Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final de Grado

Resiliencia y Estrategias de afrontamiento en padres de hijos con discapacidad intelectual de Gran Buenos Aires

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Alumna

Ludmila Conforti

Legajo

A0910078892-P1

Tutor

Lic. Giaquinto Lucas

Fecha

07/04/2026

Provincia de Buenos Aires, ABRIL, 2026

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia, que me brindó siempre las condiciones necesarias, el acompañamiento y el cariño en todas las etapas de mi vida.

Agradezco especialmente a mi mamá, Marta, quien me enseñó el valor de la educación. Me acompañó desde la búsqueda de la Universidad, hasta la entrega de este trabajo, impulsándome constantemente a superarme.

También quiero agradecer a mis abuelos, quienes, junto con mi mamá, me brindaron su apoyo tanto económico como emocional. A mi abuelo Turco, quien sostuvo mi cursada; a mi abuela Petrona, que me cuidó desde el jardín hasta la universidad; a mi abuelo Francisco, quien siempre tuvo fe en mí y me llevó a donde fuera necesario, y a mi abuela Lucía, que escuchó mis resúmenes una y otra vez mientras estudiaba en la mesa de su casa.

A mis hermanos Lucas y Camila, a Lali, Claudio y Elbio, a Nicolas mi pareja, a mis amigos, a todos ellos por acompañarme, alentarme y comprender mis tiempos de estudio.

Por otro lado, quiero agradecer a mi gran compañera de estudio, Fernanda Magnano, mi "medio cerebro". En ella encontré una compañera incondicional, que me motivaba y desafiaba a ser mejor, juntas logramos mucho más que por separado. Sin ella, esos años de cursada no hubieran sido tan divertidos.

Agradezco a Florencia Ferrero por su acompañamiento e incentivo en esta etapa final, siendo un pilar fundamental. A mi tutor, Lucas Giaquinto, le agradezco especialmente por su disponibilidad, amabilidad y compromiso en este proceso.

Finalmente, quiero agradecer a la Universidad Abierta Interamericana. Tuve el privilegio de poder elegir una institución que consideraba adecuada para mi formación y la misma cumplió ampliamente con mis expectativas, brindando las herramientas necesarias para formarnos no solo como profesionales, sino también como personas. Esto es posible gracias a sus directivos y a todos los docentes que formaron parte de mi recorrido, de quienes aprendí muchísimo y de quienes me llevo gratos recuerdos.

Deseo que mi experiencia profesional futura sea tan grata como lo fueron esos cinco años vividos en la UAI, junto a mis compañeros y profesores.

Índice de Contenidos

Agradecimientos **2**
Resumen **4**
Abstract **5**
Introducción **6**
Resiliencia 9
Estrategias de Afrontamiento 12
Resiliencia y afrontamiento 15
Discapacidad Intelectual y entorno familiar 16
Estado Actual del Conocimiento 19
El presente estudio 24
Hipótesis 24
Metodología **25**
Diseño de la Investigación 25
Muestra 25
Criterios de Inclusión y Exclusión *26*
Instrumento de Medición 26
Procedimientos 28
Aspectos Éticos *29*
Análisis de datos *30*
Reporte de Resultados **31**
Estadística descriptiva 31
Correlaciones 34
Diferencias de grupos 36
Discusión y Conclusión **39**
Limitaciones y Recomendaciones para Futuras Investigaciones 47
Referencias Bibliográficas **48**
Anexos **59**
Primer Anexo 59

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la resiliencia y las estrategias de afrontamiento de padres de hijos con discapacidad intelectual. Para llevarlo a cabo se trabajó con un muestreo no probabilístico de tipo intencional, conformado por 92 padres de hijos con discapacidad intelectual, con una media de edad 39.54 (DS= 7.459), donde la mayoría son mujeres y/o madres (89.1%) mientras que el restante eran hombres y/o padres. A esta población se les administró en primer lugar un cuestionario sociodemográfico elaborado ad-hoc para los fines de la investigación, seguido por la Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993, validada en argentina por Rodríguez et al., 2009) y la Escala de estrategias de afrontamiento *Coping Strategies Inventory* (CSI-24) abreviada y validada en argentina por Schetsche et al. (2022).

Los resultados evidenciaron que las mujeres y madres de la muestra poseen menos estrategias inadecuadas centradas en el problema que los hombres y padres de hijos con discapacidad intelectual. En la asociación entre resiliencia y las estrategias de afrontamiento se encontró una relación significativa y directa con las estrategias adecuadas centradas en el problema y la emoción, no obstante, a mayor capacidad de propósito y sentido de vida, y mayor evitación cognitiva, se evidencia un aumento en las estrategias de afrontamiento inadecuadas centradas en el problema.

Finalmente se concluye y se destaca que los padres puedan hacer uso de estrategias adecuadas para cada tipo de discapacidad intelectual del hijo, se necesita, en primera instancia fortalecer los programas institucionales de orientación a través de políticas públicas que permitan ampliar la capacidad de una persona, padre o cuidador para adaptarse y superar situaciones difíciles, volviéndose así, más resiliente y mejorando su calidad de vida y por ende la de sus hijos.

Palabras Clave: Resiliencia, Estrategias de afrontamiento, Padres, Discapacidad intelectual.

Abstract

The objective of this study was to analyze the relationship between resilience and coping strategies among parents of children with intellectual disabilities. To conduct the study, a non-probabilistic, purposive sample was used, consisting of 92 parents of children with intellectual disabilities, with a mean age of 39.54 (SD = 7.459), where the majority were women and/or mothers (89.1%) while the remainder were men and/or fathers. This population was first administered a sociodemographic questionnaire developed ad hoc for the purposes of the research, followed by the Resilience Scale (Wagnild and Young, 1993, validated in Argentina by Rodríguez et al., 2009) and the abbreviated Coping Strategies Inventory (CSI-24), validated in Argentina by Schetsche et al. (2022).

The results showed that the women and mothers in the sample employed fewer inappropriate problem-focused coping strategies than the men and fathers of children with intellectual disabilities. Regarding the association between resilience and coping strategies, a significant and direct relationship was found with appropriate problem- and emotion-focused strategies; however, as purpose and sense of life increased and cognitive avoidance increased, there was an evident rise in inappropriate problem-focused coping strategies.

Finally, it is concluded and emphasized that, for parents to be able to employ appropriate strategies for each type of intellectual disability their child may have, it is necessary, first and foremost, to strengthen institutional support programs through public policies that enable individuals—whether parents or caregivers—to expand their capacity to adapt to and overcome difficult situations, thereby becoming more resilient and improving their quality of life and, consequently, that of their children.

Keywords: Resilience, Coping strategies, Parents, Intellectual disability.

Introducción

Según Naciones Unidas, al menos el 15% de la población mundial, unos 785 millones de personas, se encuentran en situación de discapacidad (ONU, 2011). En cuanto a la Argentina, el Censo del 2010 revela que el 13% de la población total tiene algún tipo de discapacidad, lo que equivale a 5.114.190 personas (INDEC, 2014). Una encuesta más reciente, el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad de 2018, indica que el 10% de la población de 6 años y más tiene algún tipo de discapacidad, lo que alcanza al 25,3% de los hogares (INDEC, 2018). Siendo que, el 33,4% de la población total con dificultad tiene certificado único de discapacidad (CUD) vigente y el 90,8% de la población total con dificultad que lo posee lo utiliza, mientras que Gran Buenos Aires es la región cuya población con certificado de discapacidad vigente presenta mayor uso (93,4%) INDEC (2018).

La utilización del CUD refiere al acceso y uso del pase libre de transporte, pero principalmente a la cobertura integral de medicación y salud que habilita a las prestaciones necesarias. En el 2011 se sanciona la ley 26.682 que obliga a las empresas de medicina pre-paga a cubrir las prestaciones básicas a las personas con discapacidad. De este modo se conforman tres subsistemas de provisión y financiamiento de las prestaciones; el público, el seguro social y el seguro privado (Venturiello y Ferrante, 2018).

Actualmente en Argentina, es el Estado quien define los valores de los profesionales por su trabajo, siendo esto un importante punto de conflicto ya que el valor nomenclador establecido se encuentra por debajo de lo esperado y por lo general los pagos de sus honorarios tienen demoras de meses, lo que en un contexto inflacionario los perjudica en gran medida (Tauber, 2023).

El Gobierno Nacional enfrentó diversos cuestionamientos a la política que lleva a cabo la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS). Por un lado, los prestadores de servicios para el sector denuncian una falta de actualización del nomenclador que determina el valor de las prestaciones. Se observa que muchos profesionales no logran sostener su desempeño laboral en este ámbito y se ven obligados a optar por otras alternativas laborales, debido a que el trabajo en el área de discapacidad, en la actualidad, no resulta económicamente rentable. Asimismo, las familias en ocasiones suelen verse en la

necesidad de abonar montos adicionales, tanto a acompañantes terapéuticos como a distintos profesionales, así como también cubrir gastos de traslado u otros servicios, debido a que los valores establecidos por el nomenclador resultan insuficientes (Pérez, 2025). Esta situación evidencia una relación directa entre los bajos honorarios y la sobrecarga económica que recae sobre las familias.

Otra alternativa, que a veces se aplica, es la reducción de la cantidad de sesiones terapéuticas destinadas a los niños, donde dos sesiones semanales suelen transformarse en una única sesión de entre 45 y 60 minutos, dado que el valor del nomenclador se encuentra por debajo de los costos reales de las prestaciones. Los centros terapéuticos realizan estos ajustes, no avalados por la normativa legal pero sí con el consentimiento de las familias, con el objetivo de poder sostener a los profesionales que allí trabajan y, al mismo tiempo, garantizar que los niños puedan acceder al menos a un espacio terapéutico, aunque la frecuencia no sea la que realmente necesitan.

Con dicho contexto socioeconómico, muchos profesionales, personas con discapacidad y familiares o cuidadores, se reunieron durante largas jornadas lo largo y ancho de todo el país para reclamar sobre este ajuste (Pérez, 2025), lo que implica también un paro a la continuidad terapéutica para que tanto los prestadores como los niños y sus familias accedan a mejores derechos.

Son las familias, la red de apoyo principal de estas personas con discapacidad, las que deben adaptarse a situaciones inesperadas y luchar por los derechos de sus hijos. Para afrontar estas situaciones y llevar a cabo esta tarea, los sujetos hacen uso de estrategias psicológicas que pueden favorecer o entorpecer el proceso. Por esto mismo, este estudio posee como objetivo dar cuenta de algunas variables psicológicas que intervienen en los padres/madres de hijos con discapacidad, haciendo hincapié en la relación entre la resiliencia y las estrategias de afrontamiento en dicha población.

Resiliencia y afrontamiento son dos tópicos de gran relevancia en la investigación psicológica (Morán-Astorga et al., 2019). Los mismos han sido estudiados y siempre se continua en búsqueda de nuevos hallazgos que aporten y sumen datos relevantes a la teoría. Si bien ambas variables han sido estudiadas en conjunto en repetidas ocasiones, no se han encontrado investigaciones donde se evalúe la relación de las mismas en la población específica de padres de hijos con discapacidad intelectual. Uno de

los trabajos donde evalúan dicha relación entre las variables mencionadas es el estudio de Lorea y Pedrón (2022) el cual se encuentra destinado a indagar en madres de personas con Síndrome de Down en Argentina. Se halla de fundamental importancia no solo evaluar a madres sino también a padres, debido a que en la actualidad la conformación de las familias es más variada, no solo incluyendo a la familia tradicional, sino que además muchos otros modelos. Partiendo de la investigación mencionada, cabe destacar que es relevante hallar respuestas de lo que acontece en los cuidadores principales, padres y madres de niños con Discapacidad Intelectual en general.

Se encuentra en el trabajo de investigación de Salazar (2017) el estudio sobre padres con niños con discapacidad, recolectada la muestra de un centro educativo de Lima Norte. En este caso si bien la muestra es más abarcativa en comparación con la de Lorea y Pedrón (2022), se evalúa todo tipo de discapacidad, y no únicamente la intelectual. Aquí se puede encontrar que la muestra es similar a la del presente estudio, sin embargo, la relación a investigar es entre resiliencia con inteligencia emocional y no se evaluaron las estrategias de afrontamiento.

Las investigaciones realizadas hasta el momento buscan fomentar la resiliencia de los hijos, y no enfatizan en la resiliencia en madres y padres que se genera frente al estrés (Lorea y Pedrón, 2022). Por este motivo es de gran importancia estudiar dichas variables, Resiliencia y Estrategias de afrontamiento en una muestra en la cual no se han relacionado con anterioridad haciendo el foco de lo que acontece a nivel psicológico en madres y padres de hijos con discapacidad en Argentina, más precisamente en el Gran Buenos Aires.

Desde las primeras definiciones de la variable resiliencia, se explica a la misma como la capacidad humana que permite hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (Munist et al. 1998; Grotberg, 1995). Mientras que el afrontamiento del estrés, y *coping* (en inglés), se define como un esfuerzo cognitivo y de comportamiento que cambia constantemente para manejar demandas externas y/o internas específicas de las que se percibe que agotan o exceden los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984). Si bien existen diversas maneras de describir la resiliencia, esta investigación se centrará en la conceptualización desde el marco de la

psicología positiva, describiéndola como una característica positiva de la personalidad que favorece la adaptación individual, donde se entiende que una personalidad resiliente refuerza la idea de que las personas auténticas controlan mejor su vida (Dos Anjos y Morán-Astorga, 2016). La psicología positiva junto con la resiliencia, aportan una visión más completa y optimista del desarrollo humano, destacando las fortalezas que favorecen el bienestar y la búsqueda de la felicidad (Uriarte Arciniega, 2005).

Resiliencia

La resiliencia no es una característica absoluta, ni se adquiere para siempre, más bien es el resultado de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida (Amar Amar et al., 2013). Como todo proceso es un devenir (Cyrulnik, 2001), el cual, se apoya en la interacción entre la persona y el entorno, no siendo meramente del ambiente, ni puramente innato (Amar Amar et al., 2013).

En otras palabras, Luthar y Cicchetti (2000) definen la resiliencia como un proceso en el que el sujeto exhibe una adaptación positiva a pesar de experiencias que pueden ser adversas o traumáticas. Estas últimas son experimentadas por los sujetos al menos una vez en su vida como eventos potencialmente traumáticos (Bonanno y Mancini, 2008). No obstante, la manera de reaccionar a estas situaciones es diferente en cada persona (Fletcher y Sarkar, 2013) y más aún cuando el trauma puede ser el resultado.

El estudio de la psicología en relación a las diferencias humanas en materia de resiliencia busca entender por qué algunas personas son capaces de soportar, incluso prosperar bajo la presión que experimentan en sus vidas, en tanto que otras fracasan y salen perjudicadas o traumatizadas (Móran Astorga et al., 2019).

En adultos, la resiliencia podría definirse como la habilidad para mantenerse relativamente sano y con niveles estables de funcionamiento físico y psicológico después de experiencias traumáticas (Morán Astorga et al., 2019). Este enfoque se complementa con el de riesgo para incentivar un desarrollo sano a través de la promoción de características saludables en las comunidades vulnerables (Amar Amar et al., 2013).

La vida en sí misma presenta una gran variedad de retos y desafíos a todos los organismos variando en complejidad (Morán Astorga et al., 2019). Aquí es donde interviene la resiliencia, como capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas (Cyrulnik, 2001).

En línea con anteriores definiciones Wagnild y Young (1993) plantean que la resiliencia es la habilidad de convertir las desgracias en éxitos y se compone de dos factores: uno referido a la competencia personal y el otro, a la aceptación de uno mismo. El primero refiere al reconocimiento de capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, entre otras. Mientras que el siguiente, aceptación de sí mismo y de la vida, se basa más en la flexibilidad y la adaptación de una persona. A esto, se le puede sumar un tercer factor que se describe en el estudio de Rodríguez et al. (2009). Estos al realizar el análisis, indican que emergen tres factores, los dos primeros a los cuales denominan: capacidad de autoeficacia y capacidad de propósito y sentido de vida, coinciden con los mencionado anteriormente por los autores, avalando que estos dos primeros pueden ser entendidos como habilidades o actitudes positivas que las personas necesitan para afrontar eficazmente un hecho traumático. A diferencia del tercer factor, denominado como evitación cognitiva, que es comprendido como un mecanismo de defensa para reducir el impacto emocional de los acontecimientos traumáticos, favoreciendo el autocontrol junto con una expresión de las emociones lo más adecuadamente posible, logrando evitar el desgaste emocional.

En relación a los niveles de resiliencia, se observa que una resiliencia alta es fundamental para sobreponerse a las adversidades (Ulloque-Caamaño et al., 2015), mientras que un nivel de resiliencia bajo puede acompañarse de angustia psicológica, ideación suicida y posiblemente ser necesario apoyo psicológico. Pero también se encuentra un nivel moderado o medio, que según Vargas Sánchez et al. (2018) brinda la posibilidad de que el sujeto enfrente una situación adversa de forma funcional.

Básicamente, la resiliencia consiste en resistir ante las dificultades, actuar de manera correcta, incluso en condiciones desventajosas, superarlas y salir transformado o fortalecido (Wagnild y Young, 1993).

A su vez, Rutter (1993) considera que la resiliencia es una construcción teórica cimentada en la convicción de que algunas personas, más que otras, tienen la facultad de soportar la adversidad. De igual forma, Masten (2001) la entiende como un "fenómeno común que se produce en la mayoría de los casos del funcionamiento de los sistemas adaptativos humanos básicos" (p. 227); y Vanistendael y Lecomte (2002) la conceptúan "como un recurso que lleva a muchas personas resilientes a mostrar una extraña mezcla de fuerza y fragilidad. La fragilidad proviene de la prueba vivida, la fuerza de la prueba que fue superada" (p. 157).

Por otra parte, Cyrulnik (2001) define a la resiliencia "como un proceso diacrónico y sincrónico: las fuerzas biológicas de desarrollo se articulan con el contexto social para crear una representación de sí que permite la historización del sujeto" (p.40). Por lo tanto, según García y Domínguez (2013), "es decisivo el papel de la familia, la institución educativa, la comunidad y la sociedad, como facilitadoras de la autogestión del desarrollo personal y social" (p.74).

Manciaux et al. (2003) destacan la capacidad de una Persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de situaciones traumáticas; mientras que para Bonanno et al. (2002), la resiliencia incluiría dos aspectos: resistir el suceso y rehacerse del mismo.

La resiliencia, entonces, es muy importante para la vida, puesto que permite enfrentar las situaciones difíciles de una forma positiva; y su desarrollo depende tanto de recursos personales como externos entre los que se encuentran la familia, comunidad y las instituciones educativas.

Estos medios de socialización se convierten en factores protectores que posibilitan disminuir las consecuencias negativas de las circunstancias estresantes o adversas. Por consiguiente, si se quiere construir resiliencia, es fundamental fortalecer las relaciones entre dichos factores (Caldera et al., 2016). Es por ello, que según Chirino Flores et al. (2020) expresa que la resiliencia está estrechamente ligada a factores protectores que amortiguan los impactos emocionales, entre los que se pueden mencionar: el humor, la perseverancia, confianza en sí mismo, empatía y orientación a la resolución de problemas.

Actualmente, existe un gran interés en conocer los factores que pueden ser determinantes de la resiliencia. Se ha propuesto que algunas características de personalidad como la seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, o tener un propósito significativo en la vida, así como, creer que uno puede influir en lo que le sucede y creer que se puede aprender tanto de las experiencias positivas como de las negativas, favorecen respuestas resilientes en los sujetos (Morán Astorga et al. 2017).

Estrategias de Afrontamiento

El concepto de estrategia de afrontamiento ha sido trabajado en el campo de la salud mental y la psicopatología principalmente, relacionándolo con el estrés, las emociones y la solución de problemas (Londoño et al., 2006).

Al definir el término "afrontamiento" es la traducción castellana del término inglés "*coping*", y con él, se hace referencia a hacer frente a una situación estresante. La gran mayoría de los autores utiliza este término para referirse a todo un conjunto de respuestas que tratan de reducir las cualidades negativas o aversivas de la situación estresante (Lazarus y Folkman, 1986).

Respecto al afrontamiento, la teoría de Lazarus y Folkman (1984) lo define como los intentos cognitivos, emocionales y conductuales para manejar demandas que son evaluadas como exigentes o que exceden la propia capacidad del individuo para adaptarse. El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés y se evidencia su ejecución mediante las acciones de las personas para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida. Estas acciones han sido conceptualizadas como estrategias de afrontamiento (Morán Astorga et al., 2014).

No todos los individuos desarrollan una respuesta de estrés bajo las mismas circunstancias, del mismo modo esta tampoco será idéntica de una persona a otra. No obstante, sí se pueden definir tres niveles de respuesta que habitualmente se dan: 1) el nivel cognitivo, en el cual el individuo se centra en la evaluación de la situación, así como en la de sus posibles consecuencias; 2) el nivel fisiológico, relativo a la activación general del organismo que se produce ante una situación estresante, dirigida a poner el cuerpo en estado de alerta para responder a la amenaza; y 3) el nivel motor o conductual, el cual se identifica con las conductas llevadas a cabo por el individuo para hacer frente al problema (Lazarus y

Folkman, 1991). Estas conductas son las que habitualmente se conocen como estrategias de afrontamiento.

Otra característica del afrontamiento es que es una respuesta susceptible de ser aprendida frente a las situaciones problemáticas. Siendo que el mismo requiere un esfuerzo, unas veces consciente, otras no, pero requiere un esfuerzo dirigido a manejar la situación que, en ocasiones, cuando no se puede cambiar, se trabaja para adaptarse a ella (Morán Astorga et al., 2009).

A su vez, se plantea que el afrontamiento o *coping* puede estar orientado al problema u orientado a la emoción. En el primer caso, la persona busca solucionar la dificultad con el objetivo de volver al estado de bienestar y tranquilidad que le fue quitado al enfrentar la crisis. En el segundo caso, la persona busca autorregularse, de tal manera que se disminuya el efecto negativo que el problema ha producido en sus emociones. Lo anterior implica que los estilos de afrontamiento dependen de las características personales de cada individuo (Lazarus, 1993 y Flórez et al., 2020).

En resumen, se distinguen dichas estrategias en función del elemento en el que estas se focalicen: bien en modificar la situación causante del estrés (centradas en el problema), o bien en reducir la activación fisiológica y la respuesta emocional que dicha situación produce (centradas en la emoción). Otra aproximación también distingue las estrategias, pero en función del método que se emplee, distinguiendo aquí aquellas estrategias que son conductuales de las que son cognitivas (Lazarus y Folkman, 1984, 1986; Frydenberg y Lewis, 1991; Plancherel y Bolognini, 1995)

En cambio, existen autores que distinguen entre aquellas estrategias de *coping* al acercamiento y la evitación (Roth y Cohen, 1986). Cuando el acercamiento, como por ejemplo la reestructuración cognitiva, representa un proceso activo, la evitación describe los procesos pasivos (Beyer et al., 2007; Roth y Cohen, 1986). Lo cual coincide con lo que expresa Moos (1993) en su modelo en donde realiza una clasificación de las estrategias de afrontamiento basado en dos variables: el elemento en el que se focalizan y el método empleado. En cuanto al elemento, las estrategias pueden estar centradas en resolver la situación causante de estrés (aproximativas) o en minimizar las emociones derivadas de la misma (evitativas).

Este hecho de utilizar esfuerzos mentales para hacer frente a determinada situación que le causa estrés (Moos, 1993; 1995, citado en Sicre y Casaro, 2014), es lo que se conoce como estrategias de afrontamiento por aproximación cognitiva o aproximativas.

De esta manera, se puede observar que las estrategias directas abordan las causas del estrés y las estrategias indirectas intentan cambiar la intensidad del estrés o pasar por alto las emociones (Eschenbeck et al., 2007; Griffith et al., 2000; Klein-Heßling y Lohaus, 2002). Dicho de otra manera, las estrategias de acercamiento o aproximativas, según cada autor, también denominadas activas coinciden con las centradas en el problema, mientras que las de evitación y/o pasivas se encuentran más relacionadas con las del tipo centradas en la emoción.

Las estrategias de afrontamiento resultan fundamentales a la hora de enfrentar un problema o situación estresante. Así, se ha encontrado que el empleo de unas u otras estrategias resultará determinante de la efectividad de la respuesta (Britt et al., 2016; Hershcovis et al., 2018). Asimismo, las estrategias de afrontamiento han mostrado ser un elemento moderador entre diferentes estresores y el nivel de salud mental de los individuos en distintos ámbitos y tipos de población (Kahn et al., 2020; Labrague et al., 2017; Thompson et al., 2018)

Entonces se entiende que el uso de algunas estrategias es más favorable y eficaz en ciertas situaciones que la implementación de otras que no benefician y pueden contribuir de manera negativa o no ayudar a resolver o tolerar cierto hecho que está generando un malestar en el individuo.

En el trabajo de Muela Martínez et al (2002) se halló que las estrategias de afrontamiento son más o menos eficaces en función de la situación a la que se aplican más que por la propia estrategia en sí. Con respecto a las estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés, se encuentran la evitación de problemas y la represión emocional, las cuales, están relacionadas con un mayor grado de condiciones patológicas (Compas et al., 2017).

Londoño et al. (2006) evidencian la manera en que las personas mueven sus recursos cognitivos y comportamentales para superar la adversidad y separa diversas estrategias como ser: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo

profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía. Dentro de ellas se destaca la importancia de la búsqueda de apoyo profesional, que a su vez se constituye en un apoyo social.

La población adulta, es uno de los segmentos de población mayormente afectada con trastornos mentales, posiblemente las condiciones actuales de crisis social y económica pueden agudizar el aparecimiento de trastornos mentales. Ante la posibilidad de manifestar algún trastorno de salud mental la población recurre a las estrategias de afrontamiento para hacer frente al posible trastorno (Valladares et al., 2018).

Resiliencia y afrontamiento

Existe un acuerdo entre los investigadores en considerar que la manera de afrontar los problemas que en la vida causan estrés puede ser uno de los determinantes de la resiliencia (Becoña, 2006). De hecho, Connor y Davidson (2003) definen la resiliencia como una medida de la capacidad que tienen los organismos vivos para enfrentarse con el estrés.

La mayoría de las personas se sobreponen, con mayor o menor fortuna, a las situaciones adversas que pueden llegar a experimentar a lo largo de su vida, padeciendo, sobre todo, en los primeros momentos de las mismas emociones negativas de gran intensidad. En muchos casos, la intensidad de estas emociones va decreciendo con el tiempo y con la adaptación a la nueva realidad (Limonero et al., 2012).

No obstante, en algunas ocasiones, la vivencia del trauma es tan intensa, que las secuelas del mismo los acompañan toda la vida (Echeburúa y Corral, 2007; Echeburúa et al., 2002). Por otra parte, en el extremo contrario se encontrarán aquellas personas a las cuales la vivencia del trauma les produce un crecimiento personal que hace que sus vidas adquieran un nuevo sentido y afronten con mayores garantías de éxito la nueva realidad (Vázquez et al., 2009).

De acuerdo con Luthar y Cicchetti (2000), la resiliencia se puede conceptualizar como un proceso dinámico donde los individuos presentan una adaptación positiva a pesar de la adversidad o trauma que experimentan. No obstante, no representaría una característica de personalidad (Luthar, 1993) sino, más bien, una forma de afrontamiento a la adversidad que promueve el uso de estrategias cognitivas y

conductuales (Sinclair y Wallston, 2004). Según estos autores, las personas con un patrón de afrontamiento resiliente tenderían a usar con mayor frecuencia la reevaluación cognitiva de la situación y la solución activa de problemas. Esto coincide con los hallazgos presentados por Valladares et al. (2018), en los cuales se afirma que las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva y las que se focalizan en la solución de problemas, son las que se conocen como racionales y según estos autores son las más usadas. Además, los resultados de Floréz et al. (2020) revelan que, dentro de las estrategias más utilizadas en relación con los cinco niveles de resiliencia, se encuentra la solución de problemas.

Es importante desarrollar competencias no solo cognitivas, sino también sociales, emocionales y afectivas que les sirvan a los individuos para convertir la resiliencia en un hábito individual, grupal y comunitario con el cual puedan proyectar un futuro mejor y tener una vida digna (Flórez et al., 2020).

En este sentido, se debe considerar que las familias experimentan cambios cuando nace un nuevo miembro. Estas modificaciones igualmente se manifiestan con el nacimiento de un hijo con discapacidad. En estos casos la familia necesita de mayor apoyo para desarrollar su capacidad para conocer y regular sus emociones (Heiman, 2002). Las personas que perciben, conocen y manejan sus emociones pueden gestionar mejor sus problemas emocionales y, por lo tanto, pueden vivenciar experiencias de mayor bienestar (Armstrong et al., 2011; Matthews et al., 2012). Tener un hijo con discapacidad involucra diversas situaciones de confusión, en las cuales se manifiestan sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad (Lloyd y Hastings 2019). Por tanto, es de esperar que aquellos padres de familia que no utilicen las estrategias de afrontamiento adecuadas, correspondientes a cada situación o contexto, presenten un menor nivel de resiliencia.

Discapacidad Intelectual y entorno familiar

La Discapacidad Intelectual (DI) es entendida como la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que implica que la persona pueda tener dificultades para comprender, aprender y recordar cosas nuevas, que se manifiestan durante el desarrollo, y que contribuyen al nivel de inteligencia general, por ejemplo, habilidades cognitivas, motoras, sociales y de lenguaje (Organización Mundial de la Salud, 1992, citado en Ke y Liu 2017).

Dowshen (2015) explica que los niños con necesidades especiales necesitan ayuda adicional ante la presencia de un problema médico, emocional o de aprendizaje. Se considera que son niños con necesidades especiales debido a que pueden necesitar medicinas, terapia o ayuda adicional; esto implica una diferencia con otros niños que no tienen dicha necesidad con la misma frecuencia e intensidad.

Esto último, deriva en un tipo específico de cuidado y atención que sus padres o cuidadores deben aportar o realizar. Cuidado que se relaciona además con el contexto, la familia, la salud física y mental del cuidador, el apoyo recibido, los recursos, y muchos otros factores que determinarán el tipo de atención que se brinde.

Con relación a la población objeto, se encuentra que las familias suelen experimentar una serie de sentimientos negativos ante el nacimiento de un hijo con discapacidad. Esta situación, que es inesperada, suele diferir con las expectativas sobre el hijo esperado. La confusión y los sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad se mezclan en los miembros de la familia, surgiendo constantemente preguntas sobre el porqué de esta situación. Lo anterior implica que deben aprender a comunicar sus requerimientos con precisión, solicitar ayuda, manejar la ansiedad y controlar su lenguaje. Incluso, tienen necesidad de acomodar la forma de relación y convivir entre los diversos miembros de la familia (Salazar, 2017).

Miller (2007), citado en Hernández (2016), menciona que cuando uno de los hijos presenta una discapacidad, en la relación de padres existe una especie de asociación, y ambos tratan de ser fuertes, creando crisis en el sistema familiar, ya que existe un impacto psicológico en la ruptura de fantasías.

Valero (2008) pone énfasis en que no importa aquello que sucede sino cómo es interpretado, y dicha interpretación es la que influye o compone los pilares de la resiliencia. Existe la probabilidad de poder entrenar estas características resilientes a través de programas psicoeducativos (Imbar, 1995). Werner (1989) considera a la resiliencia como una estrategia pedagógica que posibilita el desarrollo de potenciales aptitudes y habilidades las cuales pueden ser modificables, adquiridas y enseñadas. Igualmente, puede convertirse en un factor social que favorece el proceso de humanización, el cual conduce a niveles superiores de autonomía, inteligencia y solidaridad.

Tal como lo plantea Melillo (2004), para los centros educativos, es un gran reto llegar a ser entornos en donde la resiliencia pase de ser una condición psicológica a una social. Para que esto ocurra, dichos centros deben estar comprometidos con la búsqueda de la justicia y el bienestar de las personas que sufren desigualdades, como lo son los estudiantes, los niños en este caso y sus familias quienes en su diario vivir sufren situaciones socioemocionales que ponen en riesgo no solo su presente y futuro, sino también los de la sociedad en general.

Recordar a los educadores lo importantes que son para la sociedad, resulta ser una de las estrategias más útiles para promover la resiliencia en los contextos escolares (López, 2010), lo cual también, puede ser llevado a otros ámbitos como los centros terapéuticos donde no solo se realiza un tratamiento, sino que además se le brindan estrategias tanto a los niños como a los padres para afrontar diversas situaciones. Ya que, existe consistente evidencia de que los niños que perciben un alto nivel de apoyo de parte de sus padres son más adaptativos y que el apoyo de los padres reduce los efectos negativos de los estresores sobre la salud mental de los niños (Sandler et al., 1997). De ahí la importancia del desarrollo de un adecuado estilo de relación parental y de que éste sea percibido como tal por el niño.

La resiliencia familiar se requiere para mantener una visión positiva pero realista de la situación, dominando lo posible y aceptando lo inevitable (Gómez y Kotliarenco, 2010).

Para finalizar, se entiende, que la resiliencia le abre las puertas al ser humano hacia la esperanza y le brinda la posibilidad de estar abierto a un aprendizaje continuo para transformar su vida y la de otros, a pesar de las condiciones más extremas que pueda experimentar en su entorno. Por ello, enfatiza en el potencial humano desde la responsabilidad individual y colectiva; en este sentido, a las instituciones sean familiares o educativas les asiste el compromiso social y moral de promoverla, para fortalecer su uso en estrategias como la resolución de problemas y toma de decisiones, que los lleven a incrementar su capacidad de defensa, así como a construir y reconstruir su vida frente a situaciones, ya sean positivas o adversas (Floréz et al., 2020).

Estado Actual del Conocimiento

Las investigaciones presentadas a continuación exploran la relación entre estrategias de afrontamiento, resiliencia y salud mental en diferentes poblaciones y contextos. A través de estos estudios, se pueden identificar las conexiones y hallazgos claves relacionados con la resiliencia y las estrategias de afrontamiento.

En población de familiares de personas con Síndrome de Down, las estrategias que contribuyen al desarrollo de la resiliencia son, el apoyo social, sentido del humor, ocio, realizar labores fuera del hogar además del desarrollo de la espiritualidad. Se incluyen además el apoyo social percibido en las madres y la resiliencia ego (entendida como la flexibilidad para actuar, adaptándose a los cambios con una actitud positiva) en los padres de niños con Síndrome de Down, siendo estos los que favorecen la adaptación, el bienestar, la comunicación y la resiliencia familiar (Oñate y Calvete, 2017). A su vez, Morán Astorga et al. (2019) y Lorea y Pedrón (2022) confirman que las estrategias de afrontamiento predicen un 34% de la variabilidad de la resiliencia. Específicamente las estrategias de afrontamiento activo, reinterpretación positiva, aceptación, humor y religión se correlacionan positivamente con la resiliencia. Esto quiere decir que, cuanto más se incrementa su uso, más resiliente llega a ser la persona. Utilizar dichas estrategias significa que las personas que realizan acciones dirigidas a eliminar al estresor, incrementando los esfuerzos para reducirlo o acabar con él, les hace ser más resilientes a la adversidad, superando mejor los traumas y proyectando un futuro más fértil.

Lorea y Pedrón (2022) en su trabajo concluye que es relevante destacar la asociación positiva entre los niveles de resiliencia y las estrategias de afrontamiento por aproximación cognitiva.

En una investigación realizada por Gancedo et al. (2020), se ha comprobado que un mayor uso de algunas estrategias de afrontamiento correlaciona con mejor estado de salud mental. Estas estrategias son el análisis lógico, la búsqueda de orientación y apoyo, la resolución de problemas y la descarga emocional. Cabe destacar que el análisis lógico, la búsqueda de orientación y apoyo y la resolución de problemas son estrategias aproximativas, como se menciona anteriormente. La literatura señala la mayor

eficacia de este tipo de estrategias, dado que se dirigen directamente al origen de la situación que causa estrés, tratando de modificarla.

El empleo de estrategias de afrontamiento aproximativas conlleva una elevada sensación de control sobre el problema, lo que reporta mayor bienestar al individuo que el empleo de estrategias evitativas. De igual modo, se ha comprobado que las estrategias de afrontamiento actúan como elemento moderador entre las emociones positivas y la resiliencia. En cuanto a la estrategia de Descarga emocional, esta es de carácter evitativo. Como se ha señalado previamente, de forma generalizada son las estrategias aproximativas las que conllevan unos mejores resultados. Sin embargo, se ha encontrado que en situaciones concretas las estrategias evitativas pueden ser efectivas de cara a reducir el malestar emocional. Esto puede ocurrir cuando la situación que provoca la respuesta de estrés se encuentra fuera del control del individuo (Gancedo et al., 2020).

Todos estos tipos de estrategias que se fueron mencionando de diferentes investigaciones y autores (Morán Astorga et al, 2019; Gancedo et al., 2020; Lorea y Pedrón, 2022) confirman una predicción positiva entre estrategias de afrontamiento aproximativas y un mayor nivel de resiliencia. Pero, por otro lado, se encuentran dos estrategias que predicen en negativo, es decir, disminuyen la resiliencia. Estas son 1) Desahogo: implica contar la experiencia traumática, y/o tender a expresar, descargar esos sentimientos, aumentando la conciencia del propio malestar emocional; 2) Desconexión conductual: existe cuando se reducen o se renuncia a los esfuerzos para tratar con el estresor (Morán Astorga et al., 2019).

Estas variables fueron estudiadas en población de estudiantes universitarios víctimas del conflicto armado colombiano por Floréz et al. (2020) quienes revelan que las estrategias más utilizadas en relación con los cinco niveles de resiliencia son: solución de problemas, religión, búsqueda de apoyo social y evitación emocional; y las menos usadas son: autonomía, negación, expresión de dificultad de afrontamiento y reacción agresiva.

La adaptación positiva asumida ante las adversidades y los hechos victimizantes que han marcado sus vidas, promueve el desarrollo de competencias que los prepara para asumir riesgos superiores,

fortalecer su inteligencia emocional y sus motivaciones intrínsecas. Es por ello, que los resultados de la investigación confirman que la resiliencia está estrechamente ligada a factores protectores que amortiguan los impactos emocionales, entre los que se pueden mencionar: el humor, la perseverancia, confianza en sí mismo, empatía y orientación a la resolución de problemas. Lo anterior indica que la resiliencia beneficia el desarrollo de habilidades en los individuos y los hace más competentes socialmente, y capaces para resolver problemas y orientar a los sujetos hacia un mejor futuro (Floréz et al., 2020).

Asimismo, se encontró que la resiliencia se asocia con una menor aparición de síntomas de trastornos mentales, y algunas estrategias de afrontamiento, como la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social, se relacionan con un mejor estado de salud mental. Esto destaca la importancia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar mental de los individuos (Valladares et al., 2018; Gancedo et al., 2020). Por lo tanto, un mayor uso de ciertas estrategias de afrontamiento se asocia con un mejor estado de salud mental, lo que subraya la importancia de las estrategias en la salud mental de la población.

Los entrenamientos centrados en la mejora de las estrategias de afrontamiento han mostrado eficacia tanto en la respuesta que los individuos dan ante una situación de estrés como en los consiguientes efectos que esta situación conlleva (Gancedo et al., 2020). Esto sugiere que el uso de estas estrategias puede fortalecer la capacidad de una persona para adaptarse y superar situaciones difíciles.

En relación con las muestras en general, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en relación a estrategias de afrontamiento resilientes (Limonero et al., 2012). Lo cual se asimila a lo encontrado por Gínez Silva, et al. (2019), quienes afirman que no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con la resiliencia. Otro dato relevante que se obtuvo es que la muestra en general tuvo un nivel de resiliencia moderado. Esto indica, según Vargas Sánchez et al. (2018) la posibilidad de que el sujeto enfrente una situación adversa de forma funcional.

Siguiendo esta línea, se encuentran los resultados hallados en el estudio de Gínez Silva et, al. (2019) que indican que existen diferencias significativas en función de la edad y la resiliencia. Los mismos destacan que a medida que la edad se incrementa la resiliencia aumenta, siendo el grupo de

adultos-jóvenes (de 26 a 45 años) y adultos (de 46 a 65 años) los que obtuvieron una puntuación en resiliencia más elevada en comparación con los otros grupos más jóvenes.

En una investigación de tesis llevada a cabo por Jordan Vivanco y Prada Lagos (2021) con el objetivo de determinar la relación de los estilos de afrontamiento y el estrés en las madres de niños con discapacidad del Centro de Rehabilitación Wasi Esperanza, Ayacucho, se demuestra que existe una correlación significativa entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y el estrés que experimentan las madres de niños con discapacidad. Este tipo de estrategia permite examinar y establecer las formas para poder enfrentar el entorno generado por el estrés mediante una estrategia planificada y centrando toda la energía para confrontar el hecho que provoca estrés.

Continuando con la población de madres y padres, se encontró una proporción similar de escasa resiliencia (44.4%) entre los mismos. También se evidencia una relación entre la inteligencia emocional y la resiliencia, lo que sugiere que un mayor manejo de las emociones puede contribuir a una mayor resiliencia en padres de niños con discapacidad. Aunque existe asociación entre el tipo de discapacidad y los niveles de ambas variables principales, se manifiestan diferencias en su comportamiento respecto al tipo de discapacidad de los hijos. Los resultados señalan un 66% de padres con hijos con síndrome de Down con escasa resiliencia, mientras que un 56% de padres con hijos con discapacidad intelectual reportan un nivel mayor de resiliencia (Salazar, 2017).

En línea con lo último aportado, los resultados obtenidos en la investigación de Amagua Chalco (2024), mostraron que los participantes presentan niveles de resiliencia medio, elevado y muy elevado, y que estos contribuyen a que el grupo familiar muestre niveles positivos o saludables de adaptabilidad, gracias a la capacidad de desarrollar varias habilidades que les permita enfrentar los desafíos que se presenten.

En madres de personas con síndrome de Down, Lorea y Pedrón (2022) destaca la asociación positiva entre los niveles de resiliencia y las estrategias de afrontamiento por aproximación cognitiva, lo que sugiere que las madres más resilientes tienden a utilizar estrategias que implican esfuerzos mentales para abordar situaciones estresantes relacionadas con sus hijos. Esto indica que las madres más resilientes,

es decir, con mayor capacidad de adaptación positiva a un hecho que le genera malestar (Luthar y Cicchetti, 2000), utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento por aproximación cognitiva.

Otro estudio, realizado por Vázquez García, et al. (2025) a cuidadores primarios informales de personas con Síndrome de Down que evalúa la resiliencia de los mismos, evidencia que los cuidadores tienen poca confianza en sí mismos para el logro de sus objetivos personales y ser exitosos. Además, no cuentan con las suficientes habilidades para establecer contacto con otras personas y hacer amistades nuevas; sumando que presentan dificultades para la planeación y la organización del tiempo.

Siguiendo con los resultados encontrados, al menos la mitad de estos cuidadores perciben no contar con una adecuada relación con la familia ni con el suficiente soporte social, para recibir apoyo en situaciones complicadas (Vázquez, et al. 2025). Contar con una red de apoyo favorece las actividades de cuidado, teniendo en cuenta los retos a los que se enfrentan estos cuidadores (Vázquez-García et al., 2023).

Continuando con la autora mencionada en el párrafo anterior, se encuentra en otro de sus trabajos (Vázquez-García et al., 2023), el análisis en base a la carga de los cuidadores de personas con síndrome de Down, obteniendo una correlación positiva entre la carga total y la percepción emocional negativa, además, el tiempo dedicado al cuidado correlacionó positivamente con el impacto del cuidado y las expectativas de autoeficacia. Siendo que el rol del cuidador es desempeñado principalmente por mujeres, lo cual también coincide con lo expresado por Amagua Chalco (2024) quien menciona que, aunque actualmente hay padres a cargo del cuidado primario de los hijos con parálisis cerebral, aún son las madres quienes, en mayor porcentaje, están a cargo de esta labor. Continuando con la investigación de Vázquez-García, et al. (2023), la misma pone de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones tempranas que promuevan la positividad en cuidadores de personas con Síndrome de Down, y con ello disminuya el nivel de carga.

En conjunto, dichos estudios proporcionan una comprensión más amplia de cómo las estrategias de afrontamiento, la resiliencia y otros factores están relacionados y pueden influir en la salud mental y el bienestar en diferentes poblaciones. Las estrategias de afrontamiento resilientes, como la reevaluación

positiva, la búsqueda de apoyo social y el afrontamiento activo, se destacan como elementos clave para afrontar situaciones difíciles y promover la resiliencia en diversas circunstancias.

El presente estudio

Por lo antedicho, la pregunta de investigación de este estudio es ¿Cómo es la relación entre la resiliencia y las estrategias de afrontamiento de padres de hijos con discapacidad intelectual?, para responder este interrogante, se plantearon los siguientes objetivos: a) analizar la relación entre la resiliencia y las estrategias de afrontamiento de padres de hijos con discapacidad intelectual; (b) determinar el nivel y los factores de resiliencia de los padres con hijos con discapacidad intelectual; (c) determinar cuál/es y qué tipo de estrategias de afrontamiento predominan en los padres con hijos con discapacidad intelectual; (d) analizar la relación entre la resiliencia y las estrategias de afrontamiento de padres con hijos con discapacidad intelectual según variables sociodemográficas como ser: edad, género, madre o padre, nivel educativo, si trabaja, tipo de discapacidad del hijo/a, apoyo de familiares/amigos/profesionales, cobertura médica de las terapias, si asisten y con qué frecuencia a orientación a padres.

Hipótesis

Hipótesis General

Los padres de hijos/as con discapacidad intelectual que posean estrategias de afrontamiento adecuadas centradas en el problema y/o en la emoción presentan mayor resiliencia y en menor medida estrategias de afrontamiento inadecuadas centradas en el problema y/o en la emoción.

(h1) Los padres de hijos/as con discapacidad intelectual de mayor edad, poseen mayor resiliencia

(h2) Los padres de hijos/as con discapacidad intelectual que cuentan con una red de apoyo de amigos/familiares o profesionales, y asisten con mayor frecuencia a orientación a padres poseen mayor resiliencia y estrategias de afrontamiento adecuadas como ser: reestructuración cognitiva, resolución del problema, apoyo social y expresión emocional.

(h3) Los padres/ hombres con hijos con discapacidad intelectual poseen estrategias inadecuadas de afrontamiento respecto a las madres o mujeres.

(h4) Los padres de hijos/as con discapacidad intelectual que no trabajan poseen menor resiliencia y estrategias de afrontamiento inadecuadas como ser: evitación del problema, pensamiento desiderativo, autocrítica y ocultamiento emocional.

Metodología

Diseño de la Investigación

El estudio se realizó con un diseño no experimental de tipo expost-facto, de enfoque cuantitativo, alcance correlacional y de corte transversal. Utilizando este tipo de estudio de retrospectiva simple, el cual, permite una búsqueda sistemática y empírica no teniendo el investigador control sobre las variables independientes pues los acontecimientos ya se manifestaron o son intrínsecamente manipulables. Es decir, son investigaciones donde el fenómeno o situación objeto de análisis no se modifica pues primero se produjo el hecho y después se analizan las posibles causas y consecuencias (Cancela Gordillo, 2010). Se entiende a los padres de hijos con discapacidad intelectual como variable independiente, resultando así las variables psicológicas evaluadas: resiliencia y estrategias de afrontamiento variables dependientes.

Muestra

Se tomó una muestra no probabilística; es decir, cuando no es posible el diseño probabilístico (de la población se extrae cada unidad que la integra con una probabilidad conocida, y distinta a cero), o a priori se sabe que no podrá realizarse, se recurre a las muestras no probabilísticas. Según muestreo de tipo intencional, bola de nieve (Cancela Gordillo, 2010).

El presente estudio tiene como población a padres de hijos con Discapacidad Intelectual que asisten a centros terapéuticos, ubicados en la Provincia de Buenos Aires, más específicamente en el Gran Buenos Aires, con el objetivo de que su/s hijo/s realicen las terapias necesarias, recomendadas por su médico pediatra o neurólogo. La muestra estuvo compuesta por 92 padres (89.1% madres y 10,9% padres), entre 20 y 54 años (M= 39.54; DS= 7.459) de los cuales el 89.1% era de género femenino y el 10.9% restante de género masculino.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

Padres de hijos con discapacidad intelectual, menores de 18 años, que concurran a Maitri Espacio Terapéutico.

Criterios de exclusión:

Padres de hijos con otro tipo de discapacidad que no sea intelectual.

Instrumento de Medición

Los enunciados planteados fueron relativos a:

-Cuestionario sociodemográfico confeccionado Ad - Hoc para los fines de la investigación.

Dentro del mismo la pregunta principal se encuentra dirigida a conocer si el padre o madre que responde a la encuesta es madre o padre de al menos un hijo con discapacidad intelectual, menor de 18 años del Gran Buenos Aires. Antes de realizar dicha pregunta se detalla un texto el cual expresa una definición de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) que expresa la definición de discapacidad intelectual. En caso de responder que sí, se aclara que en caso de tener más de un hijo con discapacidad intelectual solo responda la encuesta basándose y pensando en uno de ellos.

Luego las preguntas más relacionadas con datos sociodemográficos se hallan destinadas a recaudar datos sobre: edad, género, si es madre o padre, nivel de educación alcanzado, si se encuentra trabajando o no, cantidad de hijos que tiene.

Por otro lado, más referido al hijo/a, se cuestiona si tiene o no CUD, y si lo posee cuál es el diagnóstico que figura en el mismo. Continuando con la temática, las preguntas siguientes refieren en principio a si su hijo/a realiza terapia, la cantidad de las diferentes modalidades de terapia y el número aproximado de sesiones que realiza semanalmente.

En otro apartado relacionado a la situación de estos padres se intenta averiguar la manera en que cubren la/las terapia/s, ya sea de manera particular o por obra social. Se consulta además si ellos realizan orientación a padres y la frecuencia de la misma. Dentro de otras preguntas se encuentran las destinadas a verificar si esta persona es el cuidador principal o no, si cuenta con una red de apoyo con el tratamiento

de su hijo/a. Por último, se intenta saber cómo perciben la relación que tienen estos padres con el o los profesionales tratantes de su hijo y si creen que necesitan más información acerca de cómo tratar y ayudar a su hijo en su desarrollo.

-Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993, validada en argentina por Rodríguez et al., 2009)

Este mide la variable Resiliencia entendida como "la capacidad humana que permite hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas" (Munist et al., 1998). Los autores del instrumento definieron a la resiliencia como una característica positiva de la personalidad que favorece la adaptación individual.

Este instrumento cuenta con 25 ítems y sus opciones de respuesta son tipo likert que van desde 1=totalmente en desacuerdo, a 5=totalmente de acuerdo. El puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes de la escala y los valores teóricos van desde 25 a 175. Se encuentran como claves de corrección que los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146, moderada resiliencia y valores menores a 121, escasa resiliencia.

Está constituida por tres factores: 1) Capacidad de autoeficacia (2, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23); 2) Capacidad de propósito y sentido de vida (1, 4, 7, 14, 24); y por último 3) Evitación cognitiva (8, 11, 12, 22, 25). Los primeros dos factores se correlacionan entre sí y podrían ser entendidos como atributos, capacidades, habilidades, o actitudes positivas que las personas necesitan poseer para afrontar eficazmente situaciones traumáticas. Sin embargo, el tercer factor - a diferencia de los dos anteriores - podría ser entendido como un mecanismo de defensa necesario para reducir el impacto emocional del acontecimiento traumático y favorecer el autocontrol, la expresión emocional adecuada. Es decir que el mismo permitiría evitar el desgaste emocional y canalizar la energía de las emociones en situaciones difíciles. La consistencia interna del total de la escala fue de un Alfa de Cronbach de .72 y validez factorial.

- La Escala de estrategias de afrontamiento *Coping Strategies Inventory* (CSI-24) abreviada y validada en argentina por Schetsche et al. (2022).

Dicha escala se basó en la versión española desarrollada por Cano-García et al. (2007) (CSI-40). La misma evalúa el afrontamiento del estrés, o *coping* en inglés, el cual se define como un esfuerzo cognitivo y de comportamiento que cambia constantemente para manejar demandas externas y/o internas específicas de las que se percibe que agotan o exceden los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984).

La escala posee 24 ítems directos, con opciones de respuesta en escala likert de 0 a 4 (0 = Totalmente en desacuerdo 1 = En desacuerdo 2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3 = De acuerdo 4 = Totalmente de acuerdo) que se agrupan en 8 dimensiones, distinguiendo a qué grupo de estrategias corresponden. La Resolución del problema "REP" (01, 09, 17) y la Reestructuración cognitiva REC (02, 10, 18) forman parte de las estrategias adecuadas centradas en el problema; La Expresión emocional "EEM" (03, 11, 19) y Apoyo social "APS" (04, 12, 20) forman parte de las estrategias adecuadas centradas en la emoción; La Evitación del problema "EVP" (05, 13, 21) y el Pensamiento desiderativo "PSD" (06, 14, 22) constituyen las estrategias inadecuadas centradas en el problema; y por último las dimensiones Autocrítica "AUC" (07, 15, 23) y la Ocultación emocional "OCE" (08, 16, 24) son estrategias inadecuadas centradas en la emoción.

Se entiende que a mayor puntaje mayor es la estrategia o el grupo de estrategias utilizadas por el sujeto. El índice de confiabilidad de la escala fue evaluado mediante un Alfa de cronbach de .80, con validez convergente.

Procedimientos

Los padres colaboraron de manera voluntaria y anónima en la realización de las encuestas de manera virtual, debido a que las mismas fueron administradas mediante la plataforma *Google Forms* (https://forms.gle/s4L1J9tqtLdKCJ7H9) en el siguiente orden: 1) Consentimiento informado, 2) Cuestionario sociodemográfico, 3) Escala de Resiliencia y 4) Inventario de estrategias de afrontamiento. La administración implicó una sola toma. Se aclaró que los fines de la investigación eran únicamente educativos y por lo tanto no serían brindados a la institución de la cual forman parte; además se comentó que no hay un límite de tiempo y tampoco respuestas correctas e incorrectas. Para lograr la colaboración,

se solicitó la misma a los padres mediante mensaje de texto de Whatsapp y/o presencialmente a padres de hijos con discapacidad intelectual.

Aspectos Éticos

La asociación médica mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki (2000) como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a personas que realizan investigación médica en seres humanos.

Coincidiendo con lo expuesto en dicha declaración, el bienestar de las personas debe estar por encima de los intereses científicos o sociales, por lo que las encuestas se realizan con respeto, cuidando la salud y los derechos humanos, y permitiendo que la persona decida si participar o retirarse en cualquier momento (Helsinki, 2000).

Antes del inicio, se informa a la persona sobre los objetivos, métodos y características del estudio, aclarando que su participación es voluntaria y que la investigación tiene fines académicos vinculados a una tesis de grado de la Universidad Abierta Interamericana. En toda investigación cada individuo debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, afiliaciones institucionales (Helsinki, 2000).

Una vez informada la persona acerca de la investigación el siguiente paso consiste en solicitar el consentimiento informado, garantizando que los datos serán confidenciales y que se protegerá la intimidad y la integridad física y mental de los participantes.

Otro punto fundamental consiste en que la persona debe ser informada del derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin consecuencias. La investigación se justifica dado que puede traer muchos beneficios en tanto se evalúe y se compruebe que el uso de ciertas estrategias de afrontamiento puede llevar a favorecer y aumentar la resiliencia de manera positiva mientras que otras estrategias predicen en negativo. Esto aportaría información fundamental que puede ser implementada tanto por los individuos, profesionales o instituciones, que busquen mejorar la calidad de vida de padres de hijos con discapacidad intelectual, siendo que esto también repercute de cierta manera en esos hijos y en la familia en general.

Concluyendo con lo expuesto y para finalizar lo tratado, en la Declaración de Helsinki se cree relevante que, al publicar los resultados de la investigación, el profesional se encuentra obligado a mantener la exactitud de los datos y de los resultados, por lo tanto, se sigue dicha recomendación, publicándose tanto los resultados negativos como positivos.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 25.0. Primero se realizó una exploración de las frecuencias de las variables sociodemográficas (TABLA 1 y 2), luego se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión de las variables Resiliencia y sus dimensiones, y las estrategias de afrontamiento (TABLA 3). Se calculó la prueba de normalidad de variables psicológicas dando como resultado una distribución no paramétrica. Por ende, se procedió a realizar correlaciones con Rho de Spearman entre Resiliencia y sus dimensiones con cada una de las estrategias de afrontamiento y sus agrupaciones según adaptativas/desadaptativas y centradas en el problema o en la emoción, también se incluyeron la edad, el nivel educativo, la cantidad de hijos, la cantidad de terapias que realiza el hijo por el que se encuesta, la cantidad de sesiones que realiza de las diferentes terapias de forma semanal, y la frecuencia con la que asisten a orientación a padres (TABLA 4 y 5). Finalmente se realizó un análisis de diferencias de grupo con el estadístico U de Mann Whitney, según género, si es padre o madre, si trabaja, si posee cobertura médica para las terapias, si realiza orientación a padres y si es el cuidador principal. También se utilizó el estadístico H de Kruskall Wallis para evaluar si necesita más información sobre discapacidad, realizando un posterior post hoc, para identificar la diferencia entre los grupos según las variables mencionadas.

Reporte de Resultados

Estadística descriptiva

En la tabla 1. descriptiva de los datos sociodemográficos se evidencia que la mayoría son mujeres (89.1%), madres (89.1%), de más de 1 hijo (68%), con secundario completo (37%), seguido de universitario completo (23.9%). Más de la mitad de la muestra trabaja activamente (60.9%).

Tabla 1.

Descripción de datos sociodemográficos

Variable	Valores	fi	f%
Género	Mujer	82	89.1
	Hombre	10	10.9
Parentesco	Madre	82	89.1
	Padre	10	10.9
Estudios alcanzados	Primario completo	2	2.2
	Secundario incompleto	14	15.2
	Secundario completo	34	37
	Terciario incompleto	6	6.5
	Terciario completo	4	4.3
	Universitario incompleto	10	10.9
	Universitario completo	22	23.9
Trabaja	Sí	56	60.9
	No	36	39.1
Cant. Hijos	1	24	26.1
	2	48	52.2
	3	14	15.2
	4	4	4.3
	5 o más	2	2.2

Nota. n=92

Respecto a la información brindada relacionada con el cuidado del hijo/a con discapacidad, la mayoría de los hijos/as posee diagnóstico de TEA (31.5%), seguido de Síndrome de Down (19.6%). En su mayoría realizan 4 (34.8%) o 5 (21.7%) sesiones semanales de diferentes terapias, y asisten entre 1 y 4 veces por semana (65.2%). El mayor porcentaje refirió cubrir las terapias por medio de la obra social (89.1%) y exactamente la mitad de los cuidadores (50%) asisten a orientación a padres, en su mayoría una vez al mes (21.7%; n=20). La mayoría son cuidadores principales (89.1%) y la mitad de la muestra refirió

recibir ayuda de amigos/familiares o profesionales. Finalmente, refirieron necesitar información para acompañar el desarrollo de su hijo/a el 63% de los sujetos.

Tabla 2.

Descripción de datos sociodemográficos sobre el hijo/a con discapacidad

Variable	Valores	Fi	f%
Diagnóstico según CUD	Sindrome de Down	18	19.6
	TEA	29	31.5
	TGD	15	16.3
	TEL	14	15.2
	Retraso madurativo	16	17.4
Cantidad de terapias que realiza	1	8	8.7
	2	12	13
	3	14	15.2
	4	32	34.8
	5	20	21.7
	6 o más	6	6.5
Sesiones semanales de las diferentes modalidades de terapias	Entre 1 y 4	60	65.2
	Entre 5 y 9	28	30.4
	10 o más	4	4.3
Cobertura de las terapias	Obra social	82	89.1
	Particular	10	10.9
Orientación a padres	Sí	46	50
	No	46	50
Frecuencia de asistencia a orientación a padres	1 vez a la semana	4	4.3
	Cada 15 días	3	3.3
	1 vez al mes	20	21.7
	Cada 6 meses	12	13
	1 vez al año	6	6.5
Cuidador principal	Sí	82	89.1
	No	10	10.9
Ayuda con el cuidado	Sí	46	50
	No	46	50
Necesita más información para acompañar el desarrollo	Sí	58	63
	No	8	8.7
	Tal vez	26	28.3

Nota. n=92

Respecto a los niveles de resiliencia, en comparación con los niveles postulados en el instrumento (Rodríguez et al., 2009), se evidencian con una media baja. No obstante, en las estrategias de afrontamiento se resalta un bajo puntaje en evitación del problema y ocultación emocional, no así en el

resto de las estrategias. Se destaca una media alta en estrategias adecuadas centradas en el problema y la emoción, y de manera contraria medias bajas en las estrategias inadecuadas centradas en el problema y la emoción.

Tabla 3.

Descripción de Resiliencia y Estrategias de afrontamiento

Variable	M	DS	Min.	Max.
Resiliencia	93.69	13.932	50	119
Capacidad de autoeficacia	61.13	8.561	39	74
Capacidad de propósito y sentido de vida	17.06	3.723	6	24
Evitación cognitiva	15.50	3.760	5	24
Resolución del problema	10.43	1.749	4	12
Reestructuración cognitiva	8.54	2.786	0	12
Expresión emocional	8.82	2.211	2	12
Apoyo social	9.34	2.392	3	12
Evitación del problema	4.58	3.155	0	12
Procesamiento desiderativo	8.58	2.606	1	12
Autocrítica	6.63	3.491	0	12
Ocultación emocional	5.80	3.537	0	12
Estrategias adecuadas centradas en el problema	18.97	3.799	12	24
Estrategias adecuadas centradas en la emoción	18.17	4.083	8	24
Estrategias inadecuadas centradas en el problema	13.17	4.399	2	24
Estrategias inadecuadas centradas en la emoción	12.43	6.423	0	24

Nota. n=92.

Correlaciones

En cuanto a las correlaciones, no se halló asociación entre la edad y el nivel de estudios con la resiliencia y estrategias de afrontamiento. Si se halló que, a mayor cantidad de hijos, mayor es la capacidad de resiliencia, capacidad de propósito y sentido de vida y evitación cognitiva. También, se encontró que a más cantidad de diferentes terapias que realiza el hijo/a, aumentan las estrategias inadecuadas centradas en el problema, al contrario, cuanto mayor es el número de sesiones semanales a las que asiste, disminuyen las estrategias inadecuadas centradas en el problema y en la emoción. Se evidencia que la frecuencia de asistencia a orientación a padres también disminuye las estrategias inadecuadas centradas en el problema y aumenta la autoeficacia. En la asociación entre resiliencia y las estrategias de afrontamiento se encontró una relación significativa y directa con las estrategias adecuadas centradas en el problema y la emoción, no obstante, a mayor capacidad de propósito y sentido de vida y mayor evitación cognitiva, se evidencia un aumento en las estrategias de afrontamiento inadecuadas centradas en el problema.

Tabla 4.

Asociaciones entre Resiliencia, Estrategias de afrontamiento adecuadas e inadecuadas y variables sociodemográficas

Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. Edad	-	.25*	.03	-.21*	.01	-.39**	.08	.08	-.07	-.04	-.14	.26	-.01	-.13
2. Estudios		-	-.33**	.21*	.17	-.26	.00	.04	-.10	-.11	.10	.06	-.15	-.20
3. Cant. hijos			-	-.23*	-.09	.20	.22*	.13	.24*	.35**	.21*	.10	.06	.02
4. Cant. Terapias				-	.70**	.13	-.07	-.11	-.07	.00	.05	.15	.40**	-.15
5. Sesiones semanales					-	.16	.06	.06	-.10	.10	.12	.03	-.27**	-.20*
6. Frec. OP						-	.17	.35*	-.16	.16	.20	.10	-.39**	-.28
7. RES							-	.91**	.80**	.69**	.60**	.36**	.14	-.02
8. CAU								-	.59**	.45**	.54**	.39**	.03	-.11
9. CPSV									-	.59**	.47**	.29**	.22*	.13
10. EVC										-	.54**	.20	.36**	.15
11. EACP											-	.52**	.07	.13
12. EACE												-	.03	-.25*
13. EICP													-	.41**
14. EICE														-

Nota. n= 92. Estadístico Utilizado. Rho de Spearman. *p <.05; **p <.01.

En el análisis específico entre resiliencia y sus dimensiones con las estrategias de afrontamiento se evidenció una relación directa entre Resiliencia, capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de vida, evitación cognitiva con resolución del problema, reestructuración cognitiva, expresión emocional. Por otro lado, la Resiliencia y la capacidad de autoeficacia se asociaron de manera directa con apoyo social. También la Resiliencia, capacidad de propósito y sentido de vida y la evitación cognitiva se asociaron de manera directa con evitación del problema. Por último, se halló asociación entre capacidad

de propósito y sentido de vida con pensamiento desiderativo, de manera directa. Y la dimensión de resiliencia: evitación emocional tuvo una asociación directa con ocultamiento emocional.

Tabla 5.

Asociaciones entre Resiliencia y Estrategias de afrontamiento

Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. RES	-	.91**	.80**	.69**	.48**	.51**	.42**	.26*	.23*	.06	-.09	.06
2. CAU		-	.59**	.45**	.46**	.43**	.40**	.31**	.11	.05	-.14	-.04
3. CPSV			-	.59**	.27**	.46**	.41**	.18	.33**	.40**	.06	.16
4. EVC				-	.37**	.51**	.26**	.10	.40**	.16	.04	.23*
5. REP					-	.53**	.46**	.33**	-.24*	.02	-.14	.01
6. REC						-	.54**	.32**	.24*	-.01	.05	.30**
7. EEM							-	.59**	.16	.08	-.06	-.18
8. APS								-	-.04	-.02	-.19	-.32**
9. EVP									-	.09	.23*	.31**
10. PSD										-	.28**	.17
11. AUC											-	.67**
12. OCE												-

Nota. n= 92. Estadístico Utilizado. Rho de Spearman. *p <.05; **p <.01.

Diferencias de grupos

Se halló que las mujeres y madres de la muestra poseen menos estrategias inadecuadas centradas en el problema que los hombres y padres de hijos con discapacidad intelectual. (ver tabla 6.). También, se evidenció que las personas que no trabajan poseen mayor estrategia de reestructuración cognitiva, mayor pensamiento desiderativo, autocrítica, ocultamiento emocional y estrategias inadecuadas centradas en el problema, en cambio, quienes trabajan obtuvieron mayor puntaje en las estrategias inadecuadas centradas en la emoción. (ver tabla 7). En cuanto a la cobertura de las terapias, aquellos que lo hacen por obra social poseen mayor evitación cognitiva, y estrategias adecuadas centradas en el problema como resolución del

problema que quienes las cubren de forma particular. (ver tabla 8). En cuanto al cuidador principal del hijo/a con discapacidad intelectual, poseen más estrategias inadecuadas centradas en el problema quienes no lo son que quienes sí. (ver tabla 9). Por último, quienes tienen ayuda de familiares/ amigos o profesionales poseen menor capacidad de propósito y sentido de vida y evitación cognitiva que quienes sí. (ver tabla 10).

Tabla 6.

Diferencia de grupos según género/parentesco

Variable	Género/parentesco		Z	U	p.
	Mujer/Madre (n=82)	Hombre/Padre (n=10)			
EICP	44.57	62.30	-1.992	252.000	.046

Nota. Estadísticos Utilizados. U de Mann Whitney.*p <.05; **p <.01.

Tabla 7.

Diferencia de grupos según si trabaja o no

Variable	Trabaja		Z	U	p.
	Sí(n=56)	No(n=36)			
REC	40.86	55.28	-2.559	2288.000	.011
PSD	40.57	55.72	-2.687	2272.000	.007
AUC	40.11	56.44	-2.888	2246.000	.004
OCU	39.43	57.50	-3.183	2208.000	.001
EICP	43.39	51.33	-3.570	2160.000	.000
EICE	47.43	45.06	-3.479	2170.000	.001

Nota. Estadísticos Utilizados. U de Mann Whitney.*p <.05; **p <.01.

Tabla 8.

Diferencia de grupos según Cobertura de las terapias

Variable	Cobertura		Z	U	p.
	Obra social (n=82)	Particular (n=10)			
EVC	93.91	87.33	-1.968	309.000	.049
REP	93.00	87.47	-2.821	249.000	.005
EACP	93.01	88.46	-2.349	279.000	.019

Nota. n= 92. Estadístico Utilizado. U de Mann Whitney. $^{*}p < .05$; $^{**}p < .01$.

Tabla 9.

Diferencia de grupos según género/parentesco

Variable	Cuidador principal		Z	U	p.
	Sí (n=82)	No (n=10)			
EICP	45.57	60.30	-1.982	250.000	.046

Nota. Estadísticos Utilizados. U de Mann Whitney.$^{*}p < .05$; $^{**}p < .01$.

Tabla 10.

Diferencia de grupos según si posee red de apoyo (familiares, amigos o profesionales)

Variable	Recibe ayuda		Z	U	p.
	Sí (n=46)	No (n=46)			
CPSV	40.24	52.76	-2.261	1851.000	.024
EVC	40.28	52.72	-2.246	1853.000	.025

Nota. Estadístico Utilizado. U de Mann Whitney. $^{*}p < .05$; $^{**}p < .01$.

Finalmente, en la tabla 11. se presentan los análisis post-hoc solo de las diferencias significativas respecto a si cree necesitar más información para el cuidado de su hijo/a con discapacidad para acompañarlo en el desarrollo. Se evidenció que presentan mayor resiliencia quienes tal vez, o no creen necesitarla que quienes sí. También, los sujetos que no creen necesitar más información poseen mayor

capacidad de propósito y sentido de vida, y estrategias adaptativas centradas en el problema y en la emoción como: reestructuración cognitiva, expresión emocional y apoyo social que quienes sí o tal vez.

Tabla 11.

Diferencia de grupos según si cree necesitar mayor información para el cuidado de su hijo/a

Variable	Sí	No	Tal vez	gl	F	p.
		Diferencia de Medias				
RES	-10.50862*	10.50862*		2	5.322	.007
	-8.98939*		8.98939*			
CPSV	-3.46552*	3.46552*		2	7.002	.001
	-2.58090*		2.58090*			
REC	-2.41379*	2.41379*		2	4.667	.012
		3.30769*	-3.30769*			
EEM	-2.37069*	2.37069*		2	5.059	.008
		1.51923*	-1.51923*			
APS	-2.81897*	2.81897*		2	5.488	.006
		2.21154*	-2.21154*			
EACP	-3.60345*	3.60345*		2	4.503	.014
		4.42308*	-4.42308*			
EACE	-5.18966*	5.18966*		2	6.842	.002
		3.73077*	3.73077*			

Nota. Estadísticos Utilizados. H de Kruskall Wallis; F de ANOVA. Pos-Hoc Games Howell.

Discusión y Conclusión

De acuerdo a los objetivos mencionados se planteó una hipótesis general que afirmaba lo siguiente: Los padres de hijos/as con discapacidad intelectual que posean estrategias de afrontamiento adecuadas centradas en el problema y/o en la emoción presentan mayor resiliencia y en menor medida estrategias de afrontamiento inadecuadas centradas en el problema y/o en la emoción. Esta hipótesis se vio confirmada parcialmente, ya que se halló una relación significativa directa entre la resiliencia y el uso de estrategias adecuadas centradas en el problema como ser: reestructuración cognitiva, resolución del problema; centradas en la emoción: expresión emocional, y apoyo social, no obstante, no se evidenció relación significativa con las estrategias de afrontamiento inadecuadas.

Lo obtenido concuerda en parte con lo expuesto por autores como Morán Astorga et al. (2019) y Lorea y Pedrón (2022), quienes confirman que las estrategias de afrontamiento predicen un 34% de la variabilidad de la resiliencia.

En el análisis de datos, se observa que las estrategias de afrontamiento que predicen en positiva resiliencia son: resolución del problema (REP), reestructuración cognitiva (REC), evitación del problema (EVP) y apoyo social (APS). Se observa que las tres primeras son estrategias de afrontamiento adecuadas, siendo la resolución del problema (REP) y la reestructuración cognitiva (REC) centradas en el problema. En tanto que la tercera estrategia, apoyo social (APS), se enfoca en la emoción. Por último, se encuentra la evitación al problema (EVP), la cual se menciona como una estrategia inadecuada centrada en el problema.

Una de las estrategias de afrontamiento activo/centradas en el problema, que los autores Morán Astorga et al. (2019) y Lorea y Pedrón (2022) expresan que correlaciona positivamente con la resiliencia, es la reinterpretación positiva, la cual se asocia a lo que se denomina reestructuración cognitiva (REC). Esto quiere decir que, cuanto más se incrementa su uso, más resiliente llega a ser la persona. La reestructuración cognitiva (REC) representa un proceso activo mientras que la evitación del problema (EVP) describe los procesos pasivos (Beyer et al., 2007; Roth y Cohen, 1986).

Resolución del problema (REP), reestructuración cognitiva (REC) y evitación del problema (EVP) son estrategias orientadas al problema, mientras que el apoyo social (APS) lo hace en la emoción. En el primer caso, la persona busca solucionar la dificultad con el objetivo de volver al estado de bienestar y tranquilidad que le fue quitado al enfrentar la situación crítica. En el segundo caso, la persona busca autorregularse, de forma tal que disminuya el efecto negativo que el problema produce en sus emociones (Lazarus, 1993 y Flórez et al., 2020).

Según autores como Morán Astorga et al. (2019) y Lorea y Pedrón (2022) las estrategias de afrontamiento activo (centradas en problema) son las que correlacionan positivamente con la resiliencia, es decir, al incrementarse su uso, más resiliente va a ser la persona.

Con la solución de problemas (REP), se realizan múltiples acciones cognitivas y analíticas para examinar las situaciones problemáticas, intervenirlas y resolverlas (Flórez et al., 2020). Por otro lado, con la búsqueda del apoyo social (APS), se espera la ayuda emocional de los seres humanos más cercanos, como lo son los abuelos, tíos, amigos, profesionales, entre otros, para enfrentar las dificultades o situaciones no tanto conocidas por estos padres.

Los resultados del análisis de datos coinciden con lo expresado por Gancedo et al. (2020), quien menciona que a mayor uso de algunas estrategias de afrontamiento se promueve un mejor estado de salud mental. Dentro de ellas se encuentran el Análisis lógico, la búsqueda de orientación y apoyo, la resolución de problemas (REP), las cuales coinciden con lo obtenido en esta investigación.

Respecto a las dimensiones de resiliencia, se observó que la capacidad de propósito y sentido de vida, y la evitación cognitiva, tuvieron asociación directa con las estrategias inadecuadas centradas en el problema, específicamente evitación del problema (EVP) y ocultación emocional (OCE). Mientras que la primera se centra en el problema, la segunda lo hace en la emoción. En este caso, donde correlacionan positivamente estas dos dimensiones de resiliencia mencionada con dos estrategias inadecuadas, pero a su vez las mismas con focos distintos, se entiende que hay diversos factores, internos y/o externos, que pueden influenciar en la elección y puesta en marcha de una o de otra estrategia. Tener un hijo con discapacidad involucra diversas situaciones de confusión (Lloyd y Hastings 2019), además, la manera de reaccionar a estas situaciones es diferente en cada persona (Fletcher y Sarkar, 2013).

La capacidad de propósito y sentido de vida se refiere a las habilidades o actitudes positivas que las personas necesitan para afrontar eficazmente un hecho traumático (Rodríguez et al., 2009). Wagnild y Young (1993) la caracterizan como la aceptación de sí mismo y de la vida, basándose en la flexibilidad y la adaptación que puede tener una persona, que se requiere para mantener una visión positiva pero realista de la situación, dominando lo posible y aceptando lo inevitable (Gómez y Kotliarenco, 2010), entendiendo las posibilidades de ese hijo, de sus capacidades diferentes o especiales, pero también de las herramientas, habilidades y posibilidades de uno mismo, en este caso de estos padres.

Por su lado, la evitación cognitiva, es comprendida como un mecanismo de defensa para reducir el impacto emocional de los acontecimientos traumáticos, lo que favorece el autocontrol y una adecuada expresión de las emociones, para evitar el desgaste emocional (Rodríguez et al., 2009). Esta última dimensión es concordante con la utilización de las estrategias evitación del problema (EVP) y ocultación emocional (OCE) dado que ambas refieren a procesos pasivos o como otros autores las denominan, estrategias indirectas que intentan cambiar la intensidad del estrés o pasar por alto las emociones (Eschenbeck et al., 2007; Griffith et al., 2000; Klein-Heßling y Lohaus, 2002). Por otro lado, un metaanálisis realizado por Compas et al. (2017), señala que la evitación de problemas y la represión emocional están relacionadas con un mayor grado de condiciones patológicas.

(h1) Los padres de hijos/as con discapacidad intelectual de mayor edad, poseen mayor resiliencia. Esta hipótesis se vio refutada ya que no se evidencio en los resultados una asociación significativa, en contraposición con estudios como el realizado por Gínez Silva et, al. (2019) en el cual se indica la existencia de diferencias significativas en función de la edad y la resiliencia. Los autores destacan que a medida que la edad se incrementa la resiliencia aumenta.

Lo mencionado anteriormente, podría deberse a un aprendizaje mediante evaluaciones internas al aplicar ciertas estrategias en determinadas situaciones, que puede resultar tanto favorable como desfavorable y de este proceso el individuo se lleva la experiencia. Pero esto se podría interpretar desde un contexto más predecible y estático, mientras que las situaciones que atraviesan los padres de hijos con discapacidad son inciertas, ya en muchos casos desde el embarazo, generando confusión y los sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad. Además, Dowshen (2015) explica que los niños con necesidades especiales precisan de ayuda adicional ante la presencia de un problema médico, emocional o de aprendizaje, a diferencia de otros niños que no tienen dicha necesidad con la misma frecuencia e intensidad.

En base a lo mencionado y con la muestra y el contexto de estos padres, se cree que el no encontrarse una correlación positiva entre la edad y la resiliencia puede atribuirse a que no importa la edad de los mismo, si es mayor o menor, o si pasan los años, la resiliencia aparece en cierta medida como

algo estable para sobreponerse a las situaciones inesperadas que implican el cuidado, cariño y crianza de un hijo con discapacidad.

(h2) Los padres de hijos/as con discapacidad intelectual que cuentan con una red de apoyo de amigos/familiares, y asisten con mayor frecuencia a orientación a padres poseen mayor resiliencia y estrategias de afrontamiento adecuadas como ser: reestructuración cognitiva, resolución del problema, apoyo social y expresión emocional. Esta hipótesis se confirma parcialmente, ya que, los resultados evidenciaron que ni el apoyo de amigos/familiares ni la asistencia a orientación a padres posee diferencia significativa en el uso de estrategias de afrontamiento, no obstante, a mayor frecuencia de asistencia al espacio de orientación a padres se asocia de manera significativa y directa con una mayor capacidad de autoeficacia y con menor uso de estrategias inadecuadas centradas en el problema. Y a su vez, quienes no poseen apoyo de amigos/ familiares y profesionales obtuvieron mayor puntaje y diferencia significativa en capacidad de propósito y sentido de vida, y en evitación cognitiva que quienes sí lo poseen.

Retomando el resultado, respecto a quienes realizan orientación a padres, no se evidenció diferencia significativa, sin embargo, quienes sí asisten con mayor frecuencia a orientación a padres, poseen mayor capacidad de autoeficacia y disminuyen las estrategias inadecuadas centradas en el problema. Esta dimensión de resiliencia hace referencia a los atributos, capacidades, habilidades, o actitudes positivas que las personas necesitan poseer para afrontar eficazmente situaciones que son vivenciadas como traumáticas (Rodríguez et al., 2009). Esta se podría deber a que el espacio de orientación a padres o reuniones de los profesionales con los padres ya sea para comentar situaciones o por devoluciones siempre genera un lugar donde se realizan consultas desde ambos lados para entender mejor el contexto, por su lado el terapeuta conociendo más de la historia del hijo, de los padres y de la familia y por el opuesto los padres informándose y aprendiendo a través de preguntas o consejos de los profesionales. Esto deriva en un mayor conocimiento y les permite sacarse dudas de manejos y acciones a realizar para con sus hijos, lo que les brinda mayor seguridad al saber que es más probable que lo presentado por el terapeuta puede llegar a funcionar de manera positiva sin generar daños al hijo, y

también la posibilidad el obtener una sensación de control sobre las situaciones que se le presentan como abruptas, lo que los ayudará a implementar lo charlado en esas orientaciones.

(h3) Los padres/ hombres con hijos con discapacidad intelectual poseen estrategias inadecuadas de afrontamiento respecto a las madres o mujeres. Esta hipótesis se vio confirmada ya que se halló una diferencia significativa que evidenció un mayor uso de estrategias inadecuadas centradas en el problema para los padres respecto a las madres y para los hombres respecto a las mujeres.

En relación a otros estudios, en las muestras en general, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con relación a estrategias de afrontamiento resilientes (Limonero et al., 2012). Lo cual se asimila a lo encontrado por Gínez Silva, et al. (2019), quienes afirman que no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres y la resiliencia. Otro dato relevante que se obtuvo es que la muestra en general tuvo un nivel de resiliencia moderado, que según Vargas Sánchez et al. (2018) brinda la posibilidad de que el sujeto enfrente una situación adversa de forma funcional.

En el trabajo de Vázquez-García et al. (2023), se realiza un análisis en base a la carga de los cuidadores de personas con síndrome de Down, obteniendo una correlación positiva entre la carga total y la percepción emocional negativa, además, el tiempo dedicado al cuidado correlacionó positivamente con el impacto del cuidado y las expectativas de autoeficacia. Siendo que el rol del cuidador es desempeñado principalmente por mujeres, lo cual también coincide con lo expresado por Amagua Chalco (2024) quien menciona que, aunque actualmente hay padres a cargo del cuidado primario de los hijos con parálisis cerebral, aún son las madres quienes, en mayor porcentaje, están a cargo de esta labor.

Teniendo en cuenta lo mencionado, y siendo las madres las que en su mayor parte continúan con la tarea principal del cuidado de los hijos con discapacidad intelectual, se entiende que por su continuidad posean más expertis en que estrategias aplicar en determinados momentos y cuáles no. En tanto que, por su lado, los padres utilizan mayormente estrategias de afrontamiento inadecuadas. Con esto no se quiere decir que en ciertos momentos no sean aptas, sino que se debe evaluar el momento y con estos decidir si las que brindarán un mejor resultado serán las estrategias de afrontamiento adecuadas o las inadecuadas, y para esta decisión influye el conocimiento del día a día y del cuidado continuo.

Es de esperar que aquellos padres de familia que no utilicen las estrategias de afrontamiento adecuadas, correspondientes a cada situación o contexto, presenten un menor nivel de resiliencia (Lloyd y Hastings 2019).

(h4) Los padres de hijos/as con discapacidad intelectual que no trabajan poseen menor resiliencia y estrategias de afrontamiento inadecuadas como ser: evitación del problema, pensamiento desiderativo, autocrítica y ocultamiento emocional. Esta hipótesis se vio confirmada parcialmente, ya que, se halló diferencia con el uso de estrategias inadecuadas centradas en el problema y la emoción en quienes no trabajan, no obstante, no hubo diferencia entre quienes trabajan o no y el nivel de resiliencia.

En contraparte con lo encontrado, Oñate y Calvete (2017) dan cuenta que el realizar trabajos fuera de casa, tener tiempo ocio y apoyo social, se entienden como estrategias adaptativas que incrementan la resiliencia.

Siendo en este caso, la evitación del problema (EVP) y el pensamiento desiderativo (PSD) estrategias inadecuadas centradas en el problema. Mientras que las restantes, autocrítica (AUC) y ocultación emocional (OCE), estrategias inadecuadas centradas en la emoción. No obstante, se halló que los sujetos que no trabajan también evidenciaron mayor reestructuración cognitiva (REC) la cual no coincide con el grupo anterior, sino que es una estrategia adecuada centrada en el problema.

Otros resultados evidenciaron que aquellos padres que solventan las terapias por medio de la obra social poseen mayor evitación cognitiva (dimensión de resiliencia), y estrategias adecuadas centradas en el problema, específicamente: resolución del problema, que quienes las pagan de manera particular. Esto quizás podría deberse a que los padres tienen una problemática menos por resolver, donde de cierta manera la obra social o prepaga se encarga del pago de las terapias correspondientes y eso no se convierte en una carga extra, tanto mental como emocional, pudiendo concentrar sus energías en estrategias de afrontamiento adecuadas como lo es la resolución del problema.

Las personas que presentan algún tipo de discapacidad, sin distinción de clase social, raza, cultura, género, edad y condición económica, demandan a la sociedad el derecho a una vida en igualdad de condiciones (Amante y Vázquez, 2006).

Por lo tanto, la intervención debe basarse tanto en la identificación de las situaciones que generan malestar en el cuidador, ya que no son las mismas para todos los cuidadores, como en la detección de las estrategias que se están utilizando de un modo inapropiado. Posiblemente la disminución de estrategias inadecuadas conduzca a la reducción del malestar generado por esa situación. No consistiría por tanto en fomentar el uso indiscriminado de estrategias centradas en el problema, sino en hacerlo sólo cuando esto sea adecuado al problema, debiéndose trabajar en la misma medida en las estrategias centradas en la emoción cuando sea pertinente (Muela Martínez et al, 2002).

La resiliencia ha introducido una perspectiva diferente tanto en el ámbito de la psicopatología como en el de la educación al confiar más en la fortaleza de las personas y en sus posibilidades de realizar cambios positivos (Uriarte Arciniega, 2005). Esto brinda una esperanza, a muchos de los profesionales de la salud, en específico de la salud mental para comprender a los hijos, pero también a los padres de hijos con discapacidad intelectual, confiando en que evaluando ciertas variables y contextos sociales, económicos, afectivos y familiares, se le puede brindar una mejor atención a estas familias. Se plantea la necesidad de intervenir con programas que potencian la resiliencia (Salazar, 2017).

Por esto mismo sería recomendable el enseñar medidas de apoyo a las familias y a los cuidadores de hijos con discapacidad intelectual en la toma de decisiones de las que son partícipes, no solo como beneficiarios, sino como protagonistas de las mismas para conseguir una participación en la sociedad plena e igualitaria (Díaz, 2021).

Finalmente cabe destacar, el papel que juegan las instituciones a las que las familias asisten, tanto el colegio como los centros especializados, entre otros. Se menciona esto debido a que sería relevante la creación o modificación de proyectos por parte de los mencionados establecimientos donde se trabaje con los padres de hijos con discapacidad intelectual, con la familia nuclear y con sus cuidadores que son quienes están presentes en el día a día y la mayor parte del tiempo. Proyectos en donde predomine una colaboración más activa y continua entre las instituciones y los mismos.

Para que se brinden herramientas con el fin optimizar el uso de estrategias exactas para cada momento, lugar y teniendo en cuenta el tipo de discapacidad intelectual, es necesario incorporar

dispositivos en las instituciones que brinden información y fomenten el compromiso de los adultos para obtener estrategias adecuadas y aumentar el nivel de autoeficacia, ya que esto, podría fortalecer la capacidad de una persona, padre o cuidador para adaptarse y superar situaciones difíciles, volviéndose así, más resiliente y mejorando su calidad de vida y por ende la de sus hijos.

Limitaciones y Recomendaciones para Futuras Investigaciones

A modo de cierre, en cuanto a las limitaciones que esta investigación presentó, podrían mencionarse el tamaño un tanto reducido de la muestra, con una marcada predominancia de participantes de un mismo género (mayoritariamente mujeres), así como también la escasez de antecedentes y bibliografía que aborden específicamente los constructos de resiliencia y estrategias de afrontamiento en padres con hijos con discapacidad intelectual, encontrándose principalmente historial de investigación centrados en madres de hijos con Síndrome de Down, y siendo escasos los estudios que incluyan a padres en general o los denominados normo típicos, y también investigaciones que contemplen los diferentes diagnósticos comprendidos dentro de la discapacidad intelectual. También, se vio como limitación la falta de grupo control, la no manipulación de las variables, el tipo de muestreo no probabilístico, el cual, no permite la generalización de los resultados, y la temporalidad de la toma de datos: de corte transversal, que no permite evaluar las fluctuaciones de las variables psicológicas en el tiempo en dichos padres de hijos con discapacidad intelectual.

Como recomendación para futuras investigaciones se sugiere homogeneizar los grupos en cuanto a género antes de proceder a las comparaciones entre grupos y también realizar análisis afines a los de esta investigación comparando los diferentes diagnósticos o agrupaciones diagnósticas de los hijos de estos padres. A su vez, resultaría relevante distinguirlos según los centros terapéuticos a los que asisten, dado que los abordajes tanto institucionales como terapéuticos pueden variar.

Además, sería beneficioso la aplicación de otras escalas para evaluar otros constructos, por ejemplo, calidad de vida, nivel de sobrecarga del cuidador o intolerancia a la frustración entre otras, con el fin de constatar o no la ratificación de estos resultados.

Referencias Bibliográficas

Amagua Chalco, M. P. (2024). *Resiliencia de los Cuidadores Primarios de Niños y Niñas con Parálisis Cerebral, del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay y su relación con la Adaptabilidad Familiar. Universidad de Cuenca*. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Orientación Familiar.

Amar Amar, J., Martínez González, M., y Utria Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Revista Salud Uninorte, 29*(1), 124-133. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000100014&lng=en&tlng=es.

Armstrong, A. R., Galligan, R. F., y Critchley, C. R. (2011). Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences, 51*(3), 331-336.

Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y Garcia-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema, 12*, 331-336.

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología Clínica, 11*(3), 125-146.

Beyer, A., Fridrici, M., y Lohaus, A. (2007). *Programas de capacitación para adolescentes. Estrés y manejo del estrés en la infancia y la adolescencia.*

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. y Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 1150-1164.

Bonanno, G. A., Mancini, D. A. (2008). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potential Trauma. *Journal of American Academy of Pediatrics*, *121*(2): 369–375. https://doi.org/10.1542/peds.2007-1648

Britt, T. W., Crane M., Hodson, S. E. y Adler, A. B. (2016) "Effective and ineffective coping strategies in a low-autonomy work environment", J. Occup. *Health Psychol, 21*(2), 154-168.

Caldera, J. F., Aceves, B. I. y Reynoso, O. U. (2016). Resiliencia en estudiantes universitarios. Un estudio comparado entre carreras. *Psicogente, 19*(36), doi:http://dx.doi.org.ezproxy.cecar.edu.co:8080/10.17081/psico.19.36.1294.

Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Galindo Lara, G., y Valilla Gigante, S. (2010). *Metodología de la investigación educativa: Investigación ex post facto*. Madrid, España.

Cano-García, F. J., Rodríguez-Franco, L., y García-Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*(1), 29-39. Recuperado de https://actaspsiquiatria.es

Chirinos Flores, A., Munguia-Matamoros, A., Lagos-Velásquez, A., Salgado-David, J., Reyes-Ticas, A., Padgett-Moncada, D., y Donaire-Garcia, I. (2002). Prevalencia de trastornos Mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001. *Revista Médica Postgrado UNAH, 7*(1), 42-48.

Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., y Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin, 143*(9), 939-991. doi: 10.1037/bul0000110

Connor, K. M., y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 71-82.

Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. Barcelona: Granica.

DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. (2000). *Acta bioethica*, *6* (2), 321-334. https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010

Díaz, R. (2012). *Discapacidad y mirada colonial. Reflexiones desde perspectivas feministas y descoloniales.* Pp. 27-62. En Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina. En Dell'Anno [et.al.]; 1a ed. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. UNER. Paraná

Dos Anjos, E. M. y Morán-Astorga, M. C. (2016). A personalidade resiliente: Uma conceptualização teórica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, 1*(2), 151-156.

Dowshen, S. (2015). Niños con necesidades especiales. *KidsHealth*, *2*-14. Recuperado de: https://kidshealth.org/es/kids/special-needs-esp.html.

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 15*, 373-387.

Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema, 14* (Supl), 139-146.

Eschenbeck, H., Kohlmann, CW, y Lohaus, A. (2007). Diferencias de género en las estrategias de afrontamiento en niños y adolescentes. J*ournal of individual differences , 28* (1), 18-26.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish version of the Trait Meta-mood Scale. *Psychological Reports*, *94*, 751-755.

Fletcher, D., y Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, *18*(1), 12–23. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124.

Floréz, L. Lopez, J. y Vilchez, R.A. (2020). Niveles de resiliencia y estrategias de afrontamiento: reto de las instituciones de educación superior. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, *23*(3), 35-4.

Frydenberg, R. y Lewis, R. (1991). "Adolescent coping: The different waysin which boys and girls cope". *J Adoles., vol. 14*, 119-133.

Gancedo, Y., Marcos, V., Montes, Á., Castro, B., Sanmarco, J. (2020). *Relación entre salud mental y estrategias de afrontamiento.* Unidad de psicología forense (UPF). VIII Congreso Nacional de I+D en Defensa y Seguridad. Madrid España.

García, C. y Domínguez, 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), pp. 63-77. DOI:10.11600/1692715x.1113300812.

Gínez-Silva, M. J., Morán Astorga, C., y Urchaga-Litago, J. D. (2019). Resiliencia psicológica a través de la edad y el sexo. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *4*(1), 85–94. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v4.1513

Griffith, M. A., Dubow, E. F. y Ippolito, M. F. (2000). Diferencias evolutivas y transituacionales en las estrategias de afrontamiento de los adolescentes. *Journal of youth and adolescence, 29* (2), 183-204.

Gómez, E. y Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, *19*(2): 103-132.

Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strenghening the Human Spirit*. The International Resilience Project. Holanda: Bernard Van Leer Foundation.

Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of developmental and physical disabilities, 14*(2):159-71

Hernández, K. (2016). *Resiliencia, estilos de enfrentamiento y actividades de crianza en madres e hijos ante la presencia de la condición especial y/o discapacidad en un miembro de la familia*. Repositorio Institucional de Universidad Autónoma del Estado de México.

Hershcovis, M. S., Cameron, A. F., Gervais, L. y Bozeman, J. (2018). The effects of confrontation and avoidance coping in response to workplace incivility. *J. Occup. Health Psychol, 23*(2), 163-174. https://doi.org/10.1037/ocp0000078.

Imbar, J. (1995). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas. El atentado terrorista en la Comunidad Judía de Buenos Aires (2o parte). *Perspectivas Sistémicas*, (35), 1-10.

INDEC (2014). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Población con dificultad o limitación permanente. 1a ed. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Buenos Aires.

INDEC (2018). Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Jordan Vivanco, K. R., y Prada Lagos, J. L., (2021). *Estilos de afrontamiento y estrés parental en las madres de niños con discapacidad del centro de rehabilitación de Wasi Esperanza, Ayacucho*. Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciado(a) en Psicología Universidad Autónoma de ICA Facultad de Ciencias de la Salud Programa Académico de Psicología.

Kahn J. P., Cohen R. F., Tubiana A., et al. (2020). "Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program". *Eur Child Adolesc Psychiatry, 29*, 1671–1681.

Ke, X. y Liu, J. (2017). *Discapacidad intelectual.* Traducción de Irarrázaval M, Martin A, Prieto-Tagle F, Fuertes O. En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines, 1-28.

Klein-Heßling, J., y Lohaus, A. (2002). Beneficios y diferencias interindividuales en las respuestas de los niños al entrenamiento de relajación prolongado e intensificado. *Anxiety, Stress y Coping , 15* (3), 275-288.

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Gloe, D., Thomas, L., Papathanasiou, I. V., y Tsaras, K. (2017). A literatura review on stress and coping strategies in nursing students, *J Ment Health*, *26*(5), 471-480. https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244721.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, 1-21.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991). *The concept of coping*, en Stress and coping: An anthology, A. Monat, R. S. Lazarus, Eds. New York: Columbia University Press.

Lazarus, R. S., Folkman, S., Gruen, R. J. y Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms, *J Pers Soc Psychol, 50*(3), 571-579.

Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M., y Aradilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, *20*, 183-189.

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de afrontamiento modificadas (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, *5*(2), 327-349. Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=647/64750210

López, T. V. (2010). Educación y Resiliencia: alas de la transformación Social. *Actualidades Investigativas en Educación, 10*(2), 1-14. Recuperado de https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/10130/17982

Lorea, D. M., y Pedrón, V. T. (2022). Niveles de resiliencia y estrategias de afrontamiento en madres de personas con síndrome de Down. *Psicología Del Desarrollo*, (3), 33–50. Recuperado a partir de http://portalreviscien.uai.edu.ar:9999/ojs/index.php/psicologia-del-desarrollo/article/view/203

Lloyd, T. J., y Hastings, R., (2009). Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, Dec 1, 53*(12), 957-68.

Luthar, S. S. (1993). Annotation: methodological and conceptual issues in the study of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 441-453.

Luthar, S. S. y Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology, 12*(4), 857-885. https://doi.org/10.1017/S0954579400004156.

Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003). *La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (comp.), La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.

Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: Principios Éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, *6*(2), 321-334. https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227–238. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227

Matthews, G., Zeidner, M., Roberts, R. D. (2012). Emotional intelligence. *Springer Publishing Company*, *18*.

Melillo, A. (2004). *Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de resiliencia*. En A. Melillo, E.B. Suárez y D. Rodríguez (Comps.), Resiliencia y subjetividad. Buenos Aires: Paidós.

Miller, N. (2007). *Nadie es perfecto*. México: Diana.

Morán-Astorga, M. C. (2009). *Estrés, burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*. Salamanca: Amarú.

Morán-Astorga, M. C., Méndez, L. M., González-Ramírez, M. T. y Landero Hernández, R. (2014). Evaluación de las propiedades psicométricas del Brief COPE, su relación con el NEO PI-R y diferencias de género en Brasil. *Universitas Psychologica, 13*(4), 15-30.

DOI: 10.11144/Javeriana.UPSY13-4.eppb

Morán-Astorga, M. C. Vicente, F., Sánchez-Cabaco, A. y Montes, E. (2014). Psicología positiva. Antigua o nueva concepción. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *3*(1), 439-450. http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.522.

Morán Astorga, M. C., Finez-Silva, M. J., García Fernández-Abascal, E., (2017). Sobre la felicidad y su relación con tipos y rasgos de personalidad. *Clinical and Healt journal of empirical reserach in psychology*, *28* (2), 59-63. https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.003

Morán Astorga, M. C., Finez-Silva, M. J., Menezes dos Anjos, E., Pérez-Lancho, M. C., Urchaga-Litago, J. D., y Vallejo-Pérez, G. (2019). Estrategias de afrontamiento que predicen mayor resiliencia. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *4*(1), 183–190. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v4.1542

Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory*. CRI-Adult Form Manual, Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.

Muela Martínez, J. A., Torres Colmenero, C. J., y Peláez Peláez, E. M. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema, 14*(3), 558-563.

Munist, M., Santos, H.,y Kotliarenco, M. A., (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, USA.

Roque, M., Tomasin, G., (2013). *Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ongarato, P., De la Iglesia, G., Stover, J. B. y Fernández Liporace, M. (2009). Adaptación de un inventario de Estrategias de Afrontamiento para adolescentes y adultos. *Anuario de investigaciones, 16*, 383-391. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945036

OMS (1996). ICD-10 Guide for Mental Retardation. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, WHO.

ONU (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ es/

Oñate, L. y Calvete, E. (2017). "Una aproximación cualitativa a los factores de resiliencia en familiares de personas con discapacidad intelectual en España". *Psychosocial Intervention, 26* (2), 93–101. https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.11.002.

Perez, M. (2025). *El ajuste mata derechos: trayectoria histórica del marco normativo que asiste a las personas con discapacidad.* Buenos Aires.

Plancherel, B. y Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *J Adoles, 18*, 459-474.

Rodríguez, M., Pereyra, M. G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar, 9*, 72-82. https://doi.org/10.35670/1667-4545.v9.n1.465

Roth, S., y Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American psychologist, 41*(7), 813.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14* (8), 626-631. https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V

Salazar, M. (2017). Padres de niños con discapacidad. Relación y diferencias entre inteligencia emocional y resiliencia. *CASUS*, *2*(3), 156-162.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale*. En J. W. Pennebaker (dir.), Emotion, disclosure, and health (pp. 125-151). Washington, DC: American Psychological Association.

Sandler, I. N., Wolchick, S. A., MacKinnon, D., Ayers, T. S. y Roosa, M. W. (1997). *Developing linkages between Theory and Intervention in Stress and Coping Processes*. En S.A. Wolchick y I.N. Sandler (eds.), Handbook 01Children 's Coping. Linking Theory and lntervention (pp. 3-40). Nueva York: Plenum Press.

Schetsche, C., Jaume, L. C., y Azzollini, S. C. (2022). Desarrollo de una versión breve del Coping Strategies Inventory. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina. *Repositorio Institucional CONICET Digital*, 22 (1), ISSN 1667-4545.

Sicre, E. y Casaro, L. (2014). Estrategias de afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología, 10*(20), pp. 61-72. https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/5996/1/estrategias-afrontamiento-estudiantes.pdf

Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment, 11*, 94-101.

Tauber, M. (2023). Disputas en el marco del proceso de formulación de la Nueva Ley de Discapacidad en Argentina. 2do. Congreso latinoamericano de ciencias sociales. Pre congreso argentino del Consejo de Decanos y Decanas de Ciencias Sociales, CODESOC. “Aportes y reflexiones a 40 años de la Democracia en Argentina” http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=cmspage&pageid=9&id_notice=45364

Thompson, N. J., Fiorillo, D., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J., y Michopoulos, V. (2018). Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *J. Affect. Disord, 223*(1), 153- 159. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.049.

Ulloque-Caamaño, U., Monterrosa-Castro, Á., y Arteta-Acosta, C. (2015). Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *80*(6), 462-474. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000600006

Uriarte Arciniega, J. D., (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica, 10*(2), 61-79.

Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible*. Barcelona: Gedisa.

Valero, A. S. (2008). *Sobrevivir un reto psicológico*. Tzhoecoen. *[citado 3 de mayo de 2012];(2)*. http://www.2dp.uss.edu.pe/.../tzhoecoen/II-edición-artículos.

Valladares, D., Linares, R. M., Ramirez, I. P., y Moncada, G. (2018). Prevalencia de trastornos mentales en relación con violencia, resiliencia y estrategias de afrontamiento en Yoro, Choluteca y Cortés, junio, 2016. *Portal de la Ciencia,* 139-157.

Vargas Sánchez, K. M., González Arratia López Fuentes, N. I., Valdez Medina, J. L., González Escobar, S. y Zanatta Colín, E. (2018). Resiliencia en adolescentes y adultos en internamiento por diversos delitos. *Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva, 27*(1), 1-12. https://doi.org/10.30878/ces.v27n1a4

Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). *Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento*. En E. G. Fernández-Abascal (dir.), Emociones positivas (pp. 375-392). Madrid: Pirámide

Vázquez-García, P. A., Huerta-Solano, C. I., Bravo-Andrade, H. R., Ruvalcaba-Romero, N. A. y Montero-Pardo, X. (2023). Carga y positividad en cuidadores primarios informales de personas con síndrome de Down. *Psicología y Salud, 33*(2), 369–78. https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2819

Vázquez-García, P. A., Huerta-Solano, C. I., Montero-Pardo, X., Ruvalcaba-Romero, N. A., y Bravo-Andrade, H. R. (2025). Resiliencia en cuidadores primarios informales de personas con síndrome de Down: un estudio exploratorio en México. *Revista Inclusiones*, *12*(3), 138–151. https://doi.org/10.58210/ri3633

Venturiello, M. P., y Ferrante, C. (2018). Discapacidad y salud desde dos investigaciones cualitativas: los itinerarios en la búsqueda de atención en rehabilitación en Argentina y Chile. *Apuntes, 45*(83), 91-121.

Wagnild, G. M., y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-178. ile:///C:/Users/reyde/Downloads/1054-wagnild_1993_resilience_scale_2%20(2).pdf

Werner, E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*(1), 72-81. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x

Anexos

Aquí se adjuntan datos que han posibilitado el desarrollo del trabajo, como el modelo de consentimiento informado, los tests, las encuestas, las leyes consultadas, etc.

Primer Anexo

En este apartado se detalla el procedimiento de la toma de los instrumentos de investigación y del cuestionario sociodemográfico. Antes de comenzar la administración de los cuestionarios, se le presenta al padre o madre un consentimiento en donde se explicita lo siguiente:

"La presente encuesta tiene como fin recabar información para la realización de la tesis de grado de la carrera Lic. en Psicología. Esta investigación se encuentra dirigida a padres de hijos con discapacidad intelectual. La participación en la misma es voluntaria, anónima y confidencial. Los datos brindados serán utilizados con fines académicos. No hay respuestas correctas o incorrectas. Declaro que he leído y comprendido lo antes mencionado, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar en el estudio."

Luego del siguiente comunicado podrán seleccionar dos opciones, en las que se indica 1) que accede a participar voluntariamente en el estudio, en ese caso continúa la toma; o 2) que no accede a participar en el estudio, en ese momento el mismo formulario termina y no se administra ningún instrumento de evaluación.

El documento mencionado ha sido elaborado por la alumna. Los participantes lo han completado y accedido o no a participar en circunstancias fuera del instituto de terapias, debido a que el formulario fue enviado de manera virtual, por ese motivo no se puede precisar el momento y lugar exacto, pero sí determinar que muy probablemente haya sido completado en sus hogares, en un momento de tranquilidad y concentración.

Luego de eso se brinda una breve descripción del término Discapacidad Intelectual con el fin de esclarecer dudas en caso de presentarse. "Nos referimos con discapacidad intelectual a un déficit de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el

pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. Éstos producen deficiencias del funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en casa o en la comunidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)".

A partir de esto se consulta, si el participante tiene al menos un hijo con discapacidad intelectual, el cual es un criterio de inclusión para la investigación. Se aclara luego lo siguiente, "Si tiene un hijo/a con discapacidad intelectual, le pedimos que conteste este cuestionario basándose en su experiencia con el/ella. En caso de tener más de un hijo con discapacidad le solicitamos que responda pensando solo en uno de los mismos".

Luego de este proceso se continua a la siguiente fase, correspondiente a la toma de variables sociodemográficas, se continua con la toma del primer instrumento, Escala de Resiliencia, y se finaliza con la toma del segundo instrumento, Inventario de estrategias de afrontamiento.

La toma tanto de los primeros datos, como de las variables sociodemográficas y de los instrumentos se pueden visualizar a través del siguiente link https://forms.gle/s4L1J9tqtLdKCJ7H9 , o en las siguientes imágenes:

Tesis de Grado sobre padres de hijos con discapacidad intelectual

Universidad Abierta Interamericana U.A.I

* Indica que la pregunta es obligatoria

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
La presente encuesta tiene como fin recabar información para la realización de la tesis de grado de la carrera Lic. en Psicología. Esta investigación se encuentra dirigida a padres de hijos con discapacidad intelectual.
La participación en la misma es voluntaria, anónima y confidencial. Los datos brindados serán utilizados con fines académicos. No hay respuestas correctas o incorrectas.
Declaro que he leído y comprendido lo antes mencionado, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar en el estudio.

1. Por ello voluntariamente *

Marca solo un óvalo.

- Acepto participar en el estudio
- No acepto participar en el estudio

Discapacidad Intelectual
Nos referimos con discapacidad intelectual a un déficit de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia.

Éstos producen deficiencias del funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en casa o en la comunidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

2. ¿Tiene al menos un hijo/a con discapacidad intelectual? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

Si tiene un hijo/a con discapacidad intelectual, le pedimos que conteste este cuestionario basándose en su experiencia con el/ella. En caso de tener mas de un hijo con discapacidad le solicitamos que responda pensando solo en uno de los mismos.

Datos Sociodemográficos

3. Edad *

4. Genero *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
- Hombre

5. ¿Usted es Madre o Padre? *

Marca solo un óvalo.

- Madre
- Padre

6. ¿Cuál es su Máximo Nivel de Educación Alcanzado? *

Marca solo un óvalo.

- Primario Incompleto
- Primario Completo
- Secundario Incompleto
- Secundario Completo
- Terciario Incompleto
- Terciario Completo
- Universitario Incompleto
- Universitario Completo

7. ¿Actualmente esta trabajando? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

8. ¿Cuántos hijos tiene? *

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

9. Si tiene mas de un hijo ¿Cuántos tienen algún tipo de discapacidad?

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3 o más

10. ¿Su hijo o hija cuenta con certificado único de discapacidad (CUD)? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

11. En caso de contar con CUD (certificado único de discapacidad) ¿Cuál es el diagnóstico que figura en el mismo?

12. ¿Su hijo/a realiza terapias? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

13. Si realiza terapias de diferentes modalidades, por ejemplo: Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Psicomotricidad u otra ¿Cuantas realiza de las mencionadas? (NO nos referimos a la cantidad de sesiones). *

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o mas

14. Aproximadamente ¿Cuantas sesiones tiene su hijo/a semanalmente contabilizando las diferentes modalidades de terapias? *

Marca solo un óvalo.

- Entre 1 y 4 sesiones semanalmente
- Entre 5 y 9 sesiones semanalmente
- Mas de 10 sesiones semanalmente

15. ¿Cómo cubren económicamente las terapias de su hijo/a? *

Marca solo un óvalo.

- Mediante la Obra Social
- Abono de manera particular

16. ¿Realiza Orientación a Padres? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

17. Si realiza Orientación a Padres ¿Cuál es la frecuencia en la que asisten?

Marca solo un óvalo.

- 1 vez a la semana
- Cada 15 días
- 1 vez al mes
- Cada 6 meses
- 1 vez al año

18. ¿Es usted el principal cuidador de su hijo/a? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

19. ¿Tiene familiares, amigos o niñera que le ayudan con el cuidado y asistencia al centro de tratamiento de su hijo/a? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

20. ¿Cómo definiría su relación con las terapeutas tratantes de su hijo? *

Marca solo un óvalo.

- Mala
- Ni buena ni mala
- Buena

21. ¿Usted cree que necesita mas información acerca de como tratar y ayudar a su hijo/a en su desarrollo? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- Tal vez

Cuestionario I

A continuación hay una serie de frases o expresiones que las personas usan para describirse a sí mismas y son aquí presentadas para ayudarte a describir tus sentimientos y actitudes. Algunas de ellas te parecerán similares o reiterativas, no obstante, te pedimos que respondas a todas ellas con sinceridad. No hay respuestas correctas o incorrectas. Respondé de acuerdo a lo que sentís o pensas en general.
Lee atentamente cada frase, pensá si la frase describe o no tu forma de ser; luego marcá solo uno de los cinco casilleros.
No hay límite de tiempo para contestar este inventario. Tratá de completarlo al ritmo más rápido y cómodo para vos sin detenerte demasiado en las frases.

22. 1. "Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

23. 2. "Usualmente manejo los problemas de distintos modos *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

24. 3. "Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

25. 4. "Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

26. 5. "Me basto a mí mismo si lo creo necesario" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

27. 6. "Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

28. 7. "Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

29. 8. "Soy amigable conmigo mismo" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

30. 9. "Siento que puedo manejar varias cosas a la vez" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

31. 10. "Soy decidido" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

32. 11. "Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

33. 12. "Hago las cosas de a una por vez" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

34. 13. "He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes"

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

35. 14. "Soy auto-disciplinado" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

36. 15. "Mantengo interés por las cosas" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

37. 16. "Usualmente encuentro cosas de que reírme" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

38. 17. "La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

39. 18. "En una emergencia soy alguien en quien las personas pueden confiar" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

40. 19. "Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

41. 20. "A veces yo hago cosas quiera o no" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

42. 21. "Mi vida tiene sentido" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

43. 22. "No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

44. 23. "Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

45. 24. "Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

46. 25. "Me siento cómodo si hay gente a la que no le agrado" *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Cuestionario II

Piense durante unos momentos en un hecho o situación que haya sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc.
Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió, marcando el casillero que crea correspondiente.
No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que hizo, pensó o sintió en ese momento.

47. 1. Luché para resolver el problema *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

48. 2. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

49. 3. Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

50. 4. Encontré a alguien que escuchó mi problema. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

51. 5. Traté de olvidar por completo el asunto. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

52. 6. Deseé que la situación nunca hubiera empezado. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

53. 7. Me culpé a mí mismo. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

54. 8. Oculté lo que pensaba y sentía. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

55. 9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

56. 10. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

57. 11. Expresé mis emociones, lo que sentía. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

58. 12. Hablé con una persona de confianza. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

59. 13. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

60. 14. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

61. 15. Me critiqué por lo ocurrido. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

62. 16. No dejé que nadie supiera como me sentía. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

63. 17. Hice frente al problema. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

64. 18. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan
mal después de todo. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

65. 19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

66. 20. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

67. 21. Me comporté como si nada hubiera pasado. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

68. 22. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Al finalizar el cuestionario se le agradece a la persona por tomarse un tiempo para completar el mismo.