



Universidad de Valladolid



FACULTAD
DE MEDICINA

TRABAJO DE FIN DE GRADO
Grado en Logopedia

RESILIENCIA FAMILIAR EN
LOGOPEDIA

Autora: Lorena López de Pablos

Tutora: Carolina Sánchez Gil

Curso 2018/19



DECLARACIÓN DE UTILIZACIÓN DE GENÉRICO EN SUSTANTIVOS

En este apartado se pretende declarar la utilización del genérico para los diferentes sustantivos empleados en el presente trabajo.

De este modo, trato de aclarar que cuando en el texto aparecen sustantivos referidos a personas, como “padre”, “niño”, “hijo”, “investigadores” o similares, nos estamos refiriendo de forma genérica a padres y madres, niños y niñas, hijos e hijas, investigadores e investigadoras, etc. sin ninguna distinción de género ni intención de discriminación por género.

Además, indicar también que la muestra de hijos empleada en la presente investigación está compuesta únicamente por niños debido un tipo de muestra no probabilística, siendo de este modo una variable independiente más motivo de análisis.

Agradecimientos

Son muchas las personas a las que tengo que agradecer el haber llegado hasta el punto en el que me encuentro, llegando a conseguir, por lo tanto, realizar este Trabajo Fin de Grado.

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutora Carolina Sánchez Gil tanto la inicial aceptación del tema elegido en el presente trabajo como el consiguiente impulso para su realización, pues era el tema preferido para las dos desde un principio. Por su profesionalidad, dedicación, transmisión de conocimientos e implicación desde el comienzo hasta el fin. He de decir que resulta una parte fundamental de mi TFG y sin su paciencia, preocupación y apoyo constante no habría sido posible realizar esta bonita investigación. Por guiarme tan bien en su elaboración y por sus mil ánimos y consejos. Gracias a ella también he conocido y he conseguido manejar el programa SPSS.

A las profesionales de los centros a los que hemos tenido acceso, por haber contribuido de forma desinteresada, gracias a las Logopedas hemos tenido la posibilidad de obtener y trabajar a partir de una muestra real.

A las familias participantes, por su implicación y colaboración prestada. Gracias a ellas hemos logrado llevar a cabo este estudio con la mayor realidad posible. Resulta admirable que hayan dedicado parte de su tiempo a confesarnos su día a día.

Y, por último, a las personas que más cerca están de mí y más necesito en mi vida, mi familia al completo. Especial mención a mis abuelos, por velar siempre por mí y hacer el esfuerzo de comprender e interesarse por esta investigación; ojalá fuerais eternos. Finalmente, hago un vital agradecimiento a los que siempre creen en mí, mis padres, gracias por acompañarme durante todo el camino y ayudarme a superar cada etapa, fruto de vuestro esfuerzo yo he llegado hasta aquí.

Resumen

En la sociedad actual, la Resiliencia es una capacidad positiva asociada al ser humano que permite afrontar las situaciones adversas o acontecimientos traumáticos, adaptarse a ellos y salir fortalecido. Esta cualidad se atribuye también a la familia (Resiliencia Familiar), estando modulada por características y factores individuales, familiares y sociales, lo que posibilita su adquisición, desarrollo y establecimiento. Las patologías como TDAH, TEL y TEA en niños, suponen un grave impacto emocional en los padres que lleva consigo dificultades de adaptación y altos niveles de estrés.

El objetivo principal de este trabajo de investigación, desde el paradigma cuantitativo, es conocer el papel de la Resiliencia en familias de niños que presentan patologías del lenguaje y reciben tratamiento logopédico, así como identificar, comparar y determinar el grado de resiliencia y de otras variables en función de determinados factores. Además, se comprueba las relaciones existentes entre las variables de estudio. Para ello, se aplicó la Escala RS en un grupo de 11 familias, junto con la cuantificación de las variables relacionadas Estrés Parental, Apoyo Social, Cohesión y Adaptación Familiar y Esperanza. Los resultados indican puntajes medios en el grado de resiliencia, sin variaciones en función del diagnóstico del niño. Existen relaciones significativas entre las variables resiliencia, estrés parental y esperanza.

Palabras clave: Resiliencia, Resiliencia Familiar, TEL, TDAH, TEA, variables relacionadas, familias.

Abstract

In today's society, Resilience is a positive capacity associated to the human being that allows facing adverse situations or traumatic events, adapting to them and leaving strengthened. This quality is also attributed to the family (Family Resilience), being modulated by characteristics and individual, family and social factors, which makes possible its acquisition, development and establishment. The pathologies such as ADHD, TEL and ASD in children, pose a serious emotional impact on parents that leads to difficulties of adaptation and high levels of stress. The main objective of this research work, from the quantitative paradigm, is to know the role of Resilience in families of children who have language pathologies and receive speech therapy treatment, as well as identify, compare and determine the degree of resilience and other variables depending on certain factors. In addition, the existing relationships between the study variables are checked. For this, the Resilience Scale (RS) was applied in a group of 11 families, along with the quantification of the related variables Parental Stress, Social Support, Cohesion and Family Adaptation and Hope. The results indicate average scores on the degree of resilience, without variations depending on the diagnosis of the child. There are significant relationships between the study variables resilience, parental stress and hope.

Key words: Resilience, Family Resilience, SLI, ADHD, ASD, related variables, families.

Siglas y abreviaturas

RAE: Real Academia de la Lengua.

TEL: Trastorno Específico del Lenguaje.

TEA: Trastorno del Espectro Autista.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

IER: Instituto Español de Resiliencia.

RS: Escala de Resiliencia.

CAF: Cohesión y Adaptación Familiar.

M: Media.

DS: Desviación Típica.

N: Frecuencia.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCCIÓN | 10 |
| I.I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| I.II. JUSTIFICACIÓN | 11 |
| PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO | 13 |
| <i>CAPÍTULO I. REVISIÓN DE LA LITERATURA</i> | 13 |
| 1.1. CONCEPTO DE RESILIENCIA | 13 |
| 1.1.1. Etimología | 15 |
| 1.1.2 Historia. Evolución del concepto | 15 |
| 1.2. LA RESILIENCIA EN FAMILIAS..... | 23 |
| 1.2.1. Resiliencia Familiar | 23 |
| 1.2.2. Técnicas o factores para promover la Resiliencia Familiar..... | 26 |
| 1.3. RESILIENCIA EN LOGOPEDIA..... | 28 |
| 1.4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS | 31 |
| SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO | 32 |
| <i>CAPÍTULO II. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</i> | 32 |
| 2.1. MÉTODO | 32 |
| 2.1.1. Participantes | 32 |
| 2.1.2. Instrumentos..... | 34 |
| 2.1.3. Diseño de la investigación | 37 |
| 2.1.4. Procedimiento | 38 |
| <i>CAPÍTULO III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS</i> | 38 |
| 3.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS..... | 38 |
| 3.2. RESULTADOS | 39 |
| 3.2.1. Estadísticos descriptivos | 39 |
| 3.2.2. Estadística inferencial o estadísticos de contraste..... | 47 |
| 3.2.3. Resultados correlacionales | 49 |
| <i>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</i> | 51 |
| 4.1. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... | 51 |
| 4.1.1. Limitaciones del estudio | 55 |
| 4.1.2. Líneas futuras de investigación..... | 56 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 57 |
| ANEXOS | 61 |

Resiliencia Familiar en Logopedia

| | |
|---------------|----|
| Anexo 1 | 61 |
| Anexo 2 | 67 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. <i>Datos sobre la persona que rellena el cuestionario</i> | 32 |
| Tabla 2. <i>Datos sobre la familia</i> | 33 |
| Tabla 3. <i>Datos sobre el niño/a</i> | 34 |
| Tabla 4. <i>Estadísticos de las puntuaciones de la Escala de Resiliencia</i> | 39 |
| Tabla 5. <i>Resultados en la Escala de Resiliencia en función del diagnóstico del niño</i> | 40 |
| Tabla 6. <i>Estadísticos descriptivos de los ítems en la Escala de Resiliencia</i> | 68 |
| Tabla 7. <i>Porcentajes de respuestas a los ítems de la Escala de Resiliencia</i> | 69 |
| Tabla 8. <i>Estadísticos descriptivos de variables del estudio</i> | 42 |
| Tabla 9. <i>Estadísticos descriptivos de la Escala de Resiliencia (RS) en función del diagnóstico del niño</i> | 45 |
| Tabla 10. <i>Estadísticos descriptivos de las variables de estudio en función del diagnóstico del niño</i> | 46 |
| Tabla 11. <i>Análisis de las variables de estudio en función del diagnóstico del niño</i> | 47 |
| Tabla 12. <i>Análisis de las variables de estudio en función del diagnóstico del niño</i> | 47 |
| Tabla 13. <i>U de Mann-Withney para la puntuación de la Escala de la Resiliencia y el género</i> | 48 |
| Tabla 14. <i>Kruskal-Wallis para la puntuación de la Escala de Resiliencia entre edad (ED), nivel educativo (NE), ocupación(OC), entorno (EN), estado civil (EC), estructura familiar (EF), hijos que conviven en el domicilio familiar (HC), diagnóstico del sujeto (DS), tratamientos anteriores (TA) y gravedad del trastorno (GT)</i> | 49 |
| Tabla 15. <i>U de Mann-Withney para la puntuación de Estrés Parental, Apoyo Social Funcional, Cohesión y Adaptación Familiar, la Esperanza y el género</i> | 49 |
| Tabla 16. <i>Nivel de significación entre el Estrés Parental, Apoyo Social Funcional, Cohesión Familiar, Adaptación Familiar y Esperanza y la edad (ED), nivel educativo (NE), ocupación(OC), entorno (EN), estado civil (EC), estructura familiar (EF), hijos que conviven en el domicilio familiar (HC), diagnóstico del sujeto (DS), tratamientos anteriores (TA) y gravedad del trastorno (GT)</i> | 50 |
| Tabla 17. <i>Rho de Spearman para Resiliencia, Estrés Parental, Apoyo Social y Funcional, Cohesión Familiar, Adaptación Familiar y Esperanza</i> | 51 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| <i>Figura 1:</i> Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en la Escala de Resiliencia..... | 39 |
| <i>Figura 2:</i> Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en el Índice de Estrés Parental..... | 42 |
| <i>Figura 3:</i> Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en la Escala de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC..... | 42 |
| <i>Figura 4:</i> Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en la Escala de Cohesión Familiar..... | 43 |
| <i>Figura 5:</i> Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en la Escala de Adaptación Familiar..... | 43 |
| <i>Figura 6:</i> Correlación negativa entre Resiliencia y Estrés Parental..... | 50 |
| <i>Figura 7:</i> Correlación negativa entre Resiliencia y Estrés Parental..... | 50 |

I. INTRODUCCIÓN

En este apartado del Trabajo Fin de Grado se abordará su estructura, recogiendo los puntos principales sobre la Resiliencia Familiar dentro del ámbito de la Logopedia. Este trabajo consta de dos partes que a su vez, se dividen y se desarrollan en capítulos.

La primera parte incluye todo el marco teórico, y en ella se recoge el Capítulo I en el cual se hace referencia a la fundamentación teórica que guía todo el proceso de investigación. Este Capítulo I se desarrolla a través de una serie de apartados. El primer apartado está dedicado al concepto de resiliencia en general, explicando brevemente su etimología y haciendo un recorrido de la historia y evolución del concepto. El segundo apartado hace referencia a la Resiliencia Familiar, describiendo las características de este concepto y haciendo hincapié sobre las técnicas o factores para promover la resiliencia en familias. El siguiente apartado tiene que ver con la resiliencia en Logopedia, incluyendo en él una serie de estudios e investigaciones sobre el papel de la resiliencia en distintas patologías asociadas con la Logopedia. Por último, el cuarto apartado contiene los objetivos e hipótesis de la investigación.

La segunda parte del trabajo está compuesta por tres capítulos, en los cuales se detalla la investigación que hemos llevado a cabo. En el Capítulo II, referente a la metodología de investigación, se realiza una descripción de la muestra seleccionada y se describen los instrumentos utilizados para la recogida de datos. Concluimos este capítulo detallando el tipo de diseño de la investigación y el procedimiento que se ha llevado a cabo. En el Capítulo III, se muestran los resultados obtenidos en la investigación mediante una serie de procesos y técnicas estadísticas. Por último, el Capítulo IV está dedicado a la discusión y conclusiones, abordando en él una reflexión sobre los resultados obtenidos con el fin de confirmar o rechazar las hipótesis planteadas al inicio de la investigación. Finalmente, se hace referencia tanto a las limitaciones halladas en el estudio, como a las futuras líneas de investigación que se pueden plantear a partir de la realización de este trabajo.

I.I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La forma de entender y definir el concepto de resiliencia ha supuesto cambios importantes a lo largo del tiempo. Tradicionalmente, sólo se empleaba dentro del campo de la física para definir propiedades de objetos elásticos. Actualmente, gracias al trabajo de Werner y Smith (1942), el concepto de resiliencia se utiliza en variedad de contextos, promoviéndose su empleo también en humanos. Así mismo, este término fue considerado en un principio como una condición innata del individuo, sin embargo, más tarde fue enfocándose también en otros factores, por lo que los investigadores del siglo XXI entienden el concepto de resiliencia como un proceso individual, familiar, comunitario y cultural. Hoy en día, en la RAE se entiende como la capacidad de

adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos. A lo largo de los años se han ido realizando multitud de estudios e investigaciones cuyo objeto de estudio remitía en la creación, desarrollo y promoción de la resiliencia en el ser humano. En este sentido, se analizaba la relación entre la promoción de esta cualidad en personas sin ningún tipo de problema en su vida frente a otros grupos de personas que en el pasado habían vivido acontecimientos estresantes, o era en el presente cuando su vida se enfrentaba a determinadas situaciones adversas. Las investigaciones que estudian la relación de desarrollo y fomento de la resiliencia en personas que sufren una patología determinada o que presentan familiares con diagnósticos de enfermedades complejas, dejan claro que se produce un desarrollo exponencial de esta cualidad en estos grupos de personas, así como también son capaces de demostrar una notable mejoría en ellas gracias al desarrollo de características resilientes, las cuales favorecen el curso de la enfermedad y, por consiguiente, la calidad de vida de estas personas y de sus familiares.

Por estos motivos, la resiliencia supone un factor importante a tener en cuenta en ciertas patologías, ya que son numerosos los estudios en los que se puede comprobar que esta cualidad puede proporcionar, tanto a nivel individual, como familiar y comunitario, diversidad de recursos cognitivos y emocionales y de características de afrontamiento y adaptación ante diferentes situaciones adversas, consiguiendo con ello promover una mejor salud física y mental y favorecer el bienestar general. Las investigaciones sobre resiliencia en distintas patologías no dejan de sorprender, es por ello que este concepto se lleva estudiando durante tantas décadas, obteniéndose cada vez resultados más satisfactorios, los cuales hacen prever que si un individuo se enfrenta ante una situación adversa o patología determinada manteniendo una actitud positiva y con disposición de confianza en sí mismo y empleando técnicas de afrontamiento y adaptación, con ayuda de una persona resiliente cercana a él, podrá superar con éxito lo que se proponga.

Desde este punto de partida y en vista de los beneficios que aporta la resiliencia a la sociedad, es lógico el gran interés acontecido por el estudio de este concepto desde ámbitos como el clínico, el educativo, el psicológico o el social. Se trata de una importante cualidad interpersonal, intercomunitaria e interdisciplinar con un gran potencial, a partir de la cual se pueden superar situaciones negativas transformando las dificultades y limitaciones del individuo en capacidades y fortalezas. En definitiva, el estudio de la resiliencia y del proceso resiliente supone un camino complejo pero, en este caso concreto, lleno de aprendizajes y futura aplicación terapéutica.

I.II. JUSTIFICACIÓN

La motivación para la realización de esta investigación surge por una doble finalidad. Por un lado, el deseo de otorgar a este Trabajo Fin de Grado un tema diferente, motivador, interesante y bonito, atributos que personalmente me transmite

el concepto de Resiliencia, del cual ya tenía un acercamiento previo a la realización de este trabajo y considero es una cualidad admirable a desarrollar en todo ser humano a lo largo de nuestras vidas. Por otro lado, surge del interés personal por el estado y calidad de vida de las familias que presentan algún hijo con problemas de desarrollo o patologías del lenguaje. Desde que inicié mis estudios de Logopedia he mostrado una notable inquietud sobre este aspecto, el cual se ha hecho aún más eminente a partir de mi experiencia durante la asistencia a las prácticas pertenecientes al Practicum III, donde pude observar de cerca gran variedad de casos e intervenir en concreto con algunos niños que presentaban Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) y Trastorno del Espectro Autista (TEA), y tener también un gran acercamiento e interacción con las familias de estos niños, comprobando que su día a día pasaba por situaciones complejas. Por todo ello, mi preocupación sobre el funcionamiento y relación padres-hijo fuera de los centros me hizo considerar esencial la inclusión de las familias en los Programas de Intervención, aspecto que persigue el desarrollo y promoción de la resiliencia.

Por tanto, el objeto de estudio de este trabajo es conocer el papel de la resiliencia y el grado de adaptación que muestran hoy en día las familias a una patología del lenguaje y dentro de un tratamiento logopédico. Se tomó la decisión de seleccionar dichas patologías como variable de estudio en nuestra investigación dada la alta comorbilidad existente entre ellas, junto con el motivo de fácil acceso a las familias con estos casos.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. CONCEPTO DE RESILIENCIA

Hoy en día, la Real Academia de la Lengua (RAE) entiende por el término **Resiliencia:**

1. f. Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos.
2. f. Capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.
3. “Saltar hacia atrás, rebotar, replegarse”.

Grotberg (1997), define el término resiliencia como la capacidad del ser humano para adaptarse positivamente a situaciones adversas, es decir, para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

El Instituto Español de Resiliencia (IER) es un centro de referencia global para la investigación y promoción de la resiliencia en España y Latinoamérica a nivel personal y organizacional. En su página web oficial explican que fue formado en el año 2010 tras una década de estudios e investigaciones sobre Trauma y Resiliencia en la Sociedad Española de Especialistas en Trastorno de Estrés Postraumático (SETEPT), y construido como proyecto independiente aplicando la Neurociencia y Resiliencia para promover una sociedad más saludable. El IER está formado por un equipo científico, multidisciplinar, de profesionales que comparten el objetivo del desarrollo de la resiliencia. Según este organismo, y desde la Neurociencia, se considera que las personas más resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor la presión, lo que les permite una sensación de control frente a los acontecimientos y una mayor capacidad para afrontar retos.

Existen dos conceptos que antecedieron al término resiliencia en la explicación de la adaptación ante un trauma: el concepto inglés *“to cope with”*, que se traduce como “hacer frente o apañarse” y se refiere a hacer frente a un problema o resurgir después de experimentar un hecho traumático; y el concepto francés de *“invulnerabilité”*, que se traduce como “invulnerabilidad” y que fue desarrollado por los psiquiatras Cyrille Koupernik y E. James Anthony (Forés y Grané, 2008). Con este concepto de “invulnerabilidad”, se referían a que no todas las personas somos iguales ante el riesgo, sino que unas son más vulnerables que otras. El desarrollo de estos dos conceptos llevó a considerar a las víctimas de una situación traumática como responsables de su grado de vulnerabilidad y de su adaptación a dicha situación (Citado en Jiménez, 2016).

Luthar, Cicchetti y Becker (2000), definen la resiliencia como un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de adversidad significativa. En este sentido, Neil (2006), explica la resiliencia como la capacidad que tiene una persona o un grupo de personas para afrontar y sobreponerse a las adversidades y al estrés que producen estas, salir adelante después de situaciones estresantes y resurgir fortalecido. La resiliencia facilita un desarrollo personal para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de cruzarse con acontecimientos desestabilizadores, encontrarse con condiciones de vida difíciles y padecer traumas graves.

Por consiguiente, mientras que para Grané y Forés (2007) la resiliencia es una metáfora generativa que construye futuros posibles, realidades alternativas, sobre la esperanza humana y el logro de la felicidad frente a los sufrimientos o traumas vividos, Delage (2010) fundamenta el término en la constante observación de personas que evolucionan favorablemente después de sufrir un trauma, contradiciendo así la lógica según la cual la persona que sufre un trauma debe experimentar consecuencias negativas y fatales. La resiliencia es lo que en ti te crees capaz.

Como síntesis, si analizamos cada una de estas definiciones elaboradas por diferentes autores para designar el término resiliencia, podemos considerar que esta incluye un componente de crecimiento y de aprendizaje en la adaptación a la situación traumática y, además, recoge las posibilidades de reconstrucción o transformación ante la adversidad, lo cual nos permite diferenciarlo del concepto de invulnerabilidad, que entiende solo una resistencia a dicha situación traumática.

De este modo, el concepto de resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva de fomento de la salud mental y supone una realidad confirmada por muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir creciendo y alcanzando, incluso, un nivel superior en su desarrollo o realización como individuos, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos hasta entonces desconocidos (Citado en Jiménez, 2016).

Por último, es importante resaltar que se han propuesto numerosas definiciones para referirse al término resiliencia cuando esta se emplea en relación con las personas, todas ellas influenciadas por el contexto social e histórico en el que tienen lugar las investigaciones. A continuación, en la tabla 1 se exponen algunas de las definiciones más citadas por diferentes autores.

Tabla 1. Definiciones de resiliencia más citadas. (Adaptada de Fletcher y Sarkar, 2013).

| |
|--|
| “Factores protectores que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona, ante algún peligro ambiental que la predispone a un resultado de mal adaptación” (Rutter, 1987). |
| “El proceso de, la capacidad para o el resultado de adaptación exitosa, a pesar de los |

| |
|---|
| retos o circunstancias amenazantes” (Masten, Best y Garmezy, 1990). |
| “Una clase de fenómeno caracterizado por buenos resultados, a pesar de las serias amenazas a la adaptación o desarrollo” (Masten, 2001). |
| “La capacidad de los adultos de mantener niveles relativamente estables y saludables de funcionamiento psicológico y físico, así como la capacidad de generar experiencias y emociones positivas, que están expuestos a un hecho aislado y potencialmente muy perjudicial, como la muerte de un familiar cercano o una situación peligrosa para la vida” (Bonanno, 2004). |
| “Complejo repertorio de tendencias comportamentales” (Agaibi y Wilson, 2005). |
| “La capacidad de los individuos para enfrentarse con éxito a un cambio significativo, adversidad o riesgo” (Lee y Cranford, 2008). |
| “La estabilidad o rápida recuperación de un individuo (o incluso crecimiento) bajo condiciones de adversidad significativa” (Leipold y Greve, 2009). |

1.1.1. Etimología

El término Resiliencia deriva del término latino **“resilio”**, que significa *“volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar, saltar y volver a saltar, recomenzar”*.

Esta palabra proviene de la física y designa la capacidad del acero para recuperar su forma inicial a pesar de los golpes que pueda recibir y a pesar de los esfuerzos que puedan hacerse para deformarlo. Desde la física fue introducida en el ámbito psicológico por el psiquiatra infantil Michael Rutter (1979; 1980). El término se adaptó al uso en psicología y otras ciencias sociales para referirse a las personas que, a pesar de sufrir situaciones estresantes, no son afectadas psicológicamente por ellas.

1.1.2 Historia. Evolución del concepto

En el año 1942, el trabajo realizado por Werner y Smith fue el que promovió el concepto de resiliencia en humanos, ya que hasta este momento sólo se empleaba en el campo de la física para definir las propiedades de objetos elásticos. Gracias a este trabajo, el término resiliencia se utiliza en la actualidad en una amplia variedad de contextos, entre los que se incluyen: el educativo, el clínico, el comunitario, el organizacional, el deportivo y el militar. (Citado en Sevilla, 2014)

Desde la década de los 60 el concepto de resiliencia ha experimentado cambios importantes, interpretándose en un principio como una condición innata, y enfocándose más tarde, en los factores no sólo individuales, sino también familiares, comunitarios y, actualmente, también culturales. De este modo, los investigadores del siglo XXI entienden la resiliencia como un proceso comunitario y cultural, que puede ser explicado a partir de tres modelos: un modelo “compensatorio”, un modelo “de protección”, y un modelo “de desafío”.

Para los autores Greene y Conrad (2002), existen dos etapas principales en el desarrollo del concepto de resiliencia: una primera etapa en la que la investigación se centró en las características que marcan a las personas resilientes, en los años 70 del siglo pasado, y una segunda etapa que se centró en investigar los procesos por los cuales se desarrolla la resiliencia en los individuos, a partir de los años 90.

Teniendo en cuenta la aportación de estos dos autores, podemos distinguir en el estudio de la resiliencia dos etapas principales y, por tanto, diferenciar dos generaciones de investigadores importantes.

Primera etapa del concepto de resiliencia; Primera generación de investigadores:

Comienza a principios de los años 70 con una serie de investigaciones realizadas con población infantil que vivía en situaciones de riesgo, derivadas sobre todo de pobreza y enfermedad mental de los padres (Rutter, 1979; Werner y Smith, 1982; 1992). Entre los primeros investigadores sobre resiliencia destacan Michael Llewellyn Rutter, que planteó la resiliencia como un factor de "flexibilidad social" adaptativa, y la psicóloga infantil Emmy E. Werner, que buscó identificar sujetos resilientes después de adaptarse a una situación traumática (citado en Werner, 1984).

Rutter (1991), propuso el término de "mecanismos protectores" en vez de "factores protectores" y entendió la resiliencia como una "respuesta global en la que intervienen los mecanismos de protección, concibiendo así aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación y respetando las características personales" (citado en Infante, 1997, p. 10).

La investigación en esta etapa se centró en encontrar tanto los factores de riesgo como los de protección que estaban influyendo en la resiliencia, definiendo así el perfil de las personas resilientes. Un hito en esta primera generación de investigadores es el estudio longitudinal de Werner y Smith realizado con niños en entornos pobres en la isla hawaiana de Kauai (Werner, 1989; 1994; Werner y Smith, 1982).

Dicho estudio pretendía analizar las condiciones de nacimiento y las circunstancias físicas, sociales y psicológicas en las que crecieron 698 niños en Hawái. Su tesis original era comprobar que los niños en situaciones desfavorables tenían más posibilidades de sufrir trastornos del aprendizaje, padecer enfermedades físicas y mentales, y tener serios problemas de adaptación y de relaciones afectivas en la edad adulta, que aquellos niños que se desarrollaban en condiciones seguras y saludables. De los 201 niños expuestos a los factores de riesgo, 129 ya mostraban en la adolescencia claros síntomas de problemas serios, lo sorprendente fue descubrir que los 72 niños restantes habían conseguido tratar de manera eficaz las dificultades de su infancia, convirtiéndose en adolescentes capaces de regular sus emociones y de aprender, ninguno tenía problemas académicos o de conducta, y en la adultez, en personas

maduras y con confianza en sí mismas. Al principio se les consideró como seres excepcionales e invulnerables, pero a medida que se identificaban sus rasgos personales y sociales se comprendió que su resiliencia se alimentaba de capacidades ordinarias. Todos los que superaron las condiciones adversas habían establecido lazos seguros de afecto y apoyo con alguna persona durante su infancia, que no era necesariamente alguno de sus padres (Sevilla, 2014, p. 4).

Como síntesis de este estudio de Werner y Smith (1982), podemos extraer que muchos de los niños que fueron motivo de investigación presentaron patologías físicas, psicológicas y sociales, como desde el punto de vista de los factores de riesgo se esperaba, pero también ocurrió que muchos otros lograron un desarrollo sano y positivo, y concretamente estos sujetos fueron definidos como resilientes.

Posteriormente, las investigaciones del etólogo Boris Cyrulnik con sobrevivientes de campos de concentración, niños de orfanatos rumanos y niños bolivianos de la calle ampliaron el concepto de resiliencia, identificando las características resilientes que permitían superar el trauma (Cyrulnik, 2002).

Gracias a los resultados que se obtuvieron en los estudios realizados en esta época, se desmontó la creencia, que inicialmente estaba fuertemente establecida, de que una infancia infeliz conducía inevitablemente a que el niño desarrollara y manifestara problemas psicopatológicos en un futuro.

Siguiendo la tesis de Jiménez (2016) sobre la evolución del concepto de resiliencia en esta primera generación, sabemos además que el término resiliencia no fue utilizado entre los primeros investigadores de los años 70, los cuales empleaban en su lugar el término "invulnerabilidad", calificando así a la población infantil que conseguía superar las situaciones adversas, siendo resistentes al estrés, como invulnerables o invencibles. La validez de este primer concepto de invulnerabilidad decayó rápidamente y se comenzó a hablar de la cualidad de resiliencia.

En este sentido, el concepto de invulnerabilidad se refería a una cualidad intrínseca, permanente y absoluta del ser humano, de carácter determinista y de tipo biológico o genético, aludiendo así a una característica imborrable en la que el ambiente no puede actuar y, por tanto, conduciendo a la persona a una situación de irreversibilidad o inmodificabilidad. Este concepto también hace referencia a la resistencia pasiva como única respuesta ante un evento estresante o ataque externo, dando lugar en este caso a un concepto carente de carácter dinámico y constructivo. Sin embargo, la investigación sobre invulnerabilidad no tuvo en cuenta el hecho de que la resistencia varía a lo largo del tiempo y en función de las características y, de este modo, "la resistencia al estrés de los niños no es absoluta sino relativa, y los orígenes de la resistencia del estrés son tanto ambientales como personales" (Jiménez, 2016, p.21).

Por estos motivos, a partir de los años 80 el concepto absoluto de invulnerabilidad fue sustituido por el concepto relativo de resiliencia (Rutter, 2000), y del mismo modo se dejó de hablar de ausencia de vulnerabilidad frente al estrés y comenzó a hablarse de presencia de factores protectores favorecedores de la adaptación. Así, se consideró la resiliencia como un concepto dinámico con posibilidad de presentación en diferentes grados y en diferentes momentos (Rutter, 1987).

Con estos hechos, esta primera etapa o primera generación de investigadores, la resiliencia se consideraba como un rasgo que se desarrollaría en el proceso de adaptación o superación y que podría estudiarse una vez normalizada la situación de la persona. Todo el trabajo se centró en determinar el conjunto de factores que posibilitaban la superación. Al considerar la resiliencia como un rasgo o atributo personal, se clasificaba a las personas como resilientes en mayor o menor grado, entendiendo que la persona resiliente superaría el trauma y la no resiliente no lo superaría o lo haría con dificultad. Era una visión determinista del concepto, con categorías cerradas.

Segunda etapa del concepto de resiliencia; Segunda generación de investigadores:

A mediados de los años 90, la segunda generación de investigadores comienza a publicar sus estudios con el fin de descubrir aquellos factores de riesgo y de protección favorecedores de la resiliencia, e investigar además el estudio de la dinámica entre los mismos (Grotberg, 1999; Luthar y Cushing, 1999; Masten, 2001; Rutter, 1990).

En esta época, el término resiliencia se utilizó de diversas formas. A continuación expongo un recorrido cronológico de definiciones elaboradas por esta segunda generación de autores para explicar y referirse a nuestro término de estudio.

Entre los psicólogos, Werner (1995) se refiere a tres usos generales del término resiliencia: buen desarrollo a pesar del alto riesgo social; mantenimiento de las competencias pese al estrés continuo; y recuperación después del trauma.

Grotberg (1999) fue pionera en la visión dinámica de la resiliencia. Para ella, ésta requiere de la interacción de factores resilientes procedentes de tres niveles diferentes: yo tengo (apoyo externo o soporte social), yo soy (fortaleza interna o recursos personales) y yo puedo (habilidades y estrategias de afrontamiento). (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Factores resilientes de Grotberg (1999). (Extraído de Sevilla, 2014).

| |
|---|
| <i>Yo tengo</i> |
| Una o más personas dentro o fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente, que me aman de forma incondicional y me proporcionan estabilidad. Personas que me alientan a ser independiente, pongan límites a mi comportamiento, y sean buenos modelos a imitar. Acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito. |

Yo soy

Una persona que generalmente agrada a la mayoría de la gente, tranquila y bien dispuesta. Una persona que se respeta a sí misma y a los demás, siente empatía por los demás y se preocupa por ellos. Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro, responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias, y segura de mí misma, optimista, confiada y con esperanza.

Yo puedo

Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas, y realizar una tarea hasta finalizarla. Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social. Encontrar el humor en la vida y utilizarlos para reducir tensiones. Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás, controlar mi comportamiento y sentimientos, y pedir ayuda cuando la necesito.

Rutter (1999-2000), define el término resiliencia como la resistencia relativa al riesgo psicosocial, sin esperar necesariamente un resultado positivo, sino más bien enfocado en la forma o proceso en que la persona enfrenta el riesgo. Este autor desarrolló sus estudios a partir de tres áreas de investigación: el estudio de poblaciones de alto riesgo como la de los hijos de padres con enfermedades mentales; los estudios sobre temperamento realizados en la década de los 60, y el estudio de las diferencias a nivel individual para enfrentar las distintas situaciones de vida. (Citado en Becoña, 2006)

Autores más recientes de esta segunda generación son Luthar y Cushing (1999), Kaplan (1999), Bernard (1999) y Masten (2001), quienes entienden la resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que le permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad.

Partiendo desde esta perspectiva, Luthar (2000-2006) concibe la resiliencia como una adaptación positiva pese a la adversidad y destaca los dos elementos que la constituyen: la adversidad significativa y la adaptación positiva, llegando así a la conclusión de que la resiliencia solo se mide indirectamente a través de estos elementos. Esta idea es compartida por varios investigadores.

Posteriormente, se consideró que la resiliencia era una característica adquirida, aprendida por interacción con el entorno, y por tanto un proceso más que un rasgo (Grané y Forés, 2007), hecho que abrió camino a la intervención preventiva. Por este motivo, el interés de los investigadores en los años 90 se centró en el estudio del proceso resiliente (Rutter, 1990). El objetivo era establecer el proceso a través del cual la resiliencia podía ser promovida, centrándose para ello en las dinámicas que ocurrían en ella para poder replicarlas en la intervención. Finalmente la resiliencia se consideró como un proceso dinámico multifactorial (Luque, 2013).

Las investigaciones demostraron que la resiliencia es menos determinista y más moldeable. Por ello, los rasgos positivos para la resiliencia son favorecidos por algunas interacciones y dificultados por otras, por lo que es posible promover la resiliencia desde los sistemas familiares, sociales o comunitarios (Ravazzola, 2001), y de este modo, se puede afirmar que todas las personas pueden llegar a ser resilientes. Es en esta segunda etapa cuando se llega a la conclusión de que la resiliencia se puede promover (Grotberg, 1995; 1997) y, también, cuando se desarrolla el concepto de resiliencia familiar (Walsh, 1998).

La gran mayoría de investigadores e investigadoras de esta segunda etapa podrían vincularse al modelo ecológico-transaccional. La perspectiva que guía este modelo de la resiliencia se basa en que el individuo está inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí, ejerciendo una influencia directa en su desarrollo humano. Los niveles que conforman el marco ecológico son: el individual, el familiar y el comunitario vinculado a los servicios sociales (Vesga y De la Ossa, 2013).

Con esta segunda generación de investigadores la resiliencia comienza a entenderse como un proceso dinámico, en el cual interactúan las influencias del ambiente y del individuo en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse. Este proceso, por tanto, puede desarrollarse y estar presente a lo largo del ciclo vital y no solamente en la niñez, y de este modo, afirmarse que todo el mundo en cualquier momento de su vida puede toparse con una situación traumática, superarla y salir fortalecido de ella (Quesada, 2003).

En resumen, las investigaciones de esta segunda época tenían el propósito de descubrir aquellos factores de riesgo y de protección de la resiliencia, añadiendo además el estudio de la dinámica entre los mismos. Finalmente, los diferentes estudios verificaron que la diferenciación entre estos dos factores no era clara debido a la amplísima variabilidad de la naturaleza de los factores de riesgo o promoción. Por este motivo, era más adecuado considerarlo como una combinación de factores distinta en cada sujeto, ya que lo que para un individuo es un factor de riesgo, para otro es un factor de promoción resiliente, es decir, ante un determinado riesgo somos vulnerables en distinto grado.

Conclusiones; “qué es y qué no es resiliencia”:

Después de este largo recorrido por las diferentes etapas que han constituido este concepto y a través de las dos generaciones de autores investigadores, podemos concluir este apartado de Historia de la evolución del concepto de resiliencia haciendo una síntesis de “qué es y qué no es” este término tan sencillo de entender y a la vez tan complejo de analizar e investigar entre los diferentes sujetos y familias.

En primer lugar, podemos afirmar que la resiliencia es producto de una interacción del individuo con el entorno (Cyrułnik, 2003), con influencia de las características individuales, familiares y del entorno social o comunitario.

Según Delage (2010), se pueden sintetizar varias características que definen la evolución del concepto de resiliencia:

- La resiliencia no es un estado determinado, ni es una etiqueta, la resiliencia es un proceso y no una respuesta inmediata a la adversidad. El tiempo es fundamental para producirse el cambio.
- La resiliencia, a diferencia de la vulnerabilidad, no hace referencia a un estado definitivo, absoluto o total, sino a conceptos dinámicos de desarrollo o crecimiento.
- La resiliencia no es estable e inamovible, siendo éste un aspecto que lo distingue de la invulnerabilidad.

Siguiendo con esta diferenciación, el concepto de resiliencia no se refiere a algo “perfecto”, como si considera el concepto de invulnerable, sino que evoca limitaciones y también potencialidades: hay un camino por recorrer, del sufrimiento a la superación. Del mismo modo, ante una situación traumática la resiliencia no reconoce una actitud de resistencia pasiva, al contrario que el término invulnerabilidad. La resiliencia alude más bien a un aprendizaje, una construcción o reconstrucción de la persona. Por tanto, ser resiliente no es ser invulnerable. (Citado en Jiménez, 2016)

Sin embargo, la resiliencia no es exclusivamente un atributo personal, sino que está muy ligada y condicionada por la dimensión comunitaria o social, es decir, el individuo necesita disponer de recursos internos para superar la adversidad pero, además, necesita recursos externos, afectivos, sociales, etc. que actúen como tutores de resiliencia y le permitan resurgir más fácilmente después del trauma.

Según la Teoría Ecológica de los Sistemas de Bronfenbrenner, el desarrollo del individuo se basa en el enfoque ambiental, de manera que los diferentes ambientes en los que se desenvuelve van a influir en el cambio y el desarrollo cognitivo, moral y relacional. De este modo, la resiliencia está condicionada por las interacciones positivas que se establezcan entre las diferentes esferas en las que se enmarca el individuo (modelo contextual de Bronfenbrenner). En este sentido, según Delage (2010), la resiliencia individual solo se desarrolla en la relación con otras personas y la resiliencia familiar se desarrolla en la relación entre el ambiente familiar (microsistema), el contexto extenso (mesosistema) y la sociedad (exosistema). Por ello, para que se dé resiliencia en un individuo, es necesario que exista una buena resiliencia familiar y una buena resiliencia comunitaria, además de sus procesos internos. Si el entorno es resiliente y promueve la resiliencia, el sujeto podrá desarrollarse como una persona resiliente y tendrá éxito en su adaptación ante los sucesos estresantes y adversidades que se encuentre a lo largo de la vida.

En cuanto al proceso, la resiliencia no se centra en una respuesta puntual a una experiencia traumática, sino que va más allá, por lo que puede considerarse que la resiliencia es un fenómeno activo y no pasivo, siendo, además, resultado de una dinámica social y no de una característica individual. Es un proceso dinámico basado

en el buen trato familiar y en la interacción social, y por ello se asocia al apego, la empatía, las habilidades sociales y las redes sociales (Barudy y Marquebreucq, 2006).

Como síntesis, podemos entender la resiliencia como una actitud de nuestra persona y como una forma de vida que nos aproxima a una visión positiva de los acontecimientos, invitándonos a comprender y aprovechar las fortalezas y posibilidades de cada situación. Partiendo de esta idea, podemos encontrarnos personas que son y siempre serán víctimas, porque así se consideran, y personas que ante situaciones traumáticas aprenden a superar la adversidad y a descubrir oportunidades donde otros encuentran limitaciones, siempre con la ayuda del entorno. De este modo, se puede afirmar que todos tenemos capacidad de resiliencia, pero unos la utilizamos y otros no, lo que explica las distintas formas de reaccionar ante situaciones estresantes o contextos problemáticos.

En definitiva, podemos concluir diciendo que la resiliencia es siempre un proceso de desarrollo dinámico en el cual se lleva a cabo una interacción entre el contexto del sujeto, que incluye tanto el entorno social como el entorno familiar, y su capacidad de adaptación positiva a la situación adversa. La resiliencia es, por tanto, multidimensional o multicausal. (Roque y Acle, 2013)

Para finalizar, veamos el significado de cada término que integra este concepto:

Adversidad: Circunstancia negativa de la vida que está asociada con dificultades de ajuste (Luthard y Cicchetti, 2000). La adversidad es el principal antecedente y requisito imprescindible de la resiliencia, de tipo biológico, psicológico, económico o social.

Adaptación positiva: La adaptación positiva sería el consecuente fundamental de la resiliencia, el resultado final que se produce debido a los antecedentes y la resiliencia, y debería reflejar que el individuo mantiene un funcionamiento normal (salud física o mental) o mejor del esperado teniendo en cuenta la exposición a la situación adversa.

Proceso dinámico: Interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo y factores resilientes, los cuales pueden ser familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, socioeconómicos, sociales y/o culturales (Melillo y Suárez Ojeda, 2008).

Procesos resilientes: La noción de proceso descarta definitivamente la concepción de resiliencia como atributo personal, ya que un atributo personal sería inherente a algunos seres humanos (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Gracias a la experiencia y aprendizaje de las personas hemos podido ver y experimentar el cambio de la palabra resiliencia a procesos resilientes, ya que no es considerada como capacidad sino como proceso que engloba multitud de factores. Cuando una persona está pasando por una situación extrema o delicada influye familia, entorno, situación económica, amistades y, como no, la misma persona. Es por esto que nunca hablamos de la capacidad de una persona, sino de una consecución de sucesos en el cual intervienen varias personas y elementos para conseguir salir reforzado de esa situación y, por lo tanto, aprender de ello. Esa persona ha llevado a cabo un proceso resiliente.

1.2. LA RESILIENCIA EN FAMILIAS

Como se ha ido explicando en los apartados anteriores, el término resiliencia ha sido empleado para describir la capacidad de las personas para sobreponerse a las adversidades. Sin embargo, con el paso de los años ha ido cambiando el enfoque de este término, pasando del enfoque individual al enfoque colectivo, es decir, de la capacidad del individuo a la capacidad de los grupos.

Dentro del estudio de la resiliencia, existen dos campos emergentes de la resiliencia de grupos, que son: la resiliencia comunitaria y la resiliencia familiar.

1.2.1. Resiliencia Familiar

En este apartado nos vamos a centrar en el término “Resiliencia Familiar”, ya que nuestro estudio se basa principalmente en la opinión de las diferentes familias que participan en la investigación. Por ello, se irán exponiendo como definen los diferentes autores este término a lo largo del tiempo y analizando y explicando por tanto la importancia de este campo dentro de nuestro estudio.

Hawley y DeHaan (1996), desde la teoría del estrés familiar, sostienen que la resiliencia familiar describe la “trayectoria que una familia sigue, sobre cómo se adapta y prospera frente al estrés, tanto en el presente como con el tiempo y dependiendo del contexto, nivel de desarrollo, combinación interactiva de factores de riesgo y protección, y el panorama familiar compartido” (Hawley y DeHaan, 1996, p. 65).

El término de resiliencia familiar se centra en la capacidad de auto reparación de la propia familia como sistema, sustentándose en la fortaleza y competencia de los miembros de la familia y permitiendo un conocimiento mayor de cómo las familias activan la resiliencia ante retos y situaciones problemáticas provocadas por la adversidad (Walsh, 1998; 1998). En este sentido, los autores McCubbin, Thompson y Fromer (1998) definieron la resiliencia familiar como las características, dimensiones y propiedades que ayudan a las familias a ser resilientes en el afrontamiento de cambios y adaptaciones a las situaciones de crisis. (Citado en Jiménez, 2016).

Luthar, Cicchetti y Becker (2000), definen el término como un proceso dinámico que abarca una adaptación positiva en un contexto de adversidad significativa.

Para Walsh (2004), la familia tiene un papel fundamental en la resiliencia al ser un factor de protección psicológica del niño ante experiencias traumáticas sufridas fuera del sistema. La familia resiliente es aquella que aporta un ambiente estable favorecedor del desarrollo de sus fortalezas internas y su capacidad de resolver problemas y establecer relaciones con los otros, comprendiendo, además, los acontecimientos positivos y negativos de la vida como parte de un proceso continuo y constructivo, lleno de oportunidades para avanzar. (Citado en Jiménez, 2016)

Así mismo, este autor concibe que el término resiliencia familiar designa los “Procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional. La perspectiva sistémica permite comprender de qué manera los procesos familiares moderan el estrés y posibilitan a las familias afrontar las adversidades y penurias prolongadas y superar por tanto las situaciones de crisis” (Walsh, 2004, p. 40). Por ello, según este autor el foco de la resiliencia familiar se sitúa en la familia, como unidad funcional, y en los procesos que en ella se dan, así como en el entorno social en el cual se desarrolla. De este modo, Walsh defiende:

- **Una perspectiva ecológica**, porque los problemas son fruto de la interacción entre la vulnerabilidad familiar y los contextos sociales, por eso estos contextos sociales se pueden interpretar como ambientes útiles para propiciar la resiliencia.
- **Una perspectiva de desarrollo (evolutiva)**, ya que las capacidades de superación y afrontamiento van variando a lo largo del tiempo, según la previsibilidad de estos.

El modelo de resiliencia familiar de Walsh (2003) comprende **tres componentes o procesos clave** fundamentales para dar soporte a la resiliencia familiar:

- Sistemas de Creencias Familiares: incluyen valores, actitudes, sesgos, asunciones y preocupaciones.
- Patrones de Organización: permiten a la familia tener estabilidad, confort, establecer relaciones de confianza que permiten conexiones con recursos y apoyos externos. Las familias deben tener reglas apropiadas, reconocibles y predecibles, patrones estables y ordenados. Los patrones organizaciones familiares también incluyen recursos sociales y económicos.
- Procesos Comunicativos y Resolución de problemas: La comunicación clara y congruente es fundamental para la resiliencia familiar. Del mismo modo, la expresividad emocional abierta, las interacciones positivas y la conectividad facilitan el afrontamiento. Los recursos de solución de problemas permiten manejar las situaciones de estrés y las nuevas demandas a la familia. Estos procesos comunicativos tienen su vinculación con la visión sistémica.

Según Walsh (2003; 2004), los principales factores de protección familiar son: apego adecuado y apoyo, disciplina y monitorización, calidez y apoyo apropiados. En cambio, para Patterson (2002), los procesos familiares de protección son: cohesión familiar, flexibilidad familiar, comunicación familiar y significados familiares. Black y Lobo (2008), por su parte, proponen como factores prominentes de resiliencia familiar: un panorama positivo, espiritualidad, acuerdos entre los miembros de la familia, flexibilidad, comunicación familiar, administración financiera, tiempo en familia, rutinas y rituales, y redes de apoyo y, en este sentido, consideran que algunos modelos centran la resiliencia familiar en los factores protectores, los cuales facilitan el ajuste, mantienen la seguridad, el funcionamiento y completan las tareas de desarrollo, mientras que otros la relacionan más con los de recuperación, promoviendo la habilidad de adaptación a situaciones de crisis.

La resiliencia familiar, al igual que la individual, es por tanto un proceso dinámico, un desarrollo evolutivo en el que se establece un equilibrio positivo. Cada miembro de la familia está cambiando, creciendo y desarrollándose permanentemente. Esa familia resiliente posibilita a cada uno de sus miembros la capacidad de crecer ante la adversidad a la vez que mantienen la identidad o coherencia del sistema, así como el sentimiento de pertenencia de sus miembros. La resiliencia puede verse como una consecuencia natural fruto del funcionamiento equilibrado de una familia (Neil, 2006).

Apoyando esta idea, Grané y Forés (2007), conciben la familia resiliente como aquella que permite que sus miembros continúen creciendo frente a las adversidades mientras se mantiene la unidad familiar y que entiende que las adversidades que se presentan en la vida son un proceso continuo que aúna perturbaciones y consolidaciones.

Un aspecto importante en el sistema familiar es el fenómeno de la equipotencialidad, por el cual se puede llegar a la resiliencia por distintas vías y desde distintos orígenes, dependiendo de las características de las familias. En todas las familias hay un potencial de resiliencia, pero ese potencial se desarrolla en función de las características individuales y de las relaciones individuo-familia-contexto. Otro aspecto importante es la flexibilidad, que se refiere a la capacidad de modificar el proceso de la resiliencia en función de los momentos evolutivos, incluyendo distintas etapas del ciclo vital y distintas generaciones o acontecimientos. (Citado en Jiménez, 2016).

Para Delage (2010), el principal obstáculo de la resiliencia es el aislamiento. En una familia existirá la seguridad y la protección si existe la comunicación, la expresión de las emociones, la colaboración y la interacción abierta con el mundo exterior. Cuando se da seguridad dentro de la familia, la comunicación se produce de manera clara y fácil, mientras que, en situaciones de inseguridad familiar, se da una comunicación ambigua y confusa, o una reducción de comunicaciones, es por ello que ante un trauma, la comunicación en la familia y la comprensión por parte de sus miembros son muy importantes ya que estas interacciones comunicativas van a definir su funcionamiento. En familias seguras, la expresión de sentimientos y emociones se da de manera abierta y espontánea, con libertad y confianza, necesitándose una flexibilidad emocional y un alto nivel de empatía, que permite una apertura al mundo exterior posibilitando el intercambio de información, recursos y ayudas. Por el contrario, en familias inseguras se produce rigidez emocional y un acercamiento o distanciamiento excesivos, reduciéndose la adaptación a situaciones adversas. Es por ello que la seguridad de los apegos en la familia está relacionada con la capacidad para resolver problemas.

En definitiva, Delage (2010), nos viene a decir que si una familia quiere incorporar la capacidad de resiliencia a sus vidas deben comprender que es preciso trabajar para

producir cambios, entendiendo que para ello la vida no puede seguir siendo igual a como lo era antes del trauma. De este modo, mediante la colaboración de los miembros de la familia se conseguirán resolver las divergencias afectivas que provocan las situaciones traumáticas, logrando solventar los desacuerdos.

Para finalizar este apartado y como síntesis de la multitud de definiciones existentes para designar la resiliencia familiar, podemos considerar que este término hace referencia a la capacidad de perseverar, encontrar recursos y prosperar que tienen las familias cuando se enfrentan a una situación de adversidad o de estrés crónico. Esta corriente es originaria de la visión sistémica, en especial de la procedente de la terapia con niños, en la cual empezaron a incluir a las madres en los tratamientos ya que se dieron cuenta de que intervenir solo con el niño era insuficiente y, en cambio, se producían notables mejorías con la integración de la madre en las terapias.

1.2.2. Técnicas o factores para promover la Resiliencia Familiar

Una vez que hemos analizado y explicado el significado del término Resiliencia Familiar desde la perspectiva de diferentes autores, este apartado tiene la finalidad de exponer una serie de pautas o actuaciones destinadas a crear, promover o incrementar la capacidad de resiliencia dentro del ámbito familiar.

Según Walsh (1998), para propiciar la resiliencia en las relaciones familiares se deben seguir las siguientes acciones y actitudes:

- Reconocerse problemas y limitaciones.
- Comunicación abierta y clara.
- Registrar recursos personales y colectivos existentes.
- Organizar y reorganizar las estrategias y metodologías, revisando logros y pérdidas.
- Actitudes demostrativas de apoyos emocionales.
- Conversaciones en las que se compartan lógicas.
- Conversaciones en las que se construyan significados compartidos acerca de los acontecimientos.
- Actitudes demostrativas de apoyos emocionales.
- Experimentar en conjunto sensaciones de complicidad y pertenencia.
- Capacidad de aprovechar y generar recursos.

En este sentido, Forés y Grané (2008) amplían ligeramente estas actuaciones y consideran que, para promover la resiliencia, la familia debe:

- Establecer una estructura y unas reglas claras dentro del hogar.
- Darse apoyo mutuo entre progenitores.
- Diseñar estrategias familiares para afrontar situaciones eficazmente.
- Llevar prácticas de cuidado y crianza efectivos.
- Establecer interacciones positivas y vínculos afectivos cálidos entre padres e hijos.

- Fomentar las expectativas positivas de los padres sobre el futuro de los hijos.
- Mantener responsabilidades compartidas en el hogar.
- Dar apoyo a actividades escolares de los hijos por parte de los padres.
- Posibilitar redes familiares fuertemente extendidas y redes de apoyo externas, del entorno.
- Permitir participación de los miembros de la familia en actividades extrafamiliares.
- Ofrecer oportunidades de desarrollo y promover responsabilidades extrafamiliares.

Por su lado, Delage (2010) plantea que las características familiares que interactúan para desarrollar la resiliencia en el seno familiar son:

- Creencia en la familia de que se puede superar el trauma.
- Posibilidad de tener control de la situación.
- Posibilidad de mantener funcionamiento organizado, aunque la organización varíe. Se mantienen las funciones, aunque haya cambio de roles.
- Se mantiene una seguridad, gracias a las relaciones internas en la familia y externas con el entorno.
- Se da una ética relacional, una solidaridad entre los miembros.
- Se da una dimensión espiritual en la familia.
- La capacidad de mentalización de la familia.

En conclusión, a lo largo de este segundo apartado se han ido exponiendo una serie de definiciones y de factores que favorecen la resiliencia, según los diferentes autores y estudios, y hemos podido comprobar su extensión. Por ello, para finalizar, podemos resumir una serie de capacidades resilientes de la familia que se pueden identificar como factores protectores:

- Cohesión familiar.
- Afecto en la pareja y apoyo mutuo.
- Valoración y compromiso familiar.
- Pasar tiempo juntos compartiendo actividades.
- Actitud ética ante la vida y educación en valores.
- Manejo positivo del estrés y de las crisis.
- Optimismo y visión positiva de la vida.
- Sentido de control sobre los acontecimientos de la vida.
- Flexibilidad y perseverancia ante las dificultades.
- Comunicación abierta y clara.
- Mantener responsabilidades compartidas en el hogar.
- Creencia en la familia de que se puede superar el trauma.
- Establecer una estructura y unas reglas claras dentro del hogar.

1.3. RESILIENCIA EN LOGOPEDIA

De los numerosos estudios que se han llevado a cabo sobre resiliencia, la mayoría de ellos tienen como objetivo definir los atributos que permitirían identificar las personas capaces de resistir o recuperarse rápidamente y superarse en las situaciones adversas, así como reconocer las estrategias más adecuadas para potenciar estas capacidades.

Una pequeña parte de la totalidad de estos estudios está destinada a investigaciones sobre el papel de la resiliencia en las diferentes patologías. En este tercer apartado se pretende exponer y explicar brevemente algunas de estas investigaciones en las que se estudia y analiza la capacidad de resiliencia en distintas patologías que tienen relación con la Logopedia.

En 2011, Margarita y Vinaccia, publican un estudio titulado **“Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta”**, en el cual establecen como propósito de trabajo mostrar cómo la resiliencia ha trascendido hasta el campo de la salud y, especialmente, al área de la enfermedad crónica.

Este estudio se llevó a cabo en los EE.UU. con 15 pacientes de ambos géneros, entre los 30 y 50 años de edad, con enfermedades crónicas no progresivas (déficit de atención, parálisis cerebral y espina bífida), encontrándose como factores de protección el apoyo social (familia, amigos y comunidad) y características como la perseverancia, la determinación y las creencias espirituales. Además, fueron identificados tres nuevos procesos de protección como la *trascendencia*, sustituir una pérdida por una ganancia, el *auto entendimiento*, se refiere al reconocimiento de las nuevas cosas de sí mismo, y la *acomodación* que consiste en la toma de decisiones sobre abandonar algo en vida (citado en Margarita y Vinaccia, 2011).

En esta investigación se pudo apreciar que variables como el apoyo social, las creencias espirituales, la autotrascendencia, optimismo, autoestima, autoeficacia, autocontrol, sentido y propósito en la vida y el afecto positivo favorecen y modulan la resiliencia y son útiles como factores de protección hacia la salud. De esta manera, los estudios con enfermos crónicos indican que la resiliencia puede reducir el dolor, el estrés, y aumentar la calidad de vida y colaborar en la adaptación a la enfermedad y, por tanto, se puede afirmar que los programas de intervención con enfermos crónicos en resiliencia han demostrado que esta capacidad puede ser potenciada, favoreciendo la salud mental y física de los implicados.

Por otro lado, Roque, M. del P. y Acle, G. (2013), en su estudio llamado **“Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado”**, analizaron estas tres variables realizando una evaluación a través de la aplicación de dos escalas.

En esta investigación participaron 76 madres voluntarias con al menos un hijo diagnosticado con discapacidad intelectual y escolarizado en un centro de educación especial (55,07% de la población escolar total, 57% hombres, y nueve años de edad en promedio), de las cuales el 91% eran madres biológicas, con 39 años de edad. La información se obtuvo principalmente a través de los siguientes tres instrumentos: Escala de Resiliencia Materna, Escala de Funcionamiento Familiar, y Registros de observación y documentación oficial del centro escolar. Se calcularon correlaciones de Pearson para analizar, en primer lugar, la relación entre las dimensiones de cada instrumento, y posteriormente, la relación entre las dimensiones de resiliencia materna y del funcionamiento familiar.

A partir de la relación identificada entre la autodeterminación de la madre con las dimensiones que caracterizan al funcionamiento familiar, puede considerarse a este como un mediador importante en el estudio de la resiliencia materna. Por tanto, en esta investigación se descubrió que la autodeterminación estaba asociada con las cuatro dimensiones del funcionamiento familiar, lo que añade evidencias para sostener y apoyar la importancia de analizar el ambiente familiar en el estudio de la resiliencia materna ante una patología como la discapacidad intelectual.

Si hablamos de otro tipo de patología susceptible de este estudio, Jiménez Pina (2016), en su tesis denominada ***“Resiliencia en padres y madres de niños con trastornos del espectro autista”***, establece que los trastornos del espectro autista (TEA) suponen en los padres un impacto emocional que se transcribe en un elevado grado de estrés y dificultades de adaptación. Esta investigación tiene la finalidad de conocer las consecuencias que provoca el diagnóstico de TEA sobre la resiliencia, el papel de la resiliencia en la adaptación de los padres y su relación con factores individuales, sociales y familiares, los cuales son esenciales tanto en el desarrollo de la resiliencia como en el triunfo de la adaptación al trastorno del desarrollo. Para ello, se evalúa la resiliencia a través de la Escala de Resiliencia (RS) en un grupo de 128 padres de niños con y sin TEA, junto con otras pruebas que buscan identificar factores protectores y variables resultado de adaptación. Los resultados de este estudio muestran la importancia que suponen en la predicción de la adaptación al TEA los factores protectores familiares y sociales, pero no confirman el papel de la resiliencia en esta adaptación ni tampoco la modulación de los factores protectores sobre la resiliencia.

Por último, desde el punto de vista de la psicología positiva encontramos un estudio reciente publicado por Gómez (2017), denominado ***“Relación de la resiliencia y la inteligencia emocional con el desempeño ocupacional y el funcionamiento familiar de los familiares cuidadores de pacientes con demencia de Extremadura”***. Esta investigación tiene la finalidad de analizar la relación de la resiliencia y la inteligencia emocional y la presencia conjunta de ambas bajo la calificación de “factores

protectores”, con el desempeño ocupacional y el funcionamiento familiar en los cuidadores de personas con demencia de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Para ello, se realizó un estudio de tipo transversal, analítico y descriptivo, a través de las Asociaciones de Familiares de Alzheimer y otras demencias de la comunidad. La muestra final, quedó conformada por un total de 144 cuidadores principales. Los resultados de esta investigación verificaron que los cuidadores principales de familiares con demencia que presentan los niveles más elevados de resiliencia y de inteligencia emocional también presentan a su vez una percepción mejor del tiempo pudiendo emplearlo en las áreas de autocuidado y ocio, dentro del desempeño ocupacional, así como una favorable sensación de satisfacción sobre el mismo. Respecto al funcionamiento familiar, los cuidadores que muestran un alto nivel de resiliencia e inteligencia emocional, refieren un ambiente de mayor adaptabilidad y cohesión. Por último, el estudio confirmó que existe una correlación significativa y positiva entre resiliencia e inteligencia emocional, de tal forma que a mayor grado de una, aumenta la otra, y viceversa.

Finalmente, puede confirmarse que el objetivo de la mayoría de las investigaciones sobre resiliencia está destinado a realzar los factores protectores para ayudar a las personas a ser más resilientes (Pan y Chan, 2007), ya que a esta capacidad se le considera una variable protectora, amortiguadora y moduladora de la salud física y mental (Smith, 2009; Smith y Zautra, 2008; Wagnild, 2009).

El ámbito de aplicación preferente de la resiliencia es la salud, la educación y la política social. En el campo clínico, se contempla la posibilidad de identificar factores de riesgo o predisponentes de psicopatologías y de elaborar, desde el concepto de resiliencia, nuevas estrategias de intervención, tanto de forma preventiva como terapéutica.

Por todo ello, cada investigación llevada a cabo deja aún más claro que la resiliencia se debe estudiar desde un punto de vista multidisciplinar (Cicchetti, 2003) y, de esta manera, podemos concluir este apartado afirmando que la resiliencia tiene, o debería tener, una clara relevancia tanto para la prevención como para el tratamiento de diversas dificultades, alteraciones y patologías (Masten, 2001).

1.4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A) Objetivo general

Conocer el papel de la Resiliencia en familias de niños que presentan patologías del lenguaje y reciben tratamiento logopédico.

B) Objetivos específicos

O1. Identificar y evaluar el grado de resiliencia y las variables relacionadas estrés parental, apoyo social funcional, cohesión y adaptación familiar y esperanza en una muestra de familias con niños que presentan patologías asociadas al lenguaje TEL, TDAH y TEA

O2. Comparar el grado de resiliencia y las variables relacionadas estrés parental, apoyo social funcional, cohesión familiar y adaptación familiar y esperanza entre las familias que presentan hijos con TEL, TDAH Y TEA.

O3. Determinar si existen, o no, diferencias estadísticamente significativas entre el grado de Resiliencia y las variables relacionadas con la edad de las familias, el género, su ocupación, el entorno en el que viven, su estado civil, la estructura familiar, los hijos que conviven en el domicilio familiar, el diagnóstico del niño, los tratamientos anteriores recibidos por parte del sujeto y la gravedad del trastorno.

O4. Comprobar correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio resiliencia, estrés parental, apoyo social funcional, cohesión y adaptación familiar y esperanza.

HIPÓTESIS

H1. Las familias de sujetos que presentan patologías asociadas al lenguaje (TEL, TDAH Y TEA) obtienen un grado de resiliencia media, siendo los resultados de las variables relacionadas influyentes en su determinación.

H2. El tipo de patología del lenguaje (TEA, TDAH y TEL) difiere en el grado de resiliencia y de las variables relacionadas en función de la gravedad y desarrollo.

H3. La edad de las familias, el género, su ocupación, el entorno en el que viven, su estado civil, la estructura familiar, los hijos que conviven en el domicilio familiar, el diagnóstico del niño, los tratamientos anteriores recibidos por parte del sujeto y la gravedad del trastorno son determinantes en los resultados de la resiliencia, el estrés parental, el apoyo social funcional, la cohesión y adaptación Familiar y la esperanza.

H4. Las variables de estudio resiliencia, estrés parental, apoyo social funcional, cohesión y adaptación familiar y esperanza son vinculantes entre sí.

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO II. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MÉTODO

2.1.1. Participantes

A continuación, se define con precisión la muestra de familias que ha participado en nuestra investigación, explicando sus características más significativas en relación a los datos sociodemográficos que hemos obtenido a partir de la cuantificación de las variables independientes (anexo 1).

Descripción general de la muestra

La muestra participante en el estudio está formada por 11 familias, las cuales presentan hijos que actualmente están recibiendo tratamiento logopédico en tres centros a los que hemos tenido acceso. Concretamente, se han recogido muestras en dos gabinetes de logopedia de la ciudad de Segovia, Centro Trabalenguas y Centro Clínico Sermo; y en una clínica en Valladolid, Clínica de Foniatría y Logopedia FONIVOZ S.L.

La selección de la muestra se ha realizado en base al diagnóstico de los hijos, con patologías del lenguaje susceptibles a una variabilidad mayor en los niveles de resiliencia de las familias.

Datos Sociodemográficos (*adaptación de Jiménez, 2016*)

Los resultados de la Tabla 1 describen, respecto al género, que el 81,8% de los participantes de nuestra investigación son mujeres (N=9), frente al 18,2% de hombres (N=2). La media de edad más frecuente oscila entre los 41 y los 50 años. En cuanto al nivel educativo, el 45,5% de la muestra (N=5) presenta estudios medios y, ligeramente por debajo, encontramos estudios superiores en el 36,4% (N=4). La mayoría de los participantes trabaja a tiempo completo, representando el 54,5% de la muestra (N=6).

Tabla 1

Datos sobre la persona que rellena el cuestionario

| | | Frecuencia | Porcentaje % |
|--------|-------|------------|--------------|
| Género | Mujer | 9 | 81,8 |
| | Varón | 2 | 18,2 |
| Edad | 31-40 | 2 | 18,2 |
| | 41-50 | 9 | 81,8 |

Resiliencia Familiar en Logopedia

| | | | |
|------------------------|----------------------------|---|------|
| Nivel educativo | Estudios primarios/básicos | 2 | 18,2 |
| | Estudios medios | 5 | 45,5 |
| | Estudios superiores | 4 | 36,4 |
| Ocupación | No trabaja | 2 | 18,2 |
| | Trabaja a tiempo parcial | 3 | 27,3 |
| | Trabaja a tiempo completo | 6 | 54,5 |

Como se puede comprobar en la Tabla 2, la mayoría de las familias que constituyen nuestra muestra presentan una estructura nuclear (72,7%, N=8), siendo menos frecuentes aquellas que poseen una estructura de familia monoparental (27,3%, N=3). En cuanto al número de hijos que conviven en el hogar, el 54,5% de las familias tienen dos hijos, seguidas del 36,4% que conviven con un solo hijo y, en menor porcentaje, el 9,1% tiene tres hijos. Por último, el número total de familias de nuestra investigación refiere que no hay existencia de antecedentes de trastornos del desarrollo en la familia (100 %, N=11).

Tabla 2
Datos sobre la familia

| | | Frecuencia | Porcentaje % |
|--|--|------------|--------------|
| Estructura de la familia | Nuclear (dos progenitores e hijo/s en el hogar) | 8 | 72,7 |
| | Monoparental (un solo progenitor e hijo/s en el hogar) | 3 | 27,3 |
| Número de hijos que conviven en el hogar | 1 | 4 | 36,4 |
| | 2 | 6 | 54,5 |
| | 3 | 1 | 9,1 |
| Antecedentes de trastornos del desarrollo en la familia | No | 11 | 100,0 |

A continuación, la Tabla 3 refleja los datos obtenidos sobre el niño/a. En cuanto a su diagnóstico, la mayor parte de los niños de nuestra investigación presentan TDAH (45,5%, N=5), completándose el resto de la muestra con el diagnóstico de TEA y TEL en la misma proporción (27,3%, N=3). La media de edad de los niños oscila entre los 6 y 10 años. En relación al género, el 100% de la muestra (N=11) refleja que la totalidad de los hijos de los participantes son varones. El 81,8% de los niños (N=9) han recibido tratamientos anteriores o han acudido a otros centros, entre los cuales encontramos en mayor medida la asistencia al centro base (44,4%, N=4), seguido del resto de centros a los que han acudido con la misma frecuencia (11,1%, N=1). Por último, el 54,5% de los padres/madres de nuestro estudio (N=6) perciben como moderada la

Resiliencia Familiar en Logopedia

gravedad de los problemas de desarrollo de su hijo, seguido de un 45,5% de la muestra (N=5), para los que dichos problemas tienen mucha gravedad.

Tabla 3

Datos sobre el niño/a

| | | Frecuencia | Porcentaje % |
|---|--|------------|--------------|
| Diagnóstico del niño/a | TDAH | 5 | 45,5 |
| | Trastorno del Espectro Autista (TEA) | 3 | 27,3 |
| | Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) | 3 | 27,3 |
| Edad del niño/a | 1-5 | 1 | 9,1 |
| | 6-10 | 7 | 63,6 |
| | 11-15 | 3 | 27,3 |
| Género del niño/a | Varón | 11 | 100,0 |
| Tratamientos anteriores/asistencia a otros centros | Sí | 9 | 81,8 |
| | No | 2 | 18,2 |
| Centros a los que han acudido con anterioridad | Centro Base | 4 | 44,4 |
| | Integración Sensorial | 1 | 11,1 |
| | Pedagogía Terapéutica | 1 | 11,1 |
| | Logopedas privados | 1 | 11,1 |
| | Centro de Autismo | 1 | 11,1 |
| | Unidad de Logopedia-Facultad de Medicina | 1 | 11,1 |
| Gravedad del trastorno percibida a nivel parental | Moderada | 6 | 54,5 |
| | Mucha | 5 | 45,5 |

2.1.2. Instrumentos

La elección de las escalas de medida utilizadas en la presente investigación se ha basado en la lectura previa de la Tesis Doctoral de Jiménez (2016).

Para llevar a cabo nuestro estudio, además de medir la principal variable de Resiliencia, cuantificamos gran número de variables relacionadas con ella ya que recogen factores individuales, familiares y sociales, permitiéndonos de este modo medir las características y actitudes que reducen, modulan, o favorecen la resiliencia del sujeto. Como variables individuales medimos la esperanza. Como variables familiares medimos la cohesión familiar y la adaptación familiar. Y, por último, como variable social medimos el apoyo social percibido.

Los instrumentos para la recogida de datos han sido: **Escala de Resiliencia (RS)**, **Índice de Estrés Parental**, **Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC**, **Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (CAF)** y **Escala de Esperanza**.

La Escala de Resiliencia:

Escala de Resiliencia (RS) -The Resilience Scale (RS)- de Wagnild y Young (1993), nos permite la posibilidad de identificar la capacidad de resiliencia, conociendo, a su vez, las características de la personalidad positiva. Para ello, en la presente investigación utilizaremos la adaptación al español de la RS que hacen Heilemann, Lee y Kury (2003).

La Escala de Resiliencia está compuesta por 25 ítems en la versión completa (RS-25) y por 14 ítems en la versión breve (RS-14). En este estudio utilizaremos la versión completa del cuestionario. Los 25 ítems están constituidos por afirmaciones referidas a la persona que contesta, y mostrando la respuesta en una escala Likert de 7 puntos, desde “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”, puntuando de 1 a 7 y sumando las puntuaciones de todos los ítems en una puntuación total. Todos los ítems están redactados de forma positiva, es decir, no hay ítems invertidos y no se requiere la transformación de las puntuaciones. Los resultados dan la obtención de una puntuación total en resiliencia, cuyo rango de puntuaciones va de 25 a 175. Las puntuaciones por encima de 145 indican “alta resiliencia”, puntuaciones entre 126 y 145 indican “moderada resiliencia” y puntuaciones menores de 125 indican “baja resiliencia”.

Índice de Estrés parental:

Para cuantificar la variable estrés parental empleamos en nuestro estudio la versión española de la Escala Parenting Stress Index-Short Form (PSI/SF) de Abidin (1995), la cual ha sido validada en muestra española.

En la versión española utilizada en nuestro estudio el cuestionario de esta escala está formado por 36 ítems, de los cuales todos están escritos de forma positiva menos los ítems 14, 22 y 33, que son invertidos. La escala constituye tres subescalas de 12 ítems para cada uno de los tres factores: Malestar Paterno (ítems 1 a 12), Interacción padres-hijo disfuncional (ítems 13 a 24) y Niño Difícil (ítems 25 a 36).

El cuestionario se evalúa mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde 1: “Muy en desacuerdo” hasta 5: “Muy de acuerdo”, rodeando el número elegido en función de lo que más le preocupe al sujeto de su hijo/a. La puntuación global de la variable Estrés Total se obtiene sumando los 36 ítems, teniendo siempre en cuenta la inversión de las puntuaciones de los ítems 14, 22 y 23, y el resultado nos indicará el grado de estrés que perciben los progenitores al desempeñar su papel como padres. Las puntuaciones por encima de 90 en la PSI/SF indican que el progenitor está experimentando un nivel de estrés clínicamente significativo.

Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC:

La versión española de Revilla Ahumada y cols. (1991) incluye un cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC, en el cual se midió la variable apoyo social.

El Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC es un instrumento psicométrico constituido por 11 ítems que reflejan algunos aspectos que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan, es decir, muestra la disponibilidad de personas capaces de ofrecer ayuda ante diversas dificultades. Ante estas afirmaciones, el sujeto debe elegir la respuesta que mejor exprese su situación, proporcionándonos así información sobre esta disponibilidad, y sobre las facilidades que el sujeto presenta para las relaciones sociales y para comunicarse de manera emotiva y empática.

Cada ítem es evaluado mediante una escala Likert con 5 opciones de respuesta que se puntúan desde 1 (Mucho menos de lo que deseo) hasta 5 (Tanto como deseo). Todos los ítems están escritos de manera positiva, es decir, no hay ítems invertidos y no se requiere la transformación de las puntuaciones. El resultado de las puntuaciones puede ir desde 11 hasta 55. Para considerar una percepción de apoyo social, los autores han establecido como punto de corte un resultado de 32 puntos en adelante.

Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (CAF):

La Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (CAF), de Polaino-Lorente y Martínez Cano (1996), empleada en nuestro estudio es la versión española del cuestionario Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III) de Olson, Portner y Lavee (1985). Esta escala nos permite evaluar ciertas cualidades presentadas por los miembros de una familia y analizar consecuentemente su estilo de funcionamiento, midiendo especialmente dos dimensiones: la cohesión y la adaptación familiar. Para medir la dimensión de cohesión familiar, se utilizaron como variables el vínculo emocional, el compromiso familiar y los límites internos o externos. Para medir la dimensión de adaptación familiar, se usaron variables como el liderazgo, la disciplina, los estilos de negociación y los roles o normas.

El cuestionario que conforma esta escala está formado por 20 ítems y evaluado según una escala tipo Likert de frecuencia de 5 opciones, que van desde 1: “Casi Nunca” a 5: “Casi siempre”, puntuando por tanto de 1 a 5 puntos en función de lo ocurrido en la familia del sujeto. Todos los ítems están escritos de forma positiva, es decir, no hay ítems invertidos y no se requiere la transformación de las puntuaciones.

En la versión española se han obtenido 6 factores: Factor I “Sobre los hijos”, Factor II “Sobre la unión como sentimiento”, Factor III “Sobre el compromiso familiar”, Factor IV “Sobre la creatividad familiar”, Factor V “Sobre la responsabilidad y Factor VI “Sobre la adaptación a los problemas”. La dimensión de cohesión familiar se calcula con los

Factores II (ítems 5, 6, 8) y Factores III (ítems 1, 2, 3, 4, 7), y la dimensión de adaptación familiar podemos calcularla con Factores IV (ítems 10, 13, 14), Factores V (ítems 15, 16) y Factores VI (ítems 9, 11, 12). En el caso de nuestra investigación se van a medir solamente estos cinco factores, obteniendo así puntuaciones sobre la cohesión y adaptación familiar a partir de 16 ítems presentados en el cuestionario. De esta manera, en nuestro estudio no vamos a cuantificar el Factor I (formado por 4 ítems).

Los resultados de las puntuaciones en esta escala se agrupan en categorías, siendo para la cohesión familiar: puntuaciones de 8 a 26-Desprendida, de 27 a 31-Separada, de 32 a 36-Unida, y de 36 a 40-Enredada, mientras que para la adaptación familiar: puntuaciones de 8 a 16-Rígida, de 17 a 24-Estructurada, de 25 a 32-Flexible, y de 33 a 40-Caótica.

Escala de Esperanza:

La Escala de Disposición a la Esperanza o Dispositional Hope Scale (DHS) de Snyder, Harris, Anderson y otros (1991), es una escala compuesta originalmente por 12 ítems. Esta escala mide la esperanza, entendida como un constructo básico entre las fortalezas psicológicas del ser humano, y considerada en dos dimensiones, una disposición a alcanzar las metas y la planificación para lograrlas.

Para medir la esperanza de las familias participantes en nuestro estudio, empleamos la validación española de la Escala de Disposición a la Esperanza de Galiana, Oliver, Sancho y Tomás (2015), configurada en una escala unidimensional que se compone de 8 ítems. Todos los ítems están escritos de forma positiva, es decir, no están invertidos y por tanto no se requiere la transformación de las puntuaciones.

El cuestionario se evalúa mediante una escala tipo Likert de 4 puntos, que va desde 1: "Definitivamente falso" hasta 4: "Definitivamente verdadero", en función del grado de acuerdo con la frase. El rango de puntuación de la escala va de un mínimo de 8 a un máximo de 32, relacionándose las puntuaciones altas con actividades dirigidas a la meta y estrategias de afrontamiento.

2.1.3. Diseño de la investigación

Nuestro diseño se basa en el paradigma cuantitativo, donde se utilizarán descripciones numéricas y cuantitativas de las variables, siguiendo una secuencia lógica deductiva. Vamos a tratar de comprobar empíricamente las hipótesis anteriormente planteadas.

Se trata de un diseño no experimental en el que las variables independientes no han sido manipuladas, simplemente han sido seleccionadas. Es transversal, pues se han recogido los datos en un momento dado; descriptivo, mediante la observación y descripción de los distintos valores de las variables; e inferencial, en el cual comprobamos la asociación y la dependencia entre las distintas variables estudiadas.

2.1.4. Procedimiento

En primer lugar, previo acuerdo con cada una de las Logopedas de los tres centros que nos facilitaron la aplicación de este estudio, y junto con el consentimiento de las familias participantes, se informó sobre la confidencialidad de los datos y de su utilización única y exclusiva para fines de investigación.

Los instrumentos para recabar los datos pertinentes son presentados en un cuadernillo de cuestionarios (anexo 1) en el que se incluye, al inicio, una presentación del estudio, explicando a qué tipo de investigación pertenece, su objetivo, la información que recoge y las instrucciones para su cumplimentación. Seguido, se presentan los instrumentos de recogida de datos que, por orden de aparición en el cuadernillo, son: Datos Sociodemográficos, Escala de Resiliencia (RS), Índice de Estrés Parental, Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC, Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (CAF) y Escala de Esperanza.

Una vez seleccionadas las familias participantes en nuestra investigación, se les entregó dicho cuadernillo y éstas podían cumplimentarlo en el mismo centro o en sus casas, según las preferencias de cada participante. La mayoría de ellos lo rellenaron en sus casas y lo devolvieron en el centro en los días posteriores.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

3.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), en su versión 23. Para el estudio se adoptaron las siguientes variables dependientes: resiliencia, estrés parental, apoyo social funcional, cohesión y adaptación familiar y esperanza. Como variables independientes se han tomado la edad, nivel educativo, ocupación, entorno, estado civil, estructura familiar, hijos que conviven en el domicilio familiar, diagnóstico del sujeto, tratamientos anteriores y gravedad del trastorno.

Para los resultados se han utilizado pruebas no paramétricas que permiten trabajar con muestras menores a 25 sujetos. Con el fin de reducir el espacio de tablas secundarias y facilitar la redacción del contenido, algunos estadísticos aparecen detallados en el anexo 2.

3.2. RESULTADOS

3.2.1. Estadísticos descriptivos

Comenzaremos el análisis valorando la Escala de Resiliencia según las puntuaciones totales de las 11 familias que han participado en nuestro estudio. La media obtenida es de 138,55 sobre 163 (DS=20,748). La puntuación máxima de la escala es 163 y la mínima 97 (ver Tabla 4).

Tabla 4

Estadísticos de las puntuaciones de la Escala de Resiliencia.

| | |
|-------------------|--------|
| Media | 138,55 |
| Desv. típ. | 20,748 |
| Mínimo | 97 |
| Máximo | 163 |

Agrupando los resultados de las 11 familias en la Escala de Resiliencia en variables categóricas, podemos decir que los mayores resultados se concentran en torno a las categorías de “Moderada Resiliencia” (45,5%) y “Alta Resiliencia” (36,4%). Se obtiene una puntuación bastante baja en la categoría “Baja Resiliencia” (18,2%). A continuación, en la Figura 1 se muestran los resultados en un gráfico para una mejor visualización:

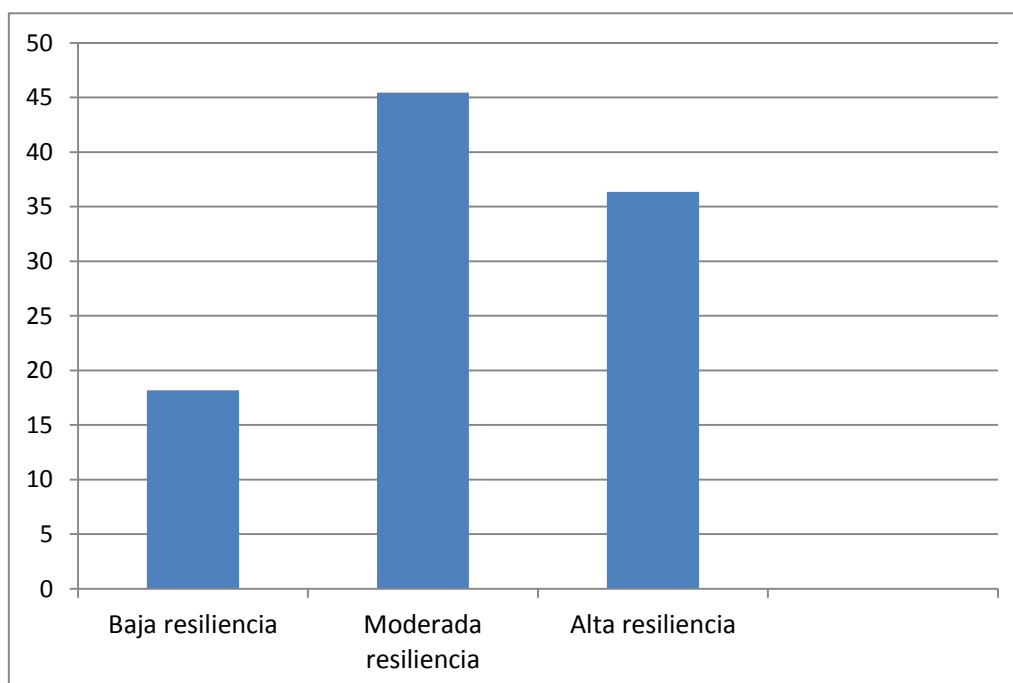


Figura 1: Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en la Escala de Resiliencia.

Si atendemos a estos mismos resultados teniendo en cuenta el diagnóstico del niño, observamos que existen ciertas diferencias en el grado de resiliencia que muestran los padres según la patología de su hijo. Del total de la muestra de hijos con TDAH (N=5), obtenemos “Moderada Resiliencia” en 2 familias, “Alta Resiliencia” también en 2 familias, y una “Baja Resiliencia” únicamente en 1 familia. Del total de hijos con TEA (N=3), obtenemos “Moderada Resiliencia” en 2 familias, y “Alta Resiliencia” en la familia restante, constituyendo los mejores resultados de resiliencia en función del diagnóstico ya que ninguna de las tres familias muestra una baja resiliencia. Por último, del total de hijos con TEL (N=3), obtenemos mucha variabilidad al agruparse cada una de estas tres familias en cada uno de los grados de resiliencia.

Tabla 5

Resultados en la Escala de Resiliencia en función del diagnóstico del niño.

| | Baja Resiliencia | Moderada Resiliencia | Alta Resiliencia |
|--|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| TDAH | 1 | 2 | 2 |
| Trastorno del Espectro Autista (TEA) | 0 | 2 | 1 |
| Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) | 1 | 1 | 1 |

En la Tabla 6 (ver anexo 2.1) se muestran los estadísticos descriptivos de los ítems que conforman la Escala de Resiliencia. Se puede observar que la media más alta se corresponde con el ítem 21 “Mi vida tiene sentido”, siendo este valor de 6,45 sobre 7 (DS=0,934), con un valor mínimo de 4 y un máximo de 7. Le siguen el ítem 6 “Me siento orgulloso/a de haber logrado cosas en mi vida”, con una media de 6,36 sobre 7 (DS= 0,674) y un mínimo de 5; y el ítem 18 “En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede contar”, con una media de 6,36 sobre 7 (DS=0,809) y un mínimo de 5.

En comparación con los resultados de este mismo análisis realizado en la Tesis Doctoral de Jiménez (2016), en su estudio la media más alta se corresponde con el ítem 6 “Me siento orgulloso/a de haber logrado cosas en mi vida”, con una media de 6,45 sobre 9 (DS=0,962), un mínimo de 3 y un máximo de 9. La siguiente media más alta en este estudio corresponde al ítem 5 “Puedo valerme por mí mismo/a si tengo que hacerlo”, presentando una media de 6,23 sobre 9 (DS=1,119), un mínimo de 2 y un máximo de 9.

Siguiendo con el análisis de los resultados de las 11 familias en la Escala de Resiliencia, se ha realizado una comparación exhaustiva en función de los ítems de la variable categórica que se ha cuantificado, mostrando las respuestas que han dado los participantes a la Escala RS con la distribución por porcentajes según la opción de respuesta elegida (ver Tabla 7, anexo 2.2.).

Se observan bajos porcentajes de elección por los participantes de las puntuaciones bajas de la escala (totalmente en desacuerdo, moderadamente en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo) en cada ítem, mientras que altos porcentajes de participantes seleccionan las opciones de respuesta que indican un alto grado de acuerdo con la frase del ítem (medianamente de acuerdo, ligeramente de acuerdo, moderadamente de acuerdo, totalmente de acuerdo), en la mayoría de ellos.

En los ítems 5, 18, 21 y 24 los mayores porcentajes de elección recaen sobre la opción de respuesta “Totalmente de acuerdo”. En el ítem 22 “No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada”, el segundo mayor porcentaje de respuestas (27,3%) recae sobre la opción de respuesta “Ligeramente en desacuerdo”, siendo el ítem con el que los participantes están más en desacuerdo con la frase.

Con relación a las variables relacionadas con la resiliencia que se han valorado en el estudio, la media más alta se corresponde con Estrés Parental, con un valor de 73,27 sobre 114 (DS=19,540), un valor mínimo de 48 y un máximo de 114. Le sigue el Apoyo Social, con una media de 46,36; Cohesión Familiar, con una media de 31,36; Adaptación Familiar, con una media de 27,36; y, por último, Esperanza, con una media de 26 (ver Tabla 8).

Tabla 8

Estadísticos descriptivos de la variable estudio

| | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
|-------------------------------|--------------|-------------------|---------------|---------------|
| Estrés Parental | 73,27 | 19,540 | 48 | 114 |
| Apoyo Social Funcional | 46,36 | 7,580 | 33 | 55 |
| Cohesión Familiar | 31,36 | 4,178 | 23 | 35 |
| Adaptación Familiar | 27,36 | 2,908 | 24 | 33 |
| Esperanza | 26,00 | 3,688 | 19 | 32 |

A continuación, las siguientes figuras muestran la categorización en porcentajes de los resultados según las puntuaciones obtenidas en las diferentes variables que han sido cuantificadas en nuestro estudio. Se presentan en gráficos para una mejor visualización.

En la Figura 2, referente al Índice de Estrés Parental, se puede observar como casi la totalidad de la muestra (81,8%) no presenta estrés, frente al 18,2% que sufre un estrés clínicamente significativo, considerado así solo en puntuaciones mayores de 90.

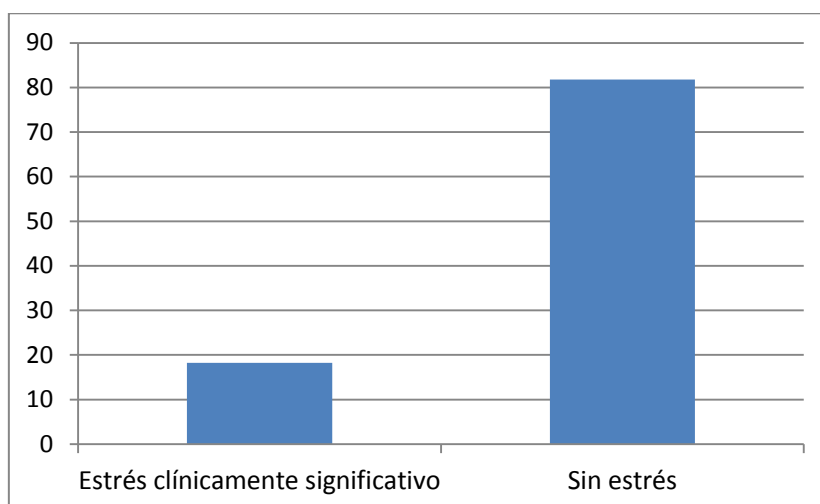


Figura 2: Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en el Índice de Estrés Parental.

La Figura 3, correspondiente al Apoyo Social, nos muestra que la totalidad de la muestra (100%) presenta una percepción de apoyo social, considerado así solo para puntuaciones mayores de 32 en esta escala.

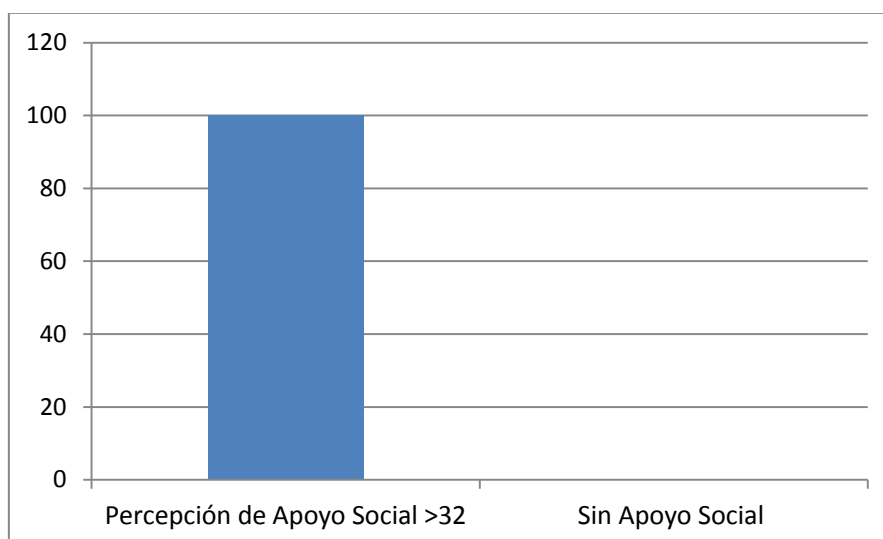


Figura 3: Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en la Escala de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC.

En la Figura 4, referente a la variable de Cohesión Familiar, podemos comprobar que la mayoría de las familias participantes en nuestro estudio se agrupan dentro de la categoría de “Familia Unida” (63,6%), repartiéndose el resto de la muestra con igual proporción entre las categorías de “Familia Desprendida” y “Familia Separada” (18,2%).

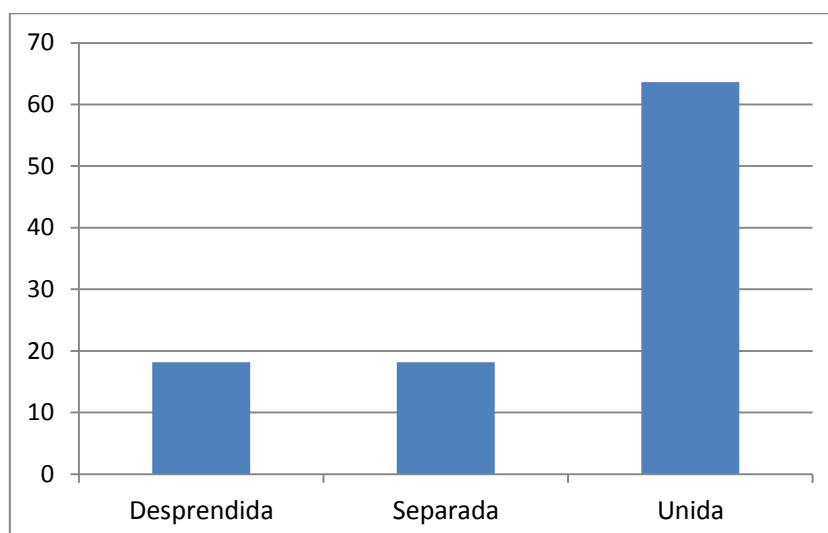


Figura 4: Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en la Escala de Cohesión Familiar.

Por último, la Figura 5, correspondiente a la variable de Adaptación Familiar, nos muestra que el mayor porcentaje de la muestra de familias participantes se agrupa en la categoría “Familia Flexible” (81,8%), repartiéndose el resto de la muestra entre las categorías de “Familia Estructurada” y “Familia Caótica” en la misma proporción (9,1%).

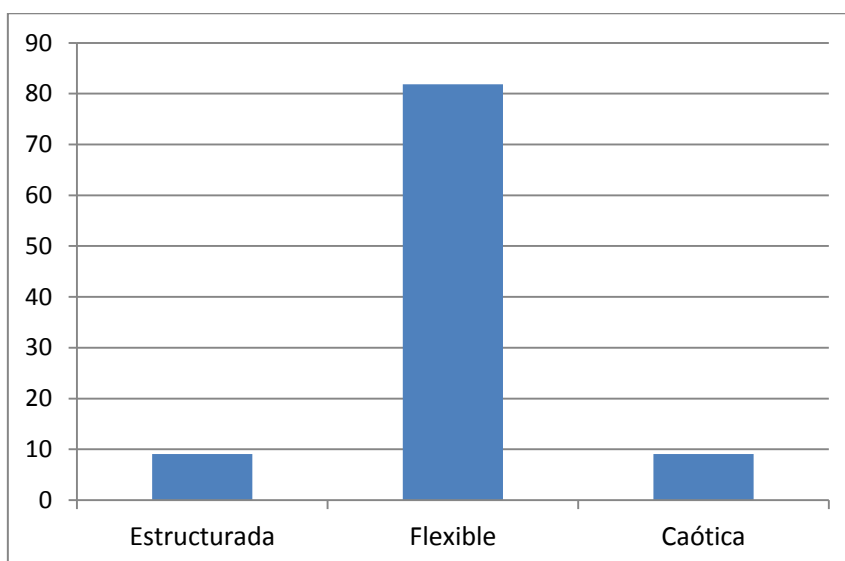


Figura 5: Categorización en porcentajes de los resultados según la puntuación obtenida en la Escala de Adaptación Familiar.

El diagnóstico del niño es una variable de medida imprescindible en nuestra investigación, ya que define la situación traumática a la que debe adaptarse el sujeto y determina su impacto estresante, por ello hemos querido plasmar en las siguientes tablas los estadísticos descriptivos de cada una de las variables de estudio empleadas en relación con dicho diagnóstico, con el fin de analizar las diferencias de resultados obtenidos en ellas entre el grupo de familias participantes.

En la Tabla 9, podemos observar las medias de puntuaciones obtenidas en la Escala de Resiliencia (RS) de los padres/madres de niños que presentan las patologías analizadas en nuestro estudio. La media de resiliencia más alta la presentan los padres/madres de niños con TEA, con un valor de 145,67 sobre 151 (DS=4,619), un valor mínimo de 143 y un máximo de 151. Les siguen, con escasa diferencia, los padres/madres de niños con TDAH, mostrando la segunda media más elevada en resiliencia con un valor de 140,2 sobre 160 (DS=20,092), un valor mínimo de 109 y un máximo de 160. Por último, la media más baja en resiliencia es la obtenida en padres/madres de niños con TEL, con un valor de 128,67 sobre 163 (DS=33,081), un valor mínimo de 97 y un máximo de 163.

Tabla 9

Estadísticos descriptivos de la Escala de Resiliencia (RS) en función del diagnóstico del niño.

| | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
|--|--------|------------|--------|--------|
| TDAH | 140,2 | 20,092 | 109 | 160 |
| Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) | 128,67 | 33,081 | 97 | 163 |
| Trastorno del Espectro Austista (TEA) | 145,67 | 4,619 | 143 | 151 |

Las medias de las puntuaciones obtenidas en el resto de variables de estudio en relación con el diagnóstico que presenta el niño se muestran en la siguiente tabla. En cuanto a la variable de Estrés Parental, la media más alta la muestran los padres/madres de niños con TEL, con un valor de 81,67 sobre 114 (DS=28,989), un valor mínimo de 58 y un máximo de 114; seguida muy de cerca por la media presentada por padres/madres de niños con TEA (76,67) y ligeramente más baja es la de padres/madres de niños con TDAH. En relación con la variable de Apoyo Social Funcional, la media más alta también corresponde a los padres/madres de niños con TEL, con un valor de 49 sobre 53 (DS=4,000), un valor mínimo de 45 y un máximo de 53; ligeramente por debajo se sitúan los padres/madres de niños con TEA y TDAH, con medias de 45,67 y 45,2, respectivamente. Si nos referimos a la variable de Cohesión Familiar, las medias obtenidas en cada patología son muy semejantes, siendo la más alta la presentada por padres/madres de niños con TEL, con un valor de 31,67 sobre 34 (DS=2,517), un valor mínimo de 29 y un máximo de 34. Sin apenas diferencias, le sigue la media mostrada por padres/madres de niños con TEA (31,33) y de niños con TDAH (31,20). En cuanto a la variable de Adaptación Familiar, no se aprecian tampoco diferencias significativas. Los padres/madres que presentan la media más alta son los de hijos con TDAH, con un valor de 28 sobre 31 (DS=2,55), un valor mínimo de 25 y un máximo de 31; les siguen de cerca los padres/madres de niños que presentan TEA, con una media de 27,33; y los de niños con TEL, con una media de 26,33. Por último, si analizamos los resultados de la variable de Esperanza, podemos comprobar que la media más alta la presentan los padres/madres de hijos con TDAH, con un valor de

Resiliencia Familiar en Logopedia

27,40 sobre 32 (DS=4,159), un valor mínimo de 21 y un máximo de 32, seguidos muy de cerca por los padres/madres de niños con TEL, con una media de 26. Finalmente, en este sentido, los padres/madres que muestran la media de esperanza más baja son los que tienen hijos con diagnóstico de TEA, con un valor de 23,67 (ver Tabla 10).

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de las variables de estudio en función del diagnóstico del niño.

| | | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
|-------------------------------|-------------|-------|------------|--------|--------|
| Estrés Parental | TDAH | 66,20 | 19,499 | 48 | 94 |
| | TEL | 81,67 | 28,989 | 58 | 114 |
| | TEA | 76,67 | 7,767 | 68 | 83 |
| Apoyo Social Funcional | TDAH | 45,20 | 8,786 | 33 | 55 |
| | TEL | 49,00 | 4,000 | 45 | 53 |
| | TEA | 45,67 | 10,116 | 34 | 52 |
| Cohesión Familiar | TDAH | 31,20 | 5,02 | 23 | 35 |
| | TEL | 31,67 | 2,517 | 29 | 34 |
| | TEA | 31,33 | 5,508 | 25 | 35 |
| Adaptación Familiar | TDAH | 28,00 | 2,55 | 25 | 31 |
| | TEL | 26,33 | 1,528 | 25 | 28 |
| | TEA | 27,33 | 4,933 | 24 | 33 |
| Esperanza | TDAH | 27,40 | 4,159 | 21 | 32 |
| | TEL | 26,00 | 0,000 | 26 | 26 |
| | TEA | 23,67 | 4,509 | 19 | 28 |

Para finalizar este análisis descriptivo, las siguientes tablas nos proporcionan los resultados de las puntuaciones obtenidas en cada una de las variables de estudio en relación con el diagnóstico del niño.

La Tabla 11 nos muestra, por un lado, en cuanto al Índice de Estrés Parental, que en nuestro estudio dos padres/madres con dos hijos diagnosticados de TDAH y TEL, respectivamente, presentan estrés clínicamente significativo, mientras que los padres de niños con TEA no sufren dicho estrés. Por otro lado, en cuanto al Apoyo Social Funcional, la totalidad de los padres con hijos diagnosticados de TDAH, TEL y TEA, muestran una percepción de apoyo social.

Resiliencia Familiar en Logopedia

Tabla 11

Análisis de las variables de estudio en función del diagnóstico del niño.

| | Índice de Estrés Parental | Apoyo Social Funcional |
|--|-----------------------------------|----------------------------|
| | Estrés clínicamente significativo | Percepción de Apoyo Social |
| TDAH | 1 | 5 |
| Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) | 1 | 3 |
| Trastorno del Espectro Autista (TEA) | 0 | 3 |

A continuación, se muestra la distribución de los niños según el diagnóstico que presentan en las categorías referentes al tipo de Cohesión y Adaptación Familiar (ver Tabla 12). En cuanto a la Cohesión Familiar, tres familias de niños con TDAH presentan una “Familia Unida”, las otras dos restantes se agrupan dentro de “Familia Desprendida” y “Familia Separada”; de las tres familias con niños con TEL, dos de ellas presentan una “Familia Unida” y la otra una “Familia Separada”; y de las tres familias con niños con TEA, dos de ellas presentan una “Familia Unida” y la otra restante una “Familia Desprendida”. En cuanto a la Adaptación Familiar, las cinco familias con hijos con TDAH presentan una “Familia Flexible”; las tres familias con hijos con TEL presentan también una “Familia Flexible”; y por último existe mucha variabilidad entre las tres familias con TEA, cada una de ellas presenta un tipo distinto de adaptación familiar, una “Estructurada”, otra “Flexible”, y otra “Caótica”.

Tabla 12

Análisis de las variables de estudio en función del diagnóstico del niño.

| | Cohesión Familiar | | | Adaptación Familiar | | |
|--|-------------------|----------|-------|---------------------|----------|---------|
| | Desprendida | Separada | Unida | Estructurada | Flexible | Caótica |
| TDAH | 1 | 1 | 3 | 0 | 5 | 0 |
| Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 |
| Trastorno del Espectro Autista (TEA) | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 |

Para finalizar este apartado y como síntesis de los datos comentados, podemos concluir apuntando que desde el punto de vista del análisis de los estadísticos descriptivos sí se pueden apreciar ligeras diferencias entre las puntuaciones de las familias en cada variable de estudio, así como una sutil disparidad de los resultados en función del diagnóstico del niño. En base a ello, la labor de comprobar el valor de significatividad estadística de dichas diferencias se lleva a cabo en el siguiente punto.

3.2.2. Estadística inferencial o estadísticos de contraste

A continuación, procedemos a medir la significancia real de los datos de las escalas con las variables independientes del estudio, con el objetivo de contrastar las hipótesis y encontrar un grado de relación entre las mismas: género, edad, nivel educativo, ocupación, entorno, estado civil, estructura familiar, hijos que conviven en el domicilio familiar, diagnóstico del sujeto, tratamientos anteriores y gravedad del trastorno. Para ello, se utilizó las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, y la H de Kruskal-Wallis para más de dos muestras.

En primer lugar, los resultados de la prueba entre la Resiliencia y el género indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($p > ,05$), por ello aceptamos la hipótesis nula (H_0). En la muestra del estudio, el género del familiar que contesta no es influyente en las respuestas de la escala (ver Tabla 13). Los resultados eran esperables porque la distribución de la muestra en esta variable no es homogénea.

Tabla 13

U de Mann-Withney para la puntuación de la Escala de la Resiliencia y el género.

| | Puntuaciones Totales |
|-------------------|----------------------|
| U de Mann-Whitney | 2 |
| Z | -1,65 |
| Sig. asintót. | ,098 |

Si atendemos al resto de variables, concluimos que tampoco existen diferencias significativas con respecto a los resultados de la Resiliencia (ver Tabla 14), puesto que el valor de alfa es mayor en todas las variables del estudio ($p > ,05$), siendo las puntuaciones bastante homogéneas. En relación a la variable “diagnóstico del sujeto”, ya pudimos observar en los estadísticos descriptivos que no había disparidad entre las familias con niños que presentaban TDAH, TEL y TEA.

Tabla 14

Kruskal-Wallis para la puntuación de la Escala de Resiliencia entre edad (ED), nivel educativo (NE), ocupación(OC), entorno (EN), estado civil (EC), estructura familiar (EF), hijos que conviven en el domicilio familiar (HC), diagnóstico del sujeto (DS), tratamientos anteriores (TA) y gravedad del trastorno (GT).

| | ED | NE | OC | EN | EC | EF | HC | DS | TA | GT |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Chi-cuadrado | ,349 | 2,96 | ,430 | 2,51 | 3,61 | 3,39 | 1,63 | ,548 | ,223 | 1,41 |
| Gl | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Sig. asintót. | ,555 | ,227 | ,807 | ,284 | ,306 | ,066 | ,441 | ,760 | ,637 | ,234 |

Resiliencia Familiar en Logopedia

Posteriormente, se procedió a realizar las mismas pruebas para el resto de las escalas relacionadas con la Resiliencia (ver Tabla 15). Para el género del familiar que contesta, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de “Índice de Estrés Parental” ($p=,723$), “Apoyo Social Funcional” ($p=,478$), “Cohesión y Adaptación Familiar” ($p=,474$ y $P=,720$ respectivamente) y la “Escala de Esperanza” ($p=,809$).

Tabla 15

U de Mann-Whitney para la puntuación de Estrés Parental, Apoyo Social Funcional, Cohesión y Adaptación Familiar, la Esperanza y el género.

| | Estrés Parental | Apoyo Social Funcional | Cohesión Familiar | Adaptación Familiar | Esperanza |
|-------------------|-----------------|------------------------|-------------------|---------------------|-----------|
| U de Mann-Whitney | 7,50 | 6,00 | 6,00 | 7,50 | 8,00 |
| Z | -,354 | -,709 | -,715 | -,358 | -,242 |
| Sig. asintót. | ,723 | ,478 | ,474 | ,720 | ,809 |

Para el resto de las escalas, no se han encontrado diferencias significativas con las variables de distribución ($p > ,05$), salvo en la relación entre la variable “Estructura Familiar” y la puntuación en la Escala de Esperanza ($p=,028$). Por lo tanto, aceptamos la hipótesis alterna (H_1) y afirmamos que la estructura familiar se relaciona significativamente con la disposición a alcanzar metas y la planificación para lograrlas que mide la Escala de Esperanza (ver Tabla 16).

Tabla 16

Nivel de significación entre el Estrés Parental, Apoyo Social Funcional, Cohesión Familiar, Adaptación Familiar y Esperanza y la edad (ED), nivel educativo (NE), ocupación(OC), entorno (EN), estado civil (EC), estructura familiar (EF), hijos que conviven en el domicilio familiar (HC), diagnóstico del sujeto (DS), tratamientos anteriores (TA) y gravedad del trastorno (GT)

| | ED | NE | OC | EN | EC | EF | HC | DS | TA | GT |
|--------------------------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|
| Estrés Parental | ,637 | ,096 | ,430 | ,591 | ,166 | ,220 | ,412 | ,492 | 1,00 | ,522 |
| Apoyo Social y Funcional | ,288 | ,888 | ,957 | ,511 | ,170 | ,052 | ,280 | ,885 | ,723 | ,647 |
| Cohesión Familiar | ,190 | ,616 | ,785 | ,624 | ,715 | ,256 | ,387 | ,868 | ,190 | ,310 |
| Adaptación Familiar | 1,00 | ,394 | ,156 | ,760 | ,280 | ,918 | ,144 | ,647 | ,720 | 1,00 |
| Esperanza | ,809 | ,618 | ,423 | ,577 | ,101 | ,028* | ,248 | ,317 | ,468 | ,349 |

* $p < 0,05$

3.2.3. Resultados correlacionales

Para comprobar si las variables de estudio Resiliencia, el Estrés Parental, Apoyo Social Funcional, Cohesión Familiar, Adaptación Familiar y Esperanza se relacionan de manera lineal entre sí y varían de forma simultánea, procedemos a contrastarlas para disponer de evidencia empírica que confirme o contradiga dichas relaciones. Para esto, se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman para pruebas no paramétricas (ver Tabla 17).

Tabla 17

Rho de Spearman para Resiliencia, Estrés Parental, Apoyo Social y Funcional, Cohesión Familiar, Adaptación Familiar y Esperanza

| | Resiliencia | Estrés Parental | Apoyo Social Funcional | Cohesión Familiar | Adaptación Familiar | Esperanza |
|-------------------------------|-------------|-----------------|------------------------|-------------------|---------------------|-----------|
| Resiliencia | 1 | ,032* | ,513 | ,819 | ,587 | ,277 |
| Estrés Parental | ,032* | 1 | ,345 | ,587 | ,203 | ,048* |
| Apoyo social funcional | ,513 | ,345 | 1 | ,069 | ,720 | ,068 |
| Cohesión Familiar | ,819 | ,587 | ,069 | 1 | ,892 | ,289 |
| Adaptación familiar | ,587 | ,203 | ,720 | ,892 | 1 | ,890 |
| Esperanza | ,277 | ,048* | ,068 | ,289 | ,890 | 1 |

$N=11$ * $p<0,05$

La variable Estrés Parental correlaciona de manera negativa con la Resiliencia ($r=,032$, $p<,05$), y la Esperanza ($r=,048$, $p<,05$). Como la significación es menor a ,05 se rechaza la hipótesis nula (H_0), existiendo una relación estadísticamente significativa entre las variables Resiliencia y Esperanza con Estrés Parental. A medida que el Estrés Parental disminuye, aumenta la Resiliencia (ver Figura 6).

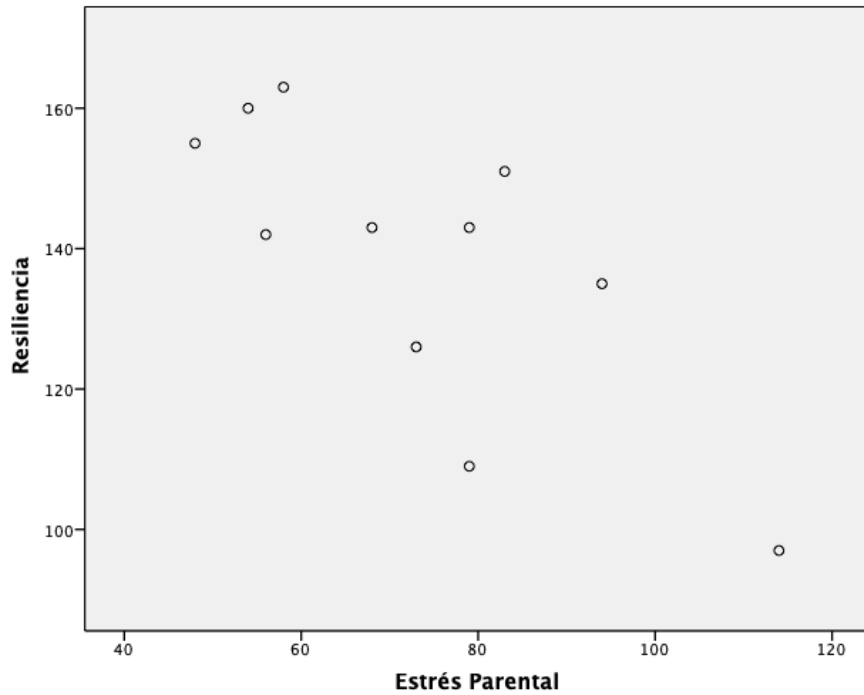


Figura 6: Correlación negativa entre Resiliencia y Estrés Parental.

Del mismo modo, a medida que la Esperanza aumenta, disminuye el Estrés Parental, pero con una correlación menor y más dispersa (ver Figura 7).

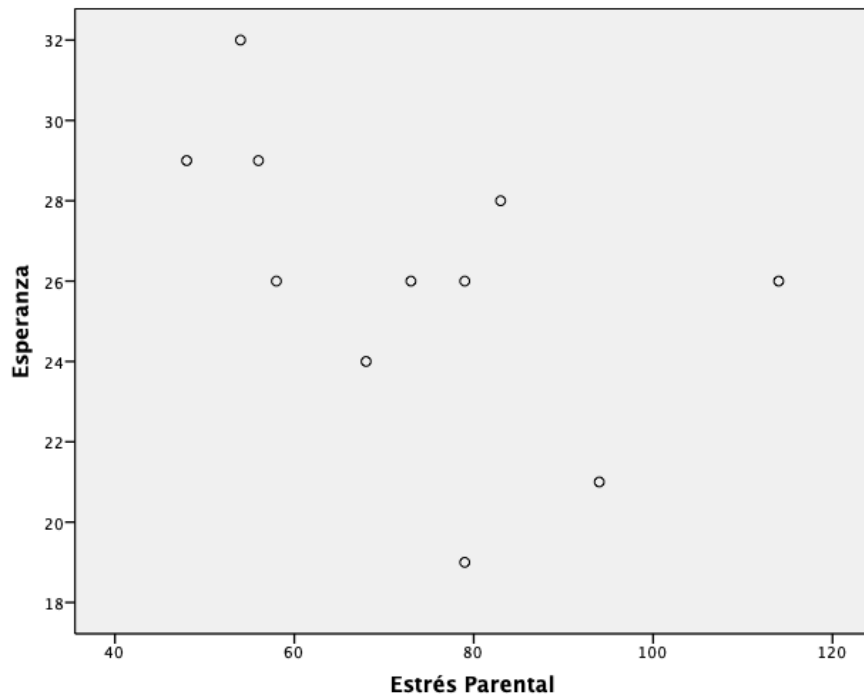


Figura 7: Correlación negativa entre Resiliencia y Estrés Parental

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la revisión teórica presente en la investigación sobre la Resiliencia Familiar en Logopedia y conforme a los resultados obtenidos en el análisis estadístico, procederemos a revisar los objetivos planteados y a verificar las hipótesis que enunciamos al inicio del estudio.

En primer lugar, comenzamos enmarcando el objetivo general de la investigación, el cual se dirige hacia el conocimiento del papel de la Resiliencia en familias de niños que presentan patologías del lenguaje y que actualmente reciben tratamiento logopédico. El cumplimiento de este objetivo principal se ha logrado a través de diferentes objetivos específicos, ayudándonos todo ello a profundizar en el análisis de las variables de estudio y a obtener las siguientes interpretaciones.

En relación al primer objetivo específico, *identificar y evaluar el grado de resiliencia y las variables relacionadas estrés parental, apoyo social funcional, cohesión y adaptación familiar y esperanza en una muestra de familias con niños que presentan patologías asociadas al lenguaje (TEL, TDAH y TEA)*, corroboramos que las familias presentan un grado de resiliencia superior al esperado. El porcentaje más alto se corresponde con familias categorizadas con “Moderada Resiliencia”. Así mismo, es importante señalar que un número elevado de familias destacan y se incluyen dentro de la categoría de “Alta Resiliencia” (Figura 1). Estos datos nos permiten confirmar la información expuesta en el marco teórico, ya que nos muestran que los participantes de nuestra investigación han resultado ser resilientes, apoyando por tanto la definición de Grotberg (1997) en la que la resiliencia se entiende como la capacidad del ser humano para adaptarse positivamente a situaciones adversas, es decir, para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas. En este sentido, coincidimos también con la teoría en el Modelo Contextual de Bronfenbrenner, ya que queda evidenciado que la resiliencia está condicionada por las interacciones positivas que se establecen entre las diferentes esferas en las que se enmarca el individuo, mostrándonos en nuestro caso que detrás de estos resultados satisfactorios en resiliencia, las familias manifiestan efectivas interacciones entre ellas.

Así mismo, si se observa el análisis de los datos con respecto a las variables relacionadas estrés parental, apoyo social funcional, cohesión y adaptación familiar y esperanza, podemos ratificar que en todas ellas se obtienen puntuaciones positivas. En cuanto al Estrés Parental, casi la totalidad de la muestra no presenta estrés clínicamente significativo (Figura 2); en la variable Apoyo Social la totalidad de las familias participantes muestran una percepción de apoyo social en sus vidas (Figura 3); si hablamos de Cohesión Familiar el mayor porcentaje de la muestra se agrupa en la categoría de “Familia Unida” (Figura 4); y por último refiriéndonos a la variable de

Adaptación Familiar corroboramos que un altísimo porcentaje de las familias presenta una “Familia Flexible” (Figura 5). De este modo, estos resultados se pueden justificar de forma teórica con el postulado de Delage (2010), apoyando su idea de que la resiliencia individual solo se desarrolla en la relación con otras personas y, así mismo, en nuestro estudio se cumple lo expuesto por este autor al exponer que la resiliencia familiar se desarrolla en la relación entre el ambiente familiar (microsistema), el contexto extenso (mesosistema) y la sociedad (exosistema), correspondiéndose con las puntuaciones positivas en estas variables analizadas.

Estos datos se asemejan a los obtenidos en la Tesis Doctoral de Jiménez (2016), siendo vinculante a su vez la información plasmada en el marco teórico donde se refiere que la resiliencia es producto de una interacción del individuo con el entorno (Cyrułnik, 2003), con influencia de las características individuales, familiares y del entorno social o comunitario, hechos que se hacen constar en los resultados expuestos.

Por todo ello, en base a la primera hipótesis planteada podemos concluir y verificar que *las familias de sujetos que presentan patologías asociadas al lenguaje (TEL, TDAH Y TEA) obtienen un grado de resiliencia media, incluso superior, siendo los resultados de las variables relacionadas influyentes en su determinación.*

En referencia al segundo objetivo específico *comparar el grado de resiliencia y las variables relacionadas estrés parental, apoyo social funcional, cohesión familiar y adaptación familiar y esperanza entre las familias que presentan hijos con TEL, TDAH Y TEA*, se confirma parcialmente la hipótesis *el tipo de patología del lenguaje (TEA, TDAH y TEL) difiere en el grado de resiliencia y de las variables relacionadas en función de la gravedad y desarrollo*, ya que los resultados expuestos en los estadísticos inferenciales nos muestran que no existen diferencias significativas entre las familias en relación a la variable diagnóstico del niño. Estos datos nos permiten apoyar la idea de nuestro marco teórico propuesta por Ravazzola (2001) y afirmar que todas las personas pueden llegar a ser resilientes. Si bien es preciso señalar que, en base a estos datos, obtenemos que la media de resiliencia más alta se corresponde con padres/madres de niños con TEA, seguido muy de cerca de la media presentada por padres/madres de niños con TDAH y, en este caso sí encontraríamos cierta disparidad, con la media más baja en resiliencia concerniente a los padres/madres de niños con TEL, pero sin ser esta significativa. En cuanto al análisis del resto de variables de estudio, tampoco se obtienen diferencias estadísticamente significativas en función del diagnóstico del niño. En las variables estrés parental, apoyo social y cohesión familiar sí observamos que la media más alta se corresponde con padres/madres de niños con TEL, pero sin grandes diferencias con las medias de TDAH y TEA. Del mismo modo, en la variable adaptación familiar los padres/madres de niños con TDAH contemplan la media más alta, pero seguido de cerca de las medias para TEL y TEA y, de igual forma, ocurre con

la variable esperanza, en la que la media más alta la muestran los padres/madres de niños con TDAH, pero sin posibilidad de observar grandes diferencias con la media para TEL y TEA. Estos resultados pueden explicarse apoyando el constructo planteado por Neil (2006), y es que parece razonable que la resiliencia pueda verse como una consecuencia natural fruto del funcionamiento equilibrado de una familia.

En base a estos datos contrastados, coincidimos con el estudio de la Tesis Doctoral de Jiménez (2016), en el que a raíz del mismo análisis tampoco se alcanza un valor significativo que avale tales diferencias y, por tanto, podemos sintetizar que los resultados obtenidos son bastante homogéneos y por ello no se dirigen en el sentido esperado ni se sitúan en consonancia con la segunda hipótesis planteada. De este modo, volvemos a referirnos a información presentada en el marco teórico en este caso para contemplar los tres usos generales del término resiliencia planteados por Werner (1995): buen desarrollo a pesar del alto riesgo social; mantenimiento de las competencias pese al estrés continuo; y recuperación después del trauma, independientemente de la situación adversa a la que se enfrente el individuo, resultando coherentes por tanto, estos usos de resiliencia en relación con lo explicado.

Los resultados en torno al tercer objetivo específico *determinar si existen, o no, diferencias estadísticamente significativas entre el grado de Resiliencia y las variables relacionadas con la edad de las familias, el género, su ocupación, el entorno en el que viven, su estado civil, la estructura familiar, los hijos que conviven en el domicilio familiar, el diagnóstico del niño, los tratamientos anteriores recibidos por parte del sujeto y la gravedad del trastorno*, determinan que no existen diferencias significativas entre dichas variables. En relación a la Resiliencia, los resultados de la estadística inferencial no muestran disparidad entre esta variable y el género y, así mismo, si atendemos al resto de variables podemos comprobar que tampoco hay existencia de diferencias puesto que el valor de $p > ,05$. Ocurre lo mismo en el análisis de las variables independientes en relación a las variables de estudio estrés parental, apoyo social, cohesión familiar, adaptación familiar y esperanza, en el que se obtienen unas puntuaciones bastante homogéneas y por ello no existen diferencias significativas, salvo en el caso de la estructura familiar, en la que se ha encontrado una relación significativa entre esta variable y la puntuación en la Escala de Esperanza. De este modo y a partir de este dato, podría postularse que una buena estructura familiar es capaz de forjar unas fortalezas psicológicas encaminadas al desarrollo de esperanza, entendida como un constructo básico que establece en la persona una disposición a alcanzar las metas y una posterior planificación para lograrlas. Con todo ello y en vista de los datos, podemos afianzar la idea de Walsh (2004) que entiende la resiliencia familiar como el conjunto de procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad familiar. En este caso el proceso resiliente no se centra ni depende de las características sociodemográficas específicas del sujeto, ya que en la investigación no se ha visto reflejado que estas características sean promotoras ni

resulten factores protectores de la resiliencia, sino más bien ha sido la estructura familiar en concreto la que ha supuesto un factor ligeramente influyente en la resiliencia del sujeto. Por tanto, siguiendo la teoría planteada en el marco teórico, estamos de acuerdo en que en este caso se cumplen los tres componentes o procesos clave que Walsh (2003) considera como fundamentales para dar soporte a la resiliencia familiar: Sistemas de Creencias Familiares, Patrones de Organización, Procesos Comunicativos y Resolución de problemas, vinculantes con la estructura familiar.

Por tanto, confirmamos parcialmente la hipótesis *la edad de las familias, el género, su ocupación, el entorno en el que viven, su estado civil, la estructura familiar, los hijos que conviven en el domicilio familiar, el diagnóstico del niño, los tratamientos anteriores recibidos por parte del sujeto y la gravedad del trastorno son determinantes en los resultados de la resiliencia, el estrés parental, el apoyo social funcional, la cohesión y adaptación Familiar y la esperanza*. En este sentido coincidimos con la Tesis Doctoral de Jiménez (2016) en la cual se llega a la misma conclusión, ya que los resultados obtenidos no respaldan desde la significatividad estadística, dicha hipótesis.

Por último, en consonancia con el cuarto objetivo específico *comprobar correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio resiliencia, estrés parental, apoyo social funcional, cohesión y adaptación familiar y esperanza*, se confirma la hipótesis de que *las variables de estudio resiliencia, estrés parental, apoyo social funcional, cohesión y adaptación familiar y esperanza son vinculantes entre sí*, aunque con correlaciones dispares. La variable estrés parental correlaciona negativamente con la resiliencia y la esperanza, por lo que se obtiene una relación estadísticamente significativa entre las variables resiliencia y esperanza con estrés parental. En base a esto, podemos afirmar que a medida que el estrés parental disminuye, aumenta la resiliencia (Figura 6). Del mismo modo, aunque con una correlación menor y más dispersa, el análisis de los datos nos permite corroborar que a medida que la esperanza aumenta, el estrés parental disminuye (Figura 7).

La existencia de estas correlaciones resulta bastante coherente, es de esperar que se obtenga relación entre la resiliencia y el estrés parental y, a su vez, estas variables repercutan en la esperanza de los sujetos participantes. En la Tesis Doctoral de Jiménez (2016), estas mismas variables también generan relaciones entre ellas, mostrándose en su investigación que el estrés está relacionado negativamente con las variables de estudio cuantificadas, a excepción de la esperanza. De este modo, coincidiríamos con sus resultados en que es clara la relación que existe entre el estrés que sufren los padres de los niños con problemas y el grado de resiliencia que muestran, consiguiendo por tanto respaldar esa relación negativa entre resiliencia y estrés, y considerando a la variable esperanza como un factor protector frente al estrés parental, situado como un factor de riesgo.

En vista de estos datos, podemos concluir apoyando la información expuesta en nuestro marco teórico, queda claro que la resiliencia es siempre un proceso de desarrollo dinámico en el cual se lleva a cabo una interacción entre el contexto del sujeto, que incluye tanto el entorno social como el entorno familiar, y su capacidad de adaptación positiva a la situación adversa, teniendo en cuenta dentro del proceso una serie de factores, tanto protectores como de riesgo. Por todo ello, a partir de este estudio y sus resultados podemos confirmar la idea de Roque y Acle (2013), y es que la resiliencia es siempre multidimensional o multicausal.

4.1.1. Limitaciones del estudio

Tras la realización de la presente investigación, encontramos ciertas limitaciones que es preciso mencionar.

En primer lugar, hacemos referencia a la escasez de la muestra, la cual no ha sido representativa como al principio esperábamos. Nos resultó difícil recoger mayor cantidad de muestra en uno de los centros debido a las resistencias que mostraron los padres para aceptar el cuadernillo de cuestionarios y contestar a las preguntas. Este hecho impide que podamos formalizar una generalización de los resultados, ya que una muestra pequeña es escasamente equiparable al resto de la población. Sin embargo, a pesar del pequeño tamaño de la muestra, consideramos que en la investigación se han obtenido unos resultados bastante representativos y homogéneos.

En segundo y último lugar, señalamos como limitación el carácter puntual de la investigación, la cual se ha llevado a cabo a través de un enfoque transversal. Como se ha explicado en el presente trabajo, el establecimiento de la resiliencia y el desarrollo de unas características y un proceso resiliente en un individuo o conjunto de individuos se forjan en sus vidas a través de un largo período de tiempo, es decir, supone la necesidad de un proceso dinámico para que se produzcan cambios. En nuestro estudio hemos analizado el papel y grado de resiliencia de la persona en el momento actual, obteniendo resultados e información importante, pero consideramos que hubiera sido de gran interés cuantificar las diferencias acontecidas en el individuo dentro de un periodo de tiempo más amplio con el fin de poder asociar las variables y las relaciones causales existentes entre ellas.

No obstante, y teniendo en cuenta dichas limitaciones, los resultados y datos obtenidos en el estudio han sido enormemente valiosos, resultando trascendentales para aportar un carácter satisfactorio a nuestra investigación.

4.1.2. Líneas futuras de investigación

En base a las limitaciones del trabajo anteriormente citadas, en este apartado se presentan algunas líneas de investigación sobre las que sería interesante indagar y convertirse en objeto de estudio en futuras investigaciones.

Como primera propuesta de investigación, consideramos que sería importante analizar las variables del estudio con una muestra de mayor tamaño, replicando de este modo la investigación con un mayor número de familias participantes con el fin de generalizar los resultados obtenidos. Así mismo, resultaría de interés incluir como variable de estudio algún otro tipo de patología diferente a las analizadas en el presente trabajo, es decir, considerar otros tipos de diagnósticos del hijo/a.

En segundo lugar y con el fin de corregir la segunda limitación, sería importante llevar a cabo este estudio a través de un enfoque longitudinal para comprobar los progresos y el crecimiento del sujeto en el desarrollo de la resiliencia. Consideramos más adecuado llevar a cabo este análisis con varias medidas en el transcurso del tiempo.

Por último, como tercera propuesta de investigación, se podría plantear la creación y aplicación de un programa de intervención cuyos objetivos fueran crear, desarrollar, promover y potenciar la resiliencia en padres y madres con hijos/as con trastornos del desarrollo o patologías del lenguaje. De esta forma, y en mi caso desde el ámbito Logopédico, podríamos incluir la capacidad de resiliencia como cualidad a fomentar en familiares de pacientes con la finalidad de adaptarse a la situación y de mejorar, con ello, su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index M* (Third Edition ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. d. y Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 115–170.
- Casas, G. y Campos Moreira, I. (1999). Enfoque de la Resiliencia en el Trabajo Social. *Revista Costarricense de Trabajo Social*.
- Castellanos, P., García, F. A., Mendieta, P., Gómez, L. y Rico, M. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidad de atención temprana. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34(3), 5- 18.
- Crespo, M., Fernández-Lansac, V. y Soberón, C. (2014). Adaptación española de la "Escala de Resiliencia de ConnorDavidson (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22(2), 219- 238.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 31(1), 83-96.
- Cuellar Flores, I. y Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *RIDEP*, 34(1), 89-101.
- Cyrułnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma*. Barcelona: Gedisa.
- De Andrade, M. y Da Cruz, S. (2011). Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud. *Perspectivas en Psicología*, 7(1), 43-55.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa.

- Forés, A. y Grané, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- García-Vesga, M. C. y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77.
- Gaxiola Romero, J. C., Frías Armenta, M., Hurtado Abril, M. F., Salcido Noriega, L. C., y Figueroa Franco, M. (2011). Validación del Inventario de Resiliencia (IRES) en una muestra del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 73-83.
- Gómez, E., y Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103-131.
- Gómez, N. (2017). Relación de la resiliencia y la inteligencia emocional con el desempeño ocupacional y el funcionamiento familiar de los familiares cuidadores de pacientes con demencia de Extremadura. Recuperado de <http://dehesa.unex.es/handle/10662/5550>.
- Grané, J. y Forés, A. (2007). *La resiliencia*. Barcelona: Editorial UOC.
- Grau Rubio, C. (2013). Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 195-212. Recuperado de <https://doi.org/10.5569/2340-5104.01.01.10>.
- Grotberg, E. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo, A., Suarez, E. (comp.) Resiliencia. *Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Heilemann, M. V., Lee, K., y Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the spanish version of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1), 61-72.
- Infante, F. (2006). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En Melillo, A. y Suárez, E. (comp.). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. (pp. 31-53). Buenos Aires: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Retrieved octubre 10, 2013, from INE: <http://www.ine.es>.
- Jiménez, E. (2016). *Resiliencia en padres y madres de niños con Trastornos del Espectro Autista*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

- Landesman, S., DeLuca, S. y Echols, K. (2006). La resiliencia en familias con niños con capacidades diferentes. In E. H. Grotberg (Ed.). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades* (pp. 131-160). Buenos Aires: Gedisa.
- Luque, C. (2013). *Diseño y Evaluación de un Programa de Resiliencia: Aplicación en un contexto-prueba piloto*. Rosario, Argentina: Universidad de Rosario.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Margarita, J. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17).
- Mas, J. M. y Giné, C. (2010). La familia con un hijo con dificultades o trastornos en el desarrollo. En C. Cristóbal, A. Fornós, C. Giné, J. M. Mas, y F. Pegenaute (Eds.), *La atención temprana. Un compromiso con la infancia y sus familias* (pp. 59-80). Barcelona: Editorial UOC.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes indevelopment. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- McCubbin, H. I., Thompson, E. A., Thompson, A. I., y Fromer, J. E. (1998). *Stress, coping and health in families: Sense of coherence and resiliency*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Melillo A. y Ojeda S. N. (2008). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Paidós.
- Muñoz Garrido, V. y de Pedro Sotelo, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*.
- Neil, S. E. (2006). Intensificar la resiliencia en el grupo familiar: un enfoque transgeneracional hacia el cambio positivo en las familias disfuncionales. In E. H. Grotberg (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades* (pp. 91-130). Buenos Aires: Gedisa.
- Pérez Padilla, J. y Menéndez Álvarez-Dardet, S. (2014). Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. *Salud Mental*, 37, 27-34.
- Polaino-Lorente, A. y Martínez-Cano, P. (1996). *Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (CAF)*. Pamplona: Instituto de Ciencias de la Familia. Universidad de Navarra.

- Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., Terán Trillo, M., Irigoyen Coria, A. E. y Landgrave Ibáñez, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 30(10), 624-630.
- Ravazzola, M. C. (2001). Resiliencias familiares. In A. Melillo, y E. N. Suárez-Ojeda (Eds.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 103-122). Buenos Aires: Paidós.
- Revilla Ahumada, L. d., Bailón Muñoz, E., Dios Luna, J. d., Delgado Sánchez, A., Prados Quel, M. A., y Fleitas Cochoy, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8(9), 688-692.
- Rey, M. C. (2018). Comparación del estado emocional y satisfacción con la vida en progenitores de personas con y sin diversidad funcional (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social.
- Roque, M. del P. y Acle, G. (2013). Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. *Universitas Psychologica*, 12(3), 811-820. Recuperado de <http://doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3>.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316- 331.
- Sevilla, V. (2014). Resiliencia. Revisión Bibliográfica. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-7.
- Wagnild, G., y Young, H. M. (1990). Resilience Among Older Women. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 252-255.
- Wagnild, G. M., y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Walsh, F. (1998). El concepto de resiliencia familiar: Crisis y desafío. *Sistemas familiares*, 14(1), 11.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Werner, E. E., y Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E.E., y Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

ANEXOS

Anexo 1: Cuadernillo de Cuestionarios (Adaptado de Jiménez, 2016).

El siguiente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación de final de grado de la Universidad de Valladolid. Tiene por objetivo estudiar el papel de la resiliencia en un grupo de padres y madres de niños que presentan patologías del lenguaje y reciben tratamiento logopédico. Para ello, se recogerá la información necesaria a través de las respuestas a una serie de ítems correspondientes a escalas/cuestionarios elaborados específicamente para tal fin. La información es de carácter confidencial y se completa de forma anónima; ya que los resultados serán manejados solo para la investigación. Agradezco anticipadamente su aportación y colaboración.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--|
| Por favor, rodee con un círculo el número de la opción que corresponda a la pregunta o, en su caso, escriba la respuesta solicitada: | | | |
| DATOS SOBRE USTED | | | |
| 1. Género: | 1. Mujer. | 2. Varón. | |
| 2. Edad: | _____ | | |
| 3. Nivel educativo: | 1. Sin estudios. | 2. Estudios primarios/básicos. | 3. Est. Medios. 4. Est. Superiores. |
| 4. Ocupación: | 1. No trabaja. | 2. Ama de casa. | 3. Trabaja a tiempo parcial. |
| | 4. Trabaja a tiempo completo. | 5. Pensionista/Jubilado. | 6. Otro: _____ |
| 5. ¿Tiene que viajar frecuentemente por motivos laborales? | 1. Sí. | 2. No. | |
| 6. Entorno donde vive: | 1. Urbano. | 2. Zona residencial. | 3. Rural. 4. Otros: _____ |
| 7. Estado civil: | 1. Casado/a. | 2. Soltero/a. | 3. Vive en pareja o pareja de hecho. |
| | 4. Separado/a o Divorciado/a. | 5. Viudo/a. | |
| DATOS SOBRE LA FAMILIA | | | |
| 8. Estructura de la familia: | 1. Nuclear (dos progenitores e hijo/s en el hogar). | | |
| | 2. Extensa (abuelos, tíos u otros en el hogar) ¿Quién? _____ | | |
| | 3. Monoparental (un solo progenitor e hijo/s en el hogar). | | |
| | 4. Reconstituida (con hijos de relaciones anteriores). | | |
| | 5. Otra: ¿Cuál? _____ | | |
| 10. Número de hijos que conviven en el hogar: | _____ | | |
| 11. Antecedentes de trastornos del desarrollo en la familia: | 1. Sí. | 2. No. | |
| DATOS SOBRE EL NIÑO/A | | | |
| 12. Diagnóstico del niño/a: | 1. Dislexia. 2. TDAH. 3. Trastorno del Espectro Autista (TEA). 4. Discapacidad intelectual. | | |
| | 5. Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). 6. Otro: _____ | | |
| 13. Fecha de nacimiento del niño/a: | _____ | | |
| 14. Género del niño/a: | 1. Mujer. | 2. Varón. | |
| 15. ¿Recibió otros tratamientos anteriores o acudió a otros centros? | 1. Sí. ¿Cuál? _____ | | |
| | 2. No. | | |
| 16. ¿Desde cuándo acude su hijo/a al centro actual? (mes/año) | _____ | | |
| 17. ¿Qué gravedad tienen para usted los problemas de desarrollo de su hijo/a? | 1. Ninguna. 2. Poca. 3. Moderada. 4. Mucha. | | |

Resiliencia Familiar en Logopedia

2. ESCALA DE RESILIENCIA (RS):

| Rodee con un círculo el número de la opción elegida en función de su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación, en esta escala de 7 puntos desde <i>Totalmente en desacuerdo</i> a <i>Totalmente de acuerdo</i> . | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|----------------------------------|---|---|---|
| ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con estas frases? | <i>Totalmente en desacuerdo</i> | | | <i>Totalmente de acuerdo</i> | | | |
| 1. Cuando hago planes los llevo a cabo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Usualmente me las arreglo de un modo o de otro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Puedo depender de mí mismo/a más que de otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Mantenerme interesado/a en las cosas es importante para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Puedo valerme por mí mismo/a si tengo que hacerlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Me siento orgulloso/a de haber logrado cosas en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Habitualmente tomo las cosas con calma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Soy amigo/a de mí mismo/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Siento que puedo manejar muchas cosas al mismo tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Soy determinado/a. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Raramente me pregunto cuál es el propósito de todo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Tomo las cosas una a una. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Puedo salir de tiempos difíciles porque he pasado por tiempos difíciles antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Tengo autodisciplina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Mantengo interés en las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Usualmente puedo encontrar algo de qué reírme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Mi confianza en mí mismo/a me hace superar momentos difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede contar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. A veces me esfuerzo para hacer cosas quiera o no. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Mi vida tiene sentido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Cuando estoy en una situación difícil, usualmente encuentro una salida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Tengo suficiente energía para hacer lo que tengo que hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Está bien, hay personas a las que no les gusto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. ÍNDICE DE ESTRÉS PARENTAL:

| Al contestar las siguientes preguntas piense en lo que le preocupa más de su niño/a. Rodee el número elegido en función del grado de acuerdo o desacuerdo, siguiendo la siguiente escala de 5 puntos: | | | | |
|---|---------------|-------------------|------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy en desacuerdo | En desacuerdo | No estoy seguro/a | De acuerdo | Muy de acuerdo |

Resiliencia Familiar en Logopedia

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Muchas veces siento que no puedo manejar la situación muy bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Me encuentro dando más de mi vida para satisfacer las necesidades de mi hijo/a que lo que esperaba. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Me encuentro atrapado con las responsabilidades de ser padre/madre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Desde que mi hijo/a nació no he podido hacer cosas nuevas y diferentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Desde que tuve a mi hijo/a descubrí que no puedo hacer las cosas que desearía. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. No estoy contento/a con la ropa que me compré la última vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Hay muchas cosas que me molestan acerca de mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Tener un hijo/a ha causado más problemas de lo que esperaba en la relación con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Me siento solo/a y sin amigos/as. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Cuando voy a una fiesta normalmente no espero divertirme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. No estoy tan interesado/a en la gente como antes acostumbraba a estar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. No disfruto tanto las cosas como antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mi hijo/a casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Casi siempre siento que mi hijo/a no me quiere y no quiere estar cerca de mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Mi hijo/a me sonríe mucho menos de lo que esperaba. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Cuando yo hago algo para mi hijo/a, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Generalmente, mi hijo/a no se ríe mientras juega. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Mi hijo/a no parece aprender tan rápidamente como la mayoría de los niños. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Mi hijo/a no parece sonreír tanto como los otros niños. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Mi hijo/a no puede hacer tantas cosas como yo esperaba. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Mi hijo/a tarda mucho y se le hace difícil acostumbrarse a cosas nuevas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Yo esperaba tener una relación más cercana y amorosa con mi hijo/a que la que tengo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Algunas veces, mi hijo/a hace cosas que me molestan, por el mero hecho de ser malo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Mi hijo/a parece llorar y encapricharse más a menudo que la mayoría de los niños. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Mi hijo/a generalmente se despierta de mal humor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Yo siento que mi hijo/a es muy malhumorado y se enfada fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Mi hijo/a hace algunas cosas que me molestan bastante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Mi hijo/a responde con un carácter muy fuerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Mi hijo/a se enfada fácilmente por la menor cosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. El horario de comer y dormir de mi hijo/a fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Hay algunas cosas que mi hijo/a hace que realmente me molestan mucho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Mi hijo/a ha sido más problema de lo que yo esperaba. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Mi hijo/a me exige más de lo que exigen la mayoría de los niños. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| En las 3 últimas preguntas, elija su respuesta entre las opciones dadas. Rodee con un círculo el número elegido. | | | | | |

Resiliencia Familiar en Logopedia

| | | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|------------------|-------------------|------------------|--|
| <p>22. Siento que yo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. no soy muy buen/a padre/madre. 2. soy una persona que tiene alguna dificultad siendo padre/madre. 3. soy un/a padre/madre promedio. 4. soy mejor que un/a padre/madre promedio. 5. soy muy buen/a padre/madre. | | | | | | |
| <p>32. He notado que cuando le pido a mi hijo/a que haga algo o que pare de hacer algo es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mucho más difícil de lo que yo esperaba. 2. algo más difícil de lo que yo esperaba. 3. igual a lo que yo esperaba. 4. algo más fácil de lo que yo esperaba. 5. mucho más fácil de lo que yo esperaba. | | | | | | |
| <p>33. Piense cuidadosamente y cuente el número de cosas que su hijo/a hace que le molestan. Por ejemplo: pierde el tiempo, no escucha, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, se queja, etc.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding-left: 20px;">1. Diez o más.</td> <td style="width: 50%; padding-left: 20px;">4. Cuatro o cinco.</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">2. Ocho o nueve.</td> <td style="padding-left: 20px;">5. De una a tres.</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">3. Seis o siete.</td> <td></td> </tr> </table> | 1. Diez o más. | 4. Cuatro o cinco. | 2. Ocho o nueve. | 5. De una a tres. | 3. Seis o siete. | |
| 1. Diez o más. | 4. Cuatro o cinco. | | | | | |
| 2. Ocho o nueve. | 5. De una a tres. | | | | | |
| 3. Seis o siete. | | | | | | |

4. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNC:

| En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija la respuesta que mejor refleje su situación entre 5 opciones, desde <u>Mucho menos de lo que deseo</u> a <u>Tanto como deseo</u> . Rodee con un círculo el número de la opción elegida. | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Mucho menos de lo que deseo | Menos de lo que deseo | Ni mucho ni poco | Casi como deseo | Tanto como deseo |
| 1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.- Recibo amor y afecto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas laborales o domésticos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Resiliencia Familiar en Logopedia

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTACIÓN FAMILIAR (CAF):

| Rodee con un círculo el número de la opción elegida según una escala de frecuencia de 5 opciones que van desde <u>Casi nunca</u> a <u>Casi siempre</u> , en función de lo que ocurre EN SU FAMILIA. | | | | | |
|---|------------|----------------------|---------------|----------------|--------------|
| | Casi nunca | Muy de vez en cuando | Término medio | Con frecuencia | Casi siempre |
| 1. Nos pedimos ayuda los unos a los otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Estamos de acuerdo con los amigos de cada uno de nosotros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Nos gusta hacer cosas con nuestros familiares más próximos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. En nuestra familia mandan varias personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Nos sentimos más unidos entre nosotros mismos que con personas que no forman parte de la familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Nos sentimos muy unidos entre nosotros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Consultamos al resto de la familia sobre nuestras decisiones personales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. En nuestra familia es muy importante sentirnos todos unidos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. En nuestra familia tenemos diversas formas de solucionar problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. A todos nos gusta emplear el tiempo libre compartiéndolo con los demás miembros de la familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo, no falta nadie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Las normas cambian en nuestra familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Con facilidad podemos pensar en cosas para hacer todos juntos, en familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Intercambiamos las responsabilidades (tareas y obligaciones) de la casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Es difícil identificar quién manda en nuestra familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Resiliencia Familiar en Logopedia

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| 16. Es difícil decir quién es el encargado de cada una de las tareas de la casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|

6. ESCALA DE ESPERANZA:

Rodee con un círculo el número que corresponda a la opción elegida en función de su grado de acuerdo con la frase, en una escala de 4 puntos que va de *Definitivamente falso* a *Definitivamente verdadero*.

| | Definitivamente falso | Falso la mayoría de las veces | Verdadero la mayoría de las veces | Definitivamente verdadero |
|--|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| 1. Puedo pensar en muchas salidas cuando me atasco. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Persigo mis objetivos enérgicamente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Hay muchas maneras de solucionar un problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. He tenido bastante éxito en la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Puedo pensar en muchas formas de conseguir las cosas que en mi vida son importantes para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Consigo los objetivos que me propongo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Incluso cuando los demás se desaniman, yo sé que puedo encontrar una forma de solucionar un problema. | 1 | 2 | 3 | 4 |

YA HA TERMINADO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2: Tablas de los estadísticos descriptivos

2.1. Estadísticos descriptivos de los ítems en la Escala de Resiliencia.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de los ítems en la Escala de Resiliencia.

| | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
|--|-------|------------|--------|--------|
| 1. Cuando hago planes los llevo a cabo. | 5,64 | 1,362 | 3 | 7 |
| 2. Usualmente me las arreglo de un modo o de otro. | 5,82 | 1,168 | 3 | 7 |
| 3. Puedo depender de mí mismo/a más que de otros. | 5,27 | 1,489 | 2 | 7 |
| 4. Mantenerme interesado/a en las cosas es importante para mí. | 6,09 | 0,701 | 5 | 7 |
| 5. Puedo valerme por mí mismo/a si tengo que hacerlo. | 6,27 | 0,905 | 5 | 7 |
| 6. Me siento orgulloso/a de haber logrado cosas en mi vida. | 6,36 | 0,674 | 5 | 7 |
| 7. Habitualmente tomo las cosas con calma. | 5,18 | 1,471 | 2 | 7 |
| 8. Soy amigo/a de mí mismo/a. | 5,64 | 1,206 | 4 | 7 |
| 9. Siento que puedo manejar muchas cosas al mismo tiempo. | 5,27 | 1,679 | 1 | 7 |
| 10. Soy determinado/a. | 5,64 | 0,674 | 5 | 7 |
| 11. Raramente me pregunto cuál es el propósito de todo. | 5,18 | 1,168 | 3 | 7 |
| 12. Tomo las cosas una a una. | 4,73 | 1,679 | 1 | 7 |
| 13. Puedo salir de tiempos difíciles porque he pasado por tiempos difíciles antes. | 5,45 | 1,508 | 2 | 7 |
| 14. Tengo autodisciplina. | 5,36 | 1,69 | 2 | 7 |
| 15. Mantengo intereses en las cosas. | 5,73 | 1,009 | 4 | 7 |
| 16. Usualmente puedo encontrar algo de qué reírme. | 5,45 | 1,128 | 3 | 7 |
| 17. Mi confianza en mí mismo/a me hace superar momentos difíciles. | 6,00 | 0,894 | 5 | 7 |
| 18. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede contar. | 6,36 | 0,809 | 5 | 7 |
| 19. Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras. | 5,91 | 0,831 | 5 | 7 |
| 20. A veces me esfuerzo para hacer cosas quiera o no. | 5,45 | 1,572 | 1 | 7 |
| 21. Mi vida tiene sentido. | 6,45 | 0,934 | 4 | 7 |
| 22. No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada. | 5,09 | 1,578 | 3 | 7 |
| 23. Cuando estoy en una situación difícil, usualmente encuentro una salida. | 5,91 | 1,375 | 2 | 7 |
| 24. Tengo suficiente energía para hacer lo que tengo que hacer. | 5,91 | 1,514 | 2 | 7 |

Resiliencia Familiar en Logopedia

| | | | | |
|---|------|-------|---|---|
| 25. Está bien, hay personas a las que no les gusto. | 6,18 | 0,751 | 5 | 7 |
|---|------|-------|---|---|

2.2. Porcentajes de respuesta a los ítems en la Escala de Resiliencia.

Tabla 7

Porcentajes de respuestas a los ítems de la Escala de Resiliencia.

| | | Frecuencia | Porcentaje % |
|---|-----------------------------|------------|--------------|
| 1. Cuando hago planes los llevo a cabo. | Ligeramente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Medianamente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Moderadamente de acuerdo | 5 | 45,5 |
| | Totalmente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| 2. Usualmente me las arreglo de un modo o de otro. | Ligeramente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Medianamente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Moderadamente de acuerdo | 5 | 45,5 |
| | Totalmente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| 3. Puedo depender de mí mismo/a más que de otros. | Moderadamente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Moderadamente de acuerdo | 6 | 54,5 |
| 4. Mantenerme interesado/a en las cosas es importante para mí. | Totalmente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Moderadamente de acuerdo | 6 | 54,5 |
| | Totalmente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| 5. Puedo valerme por mí mismo/a si tengo que hacerlo. | Ligeramente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Moderadamente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Totalmente de acuerdo | 6 | 54,5 |
| 6. Me siento orgulloso/a de haber logrado cosas en mi vida. | Ligeramente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Moderadamente de acuerdo | 5 | 45,5 |
| | Totalmente de acuerdo | 5 | 45,5 |
| 7. Habitualmente tomo las cosas con calma. | Moderadamente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Medianamente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Ligeramente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Moderadamente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Totalmente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| 8. Soy amigo/a de mí mismo/a. | Medianamente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Ligeramente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Moderadamente de acuerdo | 4 | 36,4 |
| | Totalmente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| 9. Siento que puedo manejar muchas cosas al mismo tiempo. | Totalmente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Medianamente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Moderadamente de acuerdo | 4 | 36,4 |

Resiliencia Familiar en Logopedia

| | | | |
|---|-----------------------------|---|------|
| | Totalmente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| 10. Soy determinado/a. | Ligeramente de acuerdo | 5 | 45,5 |
| | Moderadamente de acuerdo | 5 | 45,5 |
| | Totalmente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| 11. Raramente me pregunto cuál es el propósito de todo. | Ligeramente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Medianamente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Ligeramente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Moderadamente de acuerdo | 4 | 36,4 |
| | Totalmente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| 12. Tomo las cosas una a una. | Totalmente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Medianamente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 6 | 54,5 |
| | Totalmente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| 13. Puedo salir de tiempos difíciles porque he pasado por tiempos difíciles antes. | Moderadamente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Medianamente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Moderadamente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Totalmente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| 14. Tengo autodisciplina. | Moderadamente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Medianamente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Moderadamente de acuerdo | 4 | 36,4 |
| | Totalmente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| 15. Mantengo interés en las cosas. | Medianamente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Ligeramente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Moderadamente de acuerdo | 6 | 54,5 |
| | Totalmente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| 16. Usualmente puedo encontrar algo de qué reírme. | Ligeramente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 5 | 45,5 |
| | Moderadamente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Totalmente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| 17. Mi confianza en mí mismo/a me hace superar momentos difíciles. | Ligeramente de acuerdo | 4 | 36,4 |
| | Moderadamente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Totalmente de acuerdo | 4 | 36,4 |
| 18. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede contar. | Ligeramente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Moderadamente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Totalmente de acuerdo | 6 | 54,5 |
| 19. Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras. | Ligeramente de acuerdo | 4 | 36,4 |
| | Moderadamente de acuerdo | 4 | 36,4 |
| | Totalmente de acuerdo | 3 | 27,3 |

Resiliencia Familiar en Logopedia

| | | | |
|--|-----------------------------|---|------|
| 20. A veces me esfuerzo para hacer cosas quiera o no. | Totalmente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Moderadamente de acuerdo | 7 | 63,6 |
| | Totalmente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| 21. Mi vida tiene sentido. | Medianamente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Moderadamente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Totalmente de acuerdo | 7 | 63,6 |
| 22. No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada. | Ligeramente en desacuerdo | 3 | 27,3 |
| | Medianamente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 1 | 9,1 |
| | Moderadamente de acuerdo | 4 | 36,4 |
| | Totalmente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| 23. Cuando estoy en una situación difícil, usualmente encuentro una salida. | Moderadamente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Moderadamente de acuerdo | 7 | 63,6 |
| | Totalmente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| 24. Tengo suficiente energía para hacer lo que tengo que hacer. | Moderadamente en desacuerdo | 1 | 9,1 |
| | Ligeramente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Moderadamente de acuerdo | 3 | 27,3 |
| | Totalmente de acuerdo | 5 | 45,5 |
| 25. Está bien, hay personas a las que no les gusta. | Ligeramente de acuerdo | 2 | 18,2 |
| | Moderadamente de acuerdo | 5 | 45,5 |
| | Totalmente de acuerdo | 4 | 36,4 |