenino.

**b- Edad:**

- 16 – 20 AÑOS.
- 21 – 25 AÑOS.
- 26 – 30 AÑOS.
- 31 – 35 AÑOS.
- MÁS DE 36 AÑOS.

**c- Hijos a cargo:**

SI                       NO

**¿Cuántos?.....**

**d- Tiempo de hospitalización del recién nacido:**

.....

**e- ¿Fue un embarazo planeado?**

SI                       NO

**¿Cuál fue su reacción cuando se enteró del mismo?**

.....

**f- ¿Cómo vivencio el embarazo?**

.....

**g- ¿Tuvo alguna complicación durante el embarazo?**

.....

**h- ¿Atravesó alguna internación por el embarazo?**

.....

**i- ¿Cómo nació su hijo/a? (parto normal- parto normal con complicaciones-cesárea de emergencia- cesárea programada)**

.....

**j- ¿Cómo se sintió durante el nacimiento de su hijo/a?**

.....

***k- ¿Qué sintió cuando se enteró que su bebe requería de una internación?***

.....

***1) Teniendo en cuenta las creencias que poseen en su grupo familiar: ¿Qué aspectos usted considera que posee durante la actual internación de su hijo/hija?***

- a) Puede superar momentos difíciles porque ya ha pasado por dificultades anteriores.
  - b) Considera esta crisis como un reto personal.
  - c) Mantiene fe y esperanza.
  - d) Creer en Ud mismo le permite superar momentos difíciles.
  - e) Otros. ¿Cuáles?
- .....

***2) ¿Cuál o cuáles de estas características, Ud. considera que describe su reciente situación con la internación de su hijo/a?***

- a) Asume roles no habituales dentro de la familia.
  - b) Acepta variaciones en las actividades cotidianas.
  - c) Se adapta a las nuevas rutinas.
  - d) Acepta la distribución de los tiempos familiares compartidos.
  - e) Hay apoyo mutuo en la familia.
  - f) Es independiente en su ámbito familiar.
  - g) Tiene el apoyo de familiares o amigos.
  - h) Tiene el apoyo de vecinos o de grupos de apoyo comunitario.
  - i) Otros. ¿Cuáles?
- .....

***3) ¿Qué características basadas en su capacidad de cambio, Ud. considera que está teniendo durante la internación de su hijo o hija?***

- a) Asume roles no habituales dentro de la familia.
- b) Acepta variaciones en las actividades cotidianas.
- c) Se adapta a las nuevas rutinas.

- d) Acepta la distribución de los tiempos familiares compartidos.
  - e) Ninguno.
  - f) Otros. ¿Cuáles?
- .....

**4) Desde el punto de vista del equilibrio que tienen como familia unida ¿qué características Ud. considera que tiene?**

- a) Hay apoyo mutuo en la familia.
  - b) Es independiente en su ámbito familiar.
  - c) Ninguno.
  - d) Otros. ¿Cuáles?
- .....

**5) ¿De quién considera usted que recibe mayor contención durante la internación de su hijo/hija?**

- a) Busca el apoyo de familiares o amigos.
  - b) Busca el apoyo de vecinos o de grupos de apoyo comunitario.
  - c) Ninguno.
  - d) Otros. ¿Cuáles?
- .....

**6) ¿Cuál o cuáles de estas características, Ud. considera que describe su reciente situación con la internación de su hijo/a en relación a la comunicación con sus familiares?**

- a) Habla sobre sus problemas.
  - b) Comparte toda la información acerca de los problemas.
  - c) Normalmente puede encontrar un motivo para reír.
  - d) Se permite distraer por breves momentos.
  - e) En una emergencia las personas pueden contar con Ud.
  - f) Toma decisiones compartidas.
  - g) Otros. ¿Cuáles?
- .....

**7) Teniendo en cuenta la expresión emocional, ¿cuál es la característica más sobresaliente que Ud. posee mientras su hijo se encuentra internado?**

- a) Habla sobre sus problemas.
  - b) Comparte toda la información acerca de los problemas
  - c) Normalmente puede encontrar un motivo para reír.
  - d) Se permite distraer por breves momentos.
  - e) Ninguno.
  - f) Otros. ¿Cuáles?
- .....

**8) Desde el punto de vista de la resolución de problemas, ¿Cuál es el aspecto más sobresaliente que Ud. tiene durante la actual internación de su hijo?**

- a) En una emergencia las personas pueden contar con Ud.
  - b) Toma decisiones compartidas.
  - c) Ninguno.
  - d) Otros. ¿Cuáles?
- .....

ANEXO IV. TABLA MATRIZ.

DATOS PERSONALES SOCIODEMOGRÁFICO													
N°	Edad					Sexo		Género			Hijos		
	20-16	25-21	30-26	35-31	+36	M	H	F	M	Otro	Si	No	Cant.
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
...													
...													
...													
332													

