



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Resiliencia en adolescentes portadores de enfermedades no transmisibles: Un estudio transversal

Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos¹, Luiza de Lima Beretta¹, Lina Miguéis Berardinelli², Betânia Marta Domingues Quintanilha³, Patrícia dos Santos Claro Fuly¹, José Henrique Withers Aquino²

¹Universidade Federal Fluminense

²Universidade del Estado de Rio de Janeiro

³Instituto Fernandes Figueira

RESUMEN

Objetivos: Identificar las condiciones de resiliencia en adolescentes internados con enfermedades crónicas no transmisibles y; levantar los principales factores de protección en el enfrentamiento de los adolescentes en relación a los daños causados por la enfermedad. **Método:** Estudio exploratorio, transversal, de abordaje cuantitativo. Escenario: Hospital Universitario Pedro Ernesto. Sujetos albos: Adolescentes, con edad entre 10 y 19 años, internados con enfermedad crónica. Se utilizó el *WHOQOL – Bref* para recolecta de datos; para el análisis se utilizó el programa estadístico SAS 9.1.3. **Resultados:** El dominio psicológico y el *overall* fueron más significativos. Además, los factores de protección más encontrados fueron factores basados en el propio individuo y factores relacionados al apoyo del medio ambiente. **Conclusión:** Las experiencias de vida y la forma con que cada adolescente observa el mundo influyen fuertemente el enfrentamiento de las adversidades. Así, es fundamental que los profesionales de salud tengan sensibilidad y preparación para lidiar con el adolescente y su proceso de enfermedad.

Descriptor: Resiliencia Psicológica; Adolescente Hospitalizado; Enfermedad Crónica

INTRODUCCIÓN

El concepto de resiliencia está envuelto en ideologías relacionadas a la noción de éxito y de adaptación a las nuevas circunstancias sociales. En medicina, el término significa la capacidad de un sujeto de resistir a una enfermedad, infección, intervención por sí misma o con la ayuda de medicamentos⁽¹⁾. Ya en psicología, los precursores del término resiliencia son los términos invencibilidad e invulnerabilidad⁽²⁾.

Sin embargo, resiliencia e invulnerabilidad no son términos equivalentes. Resiliencia sería una "habilidad de superar adversidades, lo que no significa que el individuo salga de la crisis ileso, como implica el término invulnerabilidad"⁽³⁾.

Con el avance en las investigaciones, se vio que no existen personas invencibles y que la resiliencia no es un dato inmutable en los individuos. Ella es fruto de un proceso dinámico que envuelve factores sociales e intrapsíquicos de vulnerabilidad y de protección⁽⁴⁾.

De esta forma, resiliencia no es un don innato de ciertas personas especiales. Ella es, la verdad, un tipo de competencia personal y social, que puede ser aprendida, promovida y desarrollada en las personas, en las organizaciones, en las comunidades y, hasta, en la vida social más amplia⁽¹⁾.

En este contexto, el desarrollo de esa habilidad es el resultado entre la combinación de atributos individuales del niño o joven y su ambiente familiar, social y cultural, siendo un proceso interactivo entre la persona y el medio⁽⁵⁾; un equilibrio dinámico entre los factores que auxilian el individuo en la superación de la adversidad (factores de protección) y factores que la dificultan (factores de vulnerabilidad), sean ellos externos o internos.

De forma general, los factores de vulnerabilidad comprenden los eventos de vida desfavorables y los factores protectores que

remiten a formas de apoyo tanto internas como externas de forma a neutralizar el factor de agravio y permitir el enfrentamiento de la adversidad.

Los procesos de protección tienen la característica esencial de provocar una modificación catalítica de la respuesta del individuo a los procesos de riesgo. Pueden ser evidenciadas cuatro principales funciones: (1) reducir el impacto de los riesgos, hecho que altera la exposición de la persona a la situación adversa; (2) reducir las reacciones negativas en cadena que siguen la exposición del individuo a la situación de riesgo; (3) establecer y mantener la autoestima y autoeficacia, mediante el establecimiento de relaciones de apego segura y el cumplimiento de tareas con éxito; (4) crear oportunidades para revertir los efectos del estrés⁽⁵⁾. Es posible, por lo tanto, comprender la capacidad de resiliencia del individuo como el posicionamiento y las acciones del frente a las situaciones negativas de vida. Así, cuando un adolescente se encuentra en una condición de salud desfavorable y tiene la necesidad de inserción en una institución hospitalaria, se tiene una situación inductora de estrés, en que tanto el adolescente como sus familiares pueden quedar bastante debilitados.

Con todo, se espera del adolescente considerado resistente la utilización de estrategias de regulación, lo que incluye la capacidad de cambiar sus comportamientos, sentimientos y emociones para reaccionar y adaptarse a los contextos donde se insertan⁽⁶⁾. Así, se espera que el mismo regularice su estado emocional y tenga adherencia al tratamiento recomendado, buscando formas de curarse o prolongar su expectativa de vida.

La adolescencia, *por sí*, ya es considerada una fase de grandes conflictos, donde hay un desajuste consigo mismo. Es un momento de fragilidad, en el cual además de los cambios cor-

porales ocurren modificaciones en el contexto sociocultural⁽⁷⁾.

Todos estos factores sumados a creencias, valores, costumbres, o sea, la cultura, consiste en factor determinante en la forma como el adolescente se percibe, se relaciona con los otros y guía su vida rumbo a la fase adulta⁽⁸⁾.

El descubrimiento de una enfermedad crónica en esta fase de la vida puede ser enfrentada con dificultad, una vez que la propia cronicidad remite a episodios de exacerbación de los síntomas y condiciones indeseables de la patología como dolor, miedo de la muerte, entre otros.

Las enfermedades crónicas no transmisibles corresponden a un problema a nivel mundial. En Brasil, son responsables por 72,0% de las causas de óbitos, con destaque para enfermedades del aparato circulatorio (DAC) (31,3%), cáncer (16,3%), diabetes (5,2%) y enfermedad respiratoria crónica (5,8%)⁽⁹⁾.

En este sentido, vale resaltar la importancia de redes sociales de apoyo y del equipo de salud, con relación al soporte emocional y también en el auxilio al control de la enfermedad, una vez que el control de los síntomas puede tener un impacto bastante positivo en la forma con que el adolescente encara y enfrenta la misma.

En tiempos de cambios amplios, profundos y acelerados, como en los días actuales, el conocimiento sistemático de la resiliencia es un instrumento válido y eficaz para todos los que se proponen perfeccionar su actuación profesional.

Ante lo expuesto, el presente trabajo tiene como objetivos: Identificar los dominios encontrados para resiliencia en adolescentes internados con enfermedades crónicas no transmisibles y; levantar y discutir los principales factores de protección utilizados en el enfrentamiento de los adolescentes en relación a los daños causados por la enfermedad.

MÉTODO

Se trata de estudio exploratorio, tipo transversal que hace parte del proyecto de estudio titulado "Estudio sobre resiliencia en adolescentes portadores de enfermedades crónicas no transmisibles". El proyecto fue realizado en la Enfermería Aloysio Amâncio de Silva del Núcleo de Estudios de la Salud del Adolescente (NESA), del Hospital Universitario Pedro Ernesto (HUPE), Rio de Janeiro, con el apoyo del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPQ).

Los sujetos albos de esa pesquisa fueron adolescentes, en conformidad con la Organización Mundial de la Salud, que conviven con algún tipo de enfermedad crónica.

Los criterios de inclusión fueron: Adolescentes entre 10 y 19 años, de ambos sexos, con diagnóstico médico de cualquier enfermedad crónica no transmisible que estuviera en internación en el hospital referido y aceptaran participar de la investigación mediante firma del Termino de Consentimiento Libre y Esclarecido. En el caso de menores de edad, el responsable legal es quien debería firmar el término.

Los criterios de exclusión fueron: Adolescentes sin condiciones de responder al cuestionario en razón de disturbios psiquiátricos o enfermedad que imposibilite el habla o escritura.

La recolecta de los datos en abril de 2013. Como instrumento de recolecta fue utilizado el cuestionario *WHOQOL – Bref*, versión corta que contiene 26 preguntas divididas en cuatro dominios: Físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente.

Las cuestiones del dominio 1 (físico) corresponden al dolor y desconfort (cuestión 3), dependencia de medicación o de tratamientos (cuestión 4), energía y fatiga (cuestión 10), movilidad (cuestión 15), sueño y reposo (cuestión 16), actividades de la vida cotidiana (cuestión 17), capacidad de trabajo (cuestión 18).

Las cuestiones del dominio 2 (psicológico) corresponden a los sentimientos positivos (cuestión 5), pensar, aprender, autoestima (cuestión 6), memoria y concentración (cuestión 7), imagen corporal y apariencia (cuestión 11), sentimientos negativos (cuestión 19), espiritualidad/religión/creencias personales (cuestión 26).

Las cuestiones del dominio 3 (relaciones sociales) se refieren a relaciones personales (cuestión 20), soporte (apoyo) social (cuestión 22), actividad sexual (cuestión 21).

Las cuestiones del dominio 4 (medio ambiente) incluyen seguridad física y protección (cuestión 8), ambiente físico: (polución/ruido/transito/clima) (cuestión 9), recursos financieros (cuestión 12), oportunidades de adquirir nuevas informaciones y habilidades (cuestión 13), participación en, y oportunidades de recreación/ocio (cuestión 14), ambiente en el hogar (cuestión 23), cuidados de salud y sociales: Disponibilidad y calidad (cuestión 24), transporte (cuestión 25).

Finalmente, las cuestiones de *overall* incluyen percepción de la calidad de vida (cuestión 1) y satisfacción con la salud (cuestión 2).

Después de la recolecta de los datos, fue realizado el análisis de los mismos; la puntuación de los escores del cuestionario fue realizada utilizándose el programa estadístico SAS 9.1.3. Primero, se realizó el cálculo de los *scores* de cada cuestión de acuerdo con la sintaxis de la Organización Mundial de Salud, después de realizada esa transformación, se aplicó una estadística básica para la calidad de vida en cada dominio.

En un próximo paso, se realizó un teste de variancia (ANOVA) utilizando un modelo de regresión múltiple con 5% de significancia para analizar cuanto cada dominio explica cada cuestión. Ese método presenta dos testes, el teste F y el teste t de Student.

La regresión múltiple también fue utilizada para analizar la relación entre la variable sexo y

los dominios. Además de eso, se aplicó un teste F para el total de cada paciente en relación a cada dominio, a fin de verificar cuales dominios fueron más significativos.

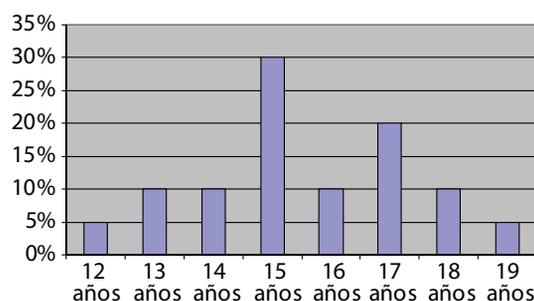
Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro con número de protocolo CEP/HUPE 2690/2010 y CAAE 0134.0.228.258 – 10, de acuerdo con la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Participaron de esta investigación 20 adolescentes, de los cuales diez eran del sexo femenino. La escolaridad encontrada se distribuye, principalmente, entre la educación fundamental (50%) y media (45%), habiendo apenas un paciente con educación superior (5%).

En el gráfico 1 está dispuesta la distribución de los sujetos por edad, en el cual es posible percibir que los participantes se encuentran entre 12 y 19 años.

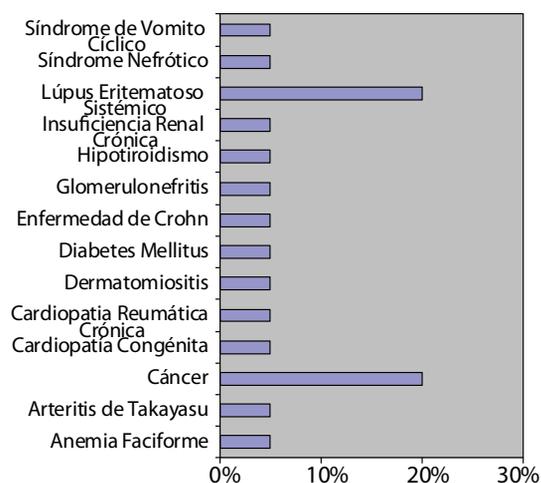
Gráfico 1. Distribución de los sujetos de la investigación de acuerdo con la edad. Rio de Janeiro, 2013



Fuente: Elaboración de los autores, 2013

En el gráfico 2 se observa la distribución de sujetos por tipo de enfermedad crónica no transmisible. Hay mayor incidencia de pacientes con cáncer y lupus eritematoso sistémico.

Gráfico 2. Distribución de los sujetos de la pesquisa de acuerdo con el tipo de enfermedad crónica no transmisible. Rio de Janeiro, 2013



Fuente: Elaboración de los autores, 2013

Tabla 1: Estadística descriptiva de los dominios 1, 2, 3, 4 y overall. Rio de Janeiro, 2013

Variable	Mé dia	Desvio Estandar	Mí ni mo	Má xi mo
Dominio 1	58,75	12,179	42,8571	89,2857
Dominio 2	59,5833	13,9901	29,1667	79,1667
Dominio 3	74,1666	14,281	50	100
Dominio 4	63,2812	16,7482	28,125	93,75
Overall	80	17,631	31,25	106,25

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

Observando la tabla 1, se concluye que el dominio 3 presentó los mayores score medio (74,1666), máximo (100) y mínimo (50). El dominio 1, por su vez, presentó la menor media (58,75) y menor desvío estándar (12,179).

Tabla 2: Tabla de aplicación del modelo de regresión múltiple de las cuestiones en relación a los dominios. Rio de Janeiro, 2013

Va-ri-a-ble	Mo-del-o	Do-minio 1	Do-minio 2	Do-minio 3	Do-minio 4	Ove-rall
1	0,0457	0,2325	0,9752	0,7828	0,4777	0,0062
2	0,0007	0,2325	0,9752	0,7828	0,4777	0,0005
3	0,2677	0,3219	0,049	0,2133	0,2142	0,8321
4	0,8253	0,2682	0,8267	0,9185	0,6046	0,3943

5	0,0004	0,1522	0,0002	0,1433	0,9184	0,653
6	0,1604	0,0995	0,0651	0,2264	0,4798	0,5693
7	0,0044	0,8176	0,0007	0,1358	0,6524	0,5216
8	0,0015	0,0255	0,3089	0,1103	0,0022	0,1013
9	0,2307	0,9557	0,8638	0,8141	0,2396	0,4926
10	0,0091	0,0935	0,0342	0,9637	0,8335	0,3017
11	0,8563	0,6479	0,5563	0,7668	0,8542	0,5738
12	0,0143	0,3455	0,3828	0,0677	0,4336	0,022
13	0,0707	0,5124	0,9572	0,4159	0,0054	0,2428
14	0,0004	0,4984	0,0032	0,2357	0,0101	0,1527
15	0,2292	0,8231	0,2751	0,6909	0,6481	0,8014
16	0,0322	0,2298	0,8594	0,6237	0,4961	0,1286
17	0,0001	0,088	0,0403	0,1963	0,2313	0,0282
18	0,7053	0,21	0,6426	0,454	0,7367	0,7416
19	0,0137	0,6801	0,0434	0,4291	0,1685	0,4128
20	0,001	0,2773	0,71	0,0031	0,1934	0,5684
21	0,4324	0,8085	0,8352	0,1913	0,5897	0,6883
22	0,1549	0,6995	0,9985	0,0842	0,8289	0,4676
23	0,109	0,8112	0,0876	0,5785	0,1117	0,8959
24	0,0434	0,1396	0,724	0,7736	0,8679	0,1493
25	0,033	0,7684	0,8905	0,0427	0,0027	0,1178
26	0,5835	0,7895	0,1331	0,6814	0,4982	0,9239

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

Analizando la tabla 2, se nota que al menos uno de los dominios explica las cuestiones 1, 2, 5, 7, 8, 10,12, 14, 17, 19, 20 y 25, de hecho, el dominio *overall* con p valor de (0,0457) y (0,0007) explica, respectivamente, la variación de las respuestas de las cuestiones 1 y 2.

Se observa que el dominio 2, con un p valor de 0,0002 consigue explicar la cuestión 5, así como la cuestión 7, con un p valor de 0,0007, y la cuestión 19, teniendo en vista que su p valor es igual a 0,0434.

A partir del análisis del dominio 3, se tiene que el mismo explica la cuestión 20 con un p valor de 0,0031.

Teniendo en vista el dominio 4, se puede afirmar que el mismo explica cuatro variables que están contenidas en su dominio: Con un p valor de 0,0022 explica la variable 8, con un p valor de 0,0054 explica la variable 13, elucida la variable 14 con un p valor de 0,0101 y la variable 25, mediante un p valor de 0,0027.

Vale destacar que algunas variables, además de ser explicadas por sus dominios de ori-

gen, pueden ser esclarecidas por otros dominios, eso, pues, pueden tener relación con los mismos. Ese factor puede ser verificado en las cuestiones 3, 8, 10, 12, 14, 17 y 27.

La variable 3 mismo no siendo explicada por su dominio de origen, cual sea el 1, es explicada con un p valor de 0,049 por el dominio 2, pues su respuesta puede tener alguna relación psicológica.

La variable 8 además de ser explicada por el dominio 4, de origen, es explicada por el dominio 1, pues debe haber alguna relación física además de la relación con el ambiente.

La variable 10, que tampoco es explicada por la variable de origen puede ser explicada con un p valor de 0,0392 por el dominio 2 en razón de algún fuerte indicio de relación con el psicológico.

La variable 12 que no es explicada por el dominio 4, su origen, puede ser explicada por el dominio *overall* general con un p valor de 0,022.

La variable 14 además de ser explicada por el dominio 4, también puede ser esclarecida por el dominio 2 con un p valor de 0,0032.

La variable 17 no puede ser explicada por el dominio 1 de origen, pero es explicada por los dominios 2 y *overall* con los respectivos p valor 0,0403 y 0,0282.

Y, la variable 25, explicada por el dominio de origen 4, puede ser elucidada también por el dominio 3 con un p valor de 0,0427, pues puede haber un fuerte indicio de relación entre el ambiente y el relacionamiento social.

Para finalizar el análisis de la regresión múltiple, se observa que los modelos de las variables 16 y 24 son significativos, sin embargo no presentan ningún dominio que los expliquen, eso puede acontecer, pues mismo siendo un modelo eficaz, los dominios no fueron suficientes para explicar las respuestas obtenidas en esas cuestiones.

Tabla 3: Tabla de regresión múltiple de la variable sexo en relación a los dominios. Rio de Janeiro, 2013

Variable	Modelo	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Overall
Sexo	0,805	0,5437	0,7331	0,8095	0,451	0,4425

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

Por medio de la Tabla 3, se observa que ningún dominio explica la variable sexo.

Analizando la tabla 4, se nota que todos los dominios presentan un p valor menor que 0,05, lo que indica un fuerte indicio de que el coeficiente de correlación es diferente de 0, con eso, las variables pueden ser correlacionadas, excepto los dominios 2 y 3 en relación al *overall* que presentan p valores de 0,1049 y 0,2341, en este orden. De hecho, la mayoría de las variables presenta un coeficiente de correlación mayor que 0, siendo el mayor entre el dominio 1 y el 4 con un coeficiente de correlación de 0,75378.

Tabla 4: Tabla de análisis de correlación entre los dominios segundo p valor (coeficiente de correlación). Rio de Janeiro, 2013

	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Overall
Dominio 1	1	0,52080(0,0185)	0,68356(0,0009)	0,75378(0,0001)	0,53508(0,0151)
Dominio 2	0,52080(0,0185)	1	0,56345(0,0097)	0,45773(0,0424)	0,37341(0,1049)
Dominio 3	0,68356(0,0009)	0,56345(0,0097)	1	0,69051(0,0008)	0,27871(0,2341)
Dominio 4	0,75378(0,0001)	0,45773(0,0424)	0,69051(0,0008)	1	0,53958(0,0141)
Overall	0,53508(0,0151)	0,37341(0,1049)	0,27871(0,2341)	0,53958(0,0141)	1

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

DISCUSIÓN

Uno de los aspectos verificados en este estudio consiste en el hecho de que los participantes se encuentran más satisfechos en la cuestión calidad de vida y estado de salud, y más insatisfechos con relación al aspecto físico. Esa insatisfacción con el cuerpo, a pesar de ser cada vez más frecuente en la sociedad actual en diferentes grupos de edad, es mayor entre adolescentes y puede ser consecuencia de los cambios biopsicosociales característicos de esta fase⁽¹⁰⁾.

Corroborando este dato, un estudio realizado con adolescentes encontró elevada prevalencia de insatisfacción corporal en los adolescentes evaluados, sin diferencias entre los géneros⁽¹¹⁾.

Otro resultado fue la relación entre dolor y desconfort con el dominio psicológico, demostrando que su respuesta puede tener alguna relación psicológica. Esa relación del énfasis al aspecto subjetivo de cada individuo, lo que hace que la enfermedad, el dolor y sus consecuencias sean encaradas de maneras diferentes, dependiendo del sentido que cada adolescente atribuyo al trauma sufrido.

Da igual forma, se percibe una asociación entre energía y fatiga con el aspecto psicológico, nuevamente reforzando la idea de que la visión de mundo del adolescente influencia su forma de encarar las adversidades de la vida.

También fue encontrada relación entre participación y oportunidades de recreación/ocio con el medio ambiente y el dominio psicológico. Eso indica que las oportunidades y la participación en actividades de ocio están íntimamente relacionadas al ambiente donde el individuo está insertado y la propia motivación de cada uno en participar de estas actividades, lo que envuelve directamente el aspecto psicológico.

La forma como el adolescente percibe y lidia con sus problemas tiene fuerte relación

con el desarrollo de su potencial de resiliencia; individuos resistentes son personas que consiguen resignificar sentimientos y experiencias negativas, minimizando el impacto y edificando algún sentido en esta experiencia⁽¹²⁾.

Se observó aún relación estadística entre la disponibilidad de recursos financieros y la calidad de vida y satisfacción con la salud. Un bajo nivel socioeconómico puede ser considerado factor de riesgo al evidenciar la posibilidad de problemas relacionados al uso de drogas, violencia y hasta mantenimiento de calidad de vida⁽¹³⁾.

Entretanto, el impacto de la condición social será determinado por la interpretación de cada individuo. Así, cierto acontecimiento puede significar una experiencia dotada de sentimientos negativos para una persona y ser motivo de madurez y crecimiento personal para otra.

En un estudio realizado en Brasília, DF, con 852 jóvenes y adolescentes, se constató que, a pesar de un bajo nivel socioeconómico, la presencia de las redes de apoyo con la familia, escuela y amigos contribuye para el aumento de las vivencias resistentes, minimizando el impacto de este posible factor de riesgo⁽¹³⁾.

Vale resaltar, aún, que algunas facetas ampliamente citadas en la literatura como importantes para el enfrentamiento de las adversidades no fueron estadísticamente significativas. Eso puede haber ocurrido debido al hecho de que, aunque eficaz, el instrumento utilizado no haya sido suficiente para reconocerlas.

Otra posibilidad incluye dificultad de entendimiento de las preguntas del cuestionario por parte de los adolescentes, una vez que se trata de una muestra joven con escolaridad predominante en el nivel fundamental.

No fueron estadísticamente relevantes en este estudio: Autoestima, ambiente físico, capacidad de aceptar apariencia física, capacidad para locomoción, capacidad para el trabajo,

apoyo que recibe de los amigos y a la espiritualidad, religión y creencias personales.

La autoestima no fue estadísticamente significativa, sin embargo su relación con el proceso de resiliencia es ampliamente abordada en la literatura como uno de los principales factores de protección basados en el individuo. Estudios apuntan que el desarrollo de resiliencia está ligado a la capacidad de autorregulación y autoestima⁽¹⁴⁾.

El ambiente físico también está relacionado con el enfrentamiento de las adversidades, una vez que la resiliencia puede ser definida como una interacción entre factores genéticos y ambientales⁽⁵⁾.

A pesar de no tener su relevancia confirmada en los testes, la capacidad de aceptar y apariencia física, capacidad para la locomoción y capacidad para el trabajo pueden tener influencia en el proceso de desarrollo de resiliencia, directa o indirectamente.

Algunos autores afirman que adolescentes más resistentes se sienten más competentes, se valorizan más, están más contentos consigo mismos y aceptan más el cuerpo que tienen. Los mismos autores afirman, aún, que gustar de si está íntimamente relacionado a gustar de la vida que se lleva y que chicas y chicos más resistentes tienen más placer en vivir⁽⁴⁾. Así, estas ideas confirman la importancia de las variables supracitadas en el proceso.

En cuanto al apoyo que reciben de los amigos, su importancia es apuntada por diferentes estudios sobre resiliencia en el individuo, que consideran la influencia de relaciones con personas significativas y próximas como forma de apoyo para superación de las adversidades de la vida, lo que refuta los resultados obtenidos^(2,5).

Es importante resaltar, también, que la espiritualidad y las creencias personales, a pesar de no haber sido estadísticamente significativas,

pueden ser importantes para el desarrollo de resiliencia.

En un estudio con adolescentes expuestos a situaciones de riesgo psicosocial, se verificó que 62% de los jóvenes considera la religión como bastante o muy importante y, además de eso, 77% acostumbra pedir ayuda para resolver sus problemas y 68,3% acostumbran agradecer (bastante y mucho) a Dios. Así, se destaca el modo como los individuos invierten en su espiritualidad y como esta contribuye para su autoestima y, por lo tanto, para su resiliencia⁽¹³⁾.

Así, religión, espiritualidad y creencias personales pueden servir de apoyo en momentos difíciles y aún contribuyen para el desarrollo de otros factores como esperanza, seguridad y confort⁽¹³⁾.

Otro factor relevante es la posibilidad de correlación entre todos los dominios estudiados, reforzando la noción de que la resiliencia no es solo un catálogo de cualidades de los individuos y si un proceso multifactorial que liga el individuo al medio que lo rodea desde el nacimiento hasta la muerte⁽¹⁵⁾.

Se verificó que solo el dominio 1 (físico) no es significativo, o sea, todos los demás dominios fueron bastante expresivos en relación al total obtenido por cada paciente.

El dominio físico, que explica solo la variable 8 (seguridad física y protección), puede no haber sido significativo debido al hecho de que todos los adolescentes que hicieron parte de este estudio se encontraban en internación hospitalaria, limitados en la enfermería y cercados por médicos, enfermeros y otros profesionales de salud.

A pesar de eso, es importante recordar que el dominio 1 posee fuerte relación con el dominio 4 (medio ambiente), el cual fue significativo en la muestra analizada.

Aunque dominios 2,3,4 y *overall* sean significativos, el dominio 2 (psicológico) y el *overall*

fueron los que más influenciaron en la calidad de vida y en el proceso de resiliencia, cuando se compararon con los demás.

El dominio psicológico, conforme a lo abordado anteriormente en este estudio, explica las cuestiones referentes a sentimientos positivos, memoria y concentración, sentimientos negativos, además de dolor y desconfort, energía y fatiga, participación y oportunidades de recreación/ocio.

Ya el *overall* explica la percepción de la calidad de vida, satisfacción con la salud y recursos financieros. Además de eso, la faceta actividades de la vida cotidiana puede ser explicada por los dos dominios (psicológico y *overall*).

De esta forma, se observa que los factores protectores más encontrados en este análisis son factores basados en características individuales y factores relacionados al apoyo del medio ambiente.

Las características protectoras individuales se refieren a cualidades que auxilian en el enfrentamiento, tornando el individuo menos susceptible a la determinada situación. Esas características son resultado de la relación existente entre la persona, el ambiente en que vive y sus trazos de personalidad⁽⁴⁾.

Las características individuales y al convicción en cuanto a las propias capacidades para lidiar con los desafíos de la vida también pueden desempeñar un papel protector para el individuo⁽⁵⁾.

En el caso de una situación de enfermedad, el enfrentamiento cognitivo y la aceptación de la realidad del cuadro pueden ser posibles factores de protección en la medida en que se asocian a una mejor calidad de vida y a un menor sentimiento de estrés⁽¹⁶⁾.

Así, elementos protectores basados en el propio individuo tienen una asociación positiva con el enfrentamiento de las adversidades, aunque estén directamente ligados al medio en que

el adolescente vive y a su trayectoria de vida.

Con relación ambiente, el medio que cerca el niño y el adolescente nunca es perfecto ni invulnerable, pero cuando el saldo protector es mayor y constante, consigue disminuir los efectos dañinos de las adversidades⁽⁴⁾.

En este contexto, además de la familia, la escuela, los profesionales de salud y la propia comunidad donde el adolescente está insertado pueden proporcionar ayuda y amparo en los momentos difíciles. Cuando la comunidad es capaz de promover servicios públicos como educación, salud, seguridad y habitación de calidad, es posible percibir de forma más clara su papel protector⁽⁴⁾.

La proporción en que los factores protectores encontrados en este estudio influyen en el proceso de resiliencia aún no está claramente definida en la literatura, entretanto, se sabe que el conjunto de esos factores es considerado fundamental para comprender mejor el desarrollo de potencialidades y estrategias de enfrentamiento y, así, organizar acciones efectivas para promoción de la resiliencia y reducción de las vulnerabilidades de los individuos.

CONCLUSIÓN

Se verifico que el dominio 2 (psicológico) y el *overall* fueron los que presentaron los menores p valores, o sea, existen indicios de que estos dominios influenciaron más en la calidad de vida de los adolescentes participantes de la investigación, cuando se comparan con los demás.

De esta forma, los factores de protección más encontrados en este análisis son factores basados en el propio individuo y factores relacionados al apoyo del medio ambiente. Estos resultados refuerzan la idea de que las experiencias de vida y la forma con que cada adolescente observa el mundo a su alrededor

influyen fuertemente el enfrentamiento de las adversidades.

Ante eso, es fundamental que los profesionales de salud tengan sensibilidad y preparación adecuada para identificar las peculiaridades del individuo adolescente y del proceso de enfermedad de cada paciente, además de minimizar, dentro de lo posible, las experiencias negativas, con el objetivo de contribuir para que la experiencia de la hospitalización edifique algún sentido constructivo para el adolescente.

Luego, un cuidado desde la perspectiva de la resiliencia permite una asistencia orientada para la integralidad, valorizando elementos objetivos y subjetivos. Este nuevo paradigma busca el desarrollo de habilidades personales y sociales de los pacientes y del equipo de salud, enfatizando las formas de enfrentamiento de las enfermedades y adversidades en detrimento de la valorización solo de las patologías.

Se propone que el Estado y los profesionales de salud se articulen para una atención integral y que los aspectos relacionados a la resiliencia de una forma general y, particularmente, durante la adolescencia y enfermedad crónica sean abordados y discutidos de manera enfática tanto en los cursos de graduación en salud, como en los hospitales y en la red de salud, de forma a motivar nuevos estudios en el área y mejorar la calidad de la asistencia prestada.

CITAS

1. Sória DAC, Souza IEO, Moreira MC, Santoro DC, Menezes MFB. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. *Esc. Anna Nery*. 2006 Dec; 10(3):547-51.
2. Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol est*. 2003; 8(spe): 75-84.

3. Zimmerman MA, Arunkumar R. Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report*. 1994; 8(4): 1-18.
4. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Deslandes SF. Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
5. Rutter M. Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1987; 22(4): 323-56.
6. Gestsdottir S, Lerner RM. Positive development in adolescence: The development and role of intentional self regulation. *Hum dev*. 2008; (51): 202-224.
7. Câmara SG, Carlotto MS. Coping e gênero em adolescentes. *Psicol estud*. 2007; 12(1): 87-93.
8. Torres CA, Barbosa SM, Barroso MGT, Pinheiro PNC. Investigating the vulnerability and the risks of adolescents in the midst of STD/ HIV/ Aids in their several contexts – a exploratory study. *Online braz j nurs [Internet]*. 2008 February [Cited 2013 Dec 12] 7(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1138>. <http://dx.doi.org/10.5935%2F1676-4285.20081138>
9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781): 1949-61.
10. Ricciardelli L, McCabe MP. Body Image development in adolescent boys. In Cash TF, Smolak L. *Body Image: a handbook of science, practice and prevention*. New York: Guilford Press; 2011.p. 85-92.
11. Marques FA, Legal EJ, Höfelmann DA. Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescentes. *Rev paul pediatr*. 2012; 30(4): 553-61.
12. Zanoni AP, Dóro MP, Zanis Neto J, Bonfim C. A percepção de adolescentes submetidos ao transplante de células troncohematopoéticas em relação à própria hospitalização. *Rev SBPH [periódico na Internet]*. 2010[cited 2013 Dec 20] 13(1). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582010000100010&script=sci_arttext
13. Amparo DM, Galvão ACT, Alves PB, Brasil KT,

- Koller SG. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estud psicol (Natal)*. 2008; 3(2), 165-74.
14. Sória DAC, Bittencourt AR, Menezes MFB, Sousa CAC, Sousa CR. Resiliência na área da enfermagem em oncologia. *Acta paul enferm*. 2009[serial on the Internet] 22(05). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000500017&script=sci_arttext
15. Cyrulnik, B. *Resiliência: Essa Inaudita Capacidade de Construção Humana*. São Paulo: Instituto Piaget; 2003.
16. Weaver KE, Antoni MH, Lechner SC, Durán RE, Penedo F, Fernandez MI, et al. Perceived stress mediates the effects of coping on the quality of life of HIV-positive women on highly active antiretroviral therapy. *AIDS behave*. 2004; 8(2): 175-83.

Recibido: 13/12/2013

Revisado: 13/12/2013

Aprobado: 19/12/2013