

**RESILIENCIA EN JÓVENES CON DISCAPACIDAD**  
**¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad?**

***Raquel Suriá Martínez***

Raquel Suriá Martínez es profesora de Psicología Social en la Universidad de Alicante. Pertenece al equipo de investigación sobre Psicología Social y Salud de la Universidad de Alicante y a los Programas de Sensibilización y Reeducción Vial como psicóloga-formadora y víctima en los cursos de la DGT y de la Audiencia provincial de la provincia de Alicante.

**Introducción**

En los últimos años se ha visto con preocupación cómo la incidencia de las enfermedades crónicas y discapacitantes ha venido aumentando de forma progresiva. Esto ha hecho que desde diferentes ámbitos se

estudien las variables que influyen en una mejora de la calidad de vida de los afectados.

La condición de discapacidad causa múltiples cambios en la vida de una persona, poniendo en juego distintos mecanismos que le permiten adaptarse a la nueva situación y aprender a vivir con restricciones importantes que requieren un esfuerzo para realizar una vida normalizada.

Entre las variables involucradas en este proceso, podemos citar el nivel de apoyo social del que dispone la persona, las condiciones socio-demográficas, el tipo de discapacidad y las secuelas que comporta, sin embargo, una de los factores más importantes que van a determinar el proceso de adaptación y ajuste es el modo o estilo de afrontamiento de cada persona (Nachshen, Woodford y Minnes, 2003; Saloviita, Italinna y Leinonen, 2003).

En este sentido, gran parte de la literatura se ha centrado de forma general, en los estilos que desencadenan efectos negativos en la vivencia traumática y con ello, a asumir una visión pesimista de la naturaleza humana (Gillham y Seligman, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). De esto se desprende la idea de que existe una respuesta generalizada en las personas que sufren pérdidas o experimentan sucesos traumáti-

cos (Bonanno, 2004) y a ignorar las diferencias individuales en la respuesta a situaciones estresantes y dolorosas (Frazier, et al, 2009; Kim-Cohen, 2007).

Sin embargo, la realidad demuestra que, si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, en otras situaciones no sucede así, pudiendo en algunas incluso ser capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias (Fergus y Zimmerman, 2005; Infante, 2005; Kotliarenco, 2000; Ong, Bergeman, Bisconti y Wallace, 2006). Pero, ¿cómo se logra esto?, ¿por qué algunas personas con discapacidad son capaces de superar infinidad de barreras que supone vivir con una discapacidad y otras con menos limitaciones no?

Responder a estos interrogantes nos lleva a pensar en la existencia de otras variables de carácter personal que, en interacción con las contextuales, van a determinar el proceso de afrontamiento ante un suceso traumático como es vivir con una discapacidad.

Así, desde hace algunos años ha comenzado a manejarse el concepto de resiliencia como una hipótesis explicativa de la conducta saludable en condiciones de adversidad o alto riesgo (Fergus y Zimmerman, 2005). La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona que engloba factores ambientales y personales con los cuales el sujeto afronta y supera las adversidades que acontecen en su vida (Grotberg, 1995; Kotliarenco, 2000; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Saavedra y Villalta, 2008).

Basándose en esta definición, Grotberg (1995), diferenció tres características definitorias de este concepto: 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) y 3) aquellas que tienen que ver con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo...).

De esto se desprende que este concepto no es algo estático que sea inherente a la persona, es decir, no es un rasgo que la persona tiene o no tiene, sino que puede variar a lo largo del tiempo y de las circunstancias e incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidos por cualquier persona (Vinaccia, Quiceno y Moreno San Pedro, 2007).

Por tanto, si se considera que la resiliencia es una capacidad que se desarrolla y evoluciona en la existencia de la persona, su relación con los sucesos por los que va enfrentarse durante su ciclo vital así como en las diversas etapas de la vida cobran particular relevancia (Kotliarenco, 2000; Saavedra y Villalta, 2008).

Una de las etapas que contempla mayor complejidad y cambios más bruscos es la adolescencia y la juventud, pudiendo acompañarse ésta

de otros factores traumáticos que pueden acontecer durante la vida de la persona (Vinaccia et al 2007).

Enfocando esto hacia la discapacidad, la mayoría de situaciones en las que pensamos en las situaciones en que ésta aparece, suponemos que lo más frecuente es que se adquiriera en el nacimiento. De esta forma, la transición de la niñez a la adolescencia y posteriormente a la adultez, pasa por unas fases de adaptación en las que de manera general, desde edades muy tempranas se aprende a convivir con esta situación, y por tanto a desarrollar los aspectos resilientes desde prácticamente el inicio de la infancia.

No obstante, hay ocasiones en el que el momento vital en el que se detecta o sobreviene la discapacidad es a lo largo de la vida, como por ejemplo sucede al tener una lesión medular como consecuencia de un accidente de tráfico, una enfermedad degenerativa, etc. Sin duda, estas situaciones pueden llegar a desbordar a la persona, no sólo por el shock traumático, sino por el proceso de adaptación y cambio a una nueva forma de vida que debe experimentar tanto el afectado como los que le rodean. Así, aunque una discapacidad es dolorosa en cualquier periodo de la vida, si ésta es sobrevenida, puede incrementar un mayor nivel de desajuste al comparar la vida antes con la de después de ese suceso traumático, desencadenando cambios en la vida de los afectados, que pasan bruscamente de vivir de forma sana e independiente a depender de los familiares o de cuidadores para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y por tanto, necesitar adaptarse a nuevas formas de vida y de relación con el entorno (Wyndaele y Wyndaele, 2006).

Estas dos situaciones, es decir, tener una discapacidad adquirida desde el nacimiento o tenerla sobrevenida a lo largo de la vida, no van a variar el hecho de tener una discapacidad, ni tampoco la multitud de barreras tanto físicas como mentales a las que desde la discapacidad hay que solventar, pero la capacidad para afrontarlas y sobreponerse si puede ser diferente, por tanto, ¿qué capacidad de resiliencia se presenta desde ambas formas de discapacidad?, ¿puede diferir según la etapa en la que se adquiere la discapacidad?, ¿son más capaces las personas con discapacidad desde el nacimiento de superar los obstáculos con mayor facilidad? o por el contrario, ¿las personas con discapacidad sobrevenida durante la vida resuelven las limitaciones con las que se encuentran más fácilmente?

A su vez, este término es algo muy genérico, es decir, la discapacidad es un concepto muy ambiguo que abarca diversos tipos de discapacidad y cada uno de ellos va a tener unas particularidades en función de la severidad y limitaciones que genere, por tanto, si en líneas anteriores hemos comentado que la resiliencia va a variar según las circunstancias en las que nos encontremos, sería interesante conocer si desde diferentes tipos de discapacidad se genera una capacidad resiliente distinta, en

otros términos, ¿podría diferir la resiliencia en función de la tipología de la discapacidad?

Como se ha mencionado en líneas anteriores, la experiencia de vivir con una discapacidad no es fácil en ninguna situación, sin embargo, existen unas barreras añadidas, sobre todo, de carácter arquitectónico van a imperar más en las personas con discapacidad visual y motora. Esto se traduce en que estas personas tengan que realizar un mayor esfuerzo para solventar estos obstáculos.

Por tanto, a partir de lo anterior y dada la importancia de establecer programas que fomenten las potencialidades de los jóvenes hacia el desarrollo de esta capacidad, el objetivo general de este trabajo consiste en describir y comparar el nivel de resiliencia en jóvenes con discapacidad en función de la etapa en la que adquirieron la discapacidad y según el tipo de discapacidad, esto es, en función de que la discapacidad sea motora, intelectual y sensorial. Así, este objetivo se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- 1.- Medir el nivel de resiliencia de un grupo de jóvenes con discapacidad.
- 2.- Examinar si existen diferencias en el grado de resiliencia según la etapa en que se adquiere la discapacidad.
- 3.- Comparar si el grado de resiliencia difiere en los distintos tipos de discapacidad.

### **Hipótesis**

Basándonos en la propia definición de resiliencia y aunque parezca contradictorio, debemos suponer que a más obstáculos, mayor fuerza para superarlos y con ello, mayor oportunidad para desarrollar esta capacidad, por tanto, esperamos que:

- 1.- Existirán diferencias estadísticamente significativas según la etapa en la que se adquiere la discapacidad, destacando los jóvenes con discapacidad sobrevenida con mayores puntuaciones de resiliencia.
- 2.- Existirán diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de discapacidad, siendo los jóvenes con discapacidad visual y motora los que más resalten en la capacidad resiliente.

### **Método**

#### *Participantes*

La muestra está compuesta por 105 jóvenes con discapacidad, procedentes de diversas asociaciones. De ellos, el 47.6% (n=50) fueron mujeres y el 52.4% (n=55) eran varones, con edades comprendidas entre 17 y 36 años. Fueron clasificados en función de la etapa en la que adquirieron la discapacidad, siendo el 54.3% (n=57) jóvenes con discapacidad adquirida desde el nacimiento y el 45.7% (n=48) con discapaci-

dad sobrevenida) y a su vez, e distribuyeron según el tipo de discapacidad que tenían: 33 (1.4%) tenían discapacidad motora, 23 (21.9%) discapacidad intelectual (24.8%), 26 discapacidad visual y 23 (21.9%) discapacidad auditiva.

### *Instrumentos*

Para realizar el estudio se utilizó, un breve cuestionario para obtener el perfil sociodemográfico y para estimar los niveles en las diferentes dimensiones de la resiliencia se empleó la versión española adaptada por Heilemann, Lee y Kury (2003), de la *Escala de Resiliencia* de Wagnild y Young (1993).

La escala está compuesta por 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos (1= totalmente en desacuerdo, y un máximo de 7= totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor resiliencia, encontrándose el rango de puntuación entre 25 y 175 puntos.

Se eligió este cuestionario siguiendo varios criterios: por su fácil aplicación, por estar validado para población joven y adulta y finalmente, por las propiedades psicométricas que muestra tanto la versión original (Wagnild y Young, 1993) como su versión en castellano (Heilemann, Lee y Kury, 2003). Así, se ha indicado una fiabilidad del 0.89 y el 0.93. De igual modo, la validez, a través del análisis factorial mostró en ambas versiones dos factores diferenciados que explican el 44% de la varianza de las puntuaciones:

*Factor 1. Competencia personal*, entendida como el reconocimiento de factores de capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, etc.; y,

*Factor 2. Aceptación de sí mismo y de la vida*, como sinónimo de adaptación, flexibilidad, etc.

Las propiedades psicométricas que mostró la aplicación del cuestionario en nuestra muestra de estudio fueron las siguientes (Tabla 1):

Al examinar la validez del cuestionario, el análisis factorial mostró un tercer factor que añadimos con el nombre de *Autodisciplina*, quedándose explicada la varianza total del cuestionario en un 81.6%. En cuanto a las cargas factoriales, de cada factor observamos que la varianza explicada por el primer factor es de 35.36%, un 23.42% de varianza explicada por el factor 2 y el factor 3 explica un 22.81%.

Asimismo se evaluó la consistencia interna de la escala con base al índice alfa de Cronbach, el cual para la escala total fue del 97% ( $\alpha=.97$ ). Para el factor 1 el índice de fiabilidad fue del 97% ( $\alpha=.97$ ); para el factor 2, del 60% ( $\alpha=.60$ ) y, para el factor 3, del 50% ( $\alpha=.50$ ), (Tabla 2). Se observó que los factores 1 y 2 presentaron un alfa de Cronbach aceptable; mientras que el factor 3, indicó menor consistencia interna.

**Tabla 1**  
Análisis factorial de la escala de versión en castellano  
de Wagnild y Young, (1993).

Ítems	Componentes		
	1 Compe- tencia	2 Autodis- ciplina	3 Acep- tación
Factor 1			
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra	<b>.745</b>	.366	
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas	<b>.815</b>	.373	
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	<b>.761</b>	.416	
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	<b>.803</b>		.313
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo	<b>.821</b>		.324
8. Soy amigo de mí mismo	<b>.698</b>	.38	.393
9. Siento que puedo manejar vanas cosas al mismo tiempo	<b>.677</b>	.478	
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	<b>.608</b>		.426
12. Tomo las cosas una por una	<b>.717</b>	.4	
16. Por lo general, encuentro algo de qué reírme.	<b>.682</b>	.407	
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	<b>.55</b>	.526	
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	<b>.712</b>	.342	
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera	<b>.569</b>	.32	
Factor 2			
10. Soy decidido	.455	<b>.777</b>	
1. Cuando planeo algo lo realizo	.435	<b>.707</b>	
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo	.592	<b>.67</b>	
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente		<b>.764</b>	.352
14. Tengo autodisciplina	.417	<b>.686</b>	
15. Me mantengo interesado en los cosas.	.427	<b>.607</b>	
Factor 3			
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	.511		<b>.541</b>
21. Mi vida tiene significado	.533		<b>.65</b>
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada	.542		<b>.726</b>
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	.438		<b>.784</b>
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	.313		<b>.773</b>
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado		.374	<b>.834</b>

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Para determinar el nivel de resiliencia prevalente entre los participantes, seguimos el mismo procedimiento realizado por Heilemann, Lee y Kury (2003). Los valores mayores de 147 indicarían una alta capacidad de resiliencia; entre 121-146, resiliencia moderada; y valores menores a 121, escasa resiliencia.

#### *Procedimiento*

El procedimiento de recogida de información consistió en la aplicación del cuestionario a la muestra de participantes. La muestra fue seleccionada intencionalmente entre diciembre del 2011 y marzo del 2012, obteniéndose previamente el consentimiento informado de los participantes del estudio. El acceso fue relativamente sencillo, la muestra procedía de diversas asociaciones y el investigador tenía acceso directo a éstas. El contacto inicial se realizó directamente proponiéndoles su participación en el estudio y solicitándoles una entrevista. El tiempo estimado de aplicación fue aproximadamente de 15 minutos por persona. Los entrevistadores fueron previamente entrenados en la aplicación del instrumento.

#### *Análisis estadístico*

Se utilizó el análisis multivariado de covarianza (MANCOVA) para comprobar si existían diferencias entre los tres factores del cuestionario en función de la etapa y tipo de discapacidad. En este caso la covariable fue el género. Se decidió controlar el efecto del género de los participantes para que las diferencias no se viesan afectadas por esta variable. Sin el control estadístico de esta covariante, los efectos observados podrían explicarse, no únicamente por las diferencias entre los participantes en función de la etapa en la que adquirieron la discapacidad o el tipo de discapacidad que tienen sino por el efecto de la interacción de esta variable.

Posteriormente, tras comprobar que el MANCOVA fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la *t* de Student para 2 muestras independientes para la variable etapa en la que se adquirió la discapacidad y el ANOVA de un factor para más de 2 grupos en la variable tipología de la discapacidad. Los análisis post hoc se realizaron con el método de Scheffé ya que cada grupo no estuvo formado por el mismo número de participantes en cada uno de ellos y esta prueba no exige que los tamaños muestrales sean iguales.

#### **Resultados**

Al examinar los resultados generales de la escala de resiliencia en función de la etapa en la que se adquirió la discapacidad observamos que tanto los participantes con discapacidad del desarrollo ( $M=126.93$ ,  $D.T=33.38$ ), como los participantes con discapacidad adquirida a lo largo

de la vida ( $M=151.56$ ,  $D.T.=21.46$ ), mostraron un nivel de resiliencia alto (Tabla 2).

Con respecto a la escala de resiliencia en función del tipo de discapacidad se observó la misma dirección, desde los diferentes tipos de discapacidad encontramos niveles de resiliencia altos, observándose que en los participantes con discapacidad física ( $M=154.17$ ,  $D.T.=14.71$ ) y visual ( $M=151.04$ ,  $D.T.=25.50$ ) se obtuvieron índices más altos (Tabla 2).

**Tabla 2**  
Puntuaciones medias en la escala según etapa y tipo de discapacidad

<b>Etapa discapacidad</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>D.T.</b>
Sobrevenida	48	151.56	21.46
Desarrollo	57	126.93	35.38
<b>Tipo discapacidad</b>			
Física	33	154.17	14.71
Intelectual	23	122.96	26.16
Visual	26	151.04	25.50
Auditiva	23	127.55	40.41
Total	105	138.19	32.16

Escasa resiliencia= $<121$ ; moderada resiliencia= $121-146$ ;  
alta resiliencia= $>146$

Al examinar los resultados en los tres factores de la escala en función de la etapa en la que se adquirió la discapacidad y del tipo de discapacidad observamos los siguientes resultados, (ver tabla 3):

1) Las diferencias en las puntuaciones medias en los factores en función de la etapa de discapacidad son estadísticamente significativas para el conjunto [T. Hotelling= 0.035;  $F(3,94)= 1.21$ ,  $p < .05$ ]. Las pruebas inter-sujetos posteriores llevadas a cabo para averiguar entre que grupos fueron significativas estas diferencias mostraron efectos estadísticamente significativos en los tres factores, *competencia personal* [ $t(103)= 4.385$ ,  $p < .05$ ], en el de *aceptación de sí mismo y de la vida* [ $t(103)= 4.189$ ,  $p < .001$ ], así como en el de *autodisciplina* [ $t(103)= 2.826$ ,  $p < .05$ ], observándose puntuaciones superiores en los participantes con discapacidad sobrevenida a lo largo de la vida en los tres factores.

2) Del mismo modo, las puntuaciones en los factores resultaron estadísticamente significativas en función del tipo de discapacidad [T. Hotelling= 0.67;  $F(9,278)= 1.883$ ,  $p < .05$ ]. Así, tras analizar las pruebas inter-sujetos para examinar entre qué tipo de discapacidad se encontraban las diferencias observamos que mostraron efectos del tipo de disca-

pacidad en las tres dimensiones o factores, esto es, en la *competencia personal* [ $F(3,101) = 7.694, p < .05$ ] en la *aceptación de sí mismo y de la vida* [ $F(3,101) = 5.374, p < .05$ ] y finalmente en la *autodisciplina* [ $F(3,101) = 6.098, p < .001$ ], mostrándose niveles medios más altos en los participantes con discapacidad visual y motora al compararlos con los participantes con discapacidad auditiva e intelectual (ver Tabla 3).

3) Al examinar los resultados de los análisis para la interacción de la etapa y tipología de la discapacidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas [T. Hotelling = 0.108;  $F(9,278) = 1.117, p = .35$ ]. Lo mismo ocurrió con la covariable género, los resultados no fueron estadísticamente significativos [T. Hotelling = 0.042;  $F(3,94) = 1.327, p = .27$ ], por lo que podemos concretar que el género de los participantes no influye en el nivel de resiliencia.

**Tabla 3**  
Puntuaciones medias de los participantes en la escala

		<i>Etapa de discapacidad</i>		<i>Física</i>	<i>Intelectual</i>	<i>Visual</i>	<i>Auditiva</i>	<i>Total</i>	<i>F etapa discap.</i>
Factor 1. <i>Competencia personal</i>	Sobrevenida	<i>M</i>	82.19	58.00	82.46	78.36	79.88	4.385*	
		<i>D. T.</i>	9.10	2.65	12.39	13.17	12.12		
	Desarrollo	<i>M</i>	76.00	64.10	75.54	60.41	65.70		
		<i>D. T.</i>	16.97	15.14	15.17	23.49	19.43		
	Total	<i>M</i>	81.65	63.30	79.00	66.39	72.18		
		<i>D. T.</i>	9.57	14.25	14.03	22.14	17.89		
t tipo discap.				7.694*					
Factor 2. <i>Aceptación de sí mismo y de la vida</i>	Sobrevenida	<i>M</i>	36.67	28.67	37.23	35.55	36.06	4.189**	
		<i>D. T.</i>	3.51	2.08	5.92	7.43	5.50		
	Desarrollo	<i>M</i>	36.00	28.45	32.77	28.00	29.53		
		<i>D. T.</i>	2.83	9.30	8.83	10.31	9.56		
	Total	<i>M</i>	36.61	28.48	35.00	30.52	32.51		
		<i>D. T.</i>	3.41	8.66	7.71	10.00	8.58		
t tipo discap.				5.374*					
Factor 3. <i>Autodisciplina</i>	Sobrevenida	<i>M</i>	36.10	29.67	36.62	35.18	35.63	2.826*	
		<i>D. T.</i>	3.77	2.08	5.45	7.01	5.19		
	Desarrollo	<i>M</i>	34.00	31.40	37.46	28.36	31.70		
		<i>D. T.</i>	5.66	7.24	4.79	9.54	8.35		
	Total	<i>M</i>	35.91	31.17	37.04	30.64	33.50		
		<i>D. T.</i>	3.84	6.79	5.05	9.26	7.32		
t tipo discap.				6.098**					

\* $p \leq .05$ , \*\* $p \leq .001$

## **Discusión**

En este trabajo se parte de la importancia de generar nuevos conocimientos sobre las personas que conviven con una discapacidad, ya que muchas de las investigaciones previamente realizadas se han dedicado más bien a la indagación de las características resilientes de los niños y de los adolescentes, pero en el campo de la discapacidad todavía quedan muchos vacíos. Así, tal y como numerosos autores proponen (Calhoun y Tedeschi, 1999; Paton, Smith, Violanti y Eräen, 2000), la necesidad de potenciar la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas se hace cada vez más importante en los programas de intervención dirigidos a las personas que tienen que vivir este suceso traumático (Hoge, Austin y Pollack, 2007), siendo lógico pensar, que cuanto antes se desarrolle esta capacidad, más posibilidades tendrá el individuo de enfrentarse exitosamente a los múltiples obstáculos, de ahí, la necesidad de intervenir en edades tempranas para el desarrollo esta capacidad. Por ello, en este estudio se optó por explorar los factores resilientes que pudieran desarrollar las personas con discapacidad en diferentes situaciones, la primera de ellas en función de la faceta de la vida en la que se adquiere la discapacidad y la segunda, según la condición y características de la discapacidad, en otros términos, según el tipo de discapacidad.

En nuestros resultados, encontramos en primer lugar y en relación con el instrumento utilizado, que posee unas cualidades psicométricas muy aceptables en nuestra muestra, por lo que su aplicación parece que es adecuada para examinar la capacidad resiliente en jóvenes que conviven con una discapacidad.

Con respecto a los resultados de la escala observamos que los participantes mostraron una capacidad de resiliencia alta. Esto nos lleva a pensar que las experiencias y obstáculos por los que pasan estos jóvenes, les hace que desarrollen esta capacidad en un alto grado (Calhoun y Tedeschi, 1999; Saavedra y Villalta, 2008).

En este sentido, se han propuesto algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes, como la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social o creer que se puede aprender de las experiencias positivas y de las negativas, etc. Sin duda, esto no implica que las personas que tienen una discapacidad no experimenten emociones negativas (Pérez-Sales y Vázquez, 2003), sino que las emociones positivas coexisten con las negativas durante estas circunstancias adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Folkman y Moskowitz, 2000; Shuchter y Zisook, 1993) y éstas, pueden ayudar a potenciar la capacidad de afrontamiento para adaptarse adecuadamente a dichas circunstancias (Frazier et al, 2009; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

A su vez, en líneas anteriores se mencionó que este concepto es el resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las cir-

cunstances, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida (Young, Green y Rogers, 2008). Es por ello que, uno de los interrogantes que se planteaban en el estudio era si el hecho de nacer con una discapacidad o que sobrevenga a lo largo de la vida puede fomentar más o menos los factores resilientes de la persona.

Al profundizar en esta capacidad en función de la etapa en la que se adquiere la discapacidad observamos que los participantes con discapacidad sobrevenida a lo largo de la vida mostraron niveles más altos de resiliencia. Esto se observa tanto a nivel general de resiliencia como en los tres factores que conforman esta capacidad.

Por tanto, vemos que se cumple nuestra primera hipótesis concerniente a la existencia de diferencias estadísticamente significativas según la etapa en la que se adquiere la discapacidad, destacando los jóvenes con discapacidad sobrevenida con mayores puntuaciones de resiliencia.

Esto puede quedar explicado porque desde el nacimiento y la niñez, la persona vaya adaptándose esta situación como algo normalizado en su vida, mientras que en otros casos como en una discapacidad sobrevenida con posterioridad, la persona va a incrementar un mayor nivel de desajuste al comparar la vida de antes con la de después de ese suceso traumático, afectando en mayor grado a aspectos psicológicos, físicos, sociales y familiares desarrollados en la fase anterior a esta nueva situación y con ello, debiéndose enfrentar a numerosas situaciones que desemboquen en una mayor afán de superación y por tanto, se potencien los factores resilientes.

En línea con otros estudios (Saavedra y Villalta, 2008), no es lo mismo afrontar la situación de discapacidad cuando ésta es de nacimiento, que cuando se adquiere posteriormente, pues en el primer caso la persona suele establecer una relación más cercana con sus limitaciones minimizándolas tanto física como psicológicamente, a partir de la potenciación de otras estructuras corporales que a partir de la plasticidad cerebral y orgánica sustituyen la carencia propia de lo afectado a las circunstancias que la discapacidad demanda. Sin embargo, en el caso de las personas que adquieren la discapacidad a lo largo de la vida, las condiciones son diferentes en tanto que la asimilación se vuelve más compleja en la medida que la persona ha generado aprendizajes, adaptaciones y repertorios asociados con la presencia o funcionalidad del cuerpo que, en un momento dado pierde esa funcionalidad, generando un proceso de cambio y adaptación. De este modo, los cambios tan bruscos que sufre el afectado requieren una capacidad resiliente, aún mayor en la medida que la situación resulta ser, en proporción mucho más difícil de asimilar que en el caso de las personas que nacen con la discapacidad. Es por ello que, frente a estas circunstancias, es posible que surjan ideas, habilidades y conocimientos que reconduzcan a la

persona con la vida con el impulso de crecer y superar la infinidad de situaciones difíciles a las que se enfrenta.

Otra de las variables que pensamos que puede influir en la capacidad de resiliencia es la tipología de la discapacidad. Así, al examinar los resultados en función de esta variable observamos que las puntuaciones más altas las mostraron los jóvenes con discapacidad motora y visual, mientras que desde la discapacidad auditiva e intelectual se revelaron puntuaciones inferiores. Esto se refleja en las tres dimensiones que conforman la escala de resiliencia.

Así, aunque desde los diferentes tipos de discapacidad van a existir unas carencias en mayor o menor grado, las personas que deben enfrentarse no sólo a las limitaciones derivadas de su discapacidad sino a otro tipo de barreras va a traducirse en realizar un mayor esfuerzo para solventar todos estos obstáculos. Este es el caso de las personas con discapacidad visual y motora.

No obstante, otra posible explicación que puede ayudar en parte a entender nuestros resultados puede ser el papel jugado por el apoyo social.

Como en líneas anteriores se mencionó, Grotberg (1993), diferenció tres características definitorias del concepto de resiliencia siendo una de ellas la que tiene que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir, así, el apoyo social que la persona percibe del entorno es un factor crucial para afrontar cualquier limitación derivada de una discapacidad (Affleck y Tennen, 1996).

A partir de esto, entraría a formar parte de nuestra argumentación la visibilidad de la discapacidad. Cada vez más, desde diferentes sectores de los ámbitos sociales y políticos se está fomentando el derecho de las personas con discapacidad a la inclusión social y con ello, a que la sociedad tome mayor conciencia en ofrecer apoyo para la plena integración psicosocial hacia las personas que viven con esta problemática. Así por ejemplo, desde las discapacidades más visibles, como puede ser una discapacidad motora o una discapacidad visual, sea más evidente la necesidad de ese apoyo y por tanto, que el entorno cercano del afectado se vuelque más en ofrecer este apoyo. De esta manera, independientemente de que la persona con discapacidad utilice las ayudas disponibles, si va a percibir que dispone de apoyo.

Sin embargo, existen otras discapacidades que son invisibles como la discapacidad intelectual (García Ibañez et al, 2009) o la discapacidad auditiva (Juárez Sánchez, Padilla Góngora, Martínez Cortes, López Liria, 2010). Este tipo de discapacidades pasan desapercibidas en muchos casos por la sociedad o incluso si éstas se observan, no muestran aparentemente barreras o limitaciones ocasionadas por estas discapacidades, hacen que el resto de personas no se involucren tanto en ofrecer ayuda y con ello, que la persona con esta problemática perciba más

desprotección (Gladstone, Boydell y McKeever , 2006; Hage, Charlier y Leybaert, 2006; Hintermair, 2007).

Por tanto, es evidente que la situación de discapacidad es una experiencia de gran intensidad emocional e incluso traumática, a la que multitud de personas deben hacer frente de manera cotidiana, enfrentando obstáculos que en muchas ocasiones vulneran la personalidad y las condiciones de vida, y es precisamente en este contexto donde la resiliencia adquiere relevancia, no solo como elemento de superación, sino también como fenómeno en el que hay que profundizar con el objetivo de que en cualquier programa de intervención se fomente la construcción y desarrollo de esta capacidad entre las personas que conviven con esta situación.

#### *Limitaciones de estudio*

Como vemos, aunque si se cumplen las hipótesis del estudio, consideramos que no debemos pasar por alto algunas limitaciones del estudio que conciernen a la metodología de éste así como algunas variables no controladas pero que es necesario investigar:

La primera hace referencia al concepto de discapacidad. Hemos examinado la discapacidad sobrevenida y adquirida desde el nacimiento, sin embargo dentro de cada una de ellas y dentro de cada tipo de discapacidad hay una gran diversidad que puede afectar en el grado, funcionalidad y severidad y por tanto, con unas necesidades y unas limitaciones particulares, presuponemos que esta variable es muy relevante en el análisis.

En cuanto a la metodología, en primer lugar, el número de participantes es muy reducido. Tampoco hubo una estimación de cálculo de tamaño de muestra, puesto que el muestreo no fue probabilístico, sino por conveniencia.

También debemos sospechar que el hecho de que los participantes pertenezcan a alguna asociación puede ser un indicio de que tengan más capacidad de superación y más apoyo.

Finalmente, aunque se ha controlado el género de la muestra, otras variables como la edad, el nivel socioeconómico, si conviven solos o con alguien, pueden afectar a los resultados del estudio.

Por tanto, sería conveniente seguir indagando en futuros estudios que exploren estos aspectos para permitir la mejora del diseño de programas y planes de intervención-acción que fomenten los factores resilientes de las personas que viven día a día con una discapacidad.

## Referencias

- Affleck, G. y Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality*, 64(4), 899-922.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. New Jersey: LEA.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26 (1), 399-419.
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000) Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P. y Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, 20, 912-919.
- García-Ibañez, J., Feliu, T., Usón, M., Rodenas, A., Aguilera, F. y Ramo, R. (2009). Trastornos invisibles. las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. *Siglo Cero, Revista española sobre discapacidad intelectual*, 40, 38-60.
- Gillham, J.E. y Seligman M.E.P. (1999) Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Gladstone, B.M., Boydell, K.M. y McKeever, P. (2006). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine*, 62, 2540-2550.
- Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. *La Haya: Bernard Van Leer Foundation*. Obtenido el 10 de enero de 2012. En: <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html>.
- Hage, C., Charlier, B. y Leybaert, J. (2006). *Compétences cognitives, linguistiques et sociales de l'enfant sourd*. Sprimont (B): Mardaga.
- Heilemann, M., Lee, K. y Kury, F.S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal Nurs Meas*, 11(1), 61-72.
- Hintermair, M. (2007). Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard of hearing people. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13, 278-300.
- Hoge, E.A., Austin, E.D. y Pollack, M.H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 139-152.
- Infante, F. (2005). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En A. Melillo y E. Suárez (Comps.). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 31-53). Buenos Aires: Paidós.
- Juaréz Sanchez, A., Padilla Góngora, D. Matínez Cortes, A.C. López Liria, R. (2010). Percepción social de la sordera en el entorno escolar: proceso de elaboración de un cuestionario de evaluación. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30(3), 120-129.
- Kim-Cohen, J. (2007). Resilience and developmental psychopathology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 271-283.
- Kotliarenco, M.A. (2000). *Actualizaciones en Resiliencia*. Buenos Aires: Ediciones UNLA.
- Luthar, S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development* 71(3), 543-562.

- Nachshen, J. S., Woodford, L. y Minnes, P. (2003). The Family Stress and Coping Interview for families of individuals with developmental disabilities: A lifespan perspective on family adjustment. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 285-290.
- Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L. y Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 730-749.
- Paton, DG., Smith, L., Violanti, JM. y Eräen, L. (2000). Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(3), 235-254.
- Saloviita, T., Italinna, M. y Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A Double ABCX Model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 300-312.
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *Escala de Resiliencia SV-RES. Para jóvenes y adultos*. Segunda Edición. Santiago: autores.
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación*, 8, 81-90.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000) *Positive Psychology: An Introduction*. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shuchter, S.R. y Zisook, S. (1993). The course of normal grief. En: Stroebe, W., Stroebe, M.S y Hansson, R.O. (Eds.) *Handbook of Bereavement: Theory, research and intervention*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Young, A., Green, L. y Rogers, K. (2008). Resilience and deaf children: A literature review. *Deafness and Education International*, 10, 40-55.
- Henderson, N. (Ed.). (2007). *Resiliency in action: Practical ideas for overcoming risks and building strengths in youth, families, and communities*. Ojai, CA: Resiliency in Action, Inc.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M. y Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139 -146.
- Wagnild, G.M. y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal Nurs Meas*, 1(2), 165-78.
- Wyndaele, M. y Wyndaele, J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: What learns a worldwide literature survey?. *Spinal Cord*, 44(9), 523-529.