



UNIVERSIDAD UCINF  
FACULTAD CIENCIAS HUMANAS  
CARRERA PSICOLOGÍA

# **RESILIENCIA EN ADULTOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

**AUTORES** : **Yessenia Cuevas Gómez**  
**Carolina Flores Ñancuvilú**  
**Valentina Jorquera Toledo**  
**Natalia Umanzor Huenchuñir**  
**Giselle Villagra Quilán**

**DOCENTE GUÍA** : **Viviana Tartakowsky Pezoa**

SANTIAGO, DICIEMBRE 2014





UNIVERSIDAD UCINF  
FACULTAD CIENCIAS HUMANAS  
CARRERA PSICOLOGÍA

## **RESILIENCIA EN ADULTOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

**AUTORES** : **Yessenia Cuevas Gómez**  
**Carolina Flores Ñancuvilú**  
**Valentina Jorquera Toledo**  
**Natalia Umanzor Huenchuñir**  
**Giselle Villagra Quilán**

**DOCENTE GUÍA** : Viviana Tartakowsky Pezoa

**FIRMA** : \_\_\_\_\_

SANTIAGO, DICIEMBRE 2014

## DEDICATORIAS

*Dedicada a mi hija, Antonella Amanda*  
*A sus inocentes ojitos soñadores, colmados de sol y ternura*  
*A la sonrisa más tierna y llena de primavera*  
*A la flor más hermosa y amada de mi jardín.*  
*Has puesto mi mundo de cabeza*  
*Y me enseñaste el significado del eterno y profundo amor.*

Yessenia Cuevas, 2014

*A mis padres Viviana y Pedro.  
Los maestros que Dios en la inmensidad de su gloria puso aquí, para mí,  
Como el regalo más hermoso y certero.  
A mi hermana Paula,  
La estrella más hermosa de mi universo,  
La luz de la incondicionalidad y fortaleza de mis respiros.  
A mi abuelo Julio Retamal,  
Quien nos permitió ver la bondad,  
El esfuerzo y el amor, en la honestidad de sus ojos.*

Carolina Flores, 2014

*Dedicada a mi familia, que sin ellos esto no hubiera sido posible,  
A mis hermanos que siempre estuvieron conmigo,  
A mí cuñada Andrea por el regalo más grande,  
Mi sobrina Kamila y  
En última instancia a mis amigas por estar siempre ahí.*

Valentina Jorquera, 2014

*Dedicado a mi madre, por su apoyo incondicional y amor infinito  
A mi padre por ser el ejemplo de la perseverancia  
A mi hermana, por ser la alegría de mis días  
A la vida, por poner en mi camino personas y  
circunstancias que siempre han de dejar alguna enseñanza.*

Natalia Umanzor, 2014

*Dedicada a mi familia porque en ustedes siempre encuentro el amor.*

*A mi hermano Lian, el farol en mi camino.*

Gisselle Villagra, 2014.



## AGRADECIMIENTOS GRUPALES

Queremos agradecerle a Dios, quien fue el principal gestor de este proceso y experiencia. Ha sido una gran etapa de enriquecimiento profesional y personal, la que no hubiera sido posible sin cada enseñanza y ayuda, de quienes nos acompañaron.

Primero, agradecer a todas las personas que nos permitieron llegar a La Fundación de la Familia, donde fuimos recibidas con los brazos abiertos. Gustosas nosotras de la entrega de su ayuda y gustosos ellos, de lo que sería crear nuevas experiencias en conjunto. A los Kinesiólogos, que nos confiaron a sus pacientes y al municipio que en conjunto nos permitió estar ahí. Es así como, debemos mencionar a los adultos que participaron en una primera instancia, y luego a las abuelitas que nos abrieron las puertas de sus casas y corazones. Aquello que hemos compartido juntas, es incalculable e increíble, por cada palabra y cada emoción.

Agradecer a cada una de nuestras familias, quienes han sido siempre el apoyo y ayuda incondicional al cumplimiento de objetivos y sueños. Cada palabra que nos ha formado y nos ha permitido ser quienes hoy alcanzan esta importante meta.

De este modo, agradecer al cuerpo docente de la Universidad, quienes nos entregaron las herramientas necesarias para el desarrollo profesional, además de la ayuda a potenciar nuestras habilidades. En especial a nuestra docente guía, la Profesora Viviana Tartakowsky, quien nos alentó en cada momento, además de acompañarnos.

También queremos agradecer a nuestros compañeros, amigos y futuros colegas, quienes nos ayudaron en la construcción de este proyecto. En especial a Nathaly Gatica, quien mostró un real interés y compañerismo en la creación de nuevos proyectos, brindando además su amistad.

Es así como, destacamos con mucho cariño la ayuda y apoyo de Viviana Ñancuvilú, su tiempo, dedicación y sus muchos granitos de arena.

Terminaremos diciendo que este proceso ha sido un primer paso en nuestras vidas, el que guiará otros muchos que vendrán, preparándonos para enfrentar nuevos retos y alentándonos a conocer nuevas formas de apreciar la vida, como un camino de múltiples sensaciones y experiencias, cargadas del valor de resurgir, no importando cuantas veces podamos caer.

### **Oración por la Serenidad**

*“Dios, concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar;*

*El valor para cambiar las cosas que puedo cambiar; y la sabiduría para conocer la diferencia.*

*Viviendo un día a la vez,*

*Disfrutando un momento a la vez;*

*Aceptando las adversidades como un camino hacia la paz,*

*En este mundo pecador tal y como es, y no como me gustaría que fuera;*

*Creyendo que Tú harás que todas las cosas estén bien si yo me entrego a Tu voluntad;*

*De modo que pueda ser razonablemente feliz en esta vida e increíblemente feliz contigo en la siguiente” (Niebuhr, 2014).*

Yessenia Cuevas

Carolina Flores

Valentina Jorquera

Natalia Umanzor

Gisselle Villagra

## **AGRADECIMIENTOS YESSENIA CUEVAS**

---

En primer lugar, agradezco a Dios, por llenarme de salud y darme la posibilidad de estudiar esta hermosa carrera que ha llenado mi vida de expectativas, sueños por cumplir y a mi corazón de alegría.

En segundo lugar, agradezco a mi hermosa hija, Antonella por ser un pilar fundamental en mi vida. Me has llenado del más puro amor día a día y con tu alegría me has impulsado a seguir adelante con todos mis proyectos, agradezco a la vida por bendecirme con tu presencia, compañía y por darme el privilegio de mirar la dulzura de tus ojitos cada día al despertar, los que a su vez inundan mi vida de fuerza para seguir adelante y enfocarme hacia nuevas metas por cumplir.

También, agradecer a mi pareja y compañero de vida Felipe, quien con su amor me ha alentado incondicionalmente a seguir adelante, tendiéndome su mano en los momentos de flaqueza y cansancio, impidiendo que caiga y depositando toda su confianza en mis capacidades.

A mi familia y amistades más cercanas por la paciencia, apoyo y compañía a lo largo de este proyecto, por confiar en mis aptitudes, criticar mis errores y reconocer mis aciertos.

Por otra parte, agradecer a los docentes que me han dado las herramientas para poder llegar hasta adonde estoy en la actualidad, brindando además su apoyo cuando ha sido necesario, a través de una palabra de aliento, su tiempo, su dedicación y contagiando su vocación por la psicología.

Finalmente, agradecer a mis compañeras de tesis: Carolina, Valentina, Natalia y Giselle por la tolerancia, el respeto al momento de intercambiar nuestras ideas, por los momentos de alegría y la colaboración en este hermoso trabajo que realizamos en conjunto y que hoy concluimos con éxito.

Yessenia Cuevas Gómez.

## **AGRADECIMIENTOS CAROLINA FLORES**

---

Quiero agradecerle a Dios, quien me dio la fuerza y vitalidad, quien ilumino y puso a las personas correctas en mi camino, las que permitieron que esto hoy se haya hecho posible.

Dar las gracias a mi familia, quien me impulso y confió en mí cada día. Primero, agradecerle a Viviana y Pedro, mis padres, por sus palabras y abrazos, los que cada día me permitieron seguir adelante. Ellos que con sus manos y esfuerzo han construido todo, que han iluminado el camino para que pueda alcanzar mis metas, quienes me dieron todo lo necesario para ser feliz, y de quienes me enorgullezco inmensamente. A mi hermana Paula, sin ella jamás lo hubiera logrado, ha sido y seguirá siendo el principal apoyo de mi vida, quien a acompañado cada paso, cada emoción, poniendo su hermosa sonrisa, la compañera de toda mi vida. A Miguel Sarmiento, quien se ha ganado un especial e importante lugar en nuestra familia, con su ayuda y amistad.

A Rodrigo Rojas, quien fue y seguirá siendo, por encima de todo, un gran amigo y compañero de aprendizajes y enseñanzas.

A mis amigas quienes se han convertido en el impulso que necesitaba para descubrir y comenzar a realizar nuevos proyectos, quienes me permitieron compartir nuevas y honestas sonrisas. También dar las gracias a mis compañeras de tesis, quienes me dieron la oportunidad de trabajar y compartir lo entretenido y enriquecedor de esta experiencia.

Finalmente agradecer al cuerpo docente que ha permitido que mi amor por la psicología crezca cada día más. En especial a la Profesora María Fernanda Guerra, quien me volvió a abrir los ojos, enseñándome el mundo tal como es y no como me gustaría que fuera, siendo un gran apoyo académico y espiritual. Así como, a la Profesora Marcela Rodríguez, a quien le agradezco su confianza y entrega, quien me enseñó que las segundas oportunidades son las que realmente valen.

Carolina Flores Ñancuvilú.

## **AGRADECIMIENTOS VALENTINA JORQUERA**

---

En primera instancia le agradezco a Dios por haberme ayudado siempre que lo necesitaba, cuando ya no me quedaban fuerzas siempre estuvo ahí para darme ese empujón que me hacía seguir.

A mi familia que tuvo que aguantar muchas cosas, a mis hermanos que siempre estuvieron dispuestos a ayudarme, a mi cuñada Andrea que me dio la alegría más grande a mi sobrina Kamila, a Felipe que siempre me dio todo su apoyo me acompañaba en las largas jornadas, por siempre decirme que podía seguir y dar mucho más, por solo el hecho de estar ahí para cuando necesitada algo de él.

A mis padres que siempre me dieron todo el amor, apoyo, entendían por lo que estaba pasando siempre hicieron esfuerzos para que pudiera seguir y cada uno de mis logros siempre serán ellos en gran parte responsables de estos.

También quiero agradecer a todos esos abuelitos que hicieron posible que esta tesis se llevara a cabo, por abrirnos sus corazones y principalmente sus casas para que nosotras pudiéramos investigar de sus vidas, siempre con una disposición impresionante y por sobre todo con un cariño que sin conocernos nos brindaron.

En segunda instancia quiero agradecerles a mis compañeras de tesis, mis amigas que si bien en algunos momentos no fue nada fácil poder llevar a cabo esta tarea, fuimos capaces de salir adelante de todo.

A todos los profesores que siempre estuvieron dispuestos a ayudarnos en todo lo que les pedíamos, por sus palabras de aliento, a sus consejos que fueron muy útiles siempre para que esta tesis pudiera realizarse.

Valentina Jorquera Toledo.

## **AGRADECIMIENTOS NATALIA UMANZOR**

---

Agradezco a mi madre, por ser una fuente de apoyo y contención incondicional, quien ha estado ahí en instantes de alegría, dolor, me escucha y acompaña. A través de un abrazo puede ofrecerme todo el amor del universo y la calma que necesito. Gracias por recordarme siempre que puedo lograr mis objetivos, y entregarme la fortaleza necesaria para así continuar. *Te amo mamá, gracias a la vida por haberte escogido a ti, para ser mi madre.* A mi padre, quién veo en él reflejado la perseverancia, lucha y superación. A pesar de todo, sé que siempre encontraré en *ti*, un rincón de luz y el apoyo. A mi hermana menor, mi otra mitad, mi alegría y en ocasiones dolor de cabeza, pero que, sin embargo, nadie me hace reír de tal forma, en ti veo a una persona maravillosa, con un sentido del humor impresionante, fuerte y vigorosa, quién ha estado conmigo en las buenas y en las malas, me aconseja, guarda secretos, y nos acompañamos siempre.

A mis amigos Guido, Giselle, Pepe y Fernanda, con quienes durante estos años hemos estado juntos en la complejidad de los instantes y en momentos de distensión, donde las risas se escapaban por si solas; esas tardes infinitas de parques y pasto, que, algún día en un suspiro recordaremos con nostalgia. Tenemos innumerables recuerdos, de risas, conflictos y reconciliaciones. Largas conversaciones que solo entre nosotros se tornaban de forma única y excepcional. A Giselle, amiga y compañera de tesis, sin planearlo hemos llegado juntas hasta esta instancia, en donde hemos logrado compartir y conocernos más. A Manuel, porque a pesar de todo, pude descubrir en mí, y, a su vez reconocer, la entrega y apoyo incondicional hacía un otro. A mis compañeras de tesis. Gracias a la dedicación perseverancia y optimismo puesto en este trabajo, hemos logrado concretar esta investigación satisfactoriamente.

A la vida, por poner en mí camino personas y experiencias que han dejado aprendizajes, una palabra de aliento, algún momento agradable. A los que están todavía, a los que dejaron de estar, y a los que llegarán.

Natalia Umanzor Huenchuñir.

## **AGRADECIMIENTOS GISELLE VILLAGRA**

---

Agradezco a la vida misma por llevarme a cada camino que me trajo hasta aquí, a las coincidencias acertadas que me entregaron estos años de universidad. Y al presente lleno de alegría con la que termino esta etapa.

A mi hermosa familia, por los cambios que hemos realizado en este recorrido, creciendo juntos y entendiéndonos siempre un poco más. A mi mamá por su fortaleza y dedicación en todo lo que hace, por darme la energía que me permite avanzar siempre en mis sueños. A mi padre por su sensibilidad al mirar la vida, por su apoyo incondicional, por enseñarme a vivir las emociones. A mi único hermano, el farol en mi camino, mi ser humano favorito, por hacerme disfrutar y reír de lo simple, llenándome de sol y amor infinito.

A los amigos que conocí en este proceso, Natalia, Pepe, Guido y Fernanda. Juntos hemos construimos una confianza única y nueva para mí, gracias a ustedes por remover en mis rincones y sacar afuera lo mejor. Por los momentos fuera de la universidad, donde aprendimos en conjunto cosas de la vida que solo se obtienen en un parque tomando el sol, riéndonos de lo absurdo y derramando nuestras tristezas. A mi amiga Natalia por acompañarme hasta aquí, haciendo este momento siempre, un poco más agradable. A Ian, quien fue mi compañero durante estos cuatro años, por los aprendizajes que juntos vivimos.

También agradezco a mis compañeras de tesis, quienes dentro de este camino sin conocernos formamos un bonito trabajo. A los docentes a quienes admiro por su dedicación, quien fuera del aula demostraron compromiso y preocupación.

Es casi imposible corresponder a todas las personas que nos ayudan a lo largo de la vida, muchas personas que tomaron otros caminos, pero que sin embargo dejaron experiencias con las cuales aprendí y llevare siempre...

Giselle Villagra Quilán.





# CONTENIDO

RESUMEN.....	19
INTRODUCCIÓN.....	20
PLANTEAMIENTOS BÁSICOS .....	22
I. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
II. OBJETIVO GENERAL.....	25
III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.....	27
I. RESILIENCIA.....	27
1.1 Origen etimológico y primeras definiciones del concepto:.....	27
1.2 Exponentes y definiciones del concepto: .....	27
1.3 Método de estandarización Chilena para medir Resiliencia, SV – RES (Saavedra, Villalta – 2008).....	29
1.4 Resiliencia desde la mirada sistémica .....	34
1.5 Resiliencia desde la mirada humanista.....	36
II. ADULTEZ.....	41
2.1 Teoría del Desarrollo Psicosocial .....	41
2.2 Plasticidad cerebral y envejecimiento .....	45
2.3 Enfermedades comunes en el adulto mayor .....	45
2.4 Ciclo vital familiar según William Duvall .....	49
2.5 Duelo según Elisabeth Kübler Ross .....	52

III.	DISCAPACIDAD .....	54
3.1	Grados de Discapacidad .....	54
3.2	Tipos de discapacidad .....	56
3.3	Discapacidad en Chile .....	58
3.4	Derechos del discapacitado .....	61
IV.	REHABILITACIÓN .....	67
4.1	Ámbitos de trabajo .....	68
4.2	Fundación de la Familia .....	69
	REFERENTES METODOLÓGICOS .....	71
I.	Tipo de Investigación.....	71
II.	Diseño de Investigación.....	72
III.	Procedimiento Metodológico .....	73
IV.	Marco Muestral .....	74
V.	Técnica de recolección de datos .....	75
VI.	Procedimiento de análisis de datos .....	77
	RESULTADOS.....	78
	ANÁLISIS CONCLUSIVO.....	88
	CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.....	95
	Anexo 1: Escala de Resiliencia SV-RES .....	106
	Anexo 2: Pauta de entrevista en profundidad .....	110
	Anexo 3: Codificaciones Individuales .....	113
	Anexo 4: Metacodificación.....	134
	Anexo 5: Consentimiento del Usuario .....	136

## RESUMEN

Las condiciones que se disponen frente a instancias de adversidad en las personas, han de permitir el resurgimiento de aspectos y habilidades que no se conocían y que a su vez encaminan el curso de una nueva forma de enfrentar afecciones negativas. El presente estudio, busca evidenciar la presencia de mecanismos resilientes en sujetos que presentan discapacidad física.

En este contexto, la exposición de factores de carácter fisiológico o accidental que otorgan la condición de discapacitado a un grupo seleccionado de personas, propone una nueva instancia de enfrentamiento a la vida y sus condiciones personales, ambientales y socioculturales. Es por esto que la selección ocurre en situaciones que albergan un agente de adversidad mayor, debido a su condición de discapacidad física y alto riesgo social. Así, se estudió la población correspondiente a adultos que pertenecen al Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica que imparte la Fundación de la Familia (FUNFA), por medio del municipio de Huechuraba. Dichas personas fueron sometidas, por medio de un consentimiento informado a responder un instrumento de estandarización Chilena, que mide aspectos y/o mecanismos resilientes Test Escala SV-RES de Resiliencia para jóvenes y adultos (Saavedra y Villalta, 2008). El cual se utilizó como un método que permite la distinción entre aquellos que alcanzaban la condición de *resilientes* de quienes no puntuaron como tal. Así, se obtuvo una muestra de cuatro personas, del sexo femenino, a quienes posteriormente se les realizaron entrevistas en profundidad, para indagar aspectos que clarifiquen los resultados obtenidos desde los relatos de las participantes.

Los resultados, dan cuenta que la mayoría de las mujeres presentan elementos que constituyen mecanismos resilientes de acuerdo a la literatura. Sin embargo, llama la atención, la especial significación que le otorgan a sus familias, en especial a sus nietos, como un pilar y motivación fundamental. Además, señalan como un acontecimiento de gran relevancia en sus vidas la obtención de la casa propia, refiriéndose a esto como un sueño hecho realidad.

## INTRODUCCIÓN

Universalmente se entiende por discapacidad, a aquella condición ya sea física, mental o sensorial, que limita o dificulta el desarrollo normal de las actividades de un sujeto, siendo de esta forma una condición desde el nacimiento o adquirida eventualmente.

El presente estudio se basa en la vivencia de la discapacidad adquirida en los individuos, a partir de sus perspectivas y experiencias de vida que han de enfrentar desde la limitación física. Es aquí en donde se aborda el concepto de resiliencia, que es concebida como la capacidad que poseen los individuos, quienes a pesar de enfrentar dificultades, pasando por periodos de alta tensión, son capaces de salir adelante y surgir de las adversidades para luego reconstruir sus perspectivas de vida, integrando así el dolor como una experiencia, la cual de alguna u otra forma, deja algún aprendizaje. El proceso de resiliencia, es un camino que debe ser desarrollado en el ser humano, tomando en cuenta toda la historia de vida del sujeto, para llegar de esta forma al crecimiento personal (Saavedra y Villalta, 2008). Según Stefan Vanistendael (2014), la resiliencia es considerada más allá de la resistencia hacia los conflictos, se trata de la capacidad de reconstruir la vida, e incluso transformar la desgracia en oportunidades, como el ciego que se convierte en un excelente músico.

Esta investigación surge a partir de la necesidad de considerar la relevancia de reconocer aquellos mecanismos resilientes utilizados en los individuos que padecen de algún tipo de limitación física de modo adquirido. Este estudio, considera la inclusión de los paradigmas que buscan describir de qué forma logran los individuos re-estructurarse y fortalecerse a partir de su condición. Desde los postulados de la psicología, es posible encontrar explicación al fenómeno de la resiliencia, que es catalogado como un elemento innato en los sujetos. Este estudio, pretende comprender de forma empírica las narrativas discursivas de aquellos sujetos resilientes, indagando en sus historias, aprendizajes y experiencias de vida, que han de este modo desarrollado el camino de la resiliencia, sustentándonos así de los postulados y teorías relacionados con dicho concepto, que posibilita la oportunidad de comprender de mejor forma como es que funciona el mecanismo resiliente en

aquellas personas que han enfrentado a lo largo de sus vidas un cambio, relacionado esto con la discapacidad adquirida.

Cabe mencionar, que esta investigación se basa en la discapacidad adquirida contemplada en adultos mayores, en donde es importante destacar que estos individuos transitan un periodo de sus vidas en donde según Erikson (1933), los sujetos observan los logros obtenidos a lo largo de sus vidas, desarrollando de este modo la integridad, la aceptación de sí mismos, la convicción del propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad, y la confianza propia como al resto.

A partir de esto, se dará forma a reconocer el desarrollo social y el curso personal alrededor de la discapacidad en Chile orientadas a los adultos, de esta forma dirigiéndose a la recopilación y análisis de datos empíricos que permita conocer de forma práctica los mecanismos resilientes y la congruencia con los postulados y teorías referido a dicho concepto.

## PLANTEAMIENTOS BÁSICOS

La Discapacidad<sup>1</sup>, tanto en Chile como en el mundo entero, es una condición que no distingue a quien puede hacer partícipe o a quien aquejar respecto a la limitación, por otro lado, puede que sea una condición desde el nacimiento o bien adquirida por alguna eventualidad, es una circunstancia que dispone una nueva forma de enfrentar y mirar el mundo; y a su vez, el futuro. Las experiencias y perspectivas, abundan en las narrativas y relatos de cada quien, partiendo del simple hecho de que algunos se permiten continuar y otros omiten negando los acontecimientos.

Es así como se integra al avance introspectivo de los procesos adversos, el término Resiliencia, la que no ha de ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello (Rutter, en Universidad Abierta y Distancia, 2014).

La capacidad de sobreponerse a las condiciones o adversidades que propone la vida, es un proceso que necesita de una red de apoyo inclusivo fundamental, pero en ocasiones, el ambiente, a pesar de jugar un rol importante, no es suficiente como lo son las motivaciones y habilidades internas que fijan, proponen y disponen las principales directrices del desarrollo y de la superación de dichas eventualidades (Saavedra y Villalta, 2008).

El enfrentamiento al que la vida dispone es un factor aleatorio, pero la superación de eventualidades desfavorables, es una motivación de carácter personal y es un potencial acercamiento al desarrollo, en tanto la capacidad de re-estructurarse pueda ser encontrada en algún grado en los sujetos (Saavedra y Villalta, 2008).

En el transcurso de los últimos años, se ha ido interiorizando y acuñando cada vez más el término Resiliencia, en diferentes ámbitos a nivel nacional y global, así como la caracterización propia, como un desarrollo a nivel familiar y ambiental; implicando innumerables habilidades de carácter positivo hacia la evolución del

---

<sup>1</sup> Discapacidad, Discapacitado. Adj; Dicho de una persona: Que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas (RAE, 2014).

sujeto, frente a problemáticas que puedan haberlo afectado. Cuando se considera que elementos catastróficos exponen a familias y a sujetos en particular, las expectativas futuras pueden cambiar rotundamente. En Chile el 6,3% de la población posee algún tipo de discapacidad<sup>2</sup>, ya sea:

- Dificultad física y/o de movilidad
- Mudez o dificultad en el habla
- Dificultad psiquiátrica
- Dificultad mental o intelectual
- Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos
- Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes

(Ministerio de Desarrollo Social, CASEN 2011).

Se está frente a una problemática que afecta parte importante de la población adulta, quienes en su complejidad pretenden dimensionar y enfrentar las adversidades conforme a sus responsabilidades. En este contexto las investigadoras se preguntan cómo se da la resiliencia en personas con discapacidad, identificando aquellos elementos que la componen, así la investigación cursará en primera instancia la aplicación de mediciones estandarizadas a través del Test Escala SV-RES de Resiliencia para jóvenes y adultos (Saavedra y Villalta, 2008), el cual es un instrumento válido y confiable orientado a medir la resiliencia global y por áreas. Se pretende responder interrogantes frente a aquello resurge como una habilidad o capacidad para re-enfrentarse a las adversidades y ver cómo es que ésta puede ser desarrollada en personas de mayor edad, con un discernimiento ya no moldeable y, a su vez, enfrentado el paso del tiempo y otros factores que pudieren afectar de forma negativa. En una segunda instancia, se realizará una entrevista en profundidad a aquellos adultos que hayan obtenido el porcentaje correspondiente a los rangos

---

<sup>2</sup> Para efectos de esta investigación; se utilizará el término Discapacidad, para hacer referencia a condiciones de larga duración, donde ha sido observada la imposibilidad o dificultad a la realización de una o más actividades, en su plena participación física y efectividad social.

establecidos para la determinación de resilientes, con el fin de generar descripciones, desde sus narrativas y antecedentes.

Si bien en Chile existen estudios que orientan sus objetivos a generar impresiones de la discapacidad y su curso social, éstos no han de acercarse a la búsqueda e inclusión de nuevos paradigmas que busquen retratar la situación de quienes re-estructuran y fortalecen su condición.

Resulta relevante esclarecer conforme a las teorías y postulados, de qué forma la psicología puede explicar estos fenómenos innatos en el ser humano, y cómo es que los relatos y experiencias de los individuos contribuyen a la creación de hipótesis que orienten explicaciones hacia aspectos profundos de la personalidad. La autoimagen que se genera y sus implicancias personales es lo que profundiza en la ambición de querer cuantificar las motivaciones que resurgen.

Así se intentará clarificar el curso personal y de desarrollo social entorno a la discapacidad en Chile y sus repercusiones en los adultos, recopilando y analizando datos frente a algún cambio de perspectiva que pueda surgir, esclareciendo que la condición con la que se enfrentan cada día también puede ser una oportunidad, e incluso una alentadora ventaja.

Se enfrentará un nuevo enfoque social con demandas y exigencias, que engloban a los que son parte, poniendo como protagonistas a quienes buscan cambiar tanto el lenguaje, como las oportunidades, crear una sociedad y cultura inclusiva.



## **I. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

---

- ¿Qué elementos y/o mecanismos Resilientes pueden encontrarse en los adultos entre 35 y 75 años, que se encuentran en rehabilitación o tratamiento en el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia de Huechuraba?
- ¿Cuáles son las narrativas que acompañan los relatos, que puntúan un alto nivel de resiliencia en el Test Escala SV-RES de Resiliencia, en los adultos entre 35 y 75 años, que se encuentran en tratamiento en el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia de Huechuraba?

## **II. OBJETIVO GENERAL**

---

- Identificar qué elementos y/o mecanismos resilientes pueden encontrarse en los adultos entre 35 y 75 años, que se encuentran en tratamiento en el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia de Huechuraba.

### **III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

---

- Identificar la visión de sí mismo de los adultos entre 35 y 75 años que se encuentran en tratamiento en el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia de Huechuraba.
- Identificar qué recursos internos y externos favorecen el desarrollo de mecanismos y/o factores resilientes en los adultos entre 35 y 75 años que se encuentran en tratamiento en el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia de Huechuraba.
- Identificar la visión frente a la discapacidad que existe en los adultos resilientes, entre 35 y 75 años que se encuentran en tratamiento en el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia de Huechuraba.

# ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

## **I. RESILIENCIA**

---

### **1.1 ORIGEN ETIMOLÓGICO Y PRIMERAS DEFINICIONES DEL CONCEPTO:**

El término resiliencia tiene su origen en el latín ‘‘resilio’’, el cual significa volver atrás, rebotar, volver de un salto o resaltar. Define la resiliencia con un significado perteneciente al ámbito de la física haciendo referencia a la resistencia que oponen los cuerpos, en especial los metales, a la ruptura por choque o percusión. El concepto también ha sido empleado en el campo de la ingeniería civil, para describir la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora, y en osteología, se ha usado para expresar la capacidad que tienen los huesos para crecer en sentido correcto luego de una fractura. Posterior a esto, el término fue adecuado a la psicología y a las ciencias sociales, aludiendo a aquellas experiencias observadas en personas, grupos y comunidades, donde tiene similar sentido: es la capacidad del ser humano para recuperarse frente a la adversidad. Existe una combinación de factores que le permiten al ser humano afrontar y superar los problemas o adversidades que la vida le pone en frente (Saavedra y Villalta, 2008).

### **1.2 EXONENTES Y DEFINICIONES DEL CONCEPTO:**

#### Michael Rutter

El término fue adaptado a las ciencias sociales para hacer referencia a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. Es así como la resiliencia es entendida como un proceso donde las características internas/biológicas y las externas/ambientales se

desarrollarían dentro de un marco temporal, siendo un fenómeno multifacético (Rutter, en Universidad Nacional Abierta y Distancia, 2014).

La resiliencia no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices; es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello (Rutter, en Universidad Nacional Abierta y Distancia, 2014). Las heridas o daños son reales y, para algunos, el trauma resulta ser instructivo y correctivo. El ambiente o contexto en el cual los sujetos se encuentran inmersos y donde se desenvuelven cotidianamente tiende a presentar demandas, estresores, retos, adversidades y también oportunidades. En ocasiones éstos podrían convertirse en obstáculos para continuar, sin embargo, estando presente la resiliencia, existe la posibilidad de que el individuo se desenvuelva y logre tener una vida sana, pese a estar inmerso en un contexto insano. Todos los estudios de factores de riesgo han revelado una considerable variabilidad en la manera en que las personas se enfrentan a la adversidad. Pese a verse expuestos a experiencias desafortunadas, suele encontrarse que una proporción considerable de individuos no sufre secuelas graves, es decir, se logra desarrollar de forma óptima y saludable.

De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo que los individuos poseen desde su nacimiento, ni que se adquiere durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre la persona resiliente y su medio (ambiente social, escolar, familiar y cultural) (Rutter, en Universidad Nacional Abierta y Distancia, 2014).

#### María Angélica Kotliarenco

- Resiliencia como Constructo

La resiliencia es un proceso que se da de forma dinámica y constructiva, de origen interactivo y sociocultural. Este proceso permite conducir a la optimización de los recursos que posee un individuo para sobreponerse ante algún tipo de adversidad (Kotliarenco y Cáceres, 2011).

Desde el punto de vista teórico, se destaca que las personas consideradas resilientes representan excepciones en la manera de adaptarse a una dificultad, esto debido a

que poseen un alto nivel de competencia en distintos tipos de áreas, ya sean intelectuales, emocionales, óptimos tipos de enfrentamiento, autoestima, autonomía, sentimiento de esperanza, entre otras; permitiéndoles surgir y recuperarse de aquellas situaciones en donde se ha visto expuesto a algún tipo de riesgo o evento estresante, que rompa con la cotidianidad normal del individuo (Cáceres, Kotliarenco y Pardo 1999).

También, se enfatiza desde la resiliencia “La importancia de la etapa prenatal hasta los seis años, como una vía posible para abrir ventanas de oportunidad a la resiliencia potencial presente en todos los seres humanos. La educación adquiere relevancia en el desarrollo de los comportamientos resilientes, cuando proporciona las condiciones ambientales que promueven los mecanismos asociados a la resiliencia para el desarrollo de las personas” (Cáceres y Kotliarenco, 2011, pág.1). Resiliencia como una capacidad motivadora desde la edad temprana de un individuo, que puede ser estimulada inicialmente para una adecuada posibilidad de adaptación, promoviendo el desarrollo potencial del sujeto desde la etapa prenatal. Se dice que los niños presentan una mayor capacidad de resiliencia en cuanto a los factores de riesgo que pueden afrontar, a pesar de los estresores ambientales a los que se ven asociados en el transcurso de su niñez.

La posibilidad para que un sujeto desarrolle la facultad de adaptación depende, en gran medida, de la interacción que tenga con situaciones de estrés y la combinación de experiencias de riesgo vividas, como la resistencia a los sucesos peligrosos durante su vida y la exposición controlada de volver a vivir y no evitar.

### **1.3 MÉTODO DE ESTANDARIZACIÓN CHILENA PARA MEDIR RESILIENCIA, SV – RES (SAAVEDRA, VILLALTA – 2008)**

Se debe tener presente que los seres humanos muestran reacciones distintas bajo estímulos similares. Lo mismo ocurre frente a estímulos dolorosos o situaciones de adversidad o estrés, en donde las reacciones de los sujetos serán variadas e incluso opuestas (Saavedra y villalta, 2008).

Según el test de Resiliencia de los Doctores Saavedra y Villalta, se describen tres tipos de reacciones frente a estímulos dolorosos o adversos:

- Personas, que frente al dolor o la adversidad reaccionan con una conducta de vulnerabilidad frente al estímulo.
- Personas que permanecen indiferentes o presentan una ausencia de reacción frente a la situación.
- Personas resilientes, resistentes al estímulo adverso y que logran alcanzar una adecuada calidad de vida, a pesar de las condiciones negativas para su desarrollo (Saavedra y Villalta, 2008).

#### Las cinco áreas de desarrollo de la resiliencia.

Se han distinguido cinco áreas relevantes para trabajar la resiliencia. Estos factores estarían presentes en sujetos resilientes y el identificarlos como centrales para un desarrollo sano y pleno, aportarían a generar planes de protección y a la puesta en marcha de estrategias preventivas (Saavedra y Villalta, 2008).

##### 1. Autoestima:

La apreciación que una persona tiene de sí misma, en términos de sus fortalezas y debilidades, y la sensación que desarrolla en sí un sujeto querible, valioso y capaz. Estas percepciones construidas forman el auto-concepto y surgen de la retroalimentación recibida a partir de las relaciones vinculares establecidos con sus seres más cercanos. El desarrollo de esta confianza básica en los primeros años, resulta fundamental para el desarrollo del concepto y valoración de sí mismo. (Saavedra y Villalta, 2008)

##### 2. Vínculos y desarrollo de habilidades sociales:

Resulta innegable que la presencia de una o más experiencias de vínculos significativos permiten desarrollar características resilientes. Las experiencias de cuidado temprano y estabilidad en las relaciones por parte de un adulto significativo, constituyen en sí mismo un factor protector. La familia es el punto de partida del mundo subjetivo, es el universo de experiencias, que si son gratas y satisfacen sus

necesidades, contribuirán a desarrollar un ambiente óptimo para su crecimiento (Saavedra y Villalta, 2008).

### 3. Creatividad y Humor:

Pareciera que para poder sobreponerse a situaciones de adversidad, se requiere de gran capacidad de adaptación y generación de respuestas alternativas. Para ello, la creatividad surge como una herramienta que permite mirar desde diferentes puntos de vista un problema, diseñando respuestas diferentes según los conceptos. Por otro lado, el sujeto posee una cuota importante de humor que integrado a su vida, aquel que le permite procesar experiencias fuertes y descubrir lados positivos que para otros sujetos son invisibles. El humor, de alguna manera, permite tomar distancia crítica, alejando el dolor y ofreciendo una mirada alternativa de los hechos (Saavedra y Villalta, 2008).

### 4. Redes Sociales y Sentido de Pertenencia:

Lograr movilizar una red de apoyo frente a una situación crítica reduce indudablemente el impacto de estrés. Cuando una persona siente que sus recursos individuales para enfrentar una adversidad se han agotado, son capaces de percibir que cuentan con redes de apoyo, y se sienten parte de un tejido social que proporciona un gran sentido de seguridad en tiempos difíciles.

### 5. Sentido de Trascendencia:

Esta actitud personal se relaciona directamente con la capacidad de búsqueda de sentidos y protección a la vida. Este sentido puede desarrollarse a través de una ideología, valores y principios, o sencillamente del vínculo profundo con una figura significativa. También se debe tener en cuenta el sentido de trascendencia, con el poder dar significado a las experiencias cotidianas y encontrar una dirección en torno a las conductas y prácticas cotidianas (Saavedra y Villalta, 2008).

## 12 Factores de la resiliencia según el TEST

**F1. Identidad:** (yo soy – condiciones de base). Refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable. Dichos juicios aluden a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia.

**F2. Autonomía:** (yo soy – visión de sí mismo). Consiste en el juicio que refiere al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural.

**F3. Satisfacción:** (yo soy – visión del problema). Refiere al juicio que devela la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática.

**F4. Pragmática:** (yo soy- respuesta resiliente). Refiere al juicio que devela la forma de interpretar las acciones que realizan los individuos.

**F5. Vínculos:** (yo tengo – condiciones de base). Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal.

**F6. Redes:** (yo tengo – visión de sí mismo). Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano.

**F7. Modelos:** (yo tengo – visión del problema). Juicios que refieren a la convicción de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas.

**F8. Metas:** (yo tengo - respuestas). Juicios que refieren al valor conceptual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática.

**F9. Afectividad:** (yo puedo – condiciones de base). Juicios que refieren a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno.

**F10. Autoeficacia:** (yo puedo – visión de sí mismo). Juicios sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.

**F11. Aprendizaje:** (yo puedo – visión del problema). Juicios que refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.



**F12. Generatividad:** (yo puedo – respuesta). Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas (Saavedra y Villalta, 2008).

#### Factores de riesgo:

Cuando se habla de “estar en riesgo”, se está aludiendo específicamente a un número de factores adversos para el sujeto. La pobreza, las adversidades familiares, la violencia, el abuso de sustancias, gran cantidad de hermanos y las enfermedades, están entre los factores de riesgo más nombrados (Saavedra y Villalta, 2008).

Así entonces, se pueden identificar factores de riesgo biológicos y factores de riesgo medioambientales, aunque se debe hacer notar que la biología y el ambiente no son completamente independientes. Entre los factores de riesgo que se pueden destacar, los efectos congénitos son la baja de peso al nacer, la falta de cuidado médico durante el embarazo, la ingestión de sustancias antes de nacer, entre otras (Saavedra y Villalta, 2008).

Cuando se habla de factores de riesgo, implica un potencial resultado negativo, sin embargo, también implica que este resultado puede evitarse. En este sentido, es útil el identificar de dónde proviene el factor de riesgo y así poder trabajar en torno a él (Saavedra y Villalta, 2008).

#### Factores Protectores:

Se han logrado identificar algunas características distintivas entre las personas resilientes que provienen tanto de sus cargas biológicas, como de las familias y su entorno social.

Kotliarenco (1997) menciona como factores protectores presentes en una persona resiliente los siguientes elementos:

- Autoestima positiva
- Confianza, optimismo y sentido de esperanza
- Autonomía y sentido de independencia

- Sociabilidad
- Capacidad para experimentar algún rango de emoción
- Habilidades positivas de imitación
- Empatía
- Humor positivo
- Motivación de logro. Sentido de competencia
- Ambiente familiar cálido
- Padres apoyadores y estimuladores.

Estos factores de personalidad resiliente comienzan a formarse desde edades muy tempranas, estableciendo coordinaciones entre las influencias biológicas heredadas, el sistema vincular de crianza y la influencia social.

La familia es el universo en el cual la persona vive y se transforma en un elemento protector, cuando en ella existe calidez, estabilidad y logra brindar apoyo. La seguridad que ofrece a la persona es un factor que reduce el estrés psicológico, cuando se vive en situación de desventaja. No se debe entender a la familia como el grupo nuclear solamente, sino que incluye la participación de otros miembros, como tíos, primos, sobrinos, entre otros; los cuales ofrecen modelos alternativos y son fuente de apoyo (Saavedra y Villalta, 2008).

Los factores protectores tienen su origen en el propio sujeto (incluida su biología), la familia y el ambiente social que rodea al sujeto. El auto concepto juega un papel fundamental en la conducta resiliente, de esta forma, la manera de entenderse a sí mismo y a los otros establece los límites de comprensión para evaluar las situaciones vividas, dando significado y coherencia a las experiencias acumuladas por el sujeto (Saavedra y Villalta, 2008).

#### **1.4 RESILIENCIA DESDE LA MIRADA SISTÉMICA**

Desde el enfoque sistémico el concepto de resiliencia se concibe como una fuerza que se sobrepone a las adversidades. No es posible hablar de resiliencia en ausencia de condiciones de adversidad con alta probabilidad de generar resultados negativos en una persona o grupo (Kotliarenco y Gómez, 2010).

El concepto de resiliencia puede ser extrapolado también al contexto familiar, donde el sistema posee la cualidad de ser resiliente para enfrentarse y adaptarse como unidad funcional tras una crisis (Borger y Silva, 2010).

Las capacidades resilientes son aquellas que los seres humanos tienen guardadas en su interior, pero que se despliegan y exhiben en el momento justo de la necesidad de los cambios frente a las crisis (Azar De Sporn, 2010)

La adversidad es el punto principal de la resiliencia, el dolor es el camino para la superación de éste y los obstáculos, el incentivo al esfuerzo sostenido para poder lograr la superación de todo conflicto.

La resiliencia familiar no es una cualidad estática, un rasgo o bien una característica, sino que es un proceso dinámico y cambiante, que se manifiesta frente a ciertas exigencias, mientras que puede no observarse en otras condiciones o momentos. Sin importar si es individual o familiar, la resiliencia es siempre contextual e histórica (Gómez y Kotliarenco, 2010).

Teniendo en cuenta los patrones conductuales, ya sean positivos o negativos, como las competencias funcionales que la unidad “familia” demuestra bajo estrés o circunstancias adversas, para determinar su habilidad de recuperación, manteniendo su integridad como unidad, al tiempo que asegura y restaura el bienestar de cada miembro de la familia, y de la familia como un todo (Kotliarenco y Gómez, 2010).

Por esto, existe correlación entre las familias que poseen características de calidez, cohesión, estabilidad y la de hijos resilientes, que presentan relaciones estrechas con sus progenitores y mantienen interacciones positivas, cercanas y disciplinadas (Díaz y Gallardo, 2009).

La resiliencia, desde este enfoque, precisa que la misma es un conjunto de adversidades que las familias superan con la ayuda de uno de sus integrantes, el cual tiene esta capacidad más desarrollada y puede guiar al resto. La comunicación, tanto verbal como no verbal afecta indirectamente a la familia, esta es una de las principales causas de desequilibrio (Azar De Sporn, 2010).

La sistémica trabaja la resiliencia como un proceso de estancamiento de las adversidades. Las familias congelan los problemas y las dificultades para no tenerlas en cuenta en su diario vivir, pero en definitiva sólo hace que éstas vean el mundo que las rodea o las problemáticas de determinada manera. Se debe profundizar en lo que está sucediendo con dicha familia, para que de esta forma el núcleo tenga todo tipo de herramientas para sobrellevar los obstáculos (Azar De Sporn, 2010).

Para la sistémica, el pilar de resiliencia con mayor relevancia es la autoestima, debido a que se entiende como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido de las adversidades a pesar de las experiencias devastadoras. Esto se relaciona con que si todos los miembros de la familia poseen una autoestima elevada o bien estable se puede sobrellevar de mejor manera cualquier tipo de dificultad, pero como se menciona anteriormente, una persona, que es el modelo a seguir u otro se encuentra con un tipo de autoestima disminuido, el proceso de dificultad se puede extender y ser muy tedioso para todos, ya que se tiene que trabajar de diferente manera con la persona que posee una autoestima disminuida (Azar De Sporn, 2010).

## **1.5 RESILIENCIA DESDE LA MIRADA HUMANISTA**

La resiliencia se define como el proceso de adaptación frente a la adversidad, traumas, tragedias, amenazas o fuentes de tensión significativas. El dolor emocional y la tristeza son comunes en los sujetos que han sufrido y enfrentado adversidades o traumas en sus vidas, inclusive el camino de la resiliencia está lleno de obstáculos que afectan en el estado emocional de los individuos. La resiliencia incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas o desarrolladas por cualquier persona, explicando así, que la resiliencia no es algo innato en el ser humano, sino que es una capacidad que se desarrolla a través de diversos factores (American Psychological Association, 2014).

Desde la teoría humanista, se encuentran diferentes definiciones de la resiliencia, no obstante, todas se dirigen al crecimiento personal y nuevas oportunidades luego de una crisis.

Boris Cyrulnik (2001), define la resiliencia como la capacidad de los seres humanos que han sido sometidos a los efectos de una adversidad, han de superar la misma e incluso a salir fortalecidos de ella. Cyrulnik (2001) ha realizado aportes significativos en relación a las formas en que la adversidad hiera a un sujeto, provocando estrés que generaría posteriormente algún tipo de enfermedad o padecimiento. En el caso favorable, el sujeto produciría una reacción resiliente que le permitiría superar la adversidad. Su concepto de “oxímoron” que describe la escisión del sujeto herido por el trauma, permite avanzar aún más en la comprensión del proceso de construcción de la resiliencia, a la que le otorga un estatuto que incluye mecanismos de defensa psíquicos más conscientes (Cyrulnik, 2001).

En 1995, Edith Grotberg realiza el modelo de las verbalizaciones resilientes, el cual fue uno de los más influyentes basado en la resiliencia. Se parte de la premisa de que esta conceptualización no considera la resiliencia como algo estático, sino que es de carácter dinámico, que permite trabajar y reforzar el camino hacia la resiliencia (Grotberg, 2013).

El modelo de las verbalizaciones de Grotberg se basa en cuatro expresiones resilientes: “Yo soy”, “Yo tengo”, “Yo puedo”, “Yo estoy”. De esta forma se procura aumentar situaciones en donde se puedan producir dichas verbalizaciones a través de acciones resilientes.

El “*Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*”, de Munist y colaboradores en 1998, dio sentido a estas expresiones:

Yo tengo:

- Personas de alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta, la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.

- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo, en peligro o cuando necesito aprender.

Yo Soy:

- Una persona por la que los otros sienten admiración y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del resto.
- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- Agradable y comunicativo.

Yo Estoy:

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Dispuesto a reconocer mis emociones

Yo Puedo:

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- Sentir afecto y expresarlo (Grotberg, 2013).

Según el modelo de Grotberg (2013), se entiende que el lenguaje y las verbalizaciones son capaces de ofrecer estas claves para identificar las condiciones que posee un sujeto resiliente, y que a su vez potencia en sí mismo el camino de la resiliencia.

Stefan Vanistendael (2014) define la resiliencia como la capacidad de un individuo o de un grupo para superar dificultades y crecer en la vida. Las dificultades pueden tratarse de situaciones de estrés, ya sean dificultades económicas, enfermedades, traumas, duelos, o cualquier temática conflictiva para un individuo. A partir de estos conflictos, se trata de ser creativo, positivo, comprometido y sin pretensión alguna.

Más allá de la resistencia hacia los conflictos, se trata de la capacidad de reconstruir la vida, e incluso transformar la desgracia en oportunidades, como el ciego que se convierte en un excelente músico (Vanistendael, 2014).

Existen algunos elementos que contribuyen a menudo a ser resiliente., así como lo es el sentirse aceptado, donde esta característica es considerada generalmente una de las más relevantes, además del descubrimiento de un sentido positivo de la vida, el sentimiento de tener una cierta seguridad sobre la vida propia, una imagen de sí mismo positiva, y un sentido del humor constructivo. La resiliencia busca más allá de la pura reparación de los recursos y elementos positivos, incluso modestos, que ayudan a reconstruir la vida. Este es un proceso construido tanto por el sujeto en sí mismo como por su entorno social, es decir, familia y amigos. La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, como la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y, por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles.

La resiliencia es una forma de la psicología positiva que hace referencia a la capacidad del ser humano para sobreponerse a todos los períodos de dolor emocional o traumas. Se puede aprender a desarrollar una adecuada resiliencia que contribuya a sobreponerse a contratiempos e incluso salir reforzados. Estas crisis pueden ser de nivel personal o social, y pueden designar un cambio traumático en la vida o salud de una persona. Acontecimientos que tienen la capacidad de superar a los sujetos, que generan estrés o ansiedad, pueden ser enfocados desde la perspectiva de la resiliencia, entonces a través de esto se puede recuperar la energía para actuar, y, en muchos casos salir reforzados y con mejor conocimiento de sí mismo (Institute on Child Resiliencie and Family, 2014).

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que los niños nacen o que los niños

adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, en Universidad Abierta y Distancia, 2014).



## II. ADULTEZ

---

### 2.1 TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

E. Erikson a través de su teoría del desarrollo psicosocial, propone que el desarrollo de la personalidad se basa en ocho etapas, que se denominan estadios psicosociales, los cuales están constituidos por conflictos que cada sujeto experimenta durante su ciclo y evolución vital. Las crisis comprenden el paso de un estadio a otro, como eventos progresivos en el cambio de sus estructuras operacionales o en su defecto, como un proceso de estancamiento regresivo, que mantiene las mismas estructuras operacionales del individuo. Los estadios de los ciclos vitales del sujeto operan, a su vez, utilizando fuerzas sintónicas, que son comprendidas como potencialidades o fortalezas, e incluyen también las fuerzas distónicas, que se entienden como aquellos aspectos vulnerables de la constitución de personalidad del sujeto. De cada superación de las crisis vitales emergen otras virtudes o potencialidades, que dan paso a la siguiente etapa de forma óptima, no obstante, la no superación de una crisis puede crear un defecto o fragilidad específica para aquel estadio que no ha logrado ser superado. (Erikson 1933, citado en Bordignon, 2005)

Como consecuencia del desarrollo psicosocial y del resultado de las fuerzas sintónicas de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. Como resultado de fuerzas distónicas, el fracaso se hace presente a la hora de completar con éxito una etapa que puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. En este caso sólo se describirán los estadios correspondientes a esta investigación los cuales son desde el número seis al ocho (Erikson, 1933, en Bordignon, 2005).

- Estadio seis: Intimidad versus aislamiento – amor

Joven adulto (entre 20 y 30 años): Las personas comienzan a relacionarse de manera más íntima con los demás. La intimidad es aquella fuerza sintónica que permite al

joven adulto confiar en otro como compañero en el amor, trabajo, ocio o procreación; con quien pueda y quiera compartir con confianza mutua. Integrándose en afiliaciones sociales concretas, desarrollando la fuerza ética necesaria para ser fiel a aquellos lazos al mismo tiempo, que imponen sacrificios y compromisos significativos. Concluir de manera exitosa esta etapa puede conducir a relaciones satisfactorias y aportar una sensación de compromiso, seguridad y preocupación por el otro dentro de una relación. Además, el equilibrio entre la intimidad y el aislamiento fortalece tanto la capacidad de realización de amor, como el ejercicio profesional. El reverso de esta situación es el aislamiento afectivo, el distanciamiento o la exclusividad que se expresa en el individualismo, y egocentrismo sexual y psicosocial; individualmente o ambos.

Erikson atribuye dos virtudes importantes a la persona que se ha enfrentado con éxito al problema de la intimidad: afiliación (formación de amistades) y amor (interés profundo en otra persona). Evitar la intimidad, temiendo el compromiso y las relaciones, puede conducir al aislamiento, a la soledad, y a veces a la depresión (Bordignon, 2005).

- Estadio siete: Generatividad versus estancamiento – Cuidado y Celo

Adulto (entre 30 y 50 años): En este estadio las personas establecen sus carreras, se establece una relación, se da comienzo a las familias y se desarrolla la sensación de sentirse parte de algo más amplio. De no alcanzar objetivos, como ejercer una buena crianza de las futuras generaciones o ser productivos en el ámbito laboral, significa no alcanzar de manera satisfactoria la etapa de generatividad, esto da un lugar al empobrecimiento personal, deja una sensación de no ser productivo y de estancamiento, un sentimiento de monotonía, y vacío respecto a la vida.

Posterior a la paternidad o maternidad, el impulso generativo incluye la productividad, el desarrollo de nuevos productos por el trabajo, la ciencia y la tecnología; y la creatividad; esto significa la generación de nuevas ideas orientadas al bienestar de las futuras generaciones. Las personas generativas encuentran

significado en el empleo de sus conocimientos y habilidades para su propio bien y el de los demás; por lo general, les gusta su trabajo y lo hacen bien. Transcurre el tiempo y envejecen sin cumplir sus expectativas, son personas que han fracasado en las habilidades personales para hacer de la vida un flujo siempre creativo, de experiencia y se sienten apáticos y cansados (Bordignon, 2005).

- Estadio ocho: Integridad versus desespero – sabiduría

Vejez (desde los 50 años): Al envejecer y jubilar, las personas tienden a disminuir su productividad y exploran la vida de una manera distinta. Es en este momento donde se contemplan los logros obtenidos a lo largo de la vida, desarrollando la integridad al considerar la vida como acertada. Se entenderá el concepto de integridad como:

- La aceptación de sí mismo, de la historia personal, del proceso psicosexual y psicosocial
- La integración emocional de la confianza, la autonomía y demás fuerzas sintónicas.
- La vivencia del amor universal, como experiencia que resume la vida y el trabajo
- La convicción del propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad
- La confianza, tanto propia como hacia el resto, en especial a las nuevas generaciones, para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que se debe enfrentar.

Por el contrario, la ausencia de la integración, es manifestada por el sentimiento de desespero, con la ausencia de valores. Al visualizar la vida como improductiva, emergerá un sentimiento de culpabilidad frente a las acciones o decisiones pasadas, considerando de este modo no haber logrado el cumplimiento de metas, sintiendo descontento y desesperación, teniendo como resultado en ocasiones la depresión. La falta, pérdida y/o debilidad de la integración se presenta por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y por el desdén (Bordignon, 2005).

El “ser adulto” significa haber crecido, desde la perspectiva del ciclo vital, se comprende como la consecuencia de un proceso de desarrollo experimentado durante la vida. Se diferencian dos tipos de relojes a lo largo de la vida. En primer lugar, los relojes biológicos (edad de hablar, caminar, edad de la pubertad, entre otros); en segundo lugar, los relojes sociales (edad para ir al colegio, dejar la casa de los padres, edad de trabajar, edad para formar una familia, edad para retirarse del mercado laboral, entre otras). Culturalmente, se sitúa la adultez en los relojes sociales, ya que es una época donde se experimentan una serie de transiciones y cambios en general, vivenciando un gran número de ritos, tales como: salida de los hijos del hogar, retiro del empleo, viudez, etc. (Birren, 2000, en Revista Latinoamericana de Psicología, 2002).

Los problemas relacionados con la vejez no comienzan a una determinada edad o época, sino cuando se empieza a etiquetar a las personas como “de edad madura”, o como “trabajador retirado” (Thomae, 1993, en Revista Latinoamericana de Psicología, 2002). Las personas tienden a comportarse en la cotidianidad y en el entorno social según la autoimagen que posean, es decir, si un adulto posee una autoimagen positiva en el transcurso de su vida, podrá tener una vejez activa, sintiéndose útil y experimentando estos cambios de una manera positiva. Por el contrario, un adulto con una autoimagen negativa, se presentará deprimido, incómodo, con una percepción de inutilidad respecto a sí mismo y poco conforme con los cambios que se encontrará vivenciando. Son considerados como “patrones de envejecimiento exitoso” en términos de buena salud, el funcionamiento cognoscitivo y el ajuste personal positivo, en comparación con salud y funcionamiento intelectual pobres o bajo grado de actividad social (Thomae, 1974, en Revista Latinoamericana de Psicología, 2002). También, el bienestar subjetivo o satisfacción con la vida durante la vejez es un indicador de un envejecimiento exitoso (Lehr, 1993, en Revista Latinoamericana de Psicología, 2002).

## **2.2 PLASTICIDAD CEREBRAL Y ENVEJECIMIENTO**

Se comprende como plasticidad cerebral a la capacidad de una neurona para adaptarse a cambios en el ambiente interno o externo, a la experiencia previa o a las lesiones (Gispén, 1993, en Universidad de Valencia, 2014). Se encuentra relacionada con la flexibilidad existente en los mamíferos, que explica la disposición adaptativa de los organismos.

Un ambiente donde es potenciada la estimulación, posee un efecto positivo sobre los seres humanos. La experiencia enriquecida en etapas tempranas de la vida, facilitará un mejor funcionamiento cerebral en la vejez (Bennet y Rosenzweig, 1996, en Universidad de Valencia, 2014).

El cerebro envejecido manifiesta patrones de atrofia neuronal y declive funcional, además de muerte celular. En el proceso de envejecimiento normal, el cerebro presenta modificaciones tanto a nivel cualitativo como cuantitativo (número de neuronas, extensión dendrítica y número y estructura sináptica) (Coleman y Flood, 1987; Brody, 1992, en Universidad de Valencia, 2014). Estos cambios, se encuentran relacionados con disminuciones tanto en la capacidad conductual, como en la plasticidad asociada al envejecimiento. La disminución de dicha plasticidad se refleja en diversos cambios, los cuales podrían explicar en parte, el deterioro fisiológico y cognitivo relacionados con la edad. El cerebro envejecido responde de forma menos adaptativa frente a estímulos fisiológicos y ambientales.

## **2.3 ENFERMEDADES COMUNES EN EL ADULTO MAYOR**

La situación epidemiológica del adulto mayor en Chile toma en cuenta el rango de edad de sesenta y cinco años en adelante para concluir cuáles son las enfermedades que se dan de modo frecuente en el adulto mayor. La situación epidemiológica hace alusión a las causas de mortalidad, morbilidad, el escenario de violencia intrafamiliar y estilos de vida (Ministerio de Salud, Programa Nacional de la Salud de las Personas Adultas Mayores, 2014).

Durante la temporada entre los años 2004 y 2010, la tasa de mortalidad en la población adulta mayor, entre hombres y mujeres, manifestó la tendencia a la disminución de los porcentajes en ambos sexos y grupos de edad, lo cual proviene del resultado del aumento de las expectativas de la vida actual y los avances en materia científica y sanitaria. En el 2010, se observa un leve aumento en las tasas de mortalidad en ambos grupos.

Al separar en grandes grupos las causas en el año 2010, se observa que un 32,4% de las muertes de personas de 65 años y más corresponden a enfermedades del sistema circulatorio, 24,0% a tumores malignos, 12,7% a enfermedades respiratorias, 6,0% a enfermedades del sistema digestivo, seguido en menor porcentaje por causas endocrinas, nutricionales y metabólicas (5,5%), causas genitourinarias (4,0%), trastornos mentales y del comportamiento (3,5%), enfermedades del sistema nervioso (3,4%), causas externas (3,0%), síntomas-signos y hallazgos no clasificados (2,7%), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1,5%) y resto de las causas 1,3% (MINSAL, Programa Nacional de la Salud de las Personas Adultas Mayores, 2014).

Dentro del análisis de las causas de mortalidad, ya sea en el sexo femenino o masculino, se observa que las mujeres mueren mayormente por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, por síntomas y signos no clasificados en otra parte, y por el resto de las causas. Los hombres mayores superan a las mujeres en todas las otras causas, en particular destacan las causas externas cuya tasa es tres veces superior a la de las mujeres adultas mayores de sesenta años.

La carga de enfermedades en personas de 65 años o más en Chile, en un 80%, cumple con un patrón en donde se repiten las enfermedades crónicas, mientras el 12% corresponde al grupo de lesiones (MINSAL, 2007). En ambos grupos, el componente de discapacidad de la carga de enfermedad, supera al de muertes prematuras (MINSAL, Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. 2007)

A nivel poblacional, el 83% del total de la carga de enfermedad se concentra en 8 grupos de causas, destacando como principal causa las condiciones neuro psiquiátricas seguidas de las enfermedades digestivas.

En Chile la expectativa de vida cada vez es mayor, sin embargo, esto no significa poseer un buen estado de salud. En el grupo etario de Chile, es posible considerar la alta frecuencia de enfermedades crónicas y limitaciones funcionales que deterioran la calidad de vida (MINSAL, Programa Nacional de la Salud de las Personas Adultas Mayores, 2014).

En relación a las principales causas de hospitalización del adulto mayor en Chile, es importante considerar que, según MINSAL (2014), éstos ingresan en su mayoría por enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de enfermedades del sistema respiratorio, digestivo y tumores. El orden de magnitud se mantiene para ambos sexos. Las enfermedades cardiovasculares se observan en su mayoría en el sexo masculino y las enfermedades del sistema respiratorio se observan con frecuencia en el sexo femenino.

En consideración de las enfermedades cardiovasculares, es posible identificar cómo grupo de riesgo a aquellas personas de sesenta y cinco años o más en la población chilena. Los factores de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares se vinculan con el sedentarismo, la obesidad abdominal, la hipertensión arterial, y la dislipidemia (MINSAL, 2014).

Entre las enfermedades vinculadas a procesos cardiovasculares patológicos, las cuales afectan a la población de adultos mayores en Chile, es posible encontrar: hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome metabólico y riesgo cardiovascular (probabilidad de un evento cardiovascular). Las enfermedades del sistema circulatorio fueron las primeras causas de egresos hospitalarios durante la época del 2010. La principal causa de egreso en adultos mayores en Chile obedece al grupo afectado por enfermedades cerebrovasculares, enfermedades al corazón e infarto agudo al miocardio (MINSAL, 2014).

Las enfermedades respiratorias también son incluidas como patologías que se presentan de modo frecuente en el adulto mayor, deteriorando la calidad de vida y con altas probabilidades de mortalidad asociada. Entre las enfermedades respiratorias comunes, es posible encontrar enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma, neumonía adquirida, tuberculosis y tumores malignos (MINSAL, 2014).

Entre las patologías músculo – esqueléticas que afectan a la población de adultos mayores en Chile (MINSAL, 2014) es posible identificar los síntomas músculo – esqueléticos de origen no traumático, entre ellos la artrosis, siendo ésta la enfermedad muscular más frecuente; estimando como afectados a los adultos mayores a partir de los sesenta años de edad, presentando síntomas de artrosis en al menos una articulación.

En cuanto a la discapacidad, según MINSAL (2014), en la población Chilena, el 51% de la discapacidad se encuentra en la población del adulto mayor, teniendo como prevalencia a aquellos adultos de sesenta y cinco años o más, tendiendo a aumentar a medida que incrementa la edad, alcanzando mayor prevalencia en adultos mayores alrededor de los ochenta años, más frecuentemente en los hombres.

De acuerdo con MINSAL (2014), en relación a las patologías psiquiátricas que afectan a la población Chilena de sesenta y cinco años o más, es posible hallar:

- Deterioro cognitivo: Entendiéndose como la existencia de un déficit subjetivo y objetivo en las funciones cognitivas, deteriorando la atención y la concentración, el razonamiento y el juicio, afectando el lenguaje.
- Demencia: Existen varios subtipos de demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer la más frecuente en los grupos más envejecidos.
- Parkinson: consiste en un desorden crónico y degenerativo que se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos, produciendo un deterioro importante en la calidad de vida de los pacientes.
- Trastornos del sueño
- Síndromes depresivos y trastornos del ánimo



## **2.4 CICLO VITAL FAMILIAR SEGÚN WILLIAM DUVALL**

El concepto de ciclo vital familiar se basa en la noción de que todas las familias, entendidas en su sentido más amplio experimentan cambios en el transcurso del tiempo, que se pueden observar de modo regular en torno al sistema familiar, el cual se ajustan a un patrón predictivo.

Cada familia debe atravesar por periodos de crisis, concepto que puede ser definido como la alteración del equilibrio habitual del sistema familiar. Durante las diferentes etapas del ciclo vital familiar, el núcleo enfrenta momentos críticos en su periodo evolutivo, que implica cambios a nivel global en la familia y a nivel individual en relación con el sujeto.

El ciclo vital familiar consta de ocho etapas, en las cuales pueden surgir crisis normativas o no normativas (Duvall, 1957, en Valdebenito, 2012).

Las crisis normativas son denominadas de esta forma, ya que ocurren cambios esperables en el sistema familiar. En cada etapa evolutiva, la familia debe enfrentar períodos de transición, en donde los miembros asumen un nuevo rol. Por otro lado, las crisis no normativas, son aquellos cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquier etapa de su desarrollo evolutivo, las cuales no se encuentran relacionadas con los periodos del ciclo vital y su normal funcionamiento, sino que se presentan como hechos fortuitos e inesperados para el sistema familiar (Duvall, 1957, en Valdebenito, 2012).

### Etapas evolutivas de la familia:

#### **A. Etapa de formación.**

- *Formación de la pareja:* Para ingresar satisfactoriamente a esta etapa es necesario independizarse emocionalmente de la familia de origen, esto es muy importante para que la formación de otra familia no sea huir de la propia familia (Jara, 2014).

## **B. Etapa de expansión.**

- *Crianza inicial de los hijos:* La llegada de un niño crea madres, padres, etc; repercutiendo en todo el sistema familiar. La criatura debe ser bienvenida en un ambiente grato y por lo común obliga a los padres a cuidar y prestar atención. Las responsabilidades de crianza exigen una nueva forma de compromiso. Las tareas, las negociaciones de tiempo y espacio deben ser en pos del bienestar del niño (Jara, 2014).

## **C. Familia con hijos preescolares.**

- Al desarrollar el niño un mayor dominio de su cuerpo y comenzar a explorar el medio circundante, aparece la capacidad de iniciativa y de autonomía. Los padres deben reconocer y tolerar esta mayor autonomía, velar al mismo tiempo por protegerlos de los peligros que esta puede implicar. El exceso de sobreprotección puede inhibir y coartar potencialidades del niño, generando sentimiento de vergüenza y humillación (Jara, 2014).

## **D. Etapa de consolidación y apertura.**

- *Familia con hijos escolares:* Los padres comienzan a presenciar como los hijos crecen y se desarrollan, la relación matrimonial se ha consolidado, se forjan relaciones con la familia extensa y se han generado redes externas al núcleo. El niño comienza a reconocer lo que es permitido y prohibido socialmente, desarrolla su capacidad de aplicarse en tareas y actividades (Jara, 2014).
- *Familia con hijos adolescentes:* Los padres deben aceptar el crecimiento biológico y el desarrollo sexual de los hijos, así como también se debería apoyar la individuación de los mismos. La crisis de la adolescencia coincide en variadas ocasiones con la crisis de la edad media de los padres (Jara, 2014). La principal tarea de la familia durante esta etapa es establecer una

nueva relación padre – hijos, desarrollando la habilidad de flexibilizar los límites adecuadamente para que los adolescentes puedan tener la libertad que necesitan, sin dejar de ejercer el rol de padres.

- *Familia como plataforma de despegue:* En esta etapa los hijos se separan de sus familias de origen, ya sea por la inserción al mundo laboral o matrimonio, manteniendo su vínculo con la familia nuclear. La crisis normativa en esta etapa es permitir y aceptar la partida de los hijos como resultado de un proceso natural (Jara, 2014).

#### **E. Etapa de disolución.**

- *Nido vacío:* Esta etapa es donde la pareja vuelve a estar sola, sus tareas son reestructurarse y reencontrarse con su cónyuge, acercarse el uno al otro, renegociar el despojo del rol de padres y por otro lado establecer una relación padres e hijos que sean capaces de soportar las modificaciones producidas por sus respectivos cambios de estatus (Jara, 2014).
- *Familia anciana:* los hijos se van preocupando de los padres ancianos que se han vuelto menos capaces de vivir en forma independiente. A menudo, son las mujeres las que se hacen cargo de las generaciones anteriores. Los cuidadores tienen necesidad de apoyo por parte de sus propios hijos o de otras personas. El ser abuelo y el cariño de los hijos es muy gratificante emocionalmente para muchos. Hay muchos abuelos que les cuesta aceptar un rol secundario en la escena familiar e intentan realizar las mismas actividades que antes o bien pretenden manipular a la familia con sus enfermedades, si es que se dan cuenta que de esta forma adquieren la atención de sus hijos (Jara, 2014).
- *Viudez:* con el tiempo uno de los cónyuges muere, y el otro queda solo y buscando una manera de involucrarse con la familia. A veces una persona mayor puede encontrar una función útil, otras veces los ancianos son vistos como carentes de importancia para el accionar de la generación más joven. En esta etapa, la familia debe enfrentar el difícil problema de cuidar a la persona mayor o enviarlo a un hogar de ancianos, donde otros cuidan de

ellos. Este también es un punto crítico que no suele ser fácil de manejar, pero del modo como los jóvenes cuidan de los ancianos, deviene el modelo de cómo se cuidará de ellos cuando, a su vez, envejezcan y el ciclo familiar se renueve sin fin (Jara, 2014).

En síntesis, el ciclo vital familiar es un proceso circular, el sistema se encuentra en constante cambio para llegar al desarrollo, crecimiento y maduración. Cada miembro tiene definido cuál es el rol que ocupa, lo que es fundamental para crear una estructura organizada, lo que a su vez permite tener un desarrollo en cuanto a lo que es la identidad familiar y la individualidad de sus componentes (Duvall, 1957, en Valdebenito, 2012).

## **2.5 DUELO SEGÚN ELISABETH KÜBLER ROSS**

El duelo es un proceso adaptativo que se vive luego de la pérdida de un ser querido, de un empleo o bien de la pérdida de las capacidades físicas de una persona. El duelo es producto de un cambio no deseado que trae consigo un conjunto de sentimientos y pensamientos ante la pérdida del estilo de vida que se tenía. Elisabeth Kübler Ross (2006) menciona cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. (Kübler-Ross, 2014)

- Negación: Es producida por la sensación de incredulidad, se niega lo acontecido creando una defensa provisoria. Es una respuesta normal ante una noticia dolorosa, permitiendo amortiguar el impacto, rechazando la nueva realidad. (Kübler-Ross, 2014)
- Ira: Una vez que la negación termina y las personas reconocen emocionalmente que hay cosas que ya no son o que no están, o que hay actividades que ya no podrán llevar a cabo como antes, sigue una etapa de rabia y resentimiento, se relaciona con una conducta hostil del doliente, interpretando la situación negativamente. (Kübler-Ross, 2014)

- **Negociación:** Lo que mueve a la persona es la esperanza de que aún se puede evitar la pérdida o que se puede tener el control de lo que está pasando. (Kübler-Ross, 2014)
- **Depresión:** Luego de que las personas se dan cuenta de lo infructuosa que se torna su negación ante la pérdida, se debilitan y surgen sentimientos de vacío y profundo dolor. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad (Kübler-Ross, 2014).
- **Aceptación:** El aceptar no significa ser feliz con la pérdida, la aceptación implica dejar de lado ideas y expectativas no acordes a la realidad actual de la persona. En ésta etapa las personas comienzan a comprender que no será lo mismo, en comparación a antes de la situación de pérdida. Las personas aceptan sus nuevos roles, exploran sus capacidades y potenciales (Kübler-Ross, 2014).

Finalmente, el duelo ante la pérdida requiere evaluación y seguimiento para diferenciar la reacción normal ante una situación de este tipo de un duelo patológico.

## III. DISCAPACIDAD

---

Es entendida como la limitación para llevar a cabo alguna actividad, ya sea por deficiencia física o psíquica, es una condición que a largo plazo afectará la manera de desenvolverse que tiene la persona en la sociedad a la cual pertenece. Son consideradas como discapacidades: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2014). Las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad al interactuar o desenvolverse en un ambiente que no proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones adicionales (Schalok, 1988, en guía didáctica de psicología de la intervención social, 2014).

### 3.1 GRADOS DE DISCAPACIDAD

Durante la 54ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el año 2011, se realizó la aprobación de la nueva versión de la clasificación que alude a los tipos y grados de discapacidad, donde se le otorgó el nombre definitivo de “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud”, con las siglas CIF. Esta clasificación alude al **funcionamiento**<sup>3</sup>, **la discapacidad**<sup>4</sup> y **la salud**<sup>5</sup> (Cruz Roja, 2014).

La utilización que otorga la CIF al término ‘discapacidad’, da una conceptualización fundamental, la que abarca nuevas dimensiones (Cruz Roja, 2014):

- Deficiencias en función y deficiencias de estructura (antes deficiencias).
- Limitaciones en las actividades (antes discapacidades).
- Limitaciones en la participación (antes minusvalías).

---

<sup>3</sup> Como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano (Cruz Roja, 2014).

<sup>4</sup> Como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano (Cruz Roja, 2014).

<sup>5</sup> Como elemento clave que relaciona a los anteriores (Cruz Roja, 2014).

La clasificación se divide en dos partes (Cruz Roja, 2014):

1. **Funcionamiento y discapacidad:** Donde se alude a los cambios de carácter físico ocurridos en el sujeto.
  - 1.1. *Funciones y estructuras corporales*
    - 1.1.1. Cambios en las funciones corporales (funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las psicológicas).
    - 1.1.2. Cambios en las estructuras corporales (son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, extremidades y componentes)
  - 1.2. *Actividades y participación*
    - 1.2.1. Capacidad, como la ejecución de tareas en un entorno uniforme
    - 1.2.2. Desempeño/realización, como la ejecución de tareas en un entorno real
  
2. **Factores Contextuales;** En relación con los agentes externos e internos de influencia en el sujeto.
  - 2.1. *Factores ambientales;* Entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, con el efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.
  - 2.2. *Factores personales;* Entendidos como la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo efecto es el impacto de los atributos de la persona.

Es así como a partir de esta clasificación, se ha podido determinar cuál es el grado de discapacidad que poseen las personas. La propuesta que crea la CIF es para que se use una misma escala de forma genérica en torno a la gravedad, en cinco niveles para todos los componentes (funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales). De esta forma, se atribuye un porcentaje que hace referencia a las limitaciones en la realización de actividades, y la relación entre el tiempo y la dificultad total para su dicha realización.

A partir de esta escala, se podrán generar las definiciones universales en la lectura de la discapacidad correspondiente (Cruz Roja, 2014):

- NO hay deficiencia Ninguna, ausencia, insignificante 0-4%
- Deficiencia LIGERO Poca, escasa 5-24%
- Deficiencia MODERADO Media, regular 25-49%
- Deficiencia GRAVE Mucha, extrema 50-95%
- Deficiencia COMPLETA Total 96-100%

### **3.2 TIPOS DE DISCAPACIDAD**

La discapacidad tiene su origen en uno o varios tipos de deficiencias, ya sean funcionales o estructurales, entonces se considerará deficiencia a cualquier anomalía de un órgano o de su función propia, con resultado discapacitante. A través de la de CIF, promovida por la OMS (2014), se pueden observar numerosas deficiencias asociadas a diferentes discapacidades, es por esto que se ha recurrido a clasificar las características de las deficiencias y agruparlas en tres categorías:

#### *1. Deficiencia Física*

Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías; y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario (Cruz Roja, 2014).

#### *2. Deficiencia Mental*

Dentro de esta categoría se dificulta la cuantificación de las deficiencias principalmente por la falta de precisión en la determinación de sus límites. Se tendrá



en esta categoría el colectivo del espectro del retraso mental, en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales. Este último alberga trastornos de diversa índole, como el autismo, las esquizofrenias, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros. Se considera que aun falta una idónea categoría que separe y reagrupe algunas de estas patologías y/o discapacidades mencionadas, como enfermedades mentales y no como “otros trastornos” (Cruz Roja, 2014).

### *3. Deficiencia Sensorial*

Esta categoría define a quienes presentan trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje. Aquellos colectivos que se ven afectados por trastornos de distinta naturaleza, conforme a sus diferentes grados y posterior evolución, como es el caso de la audición (Cruz Roja, 2014).

Para efectos de clasificación, según contingencia nacional, en Chile se han creado cuatro grupos de clasificación en torno a los tipos de discapacidad (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. INEGI, 2000):

- Grupo 1: Discapacidades sensoriales y de comunicación
- Grupo 2: Discapacidades motrices
- Grupo 3: Discapacidades mentales
- Grupo 4: Discapacidades múltiples y otras.

### Discapacidad Física

Para efectos de esta investigación, se han de considerar aquellas discapacidades que están regidas en torno a limitaciones de caracteres físicos y/o motrices.

Se entiende por discapacidad física a la pérdida parcial o total de la capacidad natural de un individuo. Las causas de la discapacidad física muchas veces están ligadas a inconvenientes durante la gestación (0,11%), problemas en el momento del nacimiento (0,84%), accidentes (11,50%) (Escolares, automovilísticos, deportes de alto rendimiento, entre otros), hechos de violencia (0,58%), problemas congénitos (4,03%), de enfermedad crónica (62,09%) y problema degenerativo de la edad (15,44%) (Instituto Nacional de Estadísticas. INE, 2012, en Fundación Nacional de

Discapacitados, 2014). Según la causa de la discapacidad física, la parte neurológica también puede verse afectada, en estos casos, se está en presencia de una deficiencia neuro-motora, la cual provocaría dificultades para hablar, caminar, ver, utilizar extremidades (brazos y piernas) e incluso para controlar los movimientos corporales.

### **3.3 DISCAPACIDAD EN CHILE**

La discapacidad se constituye como un fenómeno social, que bajo la realidad y cotidianeidad de los sujetos conforma diferentes necesidades de carácter demandante a la inclusión y al reconocimiento de igualdad en diferentes ámbitos de desarrollo personal y adaptación social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), se estima que el 15% de la población mundial se encuentra compuesta por personas con discapacidad. En Chile, las cifras se proyectan en relación a la cantidad total de habitantes a nivel nacional, concluyendo que en la actualidad la cantidad de población con discapacidad que vive en el territorio alcanza los 2,5 millones de personas. El último sondeo correspondiente al CENSO de población INE 2012, eleva la cifra en 2.119.316 personas<sup>6</sup> (Fundación Nacional de Discapacitados, 2014).

En Chile, la discapacidad se presenta como una problemática que genera repercusiones por más de cuarenta años, demostrándose como una importante demanda de las organizaciones de la sociedad civil. En 1994, se promulga el primer marco legal que beneficia a las personas con discapacidad, la Ley 19.284. Cabe destacar que ésta ha sido reemplazada en el año 2012, por la Ley 20.422, la que presenta y establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión de personas con discapacidad. Sin embargo, ha sido un proceso lento y jamás exento de críticas por parte de la sociedad, donde se impulsa ir en búsqueda de derechos especiales en el ámbito de la salud, el acceso a la educación, políticas claras en torno al trabajo y transporte accesible, sin discriminación, así como más participación ciudadana, entre algunas áreas a mencionar. De esta forma, la salud en Chile muestra

---

<sup>6</sup> Cifra correspondiente al abarque de todos los tipos y grados de discapacidad existentes en la sociedad y que forman parte de la diversidad humana. (Fundación Nacional de Discapacitados, 2014).

grandes niveles de dispersión en calidad y acceso, esto en la separación entre salud privada y pública, donde se encuentra con un enfoque directivo a la atención de patologías aisladas, sin considerar ámbitos de relevancia como prevención y promoción de la discapacidad. Se hace necesario destacar que las estrategias de desarrollo comunitario en torno a la rehabilitación, solo abarcan el 51% de las comunas del país, contando solo con ciento cuarenta y tres Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) ubicados en zonas rurales y otros noventa y seis Centros de Rehabilitación Integral (Fundación Nacional de Discapacitados, 2014).

Bajo estas cifras, las demandas de la población de discapacitados aluden, entre algunos antecedentes, a las siguientes referencias:

- Disponibilidad de especialistas, calidad de la atención primaria y disponibilidad real de atención médica. Así también, de las prestaciones que sean necesarias para la persona con discapacidad y su familia, si así se requiere.
- Aumento de la cobertura de los Centros de Rehabilitación Comunitaria.
- Conocimiento del funcionamiento, cobertura, tipos y grados de discapacidad que se atiende en los diferentes Centros de Rehabilitación.
- Acceso al cual están sujetas las diferentes personas y sus patologías asociadas, ya sean físicas, mentales o cognitivas.
- Acceso físico a los centros de salud, en especial para aquellos que se encuentran en zonas aisladas (Fundación Nacional de Discapacitados, 2014).

### Panorama social en Chile

#### *Salud*

El 94% de los jóvenes y adultos mayores de 24 años nunca ha recibido atención de salud y rehabilitación en virtud de su discapacidad.

El 56% de las personas con discapacidad es indigente, usuaria de la salud pública.

#### *Seguridad social*

El 81% vive con Pensión Básica Solidaria de Invalidez, o sea \$82.000 mensuales.

El 19% no califica para recibir la Pensión Básica Solidaria de Invalidez, ni tiene trabajo.

### *Educación*

El 42% de las personas no termina la enseñanza escolar básica.

### *Trabajo*

En Chile existen un millón 1.625.000 personas con discapacidad en edad de trabajar, mayores de 15 años, de éstos el 75% se encuentra aún sin empleo.

Entre quienes trabajan, un 9% lo hace en labores informales y solo el 1% cuenta con un trabajo con contrato laboral (INE, 2012, en Fundación Nacional de Discapacitados, 2014).

El CENSO 2012<sup>7</sup> presenta las actualizaciones más recientes frente a diferentes áreas de medición de la situación de discapacidad en Chile, como se muestra en el siguiente resumen:

Estadísticas específicas de población con discapacidad:

- Población total país con una o más discapacidades: 2.119.316 personas.
- Separado por tipos consultados en relación con la población total de personas con discapacidad.
- Dificultad física y/o de movilidad: 938.141 personas (46.39%)
- Ceguera o dificultad para ver, aun incluso usando lentes: 890.569 personas (42.02%)
- Sordera o dificultad auditiva, aun incluso usando audífonos: 488.511 personas (23.05%)

---

<sup>7</sup> Resultados de XVIII Censo de Población y VII de Vivienda 2012 Chile. (Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2012, en Fundación Nacional de Discapacitados, 2014).

- Dificultad psiquiátrica, mental o intelectual: 373.545 personas (17.63%)
- Mudez o dificultad en el habla: 217.688 personas (10.27%)

(INE, 2012, en Fundación Nacional de Discapacitados, 2014).

De esta forma, se observa que a la medida que las cifras aumentan en la población, también lo hacen las demandas sociales por una salud que incluya, tanto derechos como calidad de vida.

### **3.4 DERECHOS DEL DISCAPACITADO**

- **DERECHOS GENERALES**

1. *Reconocimiento de la discapacidad*

Tiene derecho a ser evaluado médicamente, tanto en el sector público como en el privado, para obtener la calificación de la discapacidad. Sin embargo, sólo la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) podrá certificar la discapacidad.

2. *Inscripción y registro*

Tiene derecho a inscribirse en el Registro Nacional de la Discapacidad si es que esta última, ha sido certificada por la COMPIN, para recibir gratuitamente la credencial que este organismo entrega, posibilitando acceder a ciertos beneficios estatales.

3. *Acceso a beneficios*

Tiene derecho a acceder a programas y beneficios estatales, pero solo si su discapacidad ha sido certificada por la COMPIN y si se está inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad.

4. *Igualdad de oportunidades*

Tiene derecho a no ser discriminado arbitrariamente por motivo de su discapacidad, es decir, a no ser objeto de distinciones, exclusiones o restricciones por parte del

Estado o de particulares, que perturben los derechos fundamentales de las personas con discapacidad.

#### *5. Derecho a familia*

Las personas con discapacidad tienen pleno derecho a constituir y ser parte de una familia, a su sexualidad, salud reproductiva y a que el Estado adopte medidas contra la violencia y el abuso, en especial de mujeres y niños con discapacidad y personas con discapacidad mental.

#### *6. Subsidio de vivienda*

Existen subsidios especiales del Ministerio de Vivienda y Urbanismo para adquirir viviendas, que serán permanentemente habitadas por personas con discapacidad. Estas mismas deben tener el diseño que les permita un desplazamiento seguro por el inmueble

#### *7. Fomento deportivo*

Es deber del Estado el fomento y la promoción de las actividades deportivas, en especial a favor de las personas con discapacidad.

#### *8. Asistencia para votar*

Las personas con discapacidad que tengan dificultad para votar pueden ser acompañadas por un mayor de edad e incluso pueden ser asistidas en el acto de votar si optan por ello.

#### *9. Acceso a locales de votación*

Los locales de votación deben tener accesos expeditos para las personas con discapacidad.

#### *10. Votar sin presiones*

Existen sanciones penales para quienes impidan, obstaculicen o dificulten maliciosamente el voto de un elector con discapacidad. También para quien presione a la persona con discapacidad o a su asistente.

- **DERECHO A DESPLAZAMIENTO URBANO**

1. *Edificios*

Los usuarios de sillas de ruedas tienen derecho al fácil acceso y tránsito en edificios de uso público o que presten servicios a la comunidad. Los ascensores deben tener espacio suficiente para estas personas y los edificios públicos con determinada carga de ocupación deben contar con baños especiales, con acceso independiente para personas con discapacidad.

2. *Estacionamientos*

Tiene derecho a que en los recintos destinados a la concurrencia de público cuenten con estacionamientos especiales para personas con discapacidad (como centros comerciales, cines, estadios, etc.).

3. *Perros de asistencia*

Si se tiene un perro de asistencia debidamente entrenado para asistir e identificar a la persona mediante el distintivo oficial, tiene derecho a que éste lo acompañe en todo momento a edificios y espacios de concurrencia pública y a todo medio de transporte de pasajeros terrestre o marítimo, sin que se le cobre extra por el ingreso.

- **DERECHO A EDUCACIÓN**

1. *Inclusión*

Tiene derecho a acceder a los establecimientos públicos y privados de enseñanza regular o de educación especial que reciban subvenciones del Estado. Los establecimientos de educación parvularia, básica y media deben tener planes para alumnos con necesidades especiales.

2. *Educación especial*

Cuando la integración en los cursos de enseñanza regular no sea posible, debido a la naturaleza de la discapacidad de la persona, tiene derecho a acceder a clases especiales dentro de su establecimiento educacional.

### 3. *Si no puede ir a clases*

Los alumnos de enseñanza escolar que deban estar internados por su discapacidad, tienen derecho a recibir su educación en el lugar en el que permanezcan por prescripción médica.

### 4. *Acceso a bibliotecas*

Puede exigir material, infraestructura y tecnologías accesibles a personas con discapacidad sensorial en bibliotecas de acceso público.

### 5. *Becas Chile*

En la Estrategia nacional de innovación para la competitividad hay un lineamiento que establece que en el otorgamiento de Becas Chile de postgrado, se debe asignar mayor puntaje a las personas con discapacidad.

### 6. *Reconocimiento de lengua de señas*

El Estado de Chile reconoce la lengua de señas como medio de comunicación natural de la comunidad sorda. Toda campaña de servicio público financiada con fondos públicos, como la propaganda electoral, debates presidenciales y cadenas nacionales, que se difundan a través de medios televisivos o audiovisuales, deberán ser transmitidas o emitidas subtituladas con lengua de señas.

## • **DERECHO A SALUD**

### 1. *Prevención y rehabilitación*

Tiene derecho a acceder a programas estatales o a prestaciones en la salud pública destinadas a la rehabilitación de personas con discapacidad. La prevención y rehabilitación de las discapacidades constituye una obligación del Estado, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de sus familias y de la sociedad.

### 2. *Ficha clínica*

Las personas con discapacidad psíquica o intelectual tienen derecho a que se resguarde la reserva de su ficha clínica. Deberá informarse al representante legal de la persona con discapacidad o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, acerca de las razones médicas que justifican la reserva o restricción del contenido de la ficha



clínica. Asimismo, tiene derecho a que se tome en cuenta su opinión para tratamientos, salvo casos calificados de trastorno mental grave y peligro de vida.

### *3. Respeto a dignidad*

Quien tenga discapacidad mental tiene derecho a no ser sometido a terapias o prácticas que atenten contra su dignidad o a experimentos médicos y científicos que se realicen sin su consentimiento.

## • **DERECHOS LABORALES**

### *1. Contratos de aprendizaje*

Tiene derecho a celebrar el contrato de aprendizaje contemplado en el Código del Trabajo sin limitación de edad. En el caso de las personas sin discapacidad, este tipo de contrato es sólo para menores de 21 años.

### *2. Rendición de exámenes*

Si la persona debe rendir un examen como parte de una selección de personal o de un programa de educación o capacitación, tiene derecho a que se adecuen los mecanismos de selección, para que esté en igualdad de condiciones con los postulantes o alumnos sin discapacidad.

### *3. Selección de personal en reparticiones públicas*

En los procesos de selección de personal de la Administración del Estado, sus organismos y Municipalidades, el Congreso Nacional, los órganos de administración de justicia y el Ministerio Público, debe escoger a la persona con discapacidad en igualdad de condiciones de mérito.

## • **TRANSPORTE PÚBLICO**

### *1. Asientos especiales*

Tiene derecho a que en los vehículos de locomoción colectiva y medios de transporte público, existan asientos de fácil acceso y espacios suficientes para personas con discapacidad, los que deben estar señalizados (Congreso Nacional, 2014).

- **DERECHOS TRIBUTARIOS**

1. *Importación de vehículos especiales*

Los vehículos importados para personas con discapacidad tendrán una rebaja del 50% del arancel de importación, siempre que su valor no supere ciertos montos que establece la ley.

2. *Implementos especiales*

Productos como prótesis, equipos especiales de trabajo, elementos de movilidad, medicamentos, material pedagógico especial, entre otros, no pagan gravámenes de importación (Congreso Nacional, 2014).

## IV. REHABILITACIÓN

---

La rehabilitación deberá entenderse como un proceso interactivo de aprendizaje entre paciente, su familia y la comunidad, donde se aplican procedimientos para lograr que la persona lleve sus actividades a un estado funcional óptimo, tomando en cuenta sus capacidades residuales (las capacidades que el individuo aún conserva), con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida. La rehabilitación abarca la recuperación en diversos ámbitos: físico, psíquico, social y laboral, es decir, una recuperación global. (OMS, 2014)

La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo (OMS, 2014).

Las personas con discapacidad deberían tener acceso a una atención médica general y a servicios adecuados de rehabilitación. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad establece que los países deben garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud apropiados, incluida la atención sanitaria general, servicios de habilitación y rehabilitación, y no sufran discriminación en la prestación de servicios de salud (artículos 26 y 26). La OMS apoya activamente la aplicación de la Convención de las Naciones Unidas en estas esferas (OMS, 2014).

Para mejorar la atención médica y los servicios de rehabilitación, la OMS (OMS, 2014):

- Elabora instrumentos normativos, como directrices y un plan global de acción para fortalecer la atención médica y los servicios de rehabilitación;

- Promueve la aplicación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad;
- Ayuda a los países a integrar la atención médica y los servicios de rehabilitación en la atención primaria de salud general;
- Apoya la elaboración de programas de rehabilitación, basados en la comunidad;
- Facilita el fortalecimiento de los centros de rehabilitación especializados y sus vínculos con la rehabilitación basada en la comunidad;
- Promueve estrategias, para que las personas con discapacidad conozcan debidamente su estado de salud y para que los profesionales apoyen y protejan tanto los derechos como la dignidad de estas personas.

#### **4.1 ÁMBITOS DE TRABAJO**

*Rehabilitación Psicológica:* La rehabilitación psicológica facilita el desarrollo de las habilidades de cada individuo para lograr un estado mental y emocional de bienestar. Este es un proceso largo debido a que es una de las rehabilitaciones más difíciles, ya que la persona debe realizar modificaciones en todo ámbito de su vida. De esta forma puede reformular los objetivos que moverán su vida desde la discapacidad, para lograr esto se deben superar todos los episodios emocionales negativos, favoreciendo una efectiva recuperación (Clinica Zeso, 2010).

*Rehabilitación Física:* La rehabilitación física está vinculada al tratamiento que se desarrolla con la persona para lograr recobrar en alguna medida la condición perdida a causa de una enfermedad o bien un accidente (Dolor Panamá, 2012).

De acuerdo a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la rehabilitación busca la restitución de la capacidad de un paciente en desigualdad de condiciones, con la finalidad de que la persona tenga una vida independiente y autónoma, de esta forma que dependa lo menos posible de los demás (Dolor Panamá, 2012).

La rehabilitación física es la más dolorosa de todas, sin embargo, resulta fundamental para que la persona pueda recuperar las condiciones perdidas, producto de una enfermedad o bien de un accidente (OMS, 2008).

*Rehabilitación Social:* Es la parte de la rehabilitación que trata de integrar o reintegrar a la persona en la sociedad, ayudándole a adaptarse a las exigencias de la vida familiar, colectiva y profesional, disminuyendo al mismo tiempo las cargas económicas y sociales que puedan obstaculizar el proceso global de rehabilitación (OMS, 2008).

## **4.2 FUNDACIÓN DE LA FAMILIA**

La Fundación de la Familia (FUNFA) de la comuna de Huechuraba, situada en el sector norte de Santiago, es una institución sin fines de lucro, que forma parte de la red de fundaciones de la Dirección sociocultural de Gobierno, presidida por su actual presidente, Sebastian Dávalos Bachelet.

Fundación de la Familia se crea en 1990 por iniciativa de la Primera Dama durante ese mandato, Leonor Oyarzún de Aylwin, desarrollándose la institución FUNFA (Fundación de la Familia) para mejorar la calidad de vida de las familias vulnerables del país. Desde entonces, forma parte de la Dirección Sociocultural de la Presidencia, con el objetivo de generar espacios de integración, donde las familias puedan estrechar sus vínculos afectivos, a través de actividades educativas y recreativas.

Mediante un convenio de colaboración firmado entre el Gobierno de Chile y el Reino de Bélgica, se llevó a cabo el proyecto “Fortalecimiento de la Acción Social y Comunitaria de Fundación de la Familia” (Fundación de la Familia, 2014).

En el período que comenzó, durante el año 2006, se reenfocó el quehacer de la institución, privilegiando el trabajo con la comunidad. Este enfoque se mantiene hasta hoy. A partir de 2010, en tanto, se fortalecieron las alianzas privadas en la Fundación, lo que redundó en la implementación de los proyectos ecológicos de Puntos Limpios y huertos familiares en los centros. En este período, se dio inicio al

proyecto de fútbol social con jóvenes de la fundación, instaurando equipos y una liga, el que dio paso al proyecto que hoy se conoce como “Futbolazo”. Actualmente, trece centros permanecen en funcionamiento, ubicados de norte a sur y las acciones de Fundación de la Familia llegan a más de doce mil ciudadanos, a los que les imparte educación social para disminuir sus factores de riesgo (Fundación de la Familia, 2014).

La misión de La FUNFA, consiste en contribuir al fortalecimiento de la vida familiar, comunitaria y social a través de una metodología de trabajo que facilite el ejercicio democrático de sus integrantes, de manera que puedan constituirse en una ciudadanía activa. Su visión, mientras tanto, se basa en llegar a constituirse en una plataforma nacional en materia de trabajo y estudios de familias, de manera que permita generar una base de insumos para la sociedad y su colectividad (Fundación de la Familia, 2014).

La modalidad de trabajo de FUNFA consiste en un modelo ecológico sustentado en tres niveles: individual, socio-familiar y comunitario. La modalidad de trabajo es a partir de un modelo sistémico y comunitario con los ciudadanos y sus familias que asisten a los centros de la institución FUNFA. Las personas son acompañadas y guiadas en forma permanente por parte del equipo técnico de FUNFA. De esta manera, participan de talleres, módulos de desarrollo personal y encuentros familiares. Lo anterior es complementado con actividades recreativas y culturales con objeto de estrechar las brechas de segregación y exclusión (Fundación de la Familia, 2014).

Dentro de sus funciones encomendadas se ha incluido el trabajo de rehabilitación, tanto en aspectos físicos, como sociales, en la inclusión de actividades extra programáticas y culturales para la población. Creando así el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte por medio del municipio de Huechuraba. Donde cuentan con Kinesiólogos, Asistente Social y el continuo seguimiento del Centro de Salud Familiar (CESFAM), de la comuna.

# REFERENTES METODOLÓGICOS

## I. TIPO DE INVESTIGACIÓN

---

La investigación se presenta bajo marcos teóricos y metodológicos, guiados por caracteres cualitativos con aportes cuantitativos. Cabe destacar que bajo los parámetros de relevancia y objetivos planteados, la investigación propone un apoyo basado en una primera instancia en aspectos cuantitativos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Al ser una investigación cualitativa, los alcances están enmarcados respecto a referentes descriptivos, de modo que se considera que el carácter de relevancia de la investigación, se concentra en la importancia atribuible a los relatos, experiencias y narrativas de los participantes que conforman la muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

De esta forma, los estudios cualitativos permiten la indagación en aspectos que requieren de un desarrollo de características que prescindan de datos numéricos. *“La metodología cualitativa se refiere, entonces, a procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico”* (Krause, 1995, pág. 21).

- a. Los alcances descriptivos de la investigación tienen como propósito “...describir la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio, haciendo una reseña del estado actual de un fenómeno” (Salkind, 1999, pág. 210).

Es así, como el contenido y enfoque de la investigación van dirigidas a la observación, identificación y profundización de los aspectos que proporcionan la relevancia del estudio, frente a aquellos que han participado de la recolección.

## II. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

---

El diseño de este estudio se basa en la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss. 1998, en metodología de la investigación, 2006), la cual permite explicar las relaciones que existen entre las categorías de la realidad observada y las interpretaciones de aspectos fenomenológicos en la descripción del mundo y de los participantes, considerados frente a factores de tiempo y espacio que serán estudiados.

La teoría fundamentada propone un proceso de diseño investigativo, que permite crear parámetros para la obtención de datos, bajo las interpretaciones de la realidad observada recabadas por el investigador, también pueden ser producto de entrevistas realizadas a los informantes.

### Diseño de Investigación No Experimental Transeccional

Bajo los parámetros propuestos por la Teoría Fundamentada, se le otorga el determinante al diseño de investigación de Transeccional, el que ha propuesto el estudio de alguna variable en un momento y tiempo determinado. El propósito es describir y analizar su incidencia e interrelación. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (Hernández, Fernandez y Baptista, 2006). De este modo, la investigación tomo la variable de discapacidad, y aplico procedimientos no experimentales en un grupo y tiempo determinado, con el fin de generar una descripción y el posterior análisis de avistamientos encontrados en la literatura y otros de nueva envergadura.



### **III. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

---

La presente investigación, pretende estudiar la resiliencia en personas que padecen algún tipo de discapacidad física y que son participantes activos a sus procesos en el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia, por medio del municipio de Huechuraba. Las 12 personas, quienes fueron contactadas a través de los profesionales de la salud que imparten tratamiento kinesiológico en dicha fundación, es un muestreo por conveniencia. Estas personas debido a su condición de poseer algún grado de discapacidad, se hacen parte del programa por medio de la derivación de uno de los CESFAM de la comuna, recibiendo la atención por medio del programa de salud pública.

Se aplicó el instrumento Escala SV-RES de Resiliencia para jóvenes y adultos (Saavedra y Villalta, 2008), donde fueron cuatro las personas que obtuvieron el resultado de resilientes, las que luego fueron contactadas para la realización de entrevistas en profundidad, para el análisis y descripción de los hallazgos.

Finalmente el procesamiento de la información, se lleva a cabo mediante la codificación de los datos, donde se establecieron categorías procedentes de la data. Se continuó mediante la comparación constante de dichas categorías, hasta que fue alcanzada la saturación de las mismas. En este punto, ya no hubo información nueva que codificar y se determinó cuál fue la categoría central del estudio. Se procedió entonces, a generar hipótesis sustantivas, las que puedan explicar las relaciones entre los hallazgos. Finalmente, luego de un proceso de validación y confrontación de las teorías sustantivas se da lugar a una teoría formal de lo estudiado (Glaser y Strauss, 1998, en metodología de la investigación, 2006).

## IV. MARCO MUESTRAL

---

- a. Universo: La consideración del universo en el proceso investigativo alude a todos los discapacitados existentes.
  - b. Población: Hablamos de aquellos discapacitados pertenecientes o que puedan ser encontrados, dentro de la Región Metropolitana de Santiago.
  - c. Unidad de Análisis: La unidad de análisis se remite a aquellas personas discapacitadas que pertenecen y se encuentran en tratamiento en el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia, por medio del municipio de Huechuraba.
  - d. Muestra: La muestra se reduce a 4 personas, del sexo femenino, quienes han sido las que obtuvieron el puntaje resiliente en test y que serán parte del proceso de exploración cualitativo.
- Criterios de Inclusión de la Muestra:
- Género: Femenino y Masculino.
  - Se considero para esta investigación a personas que padezcan algún grado de limitación física, llámese discapacidad.
  - Personas que son parte activa del Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia, por medio del municipio de Huechuraba.
- Criterios de Exclusión de la Muestra:
- Personas que padezcan algún grado de deficiencia o discapacidad a nivel cognitivo y/o mental, detectados por los profesionales de la FUNFA.
  - Personas que no vivan y/o participen de forma activa del Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación Kinesiológica, que imparte la Fundación de la Familia, por medio del Municipio de Huechuraba.

## V. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

---

En primera instancia, se realizó un muestreo por conveniencia en el Municipio de Huechuraba, específicamente en la Fundación de la Familia (FUNFA), en la cual se aplicó la Escala de resiliencia SV-RES para adultos en los miembros de dicha fundación que padecían algún grado de discapacidad física. En la aplicación del instrumento, participaron de manera voluntaria, doce personas pertenecientes al sexo femenino y masculino. Posteriormente, se llevó a cabo la tabulación del SV-RES, ingresando los datos en una planilla de Excel, los que a su vez arrojaron los rangos de puntuación correspondiente a la escala del instrumento. Según estos datos, cuatro personas del sexo femenino obtuvieron un puntaje acorde a los estándares que definen la calificación de resiliente. Por consiguiente, como técnica de recolección de datos desde el enfoque cualitativo, se utilizó una pauta de entrevista en profundidad validada por jueces expertos. Posterior a esto, se realizaron entrevistas semi-estructuradas de forma individual en los domicilios de aquellas mujeres que obtuvieron los puntajes categorizados como resilientes, con preguntas generales y teniendo una duración aproximada de entre una y tres horas, las cuales fueron grabadas y se registró de este modo, el audio el discurso de las participantes, para posteriormente realizar la transcripción de las entrevistas. Luego, se llevó a cabo un análisis en el marco de la codificación abierta (Corbin, Strauss, 1990, en Universidad de Zulia, 2011), la cual permitió la categorización de datos empíricos y, a través de esto, realizar la meta codificación. Una vez obtenidos estos datos, se efectuó el análisis de resultados y el conclusivo de la presente investigación, enfocado en las similitudes y particularidades entre las participantes.

### Instrumentos de Recolección de datos

- a. Escala de Resiliencia SV-RES, para jóvenes y adultos (Saavedra y Villalta, 2008)

Para efectos cuantitativos de la investigación y selección de la muestra, se utilizó el método de recolección de datos, *Escala de Resiliencia SV-RES, para jóvenes y*

*adultos* del Dr. Eugenio Saavedra Guajardo y el Dr. Marco Villalta Paucar (2008) de estandarización chilena. Este instrumento se divide en cinco áreas del desarrollo de la resiliencia los cuales son:

1. Autoestima: La apreciación que una persona tiene de sí misma, en términos de sus fortalezas y debilidades.
2. Vínculos y desarrollo de habilidades sociales: Es la presencia de una o más experiencias de vínculos significativos, permiten desarrollar características resilientes.
3. Creatividad y humor: El poder sobreponerse a situaciones de adversidad, se requiere de gran capacidad de adaptarse y de generación de respuestas alternativas.
4. Redes Sociales y Sentido de Pertenencia: El lograr movilizar una red de apoyo frente a una situación crítica, indudablemente que reduce el impacto de stress.
5. Sentido de trascendencia: Esta un actitud personal, se relaciona directamente con la capacidad de búsqueda de sentidos y protección a la vida.

Este es un instrumento cuantitativo que se emplea para identificar los mecanismo de resiliencia que poseen los adultos de la Fundación de la Familia. Dentro de las dependencias del recinto, ubicado en Av. Pablo Neruda #5901, en la comuna de Huechuraba. Luego de la selección de aquellos que obtuvieron el puntaje dentro del rango que establece de la escala resiliencia (con un percentil de 75 a 79), se conformó la muestra (Ver Anexo 1).

b. Entrevista en Profundidad

Se entenderá por *entrevista en profundidad* como una técnica de obtención de información, mediante una conversación con una persona o varias, para un estudio analítico de investigación (Ruiz, 2007, en Universidad Alas Peruanas, 2014). Estas entrevistas fueron realizadas en los domicilios de cada persona, en sesiones guiadas por una pauta de entrevista la cual consta de cuarenta y nueve preguntas, validada por jueces expertos (Ver Anexo 2).

## VI. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

---

Para el respectivo análisis de datos se ha considerado el método de Codificación Abierta (Corbin y Strauss, 1990, en metodología de la investigación, 2006), donde se hará una distinción de los relatos de cada quien, en descripciones individuales, para estipular de qué forma han sido desarrollados los mecanismos buscados, de modo más personal, evidenciando sus discursivas y sus paradigmas frente a la condición.

La Codificación Abierta (Corbin y Strauss, 1990, en metodología de la investigación, 2006) consiste en un proceso en el cual se organizarán los datos, para su posterior análisis y descripción. Las etapas a evaluar con los antecedentes ya recopilados fueron:

- a. Conceptuar: Se deberán nombrar e identificar aquellos términos que hayan sido relevantes.
- b. Definir las categorías: Se deberán crear categorías para generar una agrupación de los conceptos según su relación, para luego designar nombres respectivamente. De esta forma, se impide generar mayor cantidad de probabilidades en el análisis; y se identificarán de manera más organizada y sencilla.
- c. Desarrollar: Las categorías de conceptos serán desarrolladas en propiedades y dimensiones, definiendo sus características particulares y cómo éstas han de variar según los rangos.
  - Propiedades: Aquellas caracterizaciones que otorgan definición y significado a las categorías.
  - Dimensiones: Serán las representaciones localizadas de las propiedades a lo largo de un rango continuo.

De esta forma, se realizará la exploración sistemática de la investigación, llegando a la creación de nuevas ideas que permitan hacer emerger alternativas en el desglose de las narrativas (Corbin y Strauss, 1990, en Universidad en Zulia, 2011).

## RESULTADOS

En el presente apartado se expondrán los resultados obtenidos descritos en la metodología, aplicando la Escala SV-RES para adultos y luego las entrevistas en profundidad. Del universo considerado, que incluye doce personas del sexo femenino y masculino, todos de tercera edad y con algún tipo de discapacidad física, se obtuvo una muestra de cuatro personas que alcanzaron un puntaje acorde a los estándares que enmarcan la calificación de resilientes. A ellos se les realizaron entrevistas en profundidad de forma personal e individual, obteniéndose los siguientes resultados.

- *Antecedentes Generales.*

Las cuatro personas que resultaron resilientes corresponden al sexo femenino, dueñas de casa, pensionadas, pertenecientes a la tercera edad, situándose en un rango de edad que abarca entre los 65 y 75 años, de un bajo nivel socioeconómico, padecen un grado de discapacidad parcial (sin dependencia de instrumento de apoyo), además cabe destacar que todas reciben su tratamiento kinesiológico en la Fundación de la Familia (FUNFA) en la comuna de Huechuraba.

- *Estado Civil.*

Tres de las mujeres son casadas desde hace cuarenta o cuarenta y cinco años aproximadamente, siendo una de ellas viuda hace seis años. La cuarta mujer nunca contrajo matrimonio.

- *Historia de Vida*

Con respecto a sus historias, todas describen sus infancias como dolorosas y difíciles, por motivos referidos a la pobreza y la muerte de sus figuras vinculares, sin embargo, cabe señalar que tres de ellas mencionan la alegría como su sentimiento más frecuente y la restante expresa que una de las emociones que más se reitera en ella es la tristeza, explicando que recientemente su madre falleció y que tiene una mala relación en la actualidad con sus hermanos. La mujer, a su vez es una de las que se auto define como una persona no activa, dedicando su tiempo solo a labores

domésticas y al cuidado de su casa y nieto; en comparación a las tres restantes, que se presentan como personas que realizan una o más actividades extraprogramáticas, o incluso una de ellas laboralmente activa.

Todas estas personas manifestaron haber sufrido alguna experiencia dolorosa relacionada con la pérdida afectiva parental de su figura materna y/o paterna. Una de ellas, además, experimentó la pérdida de su esposo. Al recordar este evento mencionó la vivencia como *“El mayor dolor de mi vida”*, aludiendo al fallecimiento como un evento que contiene mucha carga afectiva. Otra de las mujeres sufrió la pérdida de uno de sus hijos y el posterior aborto espontáneo a los siete meses de gestación de otro hijo: *“cuando murió mi hijo yo estaba embarazada y perdí a mi otro hijo a los 7 meses de embarazo”*.

Por otro lado, tres de ellas mencionaron haber vivido una niñez complicada por la adquisición de responsabilidades a temprana edad, una de estas funciones fue el cuidado y mantención económica de sus hermanos menores, teniendo que trabajar. Esta responsabilidad adquirida decae cuando las mujeres se casan y salen del hogar para realizarse como mujeres y esposas.

- *Actividades Extra-Programáticas.*

En su mayoría, las mujeres realizan actividades relacionándose con personas de su mismo rango de edad, ya sea en la fundación, en su casa o en otros centros. Estas actividades extra programáticas han ayudado a las señoras a sentir que tienen energía, motivación y entusiasmo, percibiendo que estas acciones las revitalizan. Una de las mujeres menciona no realizar actividades extra programáticas, sin embargo, le gustaría participar en un centro donde se efectúen acciones de este tipo expresando: *“a mí me gustaría pintar, hacer ese tipo de cosas...”*. Una de las señoras menciona que una de las actividades extraprogramáticas que le proporciona satisfacción al llevarla a cabo es ir a la vega a donar ropa a las personas en situación de calle. Esta mujer se mantiene activa en el ámbito laboral, trabajando como empleada de una casa particular, lo cual le causa sentimientos de independencia y autonomía en relación a la discapacidad.

- *Auto-Concepto*

En relación al auto-concepto, todas las mujeres son capaces de identificar sus fortalezas y características positivas tanto como las negativas. La mayoría menciona poseer autonomía e independencia frente a la discapacidad que padecen, de modo que comentan que han de continuar con sus actividades cotidianas, o realizan un esfuerzo para que esto sea así, sin permitir que la limitación que sufren influya de modo directo en sus vidas, animándose a continuar sus quehaceres. De este modo, se observa que las mujeres tienen tendencia a negar su discapacidad o minimizar esta misma, proporcionando poca importancia a la limitación que sobrellevan, con la finalidad de no decaer emocionalmente debido a las dolencias, ya que según a lo que ellas refieren, no pueden flaquear debido a su discapacidad, porque esto afectaría en sus actividades diarias: *“no tomo en cuenta los dolores si tengo que seguir no más”*.

También, se observa que tres de ellas poseen una autoestima adecuada; al preguntar sobre la percepción que tienen de sí mismas, tanto física como psicológicamente, una de ellas menciona lo siguiente: *“yo me quiero enterita”*, aludiendo así a la aceptación que tiene en relación a su cuerpo. Dentro de los resultados y características que poseen los sujetos resilientes, se denota que todas las mujeres son capaces de reconocer e identificar sus virtudes y defectos, logrando un equilibrio y una integración completa de sí mismas. Si bien, en un principio las mujeres tienen dificultades en reconocer algún atributo positivo que encuentren en su cuerpo, luego de reflexionar sobre aquello, logran encontrar alguna parte de su figura que sea de su agrado y son capaces de expresarlo de forma abierta.

- *Atributos positivos*

Las mujeres expresan que dentro de sus principales características positivas, se encuentra el ser colaboradoras y cuidadoras, así como esforzadas, sacrificadas y enérgicas, dejando al descubierto estas características mediante el relato de sus infancias e historias de vida personales: *“si me piden ayuda intento ayudar mientras pueda”*. Todas, en este último tiempo, han cuidado a alguien, una de ellas a su hija, debido a una parálisis, otra a su madre, la cual falleció hace pocos meses, la tercera a una vecina y la última a su tía junto a su madre, las cuales enfermaron al mismo



tiempo. Un factor en común de estas mujeres es que todas han dejado de lado su discapacidad y dolencias por cumplir de lleno este rol que ellas mismas han adquirido, obteniendo satisfacción en ellas al saber que pueden ser colaboradoras con el resto, con sus seres queridos.

- *Defectos*

Dentro de los defectos psicológicos que las mujeres son capaces de visualizar en sí mismas, se encuentra la rigurosidad del orden, rigidez en sus relaciones personales (señalando lo que se debe o no se debe hacer) y poca paciencia. Cabe mencionar, que una de las mujeres reconoce como uno de sus defectos la poca capacidad de sociabilizar con el resto, debido a su falta de confianza en las relaciones interpersonales externas, ya que su percepción de las amistades ajenas al núcleo familiar puede provocar daños por diversos motivos, afirmando que: *‘‘Uno nunca termina de conocer a las personas’’*. Solo una de las mujeres reconoce un defecto físico en ella, el cual hace referencia a un atributo negativo, debido a la ausencia de una pieza dental.

Si bien, todas las mujeres logran identificar aspectos positivos y negativos en sí mismas, en algunas ocasiones se produjo algún grado de dificultad para reconocer aquellas virtudes, en donde, la primera vez que se les planteó determinar cuáles eran sus atributos positivos, no encontraron respuestas. Finalmente, luego de profundizar en aquellos aspectos psicológicos más que los físicos, lograron destacar virtudes y defectos: *‘‘No sé, nunca lo he pensado, no nada, mmm puede ser hacer mis cosas, lavar, planchar’’*.

- *Visión de sí mismo producto de la discapacidad*

En cuanto a la visión de sí mismo que poseen las mujeres producto a la discapacidad, tres de ellas manifiestan que esto les ha traído consecuencias al respecto, no necesariamente negativas, una de ellas comenta: *‘‘La discapacidad no me ha afectado, sigo siento una persona feliz’’*. Así, este padecimiento no es visto como algo que cambie a grandes rasgos la percepción de sí, sino que destacan en sí la independencia para realizar sus actividades, a pesar de las dolencias, manifestando de

este modo: *“Hago mis cosas igual, sigo siendo revoltosa”*. A diferencia de estas dos mujeres, que ven la discapacidad como algo que propicia vigor y optimismo en su actuar, una de las participantes ve la discapacidad y la relación que esto tiene con la visión de sí misma, dando la impresión o la sensación en ella, de no realizar las cosas bien debido a las limitaciones y lo doloroso que ella considera su discapacidad, como algo que entorpece sus actividades.

- *Sentimientos frecuentes*

Dentro de los sentimientos frecuentes, una de las mujeres mantiene esperanza con respecto al futuro, debido a que piensa que se mejorará. Las otras señoras manifiestan como sus sentimientos frecuentes la alegría, debido a que a pesar de la discapacidad, continúan siendo activas y felices, sin embargo, una de las mujeres denota en su discurso sentirse triste por: *“Los dolores de mi vida”*, producto de su enfermedad y la muerte de su madre, incluso esta fue la única mujer que lloró en la entrevista.

- *Familia*

En relación con la familia, tres de las cuatro mujeres tienen hijos, en cuanto a los nietos, todas tienen más de tres y la mujer que no tiene hijos tiene un sobrino nieto.

La cohabitación de las casas de todas las mujeres coincide en que viven con sus hijos, nietos y sus yernos, dos de las mujeres que no son viudas viven con su esposo. La señora que no contrajo matrimonio y no tuvo hijos, vive con su hermana, sus sobrinos y su sobrino nieto.

En relación con la dinámica familiar que poseen las mujeres, considerando sus vínculos, todas valoran profundamente a la familia, a pesar de la diferencia en la conformación de ésta. Todas las mujeres consideran a sus vínculos cercanos, como aquellas relaciones interpersonales que, a su vez, son representadas como figuras de apoyo y soporte fundamental en sus vidas. En este sentido, el concepto de familia es heterogénea. A pesar de esto, para dos de las mujeres su soporte emocional son sus maridos, para otra sus nietos y para la última sus sobrinos y hermana. La mayor alegría de estas señoras ha sido ser abuela o, en el caso de una de ellas, es ser tía

abuela. En todos los casos, las mujeres han cumplido con el rol de cuidadoras de la generación posterior.

Todas las mujeres destacan la importancia de la familia, atribuyendo características como “*Apoyo en momentos difíciles*” y “*la mayor alegría en la vida*”, mostrando concordancia en sus discursos dentro de los relatos, señalado que “*siempre cuando tengo pena, me refugio en mi familia*”, como una frase célebre, dentro de lo que se grafica de modo general como el pilar fundamental y el apoyo principal de las mujeres.

- *Recursos Externos.*

Por otra parte, se observa, en relación a las cualidades del entorno externo, la relevancia de la amistad presente en la mitad de las mujeres, manifestando un lazo de confianza e incondicionalidad en sus relaciones. Estos lazos son compuestos por vecinos y personas significativas dentro de las instituciones a las cuales pertenecen. Proponen a sus amistades como un factor extra con un significado de similar al de la familia.

Otro de los recursos externos de gran relevancia para la totalidad de la muestra, es el Programa de Tratamiento y/o Rehabilitación que imparte la FUNFA, por medio del municipio de Huechuraba.

- *Recursos internos y valores*

Todas las mujeres tienen en común que uno de los principales valores que reconocen en ellas tiene relación con el respeto, haciendo alusión que este principio va dirigido a ellas mismas y hacia el resto, destacando esto como uno de los valores morales como base de toda relación. Otro valor que se repite en las participantes alude el ser una mujer enérgica, denotando esto como la fuerza y decisión que las impulsa en cada ámbito de sus vidas, desde la crianza de sus hijos hasta el enfrentamiento y aceptación de su discapacidad. Se destaca además, que una de las mujeres menciona la perseverancia como otra cualidad dentro de los valores asociados en sí misma, dando luz así a la firmeza y constancia que se ha manifestado durante toda su vida, la cual la impulsa a seguir adelante frente a su discapacidad. Uno de los valores

mencionado por las mujeres tiene que ver con el ser recta/justa con sus relaciones interpersonales, autodefiniéndose como ‘*una persona súper derecha para mis cosas*’, aludiendo a la importancia que tiene el ser frontal y sincera con las personas que la rodean, no hablar mal de alguien o descalificar a las personas.

- *Sueños de Vida.*

Un factor común para la totalidad de las mujeres, es la percepción que tienen referida a la casa propia, significando para ellas, a modo simbólico, uno de los mayores logros en la vida, un sueño cumplido y futura herencia para sus familias. Dos de ellas mencionan que todo lo que hay en sus casas es producto de los esfuerzos realizados en conjunto con sus esposos, inclusive, una de las mujeres menciona que no gastaron dinero en la construcción de la casa, ya que ella y su marido conformaron la vivienda en donde hoy residen. Con orgullo alude que: “*Todo lo que ven aquí, lo hice con mi marido, no le pagamos a nadie*”.

Todas las mujeres también han cumplido el sueño de viajar, todas dentro de Chile. Este ha sido uno de los sueños que más han anhelado durante su vida, que al poder cumplirlo el sentimiento asociado es el de satisfacción. En ese momento tres de ellas manifiestan tener el deseo de viajar, con el fin de disfrutar, para lo cual se encuentran en período de ahorro de dinero para cumplir este anhelo lo antes posible.

Una de las participantes manifiesta que un sueño aún vivo en ella es participar en la Cruz Roja, esto se coteja con la cualidad de ayudar o bien ser una persona colaboradora, tanto en su medio y relaciones interpersonales como en el ámbito social.

- *Frustraciones*

La principal frustración en la cual coinciden todas las mujeres se basa en la pérdida de movilidad y agilidad, debido a la discapacidad que padecen, lo cual provoca estos sentimientos de desesperación, tristeza, y de la enfermedad trayendo consigo dolor. Una de las participantes menciona que una de las frustraciones en su vida ha sido el no poder haber obtenido una carrera universitaria, refiriendo a que no existían los medios y los recursos económicos para ingresar.

- *Creencias Religiosas.*

Las señoras, en su mayoría, le atribuyen un significado especial a la creencia religiosa, tres de ellas se definen como católicas, mientras que la restante practica la religión evangélica desde el día de su matrimonio, hace cuarenta y dos años. Finalmente, en lo que respecta a las creencias religiosas, todas tienen fe en Dios. Como mencionan, su creencia es más personal, no son devotas a concurrir a una iglesia o templo. Una de las mujeres manifiesta que: *“Dios es el dueño de todo”*, haciendo alusión a que Dios es el ser espiritual más grande e influyente en su vida y en la vida del resto, pero ella se considera: *“Católica a mi manera”*.

- *Relaciones Interpersonales.*

En cuanto a las relaciones interpersonales, las mujeres señalan que sus familias son lo más importante, destacando esto como una prioridad. Si bien, dos de ellas mantienen relaciones de amistad, para ellas es algo relevante al nivel de un lazo de confianza, pero en segundo lugar, después de la familia. También, dos de ellas se caracterizan por ser personas sociables, tener amigas, pero cabe destacar que una de las mujeres se auto define como poco sociable, que no confía en las demás personas, de no tener amigas, y de solo relacionarse con su familia y patrones: *“yo desconfío de los demás, uno nunca sabe cómo es la otra persona”*

- *Aporte hacia las demás personas*

El aporte que las mujeres dejan en su círculo, lo describen como algo positivo, expresando que siempre les dejan recuerdos *“bonitos”*. La mujer que más hace actividades extraprogramáticas menciona: *“siempre dejo algo en donde he estado”*, las demás señoras expresan que sus aportes son colaborar cuando las necesitan, y ayudar incondicionalmente.

- *Alegrías y Satisfacciones.*

Las alegrías para las mujeres en su mayoría, son ayudar a las personas, hacer reír a los demás cuando están pasando por algún problema y el poder ayudarlos a solucionar sus dilemas, ya sean familiares (hermanos, sobrinos) o vecinos que

necesiten su ayuda. Colaborar es satisfactorio para ellas, al respecto se observa que las alegrías para una de ellas está completamente relacionada con sus nietos, expresándolo como: “*me da alegría si a mis nietos les va bien en un examen*”.

- *Referentes en la Vida.*

Si bien los referentes de las mujeres son variados, llama mucho la atención que una de ellas menciona como referente a ella misma, por su capacidad de luchar en la vida y el poder salir adelante independientemente de la adversidad. Las otras tres mujeres mencionan como referente a terceros, una de ellas a su padre por atribuirle características como estricto, la terquedad y eso lo ve reflejado en ella misma y sus propios hijos recalcan estas similitudes, de acuerdo a su relato. Otro referente de ellas es un pastor de la iglesia, por tener la capacidad de aconsejar y guiar a las parejas. En la última mujer el referente es Dios.

- *Visión de problema y enfrentamiento de conflicto*

En relación con la visión de problema, todas las mujeres presentan un punto de vista frente a su percepción de conflictos, en el cual se debería hallar la solución a las problemáticas mediante la reflexión de los mismos, refiriéndose a esto como: “*Hay que buscar la solución rápido*”. Durante el enfrentamiento del conflicto, todas las mujeres afirman buscar apoyo u orientación en su núcleo familiar directo y más cercano, así en sus hijos, como un medio de desahogo de la situación compleja a la cual se enfrentan. Una de las mujeres alude a que frente a la presentación de un conflicto, intenta no pensar tanto en el problema, evitar las lamentaciones frente a esto y actuar rápido, para prescindir de esta situación lo más rápido posible.

- *Humor.*

En cuanto al sentido del humor, tres de las mujeres son capaces de alejarse del foco de tensión que trae consigo la discapacidad. Una de ellas, manifiesta que a pesar de esta condición sigue siendo feliz y revoltosa, distanciándose de ver la discapacidad como una limitación. Estas mujeres manifiestan tener una vida alegre a pesar de su condición, y una mirada optimista y esperanzadora al respecto. En relación a la cuarta participante, manifestó enojo y tristeza frente a la discapacidad, lo cual afecta

su mirada, que es poco optimista hacia el futuro y por tanto está cerca de la tensión que produce la limitación que padece. Cabe señalar que recientemente falleció el marido de esta mujer.

## ANÁLISIS CONCLUSIVO

A través de este estudio, se ha dado cuenta de aquellos factores de resiliencia presentes en las cuatro participantes, en donde se percibe la congruencia existente entre algunos postulados de la teoría de la resiliencia y lo que se ha presenciado a lo largo de esta investigación.

Entre los elementos más relevantes que se han destacado durante esta investigación, es importante mencionar la visión de sí mismo que poseen las participantes, en donde las cualidades de esta, hacen referencia a la autoestima positiva, haciendo alusión a la aceptación de sí mismas. En relación a aquellos aspectos concernidos con sus virtudes y defectos, cabe señalar que estas mujeres son capaces de aceptar e integrar su discapacidad, continuando con el funcionamiento de su diario vivir, haciendo que esto no produzca algún tipo de limitación mayor en sus actividades, manifestando, de esta forma, ser mujeres independientes. Además, las limitaciones producto de la discapacidad no les ha quitado autonomía en su diario vivir, perseverando en las acciones que les generan placer y satisfacción, realizando actividades extraprogramáticas (Yoga, Teatro, Reiki, bordado, etc) e incluso encontrándose una de ellas laboralmente activa en la actualidad. Así, se observa que estas mujeres se sienten útiles y activas en su diario vivir, lo que contribuye directamente a la visión que tienen de sí mismas. El reconocer la propia fortaleza y recursos para tratar con situaciones adversas puede ayudar a desarrollar confianza en sí mismo y el prestar atención a las necesidades y sentimientos de cada persona, la clave se encuentra en identificar formas que podrían resultar bien como parte de una estrategia personal para desarrollar la resiliencia (Dominguez, 2005).

Al momento de indagar en el pasado de dichas mujeres, el grupo de investigación se pudo percatar que todas habían sufrido infancias considerablemente dolorosas, sus relatos se centraban en la pérdida afectiva de alguna de sus figuras vinculares, la suspensión de actividades que les generaban satisfacción y en la temprana responsabilidad adquirida, como por ejemplo, el cuidado de sus hermanos/as menores en ausencia de sus figuras maternas o paternas, lo que es posible asociar con



el concepto de parentalización, el cual hace referencia a aquella distorsión subjetiva de una relación en la que se ubica el otro ( pudiendo ser en forma fantasiosa o mediante una actitud de dependencia), donde una hija parentalizada debe suplir el papel de los propios padres; es decir, se recrea la relación de los propios padres en la relación que mantienen con sus hijos o con el propio cónyuge.

La parentalización determina los siguientes roles: en primer lugar, el rol de cuidador de los propios padres, supliendo labores domésticas no acordes a la edad de un hijo, cumpliendo con los deberes de los progenitores, o incluso como fue expresado en el relato de algunas mujeres pertenecientes en la muestra “trabajando” para cubrir las necesidades económicas de sus hermanos y hermanas, comprando ropa, calzado e incluso alimentos. En segundo lugar, el rol sacrificial, donde el sujeto renuncia a su vida por contribuir a la unión familiar, pudiendo postergar los propios intereses, expectativas, prioridades y renunciando incluso a la formación de la propia familia (Boszormenyi – Nagy y Spark, 1972)

Frente a esto, surge en las investigadoras la siguiente duda, al ser mujeres parentalizadas y cuidadoras de terceros desde la infancia, ¿quién les ha otorgado cuidados, contención y cariño en momentos de adversidad? ¿Se encontrará latente en ellas la necesidad de ser cuidadas? Se deduce que la cualidad existente en estas mujeres, referente a lo cuidadoras y colaboradoras con su entorno, tiene su origen en la niñez, donde debieron asumir diversas responsabilidades fundamentales en sus núcleos familiares, preocupándose más de quienes las rodeaban que de sus propias necesidades. El cuidar de otros y asumir responsabilidades no acordes a la edad cronológica ¿será una característica de las personas resilientes? ¿Se encontrará relacionada la parentalización con la resiliencia?

Es de vital importancia reconocer que las mujeres catalogadas como resilientes luego de la aplicación de SV-RES, han quebrantado una serie de mitos familiares a los que fueron expuestas por sus familias de origen, los cuales se comprenden como conjuntos de creencias familiares que son respetadas por todos los miembros de la familia, los que marcan directrices generales para el comportamiento y determinan roles dentro del sistema y formas de relación entre ellos, pero manteniéndose ocultos

e indiscutidos. Dichos mitos no siempre son compartidos por la totalidad del núcleo familiar. Igualmente, se postula que los mitos cumplen diversas funciones, en ocasiones mantienen la estabilidad, otras veces promueven el crecimiento y el cambio: son transmitidos implícita o explícitamente con la finalidad que el conjunto familiar logre acomodarse a ellos (Anderson y Bagarozzi, 1996).

Entre los mitos que han desechado se encuentran: el matrimonio como decisión de los progenitores, el nivel educacional al cual pudieron optar, un pensamiento retrogrado y machista, donde la mujer se veía limitada en diversos ámbitos y han flexibilizado sus creencias aplicando esto a sus propias familias, dando la libertad de decisión en relación con la vida amorosa de sus hijos/as; libertad en la elección de la profesión, otorgando además el apoyo económico y moral para esto, un pensamiento más moderno o adaptativo que el pensamiento actual en relación al rol y capacidades de la mujer, es decir, estas mujeres son gestoras y deciden sobre el cómo quieren continuar su vida, dando además la libertad de elección a sus hijos, la cual ellas no tuvieron, con la finalidad de evitar las malas experiencias que ellas sufrieron y una manera más libre y personal de profesar sus creencias religiosas, sin asistir constantemente a templos o iglesias. Cabe mencionar la diversidad y evolución a través del tiempo que experimentan los mitos, los que representan una matriz de conocimiento y un punto de unión para quienes los comparten. El mito oscila entre la historia y la realidad en una zona de fantasía, ya que crece donde hay interrogantes no resueltas y hay insuficiencia de datos y explicaciones (Andolfi, 1989). De este modo, el mito da un marco de sentido a lo ambiguo, proporcionando seguridad, es por esto que tiene cierta rigidez y la familia intenta defenderlo no discutiéndolo, hasta que se rompe una regla relacionada.

El mito da lugar en gran medida al ritual, el cual se encarga de mantener vigente al mismo. Comprenderemos como ritual a una organización de actos bien codificados en la familia, que se vuelven repetitivos a lo largo del tiempo y de los cuales participa la totalidad o la mayoría de los miembros. Su propósito se dirige a transmitir valores o formas ideales de comportamiento (en situaciones específicas o vivencias emotivas relacionadas). Constituye un soporte para los significados que

cada persona del conjunto familiar le atribuye a diversas situaciones, se enriquece con nuevas experiencias y valencias a lo largo del tiempo y prevé así de una estructura que permite posteriores adaptaciones del mito familiar (Andolfi, 1989).

La vida y familia de estas mujeres se encuentra colmada de rituales significativos, a los cuales le otorgan un especial significado afectivo y emocional. Entre las más relevantes, se encuentran las reuniones familiares en fechas especiales (cumpleaños, navidad, año nuevo, fiestas patrias), donde es indispensable la presencia de la totalidad de la familia, con la finalidad de fomentar la unión. También hay rituales que hacen referencia a las creencias religiosas, donde se venera a ciertas personas importantes (amigos, hijos, padres, familia en general), prendiendo velas a diario o en fechas relevantes a aquellos que ya no se encuentran presencialmente en sus vidas, pero sí forman parte importante.

En cuanto a los sentimientos frecuentes que experimentan las mujeres, se puede mencionar que la mayoría de ellas siente alegría y esperanza, tanto como afecto, que mantienen en cuanto a la visión del futuro y la mejoría de sus dolencias físicas producto de la discapacidad que padecen. También cabe mencionar que a través de los puntos anteriormente referidos, en relación a su autoestima y sentimientos frecuentes, se pueden relacionar estos aspectos con los recursos internos, haciendo alusión al reconocimiento de sus atributos y defectos, reconociéndolos e integrándolos como parte propia e importante de ellas, como su esencia y la alegría que sienten, relacionada a la familia y al cuidado de esta.

En los recursos externos se hayan aquellas redes que son pilares fundamentales para estas mujeres, reconociendo valorar prioritaria y profundamente a sus familias, siendo éstas figuras de apoyo, contención y alegría. Llama la atención que dentro del núcleo familiar de estas mujeres, figuran como aquellas personas de mayor significado, sus nietos a quienes les atribuyen especial importancia, invirtiendo además gran cantidad de tiempo y dedicación al fortalecimiento de dicha relación, preocupándose del cuidado personal en la ausencia de los padres (quienes pasan largas jornadas fuera de la casa, producto del trabajo), entregando afecto e incluso

preocupación por el rendimiento académico. En el caso de la mujer que no tiene descendencia directa, atribuía esta significación especial a sus sobrinos y sobrino nieto, a quienes acogía en su hogar y otorgaba cuidados.

Cabe mencionar la enorme valoración que manifiestan estas mujeres hacia sus esposos, donde son observados como compañeros de vida y personas significativas, puesto que impulsan a continuar adelante, en algunos casos, motivando a realizar otras actividades fuera de la cotidianidad del hogar. Los afectos relacionados aparecen de forma trascendental, como es el caso de la participante viuda, que se refiere a la muerte de su esposo como el acontecimiento más doloroso que ha enfrentado a lo largo de su vida.

Otros de los recursos externos presente, se enmarca bajo los parámetros de la amistad, a la cual le atribuyen gran significado y a la cual se refieren con gran afecto y cariño, dejando en evidencia la relevancia de ésta en sus vidas como una red de apoyo imprescindible en los momentos de adversidad: Diversos estudios demuestran que un factor primario para la resiliencia es tener relaciones que ofrezcan cuidados y sustentos dentro y fuera de la familia. Las relaciones que crean apoyo, y confianza, proveen modelaje, y ofrecen estímulo y reafirmación. Incluso contribuyen a afirmar la resiliencia en una persona (Dominguez, 2005). Además de las amistades que han formado parte fundamental de sus vidas, se encuentran aquellas personas con quienes comparten algo en común, la discapacidad que les aqueja, y con quienes han logrado establecer lazos, y que participan de manera activa en sus actividades extraprogramáticas y tratamientos kinesiológicos en la fundación que las acoge, la FUNFA. Podríamos relacionarlo con la resiliencia comunitaria, donde se hace referencia a la unión existente y propia de un grupo, donde se comparten experiencias y similitudes en cuanto a la condición actual de los miembros, lo cual hace que tengan un sentido de pertenencia o identidad con dicho grupo social: *“La resiliencia comunitaria no es una intervención específica o delimitada a responder a un determinado acontecimiento adverso. Es mucho más que eso. Es la capacidad por parte de la comunidad de detectar y prevenir adversidades, la capacidad de absorción de una adversidad impactante y la capacidad para recuperarse tras un daño, esto es en definitiva lo que define a la resiliencia comunitaria”* (Twig, 2007,

pág. 5). Es importante destacar que en relación a los valores presentes y mencionados por las mujeres, se presenta el respeto, como cualidad y principio fundamental, que se percibe como la base de todas las relaciones vinculares importantes, dirigiendo este valor a sí mismas y al resto. Además, se puede mencionar como valores relevantes la solidaridad y la colaboración que otorgan a quienes las rodean, lo cual genera cierta satisfacción y/o placer en ellas. Dichos valores tienen un sentido trascendental, el cual intentan inculcar a quienes les rodea.

Llama la atención la percepción que poseen respecto a los problemas que se presentan en su diario vivir, donde mencionan calificaciones como “*algo que es posible solucionar*”, “*algo que tiene solución*” sin detenerse en cuestionamientos, sino enfocándose en la pronta y efectiva búsqueda de soluciones, desde una mirada positiva y optimista. Existe en ellas una elevada capacidad adaptativa y de generación de respuestas alternativas, teniendo presente, como potente herramienta, la creatividad, la cual les permite mirar desde distintos enfoques sus problemáticas, diseñando diversas respuestas según la situación o contexto (Saavedra y Villalta, 2008).

Otro de los atributos presentes es el humor, comprendido como la capacidad de procesar fuertes experiencias e identificar en ellas aspectos positivos. Permitiendo así tomar distancia de la situación crítica, alejando el dolor y ofreciendo una respuesta alternativa de los hechos a través del humor (Saavedra y Villalta, 2008). Es así como estas mujeres enfrentan la vida, encontrándose en una constante búsqueda de nuevas alternativas para solucionar sus limitaciones físicas o problemas personales, familiares, o de cualquier índole, sin quedar sumergidas en aspectos dolorosos o poco favorables para ellas, encontrando además cualidades positivas que contribuyen en su crecimiento personal, como un aprendizaje, experiencia, fortaleza, entre otras.

Sin embargo, llama profundamente la atención la negación respecto a la discapacidad y dolencias que padecen en la cotidianeidad, donde exponen no tomarla en cuenta con la finalidad de continuar sus vidas con total normalidad, como antes de dicho padecimiento. También podría relacionarse con la minimización, la cual hace alusión al restar importancia a los sucesos que acontecen, quitándole relevancia a sus

dolencias físicas para priorizar otras cosas, a las cuales le atribuyen mayor importancia.

Frente a esto, las investigadoras se preguntan, ¿la negación de dolencias tiene relación con la resiliencia de estas mujeres? ¿Será minimización? ¿Será la resiliencia presente en ellas lo que hace que continúen adelante, pese a sus limitaciones físicas, restándoles importancia o directamente no considerándolas?

Las investigadoras concluyen que la característica fundamental en ellas es la resiliencia. El amor por quienes las rodean (ámbito familiar y social) las hace hacer frente a las limitaciones físicas, superarse a diario y funciona como una motivación para no sumergirse en sus dolencias físicas, es por esto que ellas han perseverado en aquellas actividades que les producen satisfacción y las engrandecen como persona, practicando los valores fundamentales que guían sus vidas como el respeto por el otro y la solidaridad sin esperar nada a cambio. El hacer feliz a otros produce felicidad en ellas, lo cual se refleja en su estado de ánimo y disposición a continuar activas por mucho tiempo más.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

La caracterización de los seres humanos, su conformación y estructura personal, son la basta saturación de experiencias y recuerdos, que permiten que sea de una forma y no de otra. Todo desarrollo es una evolución en diferentes aspectos del sujeto, entonces surge la pregunta a la base de la investigación; ¿es valorado y concebido el individuo por su conformación en un tiempo ya pasado?

Las investigadoras han de concluir innumerables aristas que resurgen de la teoría, y sus implicancias de aplicación y trabajo continuo. Existen diferentes factores a considerar, que enmarcan las relaciones y contrastes entre lo que se ha de determinar en la finalización del proceso investigativo en resiliencia.

Se ha de concluir a nivel investigativo, que la resiliencia y sus diferentes factores, pueden desarrollarse y emerger en los individuos, en cuanto posean características propias e internas, como en la valoración que se genera frente a aquellos recursos de carácter externo, que han de ser la potencialidad en la conformación final de los sujetos.

El objetivo general que planteó el proceso investigativo fue en torno a la identificación, precedida por la exploración de elementos y/o mecanismos resilientes, que pudieran ser encontrados en adultos con discapacidad y en tratamiento en La FUNFA, a través del instrumento de exploración Escala de Resiliencia SV-RES (Saavedra y Villalta, 2008). De modo que lo que se tuvo en la base de este planteamiento, es que los diferentes resultados muestran y comprueban que la investigación avala que dichos elementos y/o factores pueden ser desarrollados y encontrados en los individuos. Sin embargo, se ha de considerar de relevancia mencionar que el instrumento de estandarización chilena es útil, en la medida de que permite entregar una distinción válida, para clasificar a las personas, pero se concluye que la verdadera identificación, que fue propuesta en el objetivo general de la investigación, ha sido por medio de las entrevistas en el contacto directo con las personas.

Se ha de mencionar dentro de las principales implicancias del estudio, tal como se demuestra en el análisis de resultados, que existen diferentes características. Las mujeres resilientes que se presentan en el test poseen antecedentes los cuales se citan en la literatura, dentro de ellos se han de mencionar; - Creatividad y Humor, como destacables aspectos identificados en cada entrevista, donde se evidenció que lo proponían a cada momento.

Sin embargo, existen nuevos antecedentes que resurgen en la identificación de la resiliencia, que se adjuntan a los resultados de la investigación.

Se observará la parentalización como aquella conceptualización que explica lo cuidadoras y protectoras que han sido y continúan siendo respecto a las relaciones vinculares que mantienen, lo que se refleja en lo importante que son los nietos, aquellos que en reiteradas ocasiones son mencionados como las principales fuentes de alegrías y motivaciones a seguir para ellas. Es así como las investigadoras han de plantear la interrogante, ¿son las figuras significativas las principales motivadoras para perseverar en la rehabilitación? Así, se ha observado que estas mujeres ven en sus familias, y principalmente en el cuidado y crianza de sus nietos, una gran motivación para seguir adelante y fijar nuevos objetivos, para tener una mejor salud y condición.

Cuando se indaga en los sueños, tanto los que se han cumplido, como los que aún se mantienen, especifican que la casa propia representa el mayor logro y sueño realizado durante sus vidas, lo que identifica una meta tanto personal, como a nivel familiar. Es relevante como el término de la construcción de su refugio y entorno, de la creación de la historia de sus vidas junto a sus familias.

Resulta importante mencionar aspectos como la infancia dolorosa y cargada de adversidades, la que ha conllevado innumerables características, que además de generar discernimiento, genera una potencialidad en relación a la conformación actual. *“La adversidad a la que tuvimos que hacer frente durante la infancia dio como fruto una forma creativa de entender las cosas, de dar un sentido a la propia vida y de vivirla plenamente”* (Young-Eisendrath, 1998, pág 97).



Otorgar un espacio a la pena y que éste sea frecuente, no es algo que se considere como parte del bienestar, donde el sinónimo para este último es la felicidad.

*“En cambio, el resultado para otras personas fue convertirse en un imán que parece atraer más y más dolor, y adquirir una predisposición a recrear continuamente aquello que ya las hirió”* (Young-Eisendrath, 1998, pág 85).

Cuando lo llevamos a los hallazgos en los postulados de la resiliencia, tampoco es situado de esta forma. Sin embargo, al ver el reflejo de esta investigación, las personas que han participado de los resultados acordes a la resiliencia mencionan que el espacio y el respeto a sentir el sufrimiento y la tristeza, ha estado presente en ellas, y que de igual forma ha sido un impulsor a su conformación actual. Se preguntan las investigadoras ¿el común de las personas se encuentra definido por los sentimientos que experimenta con mayor frecuencia?

Frente a la literatura de la resiliencia, las personas aprenden de las adversidades y se sobreponen a eventualidades de carácter negativo, resurgiendo y continuando, sin embargo, aquellas mujeres que han fluctuado como resilientes en la aplicación de la escala, mencionan como un aspecto importante el otorgar un espacio a recordar, y sentir la tristeza como parte de ellas, entregar una instancia a llorar cuando sea necesario, lo que no implica que sus sentimientos han de estar regidos solo por esto, sino que en similitud a los postulados resilientes, han de aprender y resurgir de sus dolores, pero a su vez, como nuevo antecedente, se agrega que aún han de darse el espacio para sentir y vivir dichos dolores, en la forma que generan un adecuado equilibrio.

Ha de ser este equilibrio uno de los principales nuevos hallazgos. ¿Cómo vivir en plenitud sintiendo dolor, sufrimiento y dicha al mismo tiempo?

Las investigadoras han de concluir que el dolor es una característica que se rige por antecedentes físicos, mientras que el sufrimiento será algo más innato, de carácter sensacional y profundo. Es así como se puede otorgar una respuesta a esta interrogante, refiriendo a que estas personas han creado un equilibrio de tal forma que respetan sus sentimientos y sensaciones, brindando un espacio que no colme ni sature sus vidas. Estas mujeres, en su condición de resilientes, no solo viven en la

felicidad y alegría a diario, crean un certero equilibrio, aquel que les permite vivir en armonía.

Concluyendo que no es crear una libertad excluyente del dolor que puedan estar padeciendo, sino que un cambio de perspectiva en el diario vivir. *“No es que hayan encontrado la fórmula para librarse del dolor y de la adversidad, sino que transforman cualquier suceso en felicidad”* (Young-Eisendrath, 1998, pág 43).

#### - Limitaciones

Dentro de las limitaciones al estudio, se considera que la muestra no ha de conformar las expectativas que se tenían, ya que esta fue muy pequeña.

El tiempo empleado durante el proceso de investigación, como factor posibilitador, no fue el suficiente por diferentes razones, entre ellas la indagación en los planteamientos y el nivel de análisis. Por lo tanto, se determina que si el tiempo hubiera sido de mayor extensión, el nivel análisis por codificación abierta podría haber alcanzado otros grados más elevados, es decir, se podrían haber explorado nuevos y más altos niveles de análisis frente al caso.

Es también una interrogante interesante, considerar que las investigadoras realizaron la profundidad de la investigación en resultados, que fueron arrojados por una muestra conformada solo por mujeres, lo que genera nuevas hipótesis, pensando en posibilidades como, que la facilitación de experiencias y antecedentes puede estar acoplada por la empatía natural del género, es decir, de mujer a mujer. Por lo tanto, resulta interesante pensar cómo hubiera sido el curso de la investigación con la inclusión muestral de hombres.

#### - Sugerencias

Se sugiere para futuras investigaciones enfocadas en el ámbito de la resiliencia en sujetos que padezcan algún tipo de discapacidad, trabajar con una muestra más representativa, referente a las personas que sufran limitaciones físicas en Chile, abarcando además, diversidad de edades cronológicas, para generar comparaciones en los niveles de resiliencia respecto a niños, adolescentes, adultos promedio y mayores. Así como estudiar la diversidad relacionada al género, para identificar

factores resilientes existentes, tanto en el contraste masculino como femenino, y ver aquellos que se repiten y que se contraponen.

También, estudiar si existe alguna diferencia o punto en común referente a la situación socioeconómica, con la finalidad de evidenciar, si esto además de influir en el tiempo y calidad de la rehabilitación, repercute de alguna forma en la resiliencia.

Diferenciar el nivel de resiliencia dependiendo de los grados de discapacidad, deficiencia LIGERO Poca, escasa (5-24%), deficiencia MODERADO media, regular (25-49%), deficiencia GRAVE mucha, extrema (50-95%), deficiencia COMPLETA total (96-100%), para compararlos entre sí.

Además, estudiar la discapacidad producto de un accidente en contraste a la discapacidad fisiológica, identificando la percepción que tienen respecto a ella aquellas personas que han nacido con estas limitaciones comparándolas con aquellos que la incorporan a su vida producto de un accidente o de la edad.

Por otra parte, sería de gran relevancia llevar a cabo en el futuro una investigación transversal con alcances biográficos, con la finalidad de conocer en profundidad y detalladamente aquellos factores presentes en la vida de las personas catalogadas como resilientes, identificando aquellos elementos que son innatos en su personalidad y forma de enfrentar la vida, además de aquellos que han desarrollado a partir de sus experiencias personales en el transcurso del tiempo.

## REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

- American Psychological Association. (2014). *En el Camino a la Resiliencia*. Recuperado el 14 de diciembre de 2014. De <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Anderson, S. y Bagarozzi, D. (1996). *Procesos cognitivos y psicoterapia*. Recuperado el 7 de agosto de 2014. De <https://books.google.cl/books?id=lVolAhqsSsAC&pg=PA60&lpg=PA60&dq=bagarozzi+y+anderson+1996&source=bl&ots=5IHvWkecU6&sig=MoR54QIMBGqUCcMFU8pZ7jbZZCQ&hl=es-419&sa=X&ei=5bugVLn9IIa0ggSLx4KABQ&ved=0CC4Q6AEwAw#v=onepage&q=bagarozzi%20y%20anderson%201996&f=fal>
- Andolfi, M. (1989). *Terapia familiar*. Recuperado el 8 de octubre de 2014. De <http://www.terapiafamiliar.cl/intranet/archivos/La%20Familia%20de%20Origen%20como%20recurso%20en%20terapia%20de%20pareja.pdf>
- Azar De Sporn, S. (2010). *Terapia Sistémica de la Resiliencia*. Barcelona: Editorial: Paidós Ibérica S.A.
- Bennet, E. y Rosenzweig, M. En Universidad de Valencia. (1996). *¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento?* Recuperado el 30 de octubre de 2014. De [http://es.scribd.com/doc/36172709/plasticidad-y-envejecimiento#force\\_seo](http://es.scribd.com/doc/36172709/plasticidad-y-envejecimiento#force_seo)
- Birren, J. (2000). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2002. Recuperado el 24 de noviembre de 2014. De [http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion\\_12P/80535203\\_calidad\\_de\\_vida\\_conceptos\\_redalyc.pdf](http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion_12P/80535203_calidad_de_vida_conceptos_redalyc.pdf)
- Bordigon, N. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. el diagra epigenetico del adulto*. Recuperado el 12 de noviembre de 2014. De [http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/384/1/p50-63\\_ARTICULO%20ERICK%20ERICKSON.pdf](http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/384/1/p50-63_ARTICULO%20ERICK%20ERICKSON.pdf)
- Borger, Z. & Silva, M. (2010). Promoción de la Esperanza y Resiliencia Familiar: Prácticas. *Vol 18*, 250 - 257. Recuperado el 15 de septiembre de 2014. De <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105215405011.pdf>
- Boszormenyi – Nagy, I. y Spark, G. (1972). *Lealtades Invisibles*. Recuperado el 23 de noviembre de 2014. De [http://www.unifam.cl/cursov/psicoterapia/tpt/Boszormenyi\\_1.pdf](http://www.unifam.cl/cursov/psicoterapia/tpt/Boszormenyi_1.pdf)

- Cáceres, I. y Kotliarenco, M. (2011). Resiliencia y Apego. Recuperado el 1 de diciembre de 2014. De [https://www.academia.edu/1492128/RESILIENCIA\\_Y\\_APEGO](https://www.academia.edu/1492128/RESILIENCIA_Y_APEGO)
- Cáceres, I. Kotliarenco, M. y Pardo, M. (1999). *En el Ser Humano desde una Perspectiva Integral: Concepto de Resiliencia a la luz de nuevas literaturas*. Recuperado el 24 de octubre de 2014. De [https://www.academia.edu/1470872/El\\_ser\\_humano\\_desde\\_una\\_perspectiva\\_integral\\_el\\_concepto\\_de\\_resiliencia\\_a\\_la\\_luz\\_de\\_nuevas\\_revisiones\\_a\\_la\\_literatura](https://www.academia.edu/1470872/El_ser_humano_desde_una_perspectiva_integral_el_concepto_de_resiliencia_a_la_luz_de_nuevas_revisiones_a_la_literatura)
- Clínica Zeso. (2010). *Revista Clínica Zeso*. (R. PSICOLÓGICA, Productor) Recuperado el 5 de septiembre de 2014. De <http://www.clinicazeso.com/rehabilitacion-psicologica/>
- Coleman, P. y Flood, D. (1987). *¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento?* Recuperado el 13 de octubre de 2014. De [http://es.scribd.com/doc/36172709/plasticidad-y-envejecimiento#force\\_seo](http://es.scribd.com/doc/36172709/plasticidad-y-envejecimiento#force_seo)
- Congreso Nacional. (2014). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Derechos del Discapacitado*. Recuperado el 13 de septiembre de 2014. De <http://www.bcn.cl/leyfacil/conozca-sus-derechos/recurso/derechos-de-las-personas-con-discapacidad>
- Corbin, J. y Strauss, A. (1990). En Universidad de Zulia (2011). *Seminario Teoría fundamentada*. Recuperado el 31 de octubre de 2014. De <http://www.eduneg.net/generaciondeteoria/files/INFORMETEORIAFUNDAMENTADA.pdf>
- Corbin, J. y Strauss, A. (1990). En *Metodología de la Investigación*. (4ª. Edición, Ed.), 2006. Recuperado el 15 de noviembre de 2014. De <http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cecaedes/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Cruz Roja. (2014). *Tipos y grados de discapacidad*. Recuperado el 9 de octubre de 2014. De [http://www.cruzroja.es/portal/page?\\_pageid=418,12398047&\\_dad=portal30&\\_schema=PORTAL30](http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=418,12398047&_dad=portal30&_schema=PORTAL30)
- Cyrułnik, B. (2001). *Sobre la Resiliencia y el Pensamiento*. Recuperado el 2 de diciembre 2014. De <http://www.equipoagora.es/Documentacion/Sobre-resiliencia.html>

- Díaz, A., & Gallardo, P. (2009). *Relación entre la Resiliencia y el Funcionamiento Familiar. Psicología Iberoamericana*, Vol. 17, 5 -14. Recuperado el 6 de octubre de 2014. De <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=133912613002>
- Dolor Panamá. (2012). *Rehabilitación*. Recuperado el 23 de noviembre de 2014. De <http://www.dolorpanama.com/articulos/que-es-la-rehabilitacion-fisica>
- Dominguez, J. (2005). *La Resiliencia en la Psicología Social*. (M. A. Trujillo, Editor) Recuperado el 11 de diciembre de 2014. De [http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/resiliencia\\_social.shtml](http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/resiliencia_social.shtml)
- Duvall, W. en Valdebenito. (1957). *Generalidad del crecimiento y Desarrollo Humano, 2012*. Recuperado el 24 de septiembre de 2014. De <http://es.scribd.com/doc/134207830/Trabajo-de-Familia>
- Fundación Nacional de Discapacitados. (2014). *Discapacidad en Chile*. Recuperado el 9 de octubre de 2014. De <http://www.fnd.cl>
- Fundación de la Familia. (2014). *Nuestra historia*. Recuperado el 21 de noviembre de 2014. De <http://www.fundaciondelasfamilias.cl/quienessomos/nuestra-historia/>
- Gispén, W. (1993). *¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alternativas cognitivas asociadas al envejecimiento?* Recuperado el 11 de octubre de 2014. De [http://es.scribd.com/doc/36172709/plasticidad-y-envejecimiento#force\\_seo](http://es.scribd.com/doc/36172709/plasticidad-y-envejecimiento#force_seo)
- Glase, B. y Strauss, A. (1998). *Metodología de la Investigación*. (4ª. Edición, Ed.), 2006. Recuperado el 5 de diciembre de 2014. De <http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cecaedes/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Gómez, E. y Kotliarenko, M. (2010). *Resiliencia y Educación Infantil Temprana en América Latina*. Recuperado el 12 de diciembre de 2014. De [https://www.academia.edu/1492102/Resiliencia\\_y\\_Educaci%C3%B3n\\_Infantil\\_Temprana\\_en\\_Am%C3%A9rica\\_Latina](https://www.academia.edu/1492102/Resiliencia_y_Educaci%C3%B3n_Infantil_Temprana_en_Am%C3%A9rica_Latina)
- Grotberg, E. (2013). *Modelos de las Verbalizaciones Resilientes*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014. De <http://miespacioresiliente.wordpress.com/2013/02/26/modelo-de-las-verbalizaciones-resilientes-de-grotberg/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ª. Edición, Ed.), 2006. Recuperado el 12 de diciembre de 2014. De <http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cecaedes/metodologia-de-la-investigacion.pdf>

- Institute on Child Resiliencie and Family. (2014). *Psicología Activa, habilidades en Psicoterapia*. Recuperado el 3 de octubre de 2014. De [http://www.psicologiaactiva.es/?page\\_id=38](http://www.psicologiaactiva.es/?page_id=38)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2000). Recuperado el 23 de agosto de 2014. De <http://es.slideshare.net/pauldewind/clasificacin-discapacidades>
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *En Fundación Nacional de Discapacidad 2014*. Recuperado el 9 de octubre de 2014. De <http://www.fnd.cl>
- Jara, C. (2014). *Temas de Familia; Ciclo Vital Familiar*. Recuperado el 2 de octubre de 2014. De <http://es.scribd.com/doc/134207830/Trabajo-de-Familia>
- Kotliarenco, M. (1997). En Escala de Resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos. Saavedra y Villalta 2008. Santiago. Publicaciones CEANIM.
- Krause, M. (1995). En Revistas temas de educacion (7ª. Edición), 2007. *La investigación cualitativa..* Recuperado el 11 de diciembre de 2014.
- Kübler Ross, E. (2014). *Etapas del Duelo según Elisabeth Kubler-Ross*. Recuperado el 4 de diciembre de 2014. De <http://manejodelduelo.com/etapas-del-duelo-segun-elizabeth-kubler-ross/>
- Lehr, U. (1993). *Revista Latinoamericana de Psicología*. Recuperado el 11 de noviembre de 2014. De <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80532306>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2011). *Encuesta CASEN, 2011*. Recuperado el 20 de agosto de 2014. De <http://ceanim-resiliencia.blogspot.com/>
- Ministerio de Salud. MINSAL. (2014). *Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores*. Recuperado el 3 de diciembre 2014. De [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf)
- Ministerio de Salud. MINSAL. (2007). *Estudio de carga de enfermedades y carga atribuible*. Recuperado el 13 de noviembre de 2014. De [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Adultas%20Mayores-%2004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Recuperado el 13 de septiembre de 2014. De [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_419\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado el 21 de noviembre de 2014. De [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2011/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2011/es/)

- RAE. Diccionario de la Real Lengua Española. (2014). *Definiciones*. Recuperado el 17 de agosto de 2014. De <http://www.rae.es>
- Ruiz, C. en Universidad Alas Peruanas. (2007). *Investigacion de Mercado*. Recuperado el 17 de septiembre de 2014. De <http://dued.uap.edu.pe/books/03/030203311/03311-04658222jcobdrgrif.pdf>
- Rutter, M. En Resiliencia Net (2014). *El Concepto de Resiliencia*. Recuperado el 2014, de <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman-concepto.pdf>
- Rutter, M. En Universidad Abierta y Distancia. (2014). Recuperado el 14 de agosto de 2014. De [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/712003/712003\\_EXE/leccin\\_233\\_el\\_papel\\_de\\_la\\_resiliencia\\_en\\_la\\_superacin\\_de\\_la\\_adversidad.html](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/712003/712003_EXE/leccin_233_el_papel_de_la_resiliencia_en_la_superacin_de_la_adversidad.html)
- Saavedra, E y Villalta, M. (2008). *Escala de Resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos*. Santiago: CEANIM.
- Salkind, N. J. (1999). *Métodos de Investigación*. México: EDITORIAL PRENTICE HALL.
- Schalok, A. (1988). En *Guia didactica de psicología de la intervencion*. Recuperado el 21 de septiembre de 2014. De <http://www.editorial-club-universitario.es/pdf/337.pdf>
- Thomae, H. (1993). *Revista Latinoamericana de Psicología, 2002*. Recuperado el 4 de diciembre de 2014. De <http://www.redalyc.org/toc.oa?id=805&numero=9707>
- Thomae, H. (1974). *Revista Latinoamericana de Psicología, 2002*. Recuperado el 4 de diciembre de 2014. De [http://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf?origin=publication\\_detail](http://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf?origin=publication_detail)
- Twigg, J. (2007). *La Perspectiva Comunitaria de la Resiliencia*. (J. d. Arciniega, Ed.) Recuperado el 14 de diciembre de 2014, de <http://www.uv.es/garzon/psicologia%20politica/N47-1.pdf>
- Vanistendael, S. (2014). *Una definicion sencilla de la Resiliencia*. Recuperado el 8 de diciembre de 2014. De <http://www.bice.org/es/acciones-de-terreno/regiones-de-intervencion/america-latine-y-el-caribe/103-actualidades/actualidades/1678-una-definicion-sencilla-de-la-resiliencia-por-stefan-vanistendael.html>
- Young-Eisendrath, P. (1998). *La Renovación del Espíritu*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, S.A.





## ANEXOS O APÉNDICES

### ANEXO 1: ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES

---

Escala de Resiliencia SV-RES para adolescentes y adultos

#### **ESCALA DE RESILIENCIA SV – RES**

(Saavedra, Villalta – 2008)

**SEXO:**      **MUJER**      \_\_\_\_\_ **HOMBRE**      \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_  
**CONTACTO:** \_\_\_\_\_

- Evalúe en el grado en que estas afirmaciones lo(a) describen.
- Marque con una “X” su respuesta.
- Conteste todas las afirmaciones.
- **No hay respuestas buenas ni malas.**

<b>YO SOY – YO ESTOY ...</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni acuerdo Ni desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en des acuerdo</b>
1. Una persona con esperanza					
2. Una persona con buena autoestima					
3. Optimista respecto del futuro					
4. Seguro de mis creencias o principios					
5. Creciendo como persona.					
6. Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles					
7. En contacto con personas que me aprecian					
8. Seguro de mi mismo					
9. Seguro de mis proyectos y metas					
10. Seguro en el ambiente en que vivo					
11. Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida.					

12. Un modelo positivo para las otras personas.					
13. Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio					
14. Satisfecho con mis relaciones de amistad					
15. Satisfecho con mis relaciones afectivas					
16. Una persona práctica					
17. Una persona con metas en la vida					
18. Activo frente a mis problemas					
19. Revisando constantemente el sentido de mi vida.					
20. Generando soluciones a mis problemas.					

<b>YO TENGO...</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni acuerdo Ni desacuerdo</b>	<b>En des acuerdo</b>	<b>Muy en des acuerdo</b>
21. Relaciones personales confiables					
22. Una familia bien estructurada					
23. Relaciones afectivas sólidas					
24. Fortaleza interior.					
25. Una vida con sentido.					
26. Acceso a servicios Sociales-públicos					
27. Personas que me apoyan					
28. A quien recurrir en caso de problemas					
29. Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa					
30. Satisfacción con lo que he logrado en la vida.					
31. Personas que me han orientado y aconsejado.					
32. Personas que me ayudan a evitar peligros o					

problemas					
33. Personas en las cuales puedo confiar.					
34. Personas que han confiado sus problemas en mi.					
35. Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas.					
36. Metas a corto plazo.					
37. Mis objetivos claros					
38. Personas con quien enfrentar los problemas.					
39. Proyectos a futuro.					
40. Problemas que puedo solucionar.					

<b>YO PUEDO...</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni acuerdo Ni desacuerdo</b>	<b>En des acuerdo</b>	<b>Muy en des acuerdo</b>
41. Hablar de mis emociones					
42. Expresar afecto					
43. Confiar en las personas					
44. Superar las dificultades que se me presenten en la vida.					
45. Desarrollar vínculos afectivos.					
46. Resolver problemas de manera efectiva					
47. Dar mi opinión					
48. Buscar ayuda cuando la necesito					
49. Apoyar a otros que tienen dificultades					
50. Responsabilizarme por lo que hago.					
51. Ser creativo.					
52. Comunicarme adecuadamente					

53. Aprender de mis aciertos y errores					
54. Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.					
55. Tomar decisiones.					
56. Generar estrategias para solucionar mis problemas.					
57. Fijarme metas realistas.					
58. Esforzarme por lograr mis objetivos.					
59. Asumir riesgos.					
60. Proyectarme al futuro.					

## **ANEXO 2: PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD**

---

### Entrevista en Profundidad

#### I. Consigna general

- Estamos efectuando una investigación sobre un tema muy relevante y de gran contingencia: “la resiliencia en aquellas personas que poseen algún tipo/nivel de discapacidad física”, por lo que a continuación le realizaremos algunas preguntas que hacen referencia a su vida en general, además le aseguramos que su identidad quedará resguardada.
- ¿Prefiere que lo traten de Usted o tú?

#### II. Antecedentes Generales

1. Nombre
2. Edad
3. Estado civil
4. ¿A qué se dedica?
5. ¿Recibe pensión?
6. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?
7. ¿Tiene nietos? ¿Cuántos?
8. ¿Con quién vive?
9. ¿Desde cuándo recibe tratamiento en (o participa en)...?
10. ¿Participa de actividades extraprogramáticas?, ¿Cuáles?, ¿Desde cuándo?
11. ¿Qué tipo de tratamiento recibe? ¿Recibe tratamiento psicológico?

#### III. Discapacidad

1. ¿Qué enfermedad padece?, ¿Desde cuándo?
2. ¿Cómo se la diagnosticaron?
3. ¿Cuál fue la causa?
4. ¿Cómo se siente con la discapacidad?
5. ¿Tiene otras enfermedades? ¿Cuáles?

#### IV. Resiliencia

1. ¿Cómo se definiría usted?
2. ¿Qué es lo que más le gusta de usted? ( física y psicológicamente)

3. ¿Qué es lo que menos le gusta de usted?
4. ¿Qué eventos o personas le han permitido ser así?
5. ¿Ha cambiado la visión de sí mismo en el tiempo?(niño- joven- adulto)
6. ¿Ha cambiado la visión de sí mismo producto de la discapacidad?
7. ¿Qué relaciones son significativas o importantes para usted?
8. ¿Tiene amigos? Defina el término amistad.
9. ¿Qué valor le da usted a las relaciones con otras personas? ¿Esto ha cambiado en el tiempo?
10. ¿Cómo cree que las personas lo ven a usted? ¿Esto ha cambiado en el tiempo?
11. ¿Cuál o cuáles serían sus aportes a las personas que lo rodean?
12. ¿Qué cosas le producen alegría, satisfacción o placer?
13. ¿Qué cosas le producen tristeza?
14. ¿Qué hace cuando siente tristeza?
15. ¿Qué es un problema para usted?
16. Cuando usted tiene un problema ¿Qué hace?, ¿Qué siente?, ¿Qué piensa?
17. Si alguien solicita su ayuda ¿Qué hace?
18. ¿Qué sueños ha tenido en su vida y cuáles ha realizado (o no)? ¿Por qué?
19. Respecto a los sueños que ha logrado ¿Cómo lo ha hecho? (cómo los ha logrado)
20. Actualmente ¿qué sueños tiene?
21. ¿Ha tenido a alguien a quien admire, por su capacidad de resolver problemas o situaciones difíciles en la vida (referente de TV, de vida o ambos)?
22. ¿Qué de ellos reconoce en usted?
23. ¿Cuáles son los sentimientos que tiene más a menudo?
24. ¿Expresa o comparte sus sentimientos? ¿Con quién?
25. ¿Cuál ha sido la alegría más grande de su vida? ¿y qué ha hecho?

26. ¿Cuál ha sido el dolor más grande de su vida? ¿Y que ha hecho o como lo enfrentó?
27. ¿Qué valores guían su vida?
28. Tiene creencias ¿cuáles?
29. ¿Profesa alguna religión? ¿Cuál?
30. ¿Qué cosas lo ponen nervioso/tenso/inquieto? ¿y qué hace?
31. ¿Cómo le gustaría que lo recordaran cuando usted ya no esté?

Para finalizar, queremos contarle que usted obtuvo un porcentaje en la escala aplicada que lo indica como una persona resiliente.

1. ¿Qué opina de eso?
2. ¿Cómo se siente con el resultado obtenido?
3. ¿Cómo explica el resultado?



## **ANEXO 3: CODIFICACIONES INDIVIDUALES**

---

### 1º Codificación Señora M.N:

#### 1. Antecedentes generales

##### 1.1. Nombre

1.1.1. M.N.

##### 1.2. Edad

1.2.1. Sesenta y cinco años

##### 1.3. Estado civil

1.3.1. Casada

##### 1.4. Ocupación

1.4.1. Dueña de casa

##### 1.5. Pensionada

##### 1.6. Hijos

1.6.1. Cantidad

1.6.1.1. Dos

##### 1.7. Nietos

1.7.1. Cantidad

1.7.1.1. Cinco

##### 1.8. Cohabitación

1.8.1. Casa

1.8.1.1. Marido

1.8.1.2. Hija

1.8.1.3. Yerno

1.8.1.4. Nieto

1.8.1.5. Nieto

1.8.1.6. nieta

##### 1.9. Tratamiento

1.9.1. Farmacológico

1.9.2. Kinesiológico

1.9.2.1. Cantidad

1.9.2.1.1. Diez sesiones

1.9.2.2. Lugar

1.9.2.2.1. Fundación de la Familia

2. Discapacidad

2.1. Enfermedades

2.1.1. Tendinitis

2.2. Causa

2.2.1. Fuerte caída hace un año aprox.

2.3. Padecimiento

2.3.1. Intenso dolor

2.3.1.1. Cadere

2.3.1.2. Piernas

2.4. Sensaciones y sentimientos relacionados

2.4.1. Impedimento

2.4.1.1. Motivo

2.4.1.1.1. No realiza todo lo que quiere por discapacidad

2.4.2. Dolor

2.4.3. Malestar

2.4.3.1. Evasión de la enfermedad

2.4.3.1.1. Cocina

2.4.3.1.2. Realiza labores domésticas

3. Percepción de sí misma

3.1. Autodefinición

3.1.1. Tranquila

3.1.2. Estructurada

3.1.3. Preocupada del resto

3.1.4. Poco sociable

3.2. Visión de sí mismo producto de la discapacidad

3.2.1. Dolor al estar mucho tiempo parada

3.2.2. Se atrasa en sus labores domésticas

3.2.3. Sensación de no hacer las cosas bien

- 3.2.3.1. Causa
  - 3.2.3.1.1. No hace las cosas con la misma rapidez de antes
- 3.3. Atributos positivos
  - 3.3.1. Colaboradora
- 3.4. Atributos negativos
  - 3.4.1. Físicos
    - 3.4.1.1. Ausencia de pieza dental
- 3.5. Visión del resto
  - 3.5.1. Buena persona
  - 3.5.2. Colaboradora
  - 3.5.3. Buena vecina
    - 3.5.3.1. Visión de los nietos
      - 3.5.3.1.1. Buena abuela
- 3.6. Sentimientos más frecuentes
  - 3.6.1. Tristeza
    - 3.6.1.1. Razón
      - 3.6.1.1.1. Los dolores de mi vida
        - 3.6.1.1.1.1. Producto de la reciente enfermedad y muerte de su madre
  - 3.6.2. Enojo
- 3.7. Mayor alegría
  - 3.7.1. Haberse casado
    - 3.7.1.1. Razón
      - 3.7.1.1.1. Independencia de la familia de origen
      - 3.7.1.1.2. Trabajar
  - 3.7.2. Nacimiento de sus nietos
- 3.8. Sentimientos menos frecuente
  - 3.8.1. Alegría
    - 3.8.1.1. Producto de todo lo vivido

### 3.9. Eventos y Personas significativas

#### 3.9.1. Familia

##### 3.9.1.1. Quienes

3.9.1.1.1. Marido

3.9.1.1.2. Nietos

3.9.1.1.2.1. Sentimientos asociados

3.9.1.1.2.1.1. Crianza y felicidad

3.9.1.1.2.1.2. Consejos cuando los necesitan

#### 3.9.2. Dolores en la vida

##### 3.9.2.1. Muerte del padre

3.9.2.1.1. Edad

3.9.2.1.1.1. Quince años

##### 3.9.2.2. Enfermedad de la madre

3.9.2.2.1. Causa

3.9.2.2.1.1. Alzheimer

##### 3.9.2.3. Infancia dolorosa

3.9.2.3.1. Motivo

3.9.2.3.1.1. Sensación de descuido por parte de la figura materna

3.9.2.3.1.2. Asumir responsabilidades familiares

##### 3.9.2.4. Desprecio de hermanos y hermana

##### 3.9.2.5. Falta de reconocimiento de la familia

3.9.2.5.1. Razón

3.9.2.5.1.1. Hacerse cargo de la figura materna durante la enfermedad

##### 3.9.2.6. Muerte madre

##### 3.9.2.7. Reducción de restos del padre

#### 3.9.3. Infancia y adolescencia

3.9.3.1. La mayor de cinco hermanos

3.9.3.2. Trabaja desde temprana edad

3.9.3.3. Se casó a los veinticuatro años y se fue de la casa.

- 3.9.4. Aporte a las personas que la rodean
  - 3.9.4.1. Incondicional hacia los nietos
  - 3.9.4.2. Preocupada
  - 3.9.4.3. Entrega de cariño a los nietos
  - 3.9.4.4. Sinceridad
- 3.10. Eventos importantes
  - 3.10.1. El término de la construcción de su casa
    - 3.10.1.1. Percepción
      - 3.10.1.1.1. Logro
      - 3.10.1.1.2. Sueño de toda la vida
- 3.11. Problemas/Conflictos
  - 3.11.1. Definición de problema
    - 3.11.1.1. Una dificultad
  - 3.11.2. Reacción frente a un problema
    - 3.11.2.1. Tratar de solucionar los problemas
- 3.12. Sueños
  - 3.12.1. Viajar a Isla de Pascua
  - 3.12.2. Sueños realizados
    - 3.12.2.1. Casa propia
      - 3.12.2.1.1. Percepción
        - 3.12.2.1.1.1. Logro con sacrificio
    - 3.12.2.2. Nacimiento de sus nietos
- 3.13. Valores
  - 3.13.1. Fe
  - 3.13.2. Respeto
  - 3.13.3. Perseverancia
- 3.14. Creencias
  - 3.14.1. Religión
    - 3.14.1.1. Evangélica
      - 3.14.1.1.1. Desde que se casó (cuarenta y dos años)
- 3.15. Referentes
  - 3.15.1. Pastor de la iglesia

- 3.15.1.1. Razón
  - 3.15.1.1.1. Ayudaba y aconsejaba mucho a las familias y parejas
  - 3.15.1.1.2. Era una persona muy especial
- 3.15.2. Identificación
  - 3.15.2.1. Consejera
- 3.16. Acontecimientos que provocan inquietud
  - 3.16.1. Cuando se atrasa
    - 3.16.1.1. Circunstancias
      - 3.16.1.1.1. Cocinando
      - 3.16.1.1.2. Horas médicas
- 3.17. Expectativas
  - 3.17.1. Que la recuerden como una buena abuela
    - 3.17.1.1. Siempre presente

## 2º Codificación Señora M.Q

1. Antecedentes generales
  - 1.1. Nombre
    - 1.1.1. M.Q.
  - 1.2. Edad
    - 1.2.1. Setenta y cinco años
  - 1.3. Estado civil
    - 1.3.1. Soltera
      - 1.3.1.1. Sin hijos
  - 1.4. Ocupación
    - 1.4.1. Empleada casa particular
    - 1.4.2. Pensionada
  - 1.5. Cohabitación
    - 1.5.1. Casa
      - 1.5.1.1. Hermana
      - 1.5.1.2. Sobrino
      - 1.5.1.3. Sobrina
        - 1.5.1.3.1. Sobrino nieto
  - 1.6. Tratamiento
    - 1.6.1. Kinesiológico
      - 1.6.1.1. Cantidad
        - 1.6.1.1.1. Diez sesiones
      - 1.6.1.2. Lugar
        - 1.6.1.2.1. Fundación de la Familia
    - 1.6.2. Farmacológico
      - 1.6.2.1. Lugar
        - 1.6.2.1.1. Consultorio
2. Discapacidad
  - 2.1. Enfermedades

- 2.1.1. Artrosis
- 2.1.2. Rotura de ligamentos
- 2.2. Causa
  - 2.2.1. No recuerda (artrosis)
  - 2.2.2. Accidente (rotura de tendones)
- 2.3. Padecimiento
  - 2.3.1. Intenso dolor
    - 2.3.1.1. Cadera
    - 2.3.1.2. Pies
    - 2.3.1.3. Piernas
    - 2.3.1.4. Brazo
- 2.4. Sensaciones y sentimientos relacionados
  - 2.4.1. Frustración
    - 2.4.1.1. Motivo
      - 2.4.1.1.1. No realiza todo lo que quiere por discapacidad
  - 2.4.2. Dolor
  - 2.4.3. Malestar
- 3. Percepción de sí misma
  - 3.1. Autodefinición
    - 3.1.1. Activa
    - 3.1.2. Trabajólica
    - 3.1.3. Alegre
  - 3.2. Visión de sí misma producto de la discapacidad
    - 3.2.1. Negación de la discapacidad
    - 3.2.2. Optimismo
    - 3.2.3. Energía
  - 3.3. Atributos positivos
    - 3.3.1. Crianza de niños
  - 3.4. Atributos negativos
    - 3.4.1. Poco sociable
      - 3.4.1.1.1. Razón



- 3.4.1.1.1. No le inspiran confianza
- 3.4.1.1.2. Pueden provocar daño
- 3.4.1.1.3. Nunca se termina de conocer a las personas

### 3.5. Visión del resto

#### 3.5.1. Buena persona

##### 3.5.1.1. Visión de los sobrinos

###### 3.5.1.1.1. Buena tía

###### 3.5.1.1.1.1. Razón

###### 3.5.1.1.1.1.1. Crianza

###### 3.5.1.1.1.1.2. Sustento económico

### 3.6. Atributos

#### 3.6.1. Psicológicos

##### 3.6.1.1. Independiente

##### 3.6.1.2. Alegre

##### 3.6.1.3. Divertida

### 3.7. Sentimientos frecuentes

#### 3.7.1. Alegría

#### 3.7.2. Frustración

##### 3.7.2.1. Motivo

###### 3.7.2.1.1. Pérdida de agilidad

###### 3.7.2.1.2. No poder hacer las cosas como antes

### 3.8. Eventos y Personas significativas

#### 3.8.1. Familia

##### 3.8.1.1. Quienes

###### 3.8.1.1.1. Hermanos

###### 3.8.1.1.2. Sobrinos

###### 3.8.1.1.3. Tíos

###### 3.8.1.1.4. Primos

#### 3.8.2. Infancia

##### 3.8.2.1. Pobreza

#### 3.8.3. Dolores en la vida

- 3.8.3.1. Suicidio del padre
  - 3.8.3.1.1. Edad
    - 3.8.3.1.1.1. 17 años
- 3.8.3.2. Muerte de la madre
- 3.8.3.3. Muerte hermanos
- 3.8.4. Infancia y adolescencia
  - 3.8.4.1. Oriunda de Osorno
  - 3.8.4.2. Trabajó desde muy joven
  
- 3.8.5. Aporte a las personas que la rodean
  - 3.8.5.1. Incondicional hacia sus sobrinos
  - 3.8.5.2. Preocupada
  - 3.8.5.3. Entrega de cariño
  - 3.8.5.4. Sinceridad
  
- 3.9. Eventos importantes
  - 3.9.1. El término de la construcción de su casa
    - 3.9.1.1. Percepción
      - 3.9.1.1.1. Logro
      - 3.9.1.1.2. Sueño de toda la vida
- 3.10. Problemas/Conflictos
  - 3.10.1. Definición de problema
    - 3.10.1.1. Una dificultad
  - 3.10.2. Reacción frente a un problema
    - 3.10.2.1. No pensar en él y actuar
- 3.11. Sueños
  - 3.11.1. Dejar testamento para sus sobrinos
  - 3.11.2. Sueños realizados
    - 3.11.2.1. Casa propia
      - 3.11.2.1.1. Percepción
        - 3.11.2.1.1.1. Logro con sacrificio

- 3.12. Valores
  - 3.12.1. Fe
  - 3.12.2. Esfuerzo
  - 3.12.3. Respeto
- 3.13. Creencias
  - 3.13.1. Religión
    - 3.13.1.1. Católica
      - 3.13.1.1.1. Dios
      - 3.13.1.1.2. Virgen
- 3.14. Referentes
  - 3.14.1. José Luis Perales
    - 3.14.1.1. Razón
      - 3.14.1.1.1. Me gusta como canta
  - 3.14.2. Raphael
  - 3.14.3. Camilo Sesto
  - 3.14.4. Ella misma
    - 3.14.4.1. La confianza está en mí
- 3.15. Acontecimientos que provocan inquietud
  - 3.15.1. Cuando pasan cosas alrededor y no se da cuenta

### 3° Codificación Señora M.Q.T.

1. Antecedentes generales
    - 1.1. Nombre
      - 1.1.1. M.Q.T.
    - 1.2. Edad
      - 1.2.1. Setenta y seis años
    - 1.3. Estado civil
      - 1.3.1. Viuda
    - 1.4. Ocupación
      - 1.4.1. Dueña de casa
    - 1.5. Pensión
      - 1.5.1. Sí
    - 1.6. Hijos
      - 1.6.1. Cuatro
    - 1.7. Nietos
      - 1.7.1. Ocho
    - 1.8. Bis nietos
      - 1.8.1. Dos
    - 1.9. Cohabitación
      - 1.9.1. Casa
        - 1.9.1.1. Hijo menor separado
    - 1.10. Tratamiento
      - 1.10.1. Kinesiología
        - 1.10.1.1. Cantidad
          - 1.10.1.1.1. Diez sesiones
        - 1.10.1.2. Lugar
          - 1.10.1.2.1. Fundación de la familia
      - 1.10.2. Tratamiento de plaquetas
        - 1.10.2.1. Lugar
          - 1.10.2.1.1. Hospital San José
    - 1.11. Actividades extra programáticas
      - 1.11.1. Centro de madres
        - 1.11.1.1. Tiempo
          - 1.11.1.1.1. Un año
2. Discapacidad
    - 2.1. Enfermedades
      - 2.1.1. Plaquetas aumentadas
      - 2.1.2. Fibrosis
      - 2.1.3. Osteoporosis
    - 2.2. Sentimientos relacionados
      - 2.2.1. Frustración

## 2.2.1.1. Motivo

2.2.1.1.1. No realiza todo lo que quiere por discapacidad

## 3. Percepción

## 3.1. Autodefinition

3.1.1. Luchadora

3.1.2. Salir adelante

## 3.2. Visión de sí mismo producto de la discapacidad

3.2.1. Fortaleza

3.2.2. Energética

## 3.3. Visión del resto

## 3.3.1. Buena persona

## 3.3.1.1. Visión de los hijos

3.3.1.1.1. Buena mamá

3.3.1.1.2. Rígida

3.3.1.1.2.1. Sentimientos

3.3.1.1.2.1.1. Agradecidos

## 3.4. Atributos

## 3.4.1. Psicológicos

3.4.1.1. Independiente

## 3.4.2. Físicos

3.4.2.1. Piernas

## 3.4.3. Habilidades

3.4.3.1. Cocinar

3.4.3.2. Tejer

3.4.3.3. Manualidades

3.4.3.3.1. Sensaciones asociadas

3.4.3.3.1.1. Placer

3.4.3.3.1.2. Tranquilidad

## 3.4.4. Defectos

3.4.4.1. Poca paciencia

3.4.4.2. Rígida

## 3.5. Sentimientos frecuentes

## 3.5.1. Esperanza

3.5.1.1. Motivo

3.5.1.1.1. "Me voy a mejorar"

## 3.5.2. Frustración

3.5.2.1. Motivo

3.5.2.1.1. Perdida de agilidad

3.5.2.1.2. No poder hacer las cosas como antes

## 3.6. Personas significativas

3.6.1. Madre

3.6.2. Abuela

3.6.2.1. Motivo

- 3.6.2.1.1. Daba consejos
  - 3.6.2.1.2. Enseñaba
  - 3.6.2.1.3. Enorme valoración
    - 3.6.2.1.3.1. Características de la relación
      - 3.6.2.1.3.1.1. Confianza
      - 3.6.2.1.3.1.2. Complicidad
      - 3.6.2.1.3.1.3. Entrega
  - 3.6.3. Tía
    - 3.6.3.1. Relación
      - 3.6.3.1.1. Amistosa
        - 3.6.3.1.1.1. Características
        - 3.6.3.1.1.2. Acompañamiento mutuo
        - 3.6.3.1.1.3. Cuidado en la enfermedad
          - 3.6.3.1.1.3.1. Muerte
            - 3.6.3.1.1.3.1.1. Sentimientos
              - 3.6.3.1.1.3.1.1.1. Segundo dolor más grande
  - 3.6.4. Esposo
    - 3.6.4.1. Características
      - 3.6.4.1.1. Respetuoso
      - 3.6.4.1.2. Amoroso
      - 3.6.4.1.3. Complaciente
        - 3.6.4.1.3.1. Muerte
          - 3.6.4.1.3.1.1. Sensación
            - 3.6.4.1.3.1.1.1. Dolor más grande
          - 3.6.4.1.3.1.2. Percepción
            - 3.6.4.1.3.1.2.1. Tranquilidad al partir
- 3.6.5. Hijos
  - 3.6.5.1. Pensamiento
    - 3.6.5.1.1. Buscar lo mejor para ellos
  - 3.6.5.2. Hija
    - 3.6.5.2.1. Sentimientos
      - 3.6.5.2.1.1. Orgullo
        - 3.6.5.2.1.1.1. Características
          - 3.6.5.2.1.1.1.1. Identificación
            - 3.6.5.2.1.1.1.1.1. Motivo
            - 3.6.5.2.1.1.1.1.2. Rigidez
- 3.6.6. Bis nieta
  - 3.6.6.1. Pensamiento
    - 3.6.6.1.1. Lleva alegría al hogar
- 3.7. Amistad
  - 3.7.1. Definición
    - 3.7.1.1. Incondicionalidad
  - 3.7.2. Aporte a las personas que la rodean
    - 3.7.2.1. Incondicional hacía los hijos

- 3.7.2.2. Preocupada
  - 3.7.2.3. Entrega de cariño
  - 3.7.2.4. Sinceridad
  - 3.8. Eventos importantes
    - 3.8.1. Muerte del esposo
      - 3.8.1.1. Sensación actual
        - 3.8.1.1.1. Tranquilidad
          - 3.8.1.1.1.1. Motivos
            - 3.8.1.1.1.1.1. Deja casa
            - 3.8.1.1.1.1.2. Deja estabilidad económica
  - 3.8.2. Casa propia
    - 3.8.2.1. Percepción
      - 3.8.2.1.1. Logro
- 3.9. Penas/frustraciones
  - 3.9.1. Reacción frente a la tristeza
    - 3.9.1.1. Llorar
    - 3.9.1.2. Sentir la pena
- 3.10. Problemas/Conflictos
  - 3.10.1. Definición de problema
    - 3.10.1.1. Una dificultad
  - 3.10.2. Reacción frente a un problema
    - 3.10.2.1. Llamar a hija
- 3.11. Sueños
  - 3.11.1. Dejar bienes a hijos
  - 3.11.2. Sueños realizados
    - 3.11.2.1. Casa propia
      - 3.11.2.1.1. Percepción
        - 3.11.2.1.1.1. Logro con sacrificio
        - 3.11.2.1.1.2. Logro compartido con marido
- 3.12. Valores
  - 3.12.1. No ser egoísta
  - 3.12.2. Ser energética
  - 3.12.3. Enseñar
- 3.13. Creencias
  - 3.13.1. Religión
    - 3.13.1.1. Católica “a mi manera”
  - 3.13.2. Dios
    - 3.13.2.1. Percepción
      - 3.13.2.1.1. Es el dueño de todo
  - 3.13.3. Virgen María
- 3.14. Referentes
  - 3.14.1. Amiga
    - 3.14.1.1. Sentimientos
      - 3.14.1.1.1. Admiración





#### 4° Codificación Señora M.Z

1. Antecedentes Generales
  - 1.1 Nombre
    - 1.1.1 M.Z
  - 1.2 Edad
    - 1.2.1 Sesenta y siete años.
  - 1.3 Estado civil
    - 1.3.1 Casada
  - 1.4 Ocupación
    - 1.4.1 Dueña de casa
    - 1.4.2 Pensionada
  - 1.5 Hijos
    - 1.5.1 Cantidad
      - 1.5.1.1 Cinco Hijos
    - 1.5.2 Vivos
      - 1.5.2.1 Tres
  - 1.6 Nietos
    - 1.6.1 Cantidad
      - 1.6.1.1 Cuatro
    - 1.6.2 Percepción
      - 1.6.2.1 Hermosura
  - 1.7 Cohabitación
    - 1.7.1 Casa
      - 1.7.1.1 Marido
    - 1.7.2 Sitio
      - 1.7.2.1 Hija
      - 1.7.2.2 Yerno
      - 1.7.2.3 Nieta
  - 1.8 Tratamiento
    - 1.8.1 Tipo
      - 1.8.1.1 Kinesiológico
    - 1.8.2 Lugar
      - 1.8.2.1 Fundación de la Familia
  - 1.9 Actividad extra programática
    - 1.9.1 Tipos
      - 1.9.1.1 Yoga
      - 1.9.1.2 Teatro
      - 1.9.1.3 Cardio
      - 1.9.1.4 Reiki
    - 1.9.2 Tiempo
      - 1.9.2.1 Tres años

- 2. Discapacidad
  - 2.1 Enfermedad
    - 2.1.1 Quiste intramuscular
  - 2.2 Padecimiento
    - 2.2.1 Intenso dolor
      - 2.2.1.1 Extremidad
        - 2.2.1.1.1 Hombro
        - 2.2.1.1.2 Pie
      - 2.2.2 Parálisis de brazo
      - 2.2.3 Pérdida de movilidad
  - 2.3 Diagnóstico
    - 2.3.1 No operable
  - 2.4 Sensaciones y sentimientos relacionados
    - 2.4.1 Malestar
    - 2.4.2 Dolor
    - 2.4.3 Frustración
    - 2.4.4 Impedimento
- 3. Percepción
  - 3.1.1 Autodefinición
    - 3.1.1.1 Contenta
    - 3.1.1.2 Estructurada
    - 3.1.1.3 Responsable
    - 3.1.1.4 Activa
    - 3.1.1.5 Feliz
  - 3.1.2 Visión de sí misma producto de la discapacidad
    - 3.1.2.1 Negación
    - 3.1.2.2 Se sobrepone a la adversidad
  - 3.1.3 Visión del resto
    - 3.1.3.1 Alegre
    - 3.1.3.2 Colaboradora
  - 3.1.4 Atributos
    - 3.1.4.1 Buena autoestima
  - 3.1.5 Defectos
    - 3.1.5.1 Estricta con el orden
- 3.2 Personas significativas
  - 3.2.1 Madre
    - 3.2.1.1 Características
      - 3.2.1.1.1 Alegre
      - 3.2.1.1.2 Tierna
      - 3.2.1.1.3 Cantaba muy bonito
      - 3.2.1.1.4 Tocaba la guitarra
  - 3.2.2 Padre
    - 3.2.2.1 Características

- 3.2.2.1.1 Estricto
  - 3.2.2.1.2 Arisco
  - 3.2.2.1.3 Terco
  - 3.2.2.1.4 Estructurado
  - 3.2.3 Hermanos
    - 3.2.3.1 Cantidad
      - 3.2.3.1.1 Diez
    - 3.2.3.2 Buena relación
      - 3.2.3.2.1 Unidos
  - 3.2.4 Hijos/as
    - 3.2.4.1 Buena relación
      - 3.2.4.1.1 Cercanía
  - 3.2.5 Marido
    - 3.2.5.1 Matrimonio
      - 3.2.5.1.1 Cuarenta y nueve años
      - 3.2.5.1.2 Buena relación
  - 3.2.6 Amistad
    - 3.2.6.1 Definición
      - 3.2.6.1.1 Confianza
      - 3.2.6.1.2 Seguridad
      - 3.2.6.1.3 Confidencialidad
      - 3.2.6.1.4 Apoyo
    - 3.2.6.2 Aporte a las personas que la rodean
      - 3.2.6.2.1 Alegría
      - 3.2.6.2.2 Preocupación
      - 3.2.6.2.3 Incondicionalidad
- 3.3 Eventos importantes
- 3.3.1 Edificación de su casa junto a su marido
  - 3.3.2 Infancia
    - 3.3.2.1 Percepción
      - 3.3.2.1.1 Etapas bonitas
    - 3.3.2.2 Enfermedad madre
    - 3.3.2.3 Internado de monjas
      - 3.3.2.3.1 Tiempo
        - 3.3.2.3.1.1 Tres años
  - 3.3.3 Dolores en la vida
    - 3.3.3.1 Fallecimiento madre
      - 3.3.3.1.1 Ella está internada y no se entera
      - 3.3.3.1.2 Sentimientos asociados
        - 3.3.3.1.2.1 Tristeza por no poder asistir
    - 3.3.3.2 Fallecimiento de su hijo de dos años
    - 3.3.3.3 Aborto espontáneo
      - 3.3.3.3.1 Siete meses de gestación

- 3.3.3.4 Sentimientos asociados
  - 3.3.3.4.1.1 Pena
  - 3.3.3.4.1.2 En un año fallecieron dos de mis hijos (Hijo de dos años y aborto espontáneo)
  - 3.3.3.4.1.3 Tuvo que seguir adelante
  - 3.3.3.4.1.4 El resto de sus hijos dependía de ella
- 3.4 Conflictos/problemas
  - 3.4.1 Definición de problema
    - 3.4.1.1 Algo que tiene solución
  - 3.4.2 Reacción frente a un problema
    - 3.4.2.1 Buscar la solución
    - 3.4.2.2 Tratar de resolverlo rápido
- 3.5 Sueños
  - 3.5.1 Estudiar Enfermería
  - 3.5.2 Participar en la cruz roja
    - 3.5.1.3 Sueños actuales
      - 3.5.1.3.1 Conocer el norte de Chile
      - 3.5.1.3.2 Pasear a la playa en el invierno
- 3.6 Sueños logrados
  - 3.6.1 Viajar
  - 3.6.2 Conocer Puerto Varas, Puerto Montt, Chiloé
- 3.7 Frustraciones
  - 3.7.1 No entrar a la Universidad
    - 3.7.1.1 Motivo
      - 3.7.1.1.1 No existían los medios económicos
  - 3.7.2 No poder trabajar
    - 3.7.2.1 Motivos
      - 3.7.2.1.1 Padre estricto
      - 3.7.2.1.2 Descontento del padre por el horario de llegada
- 3.8 Referentes
  - 3.8.1 Padre
    - 3.8.1.1 Motivo
      - 3.8.1.1.1 Admiración
      - 3.8.1.1.2 Crianza de todos los hijos, luego de la muerte de la figura materna
  - 3.8.2 Características similares
    - 3.8.2.1 Terca
    - 3.8.2.2 Estricta
    - 3.8.2.3 Rígida

### 3.9 Creencias

#### 3.9.1 Dios

#### 3.9.2 Religión

##### 3.9.2.1 Católica

### 3.10 Valores

#### 3.10.1 Respeto

### 3.11 Acontecimientos que provocan inquietud

#### 3.11.1 Que le pase algo a su hija

##### 3.11.1.1 Razón

##### 3.11.1.1.1 Enfermedad de la hija (Trombosis)

## **ANEXO 4: METACODIFICACIÓN**

---

### Metacodificación

1. Recursos internos
  - 1.1. Cuidadora
  - 1.2. Colaboradora
  - 1.3. Estructurada
  - 1.4. Sacrificada
  - 1.5. Esforzada
  - 1.6. Autonomía frente a la discapacidad
  - 1.7. Enérgica
  - 1.8. Activa ( $\frac{3}{4}$ )
  - 1.9. Alegre ( $\frac{3}{4}$ )
2. Recursos externos
  - 2.1. Familia
    - 2.1.1. Hijos y nietos( $\frac{3}{4}$ )
      - 2.1.1.1. Percepción
        - 2.1.1.1.1. Apoyo
        - 2.1.1.1.2. Mayor alegría en la vida
      - 2.1.1.2. Sobrino nieto (1)
    - 2.1.2. Amistades ( $\frac{2}{4}$ )
      - 2.2.1. Percepción
        - 2.2.1.1. Confianza
        - 2.2.1.2. Incondicionalidad
    - 2.3. Realización de Actividades extraprogramáticas ( $\frac{2}{4}$ )
3. Situación socioeconómica
  - 3.1. Dueña de casa
  - 3.2. Pensionada
  - 3.3. Situación laboral activa ( $\frac{1}{4}$ )
4. Dolores en la vida

- 4.1. Niñez complicada ( $\frac{3}{4}$ )
  - 4.1.1. Temprana adquisición de responsabilidades
- 4.2. Pérdida afectiva parental
  - 4.2.1. Figura materna y/o paterna
  - 4.2.2. Esposo ( $\frac{1}{4}$ )
  - 4.2.3. Hijo/a ( $\frac{1}{4}$ )
- 5. Tratamiento
  - 5.1. Kinesiológico
    - 5.1.1. Lugar
      - 5.1.1.1. Fundación de la Familia
- 6. Discapacidad
  - 6.1. Nivel
    - 6.1.1. Parcial
      - 6.1.1.1. Sin dependencia de instrumentos
- 7. Sueños
  - 7.1. Logrados
    - 7.1.1. Casa propia
      - 7.1.1.1. Cohabitación
        - 7.1.1.1.1. Hijos y nietos ( $\frac{3}{4}$ )
        - 7.1.1.1.2. Otros familiares ( $\frac{1}{4}$ )
      - 7.1.1.2. Fruto del esfuerzo
      - 7.1.1.3. Futura herencia
  - 7.2. Por lograr
    - 7.2.1. Viajar ( $\frac{3}{4}$ )
- 8. Creencias
  - 8.1. Religión
    - 8.1.1. Católicas ( $\frac{3}{4}$ )
    - 8.1.2. Evangélica (1)

## ANEXO 5: CONSENTIMIENTO DEL USUARIO

---



### CONSENTIMIENDO DEL USUARIO

Yo \_\_\_\_\_,

R.U.T. \_\_\_\_\_-\_\_ Miembro de la Agrupación de Discapacitados de Huechuraba, por medio del presente consentimiento, acepto voluntariamente participar del proceso de seminario de tesis para medir escalas de resiliencia en personas con discapacidad.

A su vez, otorgo consentimiento para la publicación y análisis de los datos entregados.

\_\_\_\_\_  
Agrupación de discapacitados Huechuraba

\_\_\_\_\_  
Tesista

Psicología, UCINF.  
Santiago, Octubre 2014.



