

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Diferencias en la resiliencia según el género y el tipo de terapia
psicológica recibida: terapia humanista y terapia cognitivo conductual**

Daniela Cristina Caicedo Castro

Teresa Borja, Ph.D., Directora de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, mayo de 2014

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Diferencias en la resiliencia según el género y el tipo de terapia
psicológica recibida: terapia humanista y terapia cognitivo conductual**

Daniela Cristina Caicedo Castro

Teresa Borja, Ph.D.
Director de Tesis

Felipe Costales, Mgtr.
Miembro del Comité de Tesis

Jorge Flachier, Dr.
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Salvador, Ph.D.
Decano del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, mayo de 2014

© DERECHOS DEL AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: -----

Nombre: Daniela Caicedo Castro

C. I.: 1803106416

Fecha: Quito, mayo de 2014

DEDICATORIA

A Dios, mi fe, mi luz, mi fuerza, mi felicidad, y mi camino.

A Victor Hugo , mi abuelito y mi angelito para siempre.

A mis padres y mi hermana, por ser las personas más importantes de mi vida y a las que más amo y admiro. Gracias por darme su apoyo, paciencia y amor incondicional durante este proceso, en mi carrera, y en cada ciclo de mi vida.

A Daniela Barona, quien me ha guiado, comprendido, enseñado y apoyado en mi crecimiento personal y profesional. Realmente un profundo agradecimiento y cariño

A Alex Whitehead por alegrar mis días.

AGRADECIMIENTOS

A katy Torres por su amistad verdadera, su gran apoyo, acompañamiento, comprensión y motivación durante la realización de este trabajo.

A mis compañeras y amigas Andre Yandun, Emi Moya y Estefy Sevilla que me han acompañado y apoyado en este proceso.

A Teresa Borja, por su paciencia y motivación en la realización de este trabajo y durante mi carrera. Sobre todo por ser una persona auténtica y brillante, y por compartir con sus alumnos sus experiencias y conocimientos tan valiosos.

A Felipe Costales por su gran apoyo, cariño y enseñanza.

A Jorge Flachier porque con su sabiduría me ha permitido conocer el verdadero significado de la vida y de las pequeñas cosas cotidianas que a veces olvidamos pero que influyen en nuestro crecimiento y satisfacción personal.

RESUMEN

Antecedentes: el estudio de la resiliencia data de 50 años atrás debido al interés de los especialistas en comprender las características de los niños que desarrollaban fortaleza después de haber sufrido un trauma o haber vivido en condiciones desfavorables (Vera, 2006). El presente estudio expone las diferencias de la resiliencia según el género y el tipo de terapia recibida. Con el sustento en bases teóricas e investigaciones académicas se busca demostrar que existe una diferencia significativa, aludiendo que las mujeres son más resilientes que los hombres y averiguando si existe mayor efectividad en el desarrollo de resiliencia en la terapia humanista o en la terapia cognitiva.

Método: se seleccionó 42 sujetos que recibieron un mínimo de 5 sesiones de terapia psicológica con los estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito. El rango de edad de los participantes corresponde a 18 y 75 años de edad. Se aplicó la escala de resiliencia con mexicanos (RESI-M) para analizar los niveles de resiliencia de los sujetos participantes y determinar de esa manera si se cumple la hipótesis del estudio. El análisis de los datos inició con la prueba de normalidad *Kolmogorov-Smirnov* y acto seguido se aplicó una prueba T para muestras independientes para identificar posibles diferencias entre el género, tipo de terapia y factores de la escala.

Resultados: Los resultados revelaron que no existe diferencia significativa en la resiliencia en relación al género ni el tipo de terapia. La única diferencia significativa particular se encontró en el factor 4 de apoyo familiar de la escala de resiliencia debido a que obtuvieron mayores puntajes en las personas que recibieron terapia cognitivo conductual

Conclusiones: se concluye que no existe una diferencia significativa en la resiliencia según el género y el tipo de terapia. Esto corrobora los estudios de Prado y Del Águila (2003) quienes en su estudio “Diferencia en la resiliencia según el género y nivel socioeconómico en adolescentes” mostraron que no existe una diferencia significativa de género, lo que quiere decir que así como en el estudio de estos autores, también en la presente investigación los hombres y mujeres perciben que tienen capacidades de afrontamiento a la adversidad y apoyo social y familiar. En cuanto a la terapia recibida se explica que no se encontró diferencias significativas lo cual posiblemente se debe a los estudios realizados por Elliott (en Cain y Seeman 2001) en donde se explica que después de realizar un meta análisis de la efectividad de la terapia humanista vs la terapia cognitiva, los resultados indican que ambas terapias son igualmente efectivas.

Palabras clave: Psicología Positiva, Resiliencia, Terapia Humanista, Terapia Cognitiva

ABSTRACT

Background: The study of resilience data 50 years ago, specialists were interested in understanding the characteristics of children who developed strength after suffering a trauma or have lived under unfavorable conditions (Vera, 2006). This research exposes resilience differences by gender and type of therapy both sexes received. With the support of theoretical bases and academic research, this research seeks to demonstrate a significant difference between sexes, stating that women are more resilient than men. Also, this research discusses whether a humanistic therapy approach is more effective than the cognitive approach with regards to resilience.

Method: 42 subjects who received a minimum of 5 sessions of psychological therapy students at the Universidad San Francisco de Quito were selected. The age range of the participants are 18 to 75 years old. Resilience scale with Mexicans (RESI -M) was used to analyze the levels of resilience of the participating subjects and thus determine if the study hypothesis is true. The data analysis was performed with the normality test Kolmogorov-Smirnov and immediately applied for correlation T student gender, type of therapy and the scale factors.

Results: The results revealed no significant difference in resilience in relation to gender and type of therapy. The only significant difference was found particularly in the factor 4 family support scale resilience—they had higher scores in people who received cognitive behavioral therapy.

Conclusions: We conclude that there is no significant difference in resilience by gender and type of therapy. This corroborates studies Prado and del Águila (2003) who in their study “difference in resilience by gender and socioeconomic status in adolescents “showed that there is no significant gender difference. This means that the study of these authors , in the present investigation, men and women both perceive that they have coping capacities, adversity, social and family support. As explained therapy received no significant differences which possibly due to studies by Elliott (Cain and Seeman 2001) which explain that after performing a meta-analysis of the effectiveness of humanistic therapy vs cognitive therapy, the results indicate that both therapies are equally effective.

Keywords: Positive Psychology, Resilience, Humanistic Therapy, Cognitive Therapy

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract.....	8
Introducción al problema.....	15
Antecedentes	16
El problema	17
Hipótesis	18
Pregunta(s) de investigación	18
Contexto y marco teórico	19
Definición de términos	20
Presunciones del autor del estudio	22
Supuestos del estudio	22
Revisión de la literatura	23
Géneros de literatura incluidos en la revisión	24
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	24
Formato de la revisión de la literatura.....	25
Metodología y diseño de la investigación	53
Justificación de la metodología seleccionada	53
Herramienta de investigación utilizada	54
Descripción de participantes.....	59
Fuentes y recolección de datos	60
Análisis de datos.....	61
Detalles del análisis	61

Importancia del estudio	71
Resumen de sesgos del autor	72
Conclusiones.....	74
Respuesta(s) a la(s) pregunta(s) de investigación.....	74
Limitaciones del estudio.....	78
Recomendaciones para futuros estudios.....	79
Resumen general.....	80
Referencias	83
ANEXOS A: Documentos del Comité de Bioética.....	88

TABLAS

Promedio de la resiliencia en la muestra total.....	62
Pruebas de normalidad medio de la resiliencia en la muestra total.....	62
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el género.....	63
Prueba T para la igualdad de medias por género.....	63
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el tipo de terapia.....	64
Prueba T para la igualdad de medias por tipo de terapia.....	64
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el género en el factor fortaleza y confianza en sí mismo.....	64
Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor fortaleza y confianza en sí mismo.....	65
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el tipo de terapia en el factor fortaleza y confianza en sí mismo.....	65
Prueba T para la igualdad de medias por tipo de terapia en el factor de fortaleza y confianza en sí mismo.....	65
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el género en el competencia social.....	66
Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor competencia social.....	66
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el tipo de terapia en el facto competencia social.....	67
Prueba T para la igualdad de medias por tipo de terapia en el factor de competencia social.....	67

Promedio de la resiliencia en la muestra total según el género en el factor de apoyo familiar.....	67
Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor de apoyo familiar.....	68
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el tipo de terapia en el factor de apoyo familiar.....	68
Prueba T para la igualdad de medias por tipo de terapia en el factor de apoyo familiar.....	68
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el género en el factor de apoyo social.....	69
Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor de apoyo social.....	69
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el tipo de terapia en el factor de apoyo social.....	69
Prueba T para la igualdad de medias por tipo de terapia en el factor de apoyo social.....	70
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el género en el factor de estructura.....	70
Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor de estructura.....	70
Promedio de la resiliencia en la muestra total según el tipo de terapia en el factor de estructura.....	71
Prueba T para la igualdad de medias por tipo de terapia en el factor de estructura.....	71

FIGURAS

Prueba de la resiliencia en la muestra total.....	63
---	----

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El estudio de resiliencia parte de la teoría de la Psicología Positiva en donde se ha profundizado la investigación en relación a las fortalezas del individuo. Según Morales y Díaz (2011) los seres humanos siempre estamos expuestos a situaciones adversas, y depende de cada persona el proceso de afrontamiento frente al problema. Los autores describen que ciertas personas pueden desarrollar patologías como resultado a su falta de adaptación, o por el contrario pueden tomarlo como un aprendizaje exitoso. Los autores definen a la resiliencia como la capacidad de las personas para lograr un desarrollo psicológico sano frente a situaciones que amenacen su integridad. Según González et al. (2008), la combinación de los atributos internos y externos del individuo favorecen la posibilidad de superar el riesgo, los atributos internos comprenden a las características propias del individuo y los atributos externos comprenden al ambiente familiar, social y cultural.

Morales & Díaz (2011) mencionan que al ser la cultura una característica de la resiliencia, existen estudios que corroboran a este concepto como un factor determinante en el comportamiento del ser humano, pues los autores aseguran que los roles que han adoptado tanto hombres como mujeres marcan una diferencia de sexo significativa en la resiliencia. De acuerdo a las investigaciones realizadas por Álvarez y Cáceres (2012) se ha encontrado a las mujeres como más resilientes. Contrariamente González et al. (2008) hallaron que existe una diferencia significativa a favor de los hombres. Por su lado, Prado y Del Águila (2003) indicaron que no existe diferencia de género significativa.

Por otro lado, Martínez (2006) menciona que en los últimos tiempos el diagnóstico de depresión y distintas patologías psicológicas han ido aumentando significativamente en la población. El autor refiere a este fenómeno como una causa del pensamiento

individualista influido por la cultura. La cultura es un factor contribuyente del pensamiento de cada individuo y genera que el ser humano base su comportamiento en relación a lo que la sociedad espera, la mayoría de la población occidental ha limitado sus aspiraciones en bienes materiales, consumismos y éxito social. Según el autor citado, los estudios en psicología positiva intentan dar un aporte auténtico a este aspecto con el fin de introducir de una manera efectiva las capacidades positivas naturales del ser humano y encontrar herramientas para aliviar el malestar.

Según Fava y Tomba (2009) en la terapia psicológica las personas aprenden estrategias de afrontamiento que contribuyen con la resiliencia. En el estudio de Ronnau y Frohlich (2009) se encuentra que la terapia humanista centrado en la persona es efectiva al momento de desarrollar resiliencia. Frisch (2006 en Carrera & Mandil, 2011) por su lado, refieren que el modelo cognitivo clásico de terapia cognitiva dirige la terapia hacia el fortalecimiento del desarrollo y bienestar personal, identificando las creencias negativas para transformarlas en creencias resilientes.

Antecedentes

La historia de la resiliencia: Una breve reseña.

Vera (2006) define que tradicionalmente se ha considerado a la psicología como el estudio de las patologías y enfermedades mentales y es por eso que se han desarrollado varias terapias psicológicas y farmacológicas para que el ser humano pueda desenvolverse de una manera efectiva. La autora menciona que la psicología entonces se ha enfocado en los aspectos disfuncionales y negativos de las personas y que en los últimos años desde que Martin Seligman (2012) se interesó por el estudio de las fortalezas del ser humano, se empezó a introducir investigaciones, hipótesis y teoría empírica sobre la psicología

positiva para resaltar que las fortalezas son tan importantes como las debilidades del individuo.

Vinnacia, Quiceno y Moreno (2007) indican que hace como 50 años atrás se empezaron a observar comportamientos resilientes característicos de la psicología positiva en las personas, y eso llevo a los expertos a realizar estudios en relación a este aspecto. Estos autores realizaron una investigación longitudinal de 30 años en Hawái con 698 niños quienes habían pasado por situaciones desfavorables. Los resultados expresaron que el 80% de los participantes se habían desarrollado de una manera adaptativa sin presentar patologías o desajuste emocional. Los estudios de Villalba (2004) se basaron en casos de hijos de madres esquizofrénicas. Los niños resilientes mostraban cumplir con características en común: atributos del propio niño, características familiares y características de su entorno.

El problema

La psicología desde su origen ha orientado sus estudios al tratamiento de la patología y esto ha limitado que se realicen investigaciones en los aspectos positivos y funcionales del individuo que puedan contribuir con la prevención de la patología misma. Es por eso que la psicología positiva busca describir las características resilientes del ser humano que lo llevan a tener una actitud optimista frente a la vida. Estudios revisados por la autora confirman la variable género como una diferencia significativa en la resiliencia por lo que se investigará si existe esta divergencia en las personas que han recibido terapia humanista y cognitiva. Por otro lado, el estudio de la resiliencia dentro del país es escaso y mediante esta investigación se espera contribuir con información útil para los psicólogos de la Universidad San Francisco de Quito y profesionales que se encuentren interesados en el tema.

Hipótesis del Proyecto

La hipótesis del proyecto es que existen diferencias en la resiliencia según el género de los pacientes de la Universidad San Francisco de Quito y el tipo de terapia recibida: terapia humanista y terapia cognitiva.

Hipótesis de la causa.

Las mujeres han demostrado ser más resilientes que los hombres debido que tienen mayor probabilidad de obtener apoyo externo. Culturalmente las mujeres son consideradas como más vulnerables por lo que desde la infancia el soporte social y cultural es mayor.

La terapia psicológica permite a los individuos que desarrollen herramientas de afrontamiento para su desarrollo individual. Existen diversas terapias y unas pueden ser más o menos efectivas en el desarrollo de la resiliencia, pero en este estudio se espera comparar específicamente la efectividad de la terapia humanista y cognitiva.

Hipótesis de Solución.

Si se conoce la efectividad de la terapia humanista y cognitiva en el desarrollo de la resiliencia, se podría aplicar con más objetividad la terapia correspondiente para obtener resultados auténticos.

Pregunta(s) de investigación

¿Cómo y hasta qué punto las mujeres muestran mayores niveles de resiliencia que los hombres?

¿Cuál de las dos terapias mencionadas anteriormente cumple con mayor efectividad en el desarrollo de resiliencia?

Contexto y marco teórico

El análisis del estudio que se realizará en esta presente investigación será elaborado desde la perspectiva psicológica. Se involucrará en su mayoría a la psicología positiva como fundamento principal de la resiliencia. Así mismo se tomará en cuenta los factores y características de la resiliencia para poder explicar la pregunta de investigación planteada en relación a la diferencia de género. Por otro lado, se explicará a la salud mental desde la psicoterapia y el proceso terapéutico humanista y cognitivo con el fin de averiguar si la terapia podría reforzar la resiliencia y si existe alguna diferencia significativa de efectividad entre las dos terapias.

El propósito del estudio.

El propósito de la presente investigación pretende describir los conceptos de la resiliencia desde la psicología positiva con el fin de encontrar si existe una diferencia de género y en el tipo de terapia. Considerando que la población del estudio pertenece a pacientes de la Universidad San Francisco de Quito se puede expresar que los resultados podrán ser de beneficio para los profesionales y estudiantes de psicología de la Universidad, para que de esa manera se pueda evaluar mediante los niveles de resiliencia de los pacientes, la calidad de servicio psicológico prestado por los estudiantes. Una vez que se consigan los resultados que se obtendrán mediante la aplicación de la escala mexicana de resiliencia de Paloma – Lever y Gómez- Valdez (RESI - M), se espera que el trabajo pueda ser tomado en consideración para próximos estudios.

El significado del estudio.

El estudio de la resiliencia ha sido tomado muy en cuenta alrededor del mundo, sin embargo, no existe suficiente información estadística en relación a este aspecto en el Ecuador. El presente estudio plantea un análisis de resiliencia según la variable sexo y tipo

de terapia. Se aportará con información de personas de nacionalidad Ecuatoriana. Además, se podrá observar si las estadísticas comprueban la hipótesis planteada. Al mismo tiempo, la información recolectada puede servir como guía especialmente para estudiantes de psicología clínica ya que se expondrán los conceptos de la resiliencia según el género y la terapia humanista y terapia cognitiva. Se espera que se pueda replicar el estudio o a su vez sea utilizado para el desarrollo de otras publicaciones. En definitiva, el estudio obtiene su importancia académica y práctica en el ámbito de la psicología clínica enfocado desde una perspectiva positiva, humanista y cognitiva.

Definición de términos

Psicología Positiva.

Vera (2006) define a la Psicología Positiva como la concepción positiva del ser humano. Busca mejorar la calidad de vida de las personas y su vez prevenir la aparición de trastornos mentales. Se aplica a través del desarrollo de competencias, fortalezas y virtudes.

Resiliencia.

Según Vera (2006) la palabra resiliencia proviene del latín de la palabra “resilio” que quiere decir volver atrás, resaltar, volver de un asalto y en términos psicológicos, ha sido definida como la capacidad del individuo de superar las situaciones adversas y desarrollarse exitosamente a partir del acontecimiento vivido.

Situación adversa.

Se entiende por situación adversa a aquellas situaciones de riesgo que generan impacto en las personas. Se describe como situación adversa específicamente a

circunstancias como la muerte de un familiar cercano, guerras, traumas, etc. (Becoña, 2006)

Terapia Humanista.

Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano (2006) definen a la Terapia Humanista como el tipo de terapia psicológica que busca que las personas consigan una autorrealización o que alcancen su potencial humano. Esto incluye al desarrollo de ciertas características como la percepción realista, racionalidad, responsabilidad social, capacidad de vincularse con otras personas y el mundo de una manera saludable.

Terapia Cognitiva.

Feldman (2004) define a la Terapia Cognitiva como un tipo de terapia psicológica que permite al individuo comprender lo que piensa de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, para poder comprender como esto afecta o influye sus pensamientos y sentimientos. Por lo tanto, es una terapia que ayuda a las personas a cambiar las creencias o pensamientos que le generan disfuncionalidad para que se pueda aliviar y reducir el malestar

Factor externo.

González et al. (2008) entiende al factor externo desde una perspectiva psicológica a las variables ambientales que influyen en cada individuo. En este estudio se menciona principalmente al factor familiar, social y cultural.

Factor interno.

Palomar y Gómez (2010) definen al factor interno como los atributos personales del individuo. En este estudio se refiere específicamente a las características personales de un individuo resiliente.

Presunciones del autor del estudio

En primer lugar se presume que existe una diferencia de resiliencia según el género de las personas que han recibido terapia en la Universidad San Francisco de Quito. Se espera que mediante las encuestas aplicadas a los participantes se recolecte información suficiente para el análisis respectivo de las variables. El análisis de los datos dependerá de la honestidad con la que fueron respondidas las encuestas, y al ser una escala que evalúa procesos personales, se presume que la gente puede mostrarse más resiliente de lo que es aunque esta no sea la norma. Se presume además que no todos los sujetos van a responder a la encuesta puesto que es voluntaria. Finalmente se espera que una vez analizados los datos obtenidos se podrá definir el nivel de resiliencia de los sujetos, y de esa manera poder encontrar o no diferencias estadísticas significativas de género y efectividad de terapia en resiliencia.

Supuestos del estudio

Los estudios de investigación son importantes porque permiten ampliar nueva información e hipótesis para formular futuras investigaciones. De esta manera se podrá explorar más sobre temas como este en el Ecuador.

Específicamente el interés del estudio es de carácter clínico al enfocarse en el nivel de resiliencia en pacientes que han recibido terapia humanista y cognitiva en la Universidad San Francisco de Quito. Se supone que los resultados que se obtengan serán útiles para el departamento de psicología de la Universidad, para brindar mayor conocimiento a los practicantes de psicología clínica sobre las técnicas de terapia que favorecen a la resiliencia.

En los siguientes capítulos se describe la Revisión de la Literatura seguido de la definición de la metodología de investigación aplicada para el estudio, así mismo, se detalla el análisis de datos encontrados y las conclusiones de la investigación.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

La información obtenida para el estudio de esta investigación se basa en páginas web académicas sobre los temas a tratar, libros populares y artículos científicos obtenidos de la biblioteca de la Universidad San Francisco y de la biblioteca de la Universidad de Concordia de Canadá.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

El proceso de revisión de literatura parte de una búsqueda general en páginas web académicas sobre la psicología positiva, resiliencia en diferencia de género, y resiliencia en relación a la terapia psicológica humanista y cognitiva. Se realizó la investigación en la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito, en la biblioteca de la Universidad de Concordia de Canadá, en páginas web académicas y en libros populares. Los artículos obtenidos referían a las diferencias demográficas de resiliencia, como edad, género, y a la resiliencia en relación a la terapia psicológica. De la investigación realizada se pudo definir el significado independiente de cada factor. Además, se extrajo las referencias de cada artículo para poder obtener mayor información que sea útil para el estudio. La información expone datos históricos sobre la temática y como se encuentra en la actualidad pues los artículos corresponden a los últimos 5 años.

Formato de la revisión de la literatura.

Se organizó la información de acuerdo a los temas del estudio para obtener de esa manera la teoría que sirvió de sustento para el desarrollo de la hipótesis de esta investigación y del análisis de datos. El orden corresponde en primer lugar a la descripción de la psicología positiva para de esa manera explicar a la resiliencia. Se describió las características de la resiliencia en función a los patrones que la determinan, los factores personales y los factores psicosociales. Finalmente se describe a la resiliencia en relación a la terapia humanista y la terapia cognitiva.

Tema 1: Psicología Positiva.

Introducción de la psicología positiva.

Seligman (2012) expone que la psicología desde sus orígenes se enfocaba en el tratamiento de la enfermedad o patología. Esto se explica según el autor desde una retrospectiva en relación a nuestros antepasados, ya que la sensación de peligro provocaba emociones de temor, tristeza, ira, lucha y huida. De cierta manera, el ser humano aprendió a defenderse y comportarse a partir de un afecto negativo o aversión en donde el objetivo principal era eliminar el problema, y según Seligman probablemente ese aprendizaje trascendió en generaciones mediante los genes. Sin embargo, Casullo (2009) relata que con el pasar del tiempo se empezaron a tomar en cuenta poco a poco a las emociones positivas y su influencia en la vida de las personas. A finales del siglo XX se introduce la salud a las ciencias sociales para adoptar una perspectiva de bienestar físico, emocional y social. Según Casullo este nuevo concepto se enfoca en sentimientos de confianza del ser humano, en relación al “sentido de coherencia” y los “recursos generalizados para resistir”. Posteriormente se empieza a desarrollar mayor número de investigaciones sobre la

creatividad, la inteligencia emocional, el bienestar psíquico, las emociones positivas y rasgos personales en las organizaciones (Seligman, 2012).

Martin Seligman (1998 en Prada, 2004) presidente de American Psychological Association, introduce la psicología positiva al tomar en consideración las fortalezas y virtudes humanas como un importante factor de bienestar y herramienta natural de afrontamiento frente a la adversidad. Refirió que la base del bienestar y afrontamiento radica en el fortalecimiento de las características positivas que alimentan la percepción que se tiene de uno mismo.

En el libro “La auténtica felicidad” escrito por Seligman (2012) se expone la importancia de llevar una vida con afecto positivo, ya que el autor ha encontrado resultados efectivos en los estudios que ha realizado. El funcionamiento del afecto positivo de Seligman describe a las fortalezas y virtudes del individuo y su función en el comportamiento resiliente. En primer lugar se distingue a la felicidad momentánea y la duradera, conceptualizando a las fortalezas y virtudes dentro de la felicidad duradera, y al placer, éxtasis y alegría, como felicidad momentánea. El autor afirma que las fortalezas son rasgos de personalidad por lo que se convierten en herramientas que el individuo puede utilizar en el momento que considere necesario.

Seligman (2012) relata que el buen humor o afectividad positiva, es un rasgo de personalidad hereditario en gran medida, entonces se puede decir que estos factores también están en los genes. De acuerdo a los conceptos y estudios del autor, se concluye que las personas pueden desarrollarse con afectividad positiva o negativa dependiendo de su influencia genética y de la influencia del factor externo e interno. La afectividad positiva genera mayor optimismo y satisfacción en la vida del individuo, y la afectividad negativa genera que el individuo tenga una perspectiva de vida pesimista. La afectividad

positiva debe ser reforzada para que se mantenga con el tiempo y la afectividad negativa debe ser trabajada para que pueda ser dirigida hacia el optimismo.

Seligman (2012) investigó la vida rutinaria de una monja para poder comprender el motivo por el cual vivía tan pasivamente. Encontró que la religiosa tenía rasgos de personalidad optimistas y era feliz, y llegó a la conclusión de que el pilar del desarrollo de la religiosa era la cantidad de sentimientos positivos con los que se expresaba. Luego, en el estudio realizado por Kelntner y Harker (2001) se llegó a la misma conclusión. En este caso se analizaron 141 fotos de un anuario de 1960 del Mills College, y las personas que mostraban sonrisas genuinas o Duchene (en honor a su descubridor Guillaume Duchenne) tenían más posibilidades de ser felices en su matrimonio y en su vida en general.

De la misma manera, los científicos Maruta, Colligan, Malinchoc y Offord (2000) de la clínica Mayo de Rochester, Minnesota, realizaron un estudio sobre el optimismo en 839 pacientes que habían acudido a la clínica para recibir cuidados médicos. Los autores hallaron que del total de pacientes, los optimistas presentaban una longevidad del 19 % mayor que los pesimistas.

En referencia a Seligman (2012) se indica que la psicología positiva permite que se consideren las fortalezas y los comportamientos positivos del individuo para comprender al ser humano como un ser optimista, resiliente o, en otras palabras, con la capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas.

Tema 2: Resiliencia

Orígenes y conceptos de la resiliencia.

Según Villalba (2004) la palabra resiliencia proviene del latín de la palabra “resilio” que quiere decir volver atrás, resaltar, volver de un asalto. La autora refiere que la resiliencia desde sus orígenes era utilizada para referirse a la elasticidad y plasticidad de una sustancia. Iraurgi et al. (2012) indican que luego la resiliencia llega a formar parte de

las ciencias y la explican desde el ámbito económico, ecológico, sociológico, biológico y psíquico. La economía entiende al concepto por medio de los sistemas económicos, y explica que los sistemas resilientes son capaces de reponerse a los efectos de una situación económica adversa a la que normalmente está acostumbrada. La Ecología y la Sociología adaptaron el concepto para explicar la capacidad de las comunidades o ecosistemas de absorber las perturbaciones sin que se altere las características estructurales, hasta que vuelvan a su estado inicial. Básicamente según los autores, la ecología explica que un ecosistema es resiliente mientras exista una mayor interacción entre las partes del sistema y la diversidad interna. Esto resulta según los autores en que el sistema tendrá entonces la capacidad de retornar a las condiciones previas al daño. Por el lado de la biología y la parte psíquica, estos autores mencionan específicamente a la capacidad de reducir el malestar frente a problemas sociales o individuales como trastornos psicológicos, enfermedades físicas ya sean agudas o crónicas, violencia, etc,

Beardslee (1989 en Becoña, 2006) conceptualizó a la resiliencia como una habilidad de adaptación, restauración y equilibrio, que aborda la autoconfianza, curiosidad, autodisciplina, autoestima y control sobre el ambiente. Estas características según el autor, así como la perseverancia, significado, soledad existencial, apoyo social y familiar, han sido el soporte de muchos autores para la elaboración de escalas de resiliencia en las distintas sociedades.

Becoña (2006) señala que la psicología y la psiquiatría se interesaron en conocer a la resiliencia desde su etiología. Esto comprende en el estudio sobre el origen de la psicopatología. Becoña menciona que la mayoría de estudios se realizó con niños que presentaban riesgo de desarrollar psicopatología causada por enfermedades mentales de los padres, problemas de nacimiento, conflictos interpersonales, pobreza, divorcio, traumas, abuso, abandono y guerra. Masten (1999 en Becoña, 2006) se interesaron en estudiar el

motivo por el cual algunas personas muestran un rasgo de personalidad más adaptativo en a la vida frente quienes no presentan esta característica.

Block y Block (1980 en Becoña, 2006) utilizaron un marco conceptual lewiniano para poder explicar este concepto. Refieren al control del “ego resiliencia” como una propiedad parecida a la elasticidad, definiéndola como “la capacidad dinámica de un individuo para modificar su nivel modal del control de ego, en una u otra dirección, como una función de las características de la demanda del ambiente” (p.129). Se presume que el individuo debe desenvolverse exitosamente en contingencias ambientales de cambio.

A pesar de los múltiples conceptos que se ha dado a la resiliencia , en el presente estudio se resume como la capacidad del ser humano para hacer frente a situaciones adversas, y a su vez como una herramienta o proceso de ajuste estable en la vida cotidiana (Villalba, 2004).

Características de la resiliencia.

Patrones de resiliencia

Becoña (2006) describe cuatro patrones característicos de la resiliencia:

Patrón disposicional.

Refiere a los atributos físicos y psicológicos del individuo que están relacionados al ego. Los atributos físicos son factores constitucionales y genéticos como la inteligencia, salud y temperamento. Los atributos psicológicos son la competencia personal y el sentido del *self*.

Patrón relacional.

Describe a las características de roles y relaciones que intervienen en la resiliencia. Esto tiene que ver con los factores internos y externos. Los factores internos corresponden al valor, sentido de la experiencia, habilidades de identificación de los aspectos positivos y

capacidad de confiar en sí mismo y en otras personas. Los factores externos refieren a la influencia del ámbito familiar y crianza, y las diferentes relaciones interpersonales.

Patrón situacional.

Define las habilidades de evaluación cognitiva, de resolución de problemas y fortalezas para adaptarse frente a una situación. La función es realizar una evaluación cognitiva realista de la capacidad propia para comportarse y asumir la responsabilidad de sus actos. El individuo es consciente de lo que puede y no puede obtener de su entorno por lo que se plantea metas posibles en relación a sus capacidades. Se puede decir que el individuo posee un buen locus de control interno, es flexible, perseverante, exploratorio y creativo.

Patrón filosófico.

Se presenta de acuerdo a las creencias personales. El individuo considera que el autoconocimiento y la reflexión son factores importantes para su bienestar. Además existe la creencia positiva frente al futuro al considerar que las cosas se solucionarán y que obtendrá aprendizaje de sus experiencias. En sí, la creencia de que la vida vale la pena y que por lo tanto tiene un significado. El individuo resiliente atribuye valor a cada acontecimiento de la vida cotidiana y eso facilita su estabilidad psicológica.

Factores de la resiliencia.

Según Becoña (2006) los factores contribuyentes con la resiliencia son los recursos internos o características propias del individuo, y el factor externo o apoyo psicosocial que refiere a la familia y a la cultura.

Factores personales relacionados con la resiliencia.

Introspección.

Becoña (2006), Jakel y Schreiber (2013) consideran que la introspección se refiere a la capacidad de mirar hacia adentro de sí mismo para encontrar una solución verdadera.

Es un proceso inconsciente en donde el individuo examina sus propias estrategias y representaciones para poder darse cuenta sobre sus procesos. Las personas mediante la introspección pueden afirmar y concientizar si están estancadas o si por el contrario han experimentado un *insight*, para de esa manera tomar las decisiones respectivas en beneficio de sí mismo

Independencia.

Becoña (2006) y Prada (2005) conceptualizan a la independencia como capacidad de fijar límites entre sí mismo y el medio en el que se encuentra. Es decir que el individuo es capaz de mantener una distancia emocional y física de acuerdo a sus creencias. La distancia que establece es lo suficiente estable y necesaria para que no cause efecto negativo en el individuo y se sienta de cierta manera aislado.

Capacidad de relacionarse.

Becoña (2006) y Prada (2005) consideran que una persona tiene la capacidad de relacionarse cuando ha desarrollado la habilidad para entablar vínculos interpersonales sin generar dependencia. La actitud de compartir con otros y entregarse es también recíproca y necesaria en los seres humanos para su equilibrio de afecto.

Iniciativa

Encontrar satisfacción en la propia exigencia para ponerse retos y metas que sean alcanzables pero que impliquen exigencia (Prada, 2005).

Humor

Casullo (2009) y Becoña (2006) exponen varios conceptos que explican al humor como característica personal. Lo definen como emoción positiva que permite que una situación sea humorística y como una estrategia de afrontamiento que se basa en el análisis cognitivo de algún estímulo en particular que manifiesta en risa, sonrisa o sensaciones de alegría que a su vez disminuyen la ansiedad. Finalmente, Casullo (2009) manifiesta que el

humor es considerado como un elemento estable de la personalidad por lo que las personas que han desarrollado esta característica son consideradas como más competentes y tendrán mayor facilidad de vincularse y relacionarse con otras personas.

Creatividad.

Vecina (2006) y Becoña (2006) señalan a la creatividad como una de las características más importantes del individuo y comentan que es una forma de cambio que se define en la creación de belleza, orden y finalidad a partir del caos. Así mismo, señalan que imponer algo nuevo permite al individuo desplegar su inteligencia que se ha desarrollado en bases sólidas y estables de conocimiento.

Moralidad.

Tugendhat (1990) y Becoña (2006) definen a la moralidad como el deseo del individuo de comprometerse con valores compartidos en su cultura. Esto comprende las evaluaciones cognitivas y emocionales que las personas hacen respecto a sí mismos y a otros. La moralidad tiene una connotación social sobre lo que se “debe hacer” pero a su vez refieren a una persona que tiene respeto para sí mismo y para el mundo.

Autoestima consistente

Según Casullo (2009) y Becoña (2006) la autoestima consistente corresponde a la imagen que una persona tiene de sí mismo y este factor beneficia al individuo para reforzar constantemente la confianza en su eficacia.

En definitiva, mencionando a Brooks y Goldstein (2004), se concluye que una persona con una mentalidad resiliente percibe que tiene el control sobre su vida, sabe cómo hacer frente al estrés, es empático o empática con las demás personas, ha desarrollado una comunicación efectiva, tiene herramientas para desarrollar problemas y tomar decisiones, establece metas y expectativas realistas, toma cada experiencia como un aprendizaje, es

compasivo, contribuyente, responsable, basa su vida en valores sensatos, y se siente bien cuando ayuda a los demás.

Factores psicosociales relacionados con la resiliencia.

Maturana (2011) manifiesta que la Resiliencia abarca un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que permiten al individuo llevar una vida equilibrada en medio del entorno en el que se encuentra. Esto puntualiza que la resiliencia es adquirida a través del tiempo mediante la interacción de los atributos personales del individuo y los atributos externos que corresponden al apoyo familiar, social y cultural, es decir, que así como los factores personales son importantes para el desarrollo de una mentalidad resiliente, el factor cultural también alcanza su importancia y debe ser definido para comprender su aporte en el individuo resiliente.

Factor Familiar

En el libro “building resilience in children and teens” de Ginsburg y Jablow (2011) los autores hablan sobre la importancia del factor externo en la resiliencia. Específicamente se dirigen como factor externo al apoyo familiar y mencionan que depende la manera como los padres crían a sus hijos para que puedan desarrollar la capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas.

Ginsburg y Jablow (2011) consideran que en un principio los padres protegen a los niños y les brindan cariño, cuidado y amor cuando lo necesitan para que de esa manera puedan sentirse seguros. Mientras pasa el tiempo y los niños van creciendo, sus necesidades y motivaciones cambian, ya su interés no es solamente sus padres sino sus amigos, sus hobbies y sus propias actividades. A pesar de que como padres tienen el miedo de que algo malo les pase y quieran protegerlos, los pequeños que ya han crecido y empiezan a crear su propia identidad y descubrirse como un individuo independiente en el mundo por lo que tienen que explorar su entorno, descubrirlo, equivocarse y aprender. En

realidad Gibnsbur y Jablow (2011) concluyen que todas las personas nacen con sus propias habilidades para enfrentarse frente a la adversidad, aprender de los errores, y hacerse responsable de su propia vida para volverse un adulto competente. Los autores indican que si los padres no dejan a sus hijos evolucionar por sí mismos, ellos no tendrán la oportunidad de desarrollarse con sus propios recursos y entonces probablemente pueden volverse dependientes del otro.

Ginsburg y Jablow (2011) exponen 7 “Cs” como instrumentos de resiliencia desarrollados con la influencia del hogar. Estas son: competencia, confianza, conexión, carácter, contribución, capacidad de afrontamiento y control.

La competencia es la habilidad de poder sobrellevar las situaciones efectivamente y pero esto es necesario que desde la infancia los niños desarrollen habilidades que les permitan confiar en ellos mismos y hacerse responsables de sus elecciones para de esa manera enfrentar las dificultades.

El apoyo externo o familiar juega un rol importante al momento de desarrollar competencia pues se brinda soporte a los hijos para construir y fortalecer sus capacidades de educación, sociales y de manejo del estrés. Esto se logra dejando al niño equivocarse y no reprenderle necesariamente, sino ayudarlo a reconocer su error y brindándole la oportunidad de que pueda aprender de este sin necesidad de ser juzgado.

La confianza es una creencia en las habilidades del propio ser y se basa en la competencia, pues se gana confianza a medida que se demuestra a sí mismo ser competente en las situaciones de la vida. Una persona que confía en su propio ser es capaz de tomar decisiones y asumirlas independientemente de las consecuencias. Los padres aportan a los hijos cuando ven lo mejor de ellos para que de esa manera los hijos reciban una retroalimentación positiva y puedan saber que si el padre espera lo mejor de él en relación las cualidades personales, entonces él también lo querrá por sí mismo. De igual

manera esto incluye reconocer lo que ha hecho bien y reconocer que es un individuo que está aprendiendo

La conexión se refiere a los vínculos que el individuo genera con su medio ambiente. Si desde pequeños el factor externo como la familia, la religión y el colegio son un apoyo para la persona entonces podrá desarrollar el sentido de seguridad y el sentido de los valores.

El primer vínculo es la familia, ya que la dinámica con la que funciona en el hogar es la que se aprende, y si el individuo se siente seguro en su hogar podrá desarrollar la creencia de que a pesar de que afuera existen peligros, emocionalmente y físicamente estarán bien. En casa se crea un tiempo para compartir en familia, además se menciona y enseña la importancia de sentirse orgulloso de la cultura, religión, o etnia a la que pertenece, pues esto fortalecerá la construcción de valores. Por último, se permite que cada miembro exprese lo que siente sin desvalorizarlo para al momento de encontrarse con una adversidad se pueda buscar una solución en familia si es necesario.

El carácter se refiere a los individuos que disfrutan de un sentido de valor y confianza en sí mismos. Los individuos desarrollan un sentido de lo que está bien y lo que está mal para que puedan tomar decisiones, contribuyan al mundo y se conviertan en adultos estables. Los padres intervienen al ayudar a los niños a comprender como sus comportamientos afectan a otras personas. Además se ayuda al niño a reconocer la satisfacción inmediata, las necesidades egoístas, enseñándoles a preocuparse también por los demás y desarrollar de esa manera un sentido de espiritualidad.

La contribución explica que el individuo se siente parte del mundo con propósitos y metas en la vida. Esto permite que la toma de decisiones no solamente contribuya con el mundo sino que mejore su propia competencia, carácter y sentido de conexión. Los padres

al creer en los hijos y demostrarles que cada cosa tiene un valor no solamente económico, están brindándoles la oportunidad de generar empatía y autoconfianza.

Los individuos que aprenden maneras efectivas de hacer frente a las situaciones estresantes están listos para las pruebas que la vida le pondrá en un futuro a medida que vayan creciendo y desarrollándose. Los padres ayudan a los hijos a comprender las diferencias de una crisis real versus irreal. Además que se enseñan estrategias positivas de afrontamiento como: dejarles que la fantasía y la imaginación sean herramientas que les permitan encontrar soluciones a los problemas cuando son pequeños. Cabe recalcar la importancia de enseñar a los hijos a resolver un problema paso a paso y no enfocarse en situaciones que pueden generar algún conflicto. Los padres además enseñan a sus hijos a valorar su cuerpo con una buena nutrición, ejercicio, sueño adecuado, ejercicios de relajación.

Finalmente los autores indican que el hecho de que un individuo se sienta capaz de manejar cada situación en su vida, le hace sentir seguro y en control de las situaciones en general. Los padres enseñan a los hijos que todo lo que se hace como individuo tiene una consecuencia que se tendrá que asumir. También les explican que si sucede algo de lo que no está en sus manos entonces no es su responsabilidad. Los padres hablan sobre el futuro pero mencionan la necesidad de vivir paso a paso, hablan de la disciplina como una manera de enseñanza y no de controlar a los otros.

Factor cultural

Según Iraurgi et al. (2012) el entorno o la cultura donde el individuo se desenvuelve, puede proporcionar factores de protección o factores de riesgo que influyen al desarrollo de resiliencia. Advierten que los factores de riesgo son las características de una persona o comunidad que tienen una alta probabilidad de generar daño en la salud del ser humano, y los factores de protección por otro lado han sido definidos por los autores

como los recursos o contextos apropiados que posee una persona y una comunidad, y que permiten que exista un desarrollo saludable para los individuos.

Haciendo referencia a Saavedra (2005 en Iraurgi et al., 2012) se expone que los factores de protección destacan la cohesión, el apoyo y el sentimiento de vínculo afectivo que el niño crea con los padres y con la comunidad. El autor describe que de acuerdo al apoyo cultural en relación a la resiliencia, es de vital importancia que los individuos desarrollen relaciones íntimas competentes y de igual manera desarrollen un buen vínculo saludable con las organizaciones pro-sociales como los clubes, grupos, lugar de trabajo, seguridad pública, etc.

Por otro lado, Iraurgi et al. (2012) describen que los factores de riesgo aumentan la vulnerabilidad en el desarrollo del individuo y conciernen la pertenencia a un determinado estrato social, condición económica, etnia, religión o raza. Así mismo, mencionan factores de riesgo a la prematuridad al nacer, la pobreza, los problemas familiares, la violencia, las pérdidas, la guerra, divorcio de los padres, estresores traumáticos, el abuso o abandono, etc.

Según Iraurgi et al. (2012), a pesar de ser el factor de riesgo un evento adverso para el desarrollo del individuo, resulta necesaria su descripción ya que una persona resiliente es aquella que hace frente a las situaciones adversas. De acuerdo a las descripciones presentadas, estos autores reflexionan que los factores de protección a diferencia de los factores de riesgo, favorecen la salud del individuo y que los factores de riesgo son descritos para entender el proceso de la resiliencia. Por lo tanto, los autores aluden que los factores de protección ayudan a que el individuo desarrolle herramientas sólidas para afrontar los patrones de riesgo y poder reforzar las fortalezas del individuo. Se concluye que “aquellos entornos que sean capaces de habilitar opciones para el individuo que

promuevan la protección del mismo y el desarrollo de sus capacidades de afrontamiento se constituirían como entornos protectores” (Munist, 1998 en Iraurgi et al., 2012, p.18).

Tema 3: Diferencias Sexuales en la resiliencia.

Morales & Díaz (2011) mencionan que el estudio de la resiliencia según el género ha estimado diferencias significativas mostrando a las mujeres como más resilientes debido a que reciben más apoyo social y cultural; factores que interaccionan en el proceso de la resiliencia. Los autores expresan que a pesar de que los hombres muestran mayores recursos e independencia, las mujeres logran ser más resilientes gracias al apoyo externo que reciben.

El interés por conocer las diferencias psíquicas entre las mujeres y los hombres y por explicar sus orígenes causales es muy remoto y aparece directamente vinculado a cuestiones filosóficas centrales relativas al estudio del alma, de la mente, del deseo o de la voluntad (Barberá, 2004, p.922).

Para obtener una mayor comprensión de la diferencia sexual en resiliencia, es importante describir este factor desde sus raíces. Barberá (2004) explica que el origen filosófico de sexo conceptualizó que la mujer tiene “el alma endemoniada”, “que tiene una mente irracional”, “que muchas de sus acciones son fruto de extraños deseos ocultos” y “que su voluntad es más débil que la de los hombres” (p. 922). La autora menciona que la psicología por su lado ha tomado en cuenta este aspecto y ha expresado que los modelos o estereotipos de género culturales han influenciado significativamente el comportamiento del ser humano y este hecho ha permitido que exista una tendencia social generalizada a representar al hombre y la mujer como seres totalmente diferentes y hasta polos opuestos. Desde los años veinte, Sigmund Freud (en Barberá, 2004) refería a la bisexualidad como una característica de los seres humanos en donde se determinaban ciertas características femeninas correspondientes a las niñas y características masculinas correspondientes a los

niños. Según el autor citado, las características femeninas han sido destacadas como mayor expresividad (comunicación, emotividad, capacidad para relacionarse) y las características masculinas aluden más a la independencia. Con ambas definiciones se podría decir que la diferencia de género viene marcada culturalmente desde la antigüedad.

Siendo la cultura un factor relacionado directamente desde sus orígenes con la resiliencia, Zubieta (2009) define este concepto como patrones de conducta que suceden cuando las personas comparten ciertas creencias, valores, roles y normas en común. El autor define cada característica empezando con las creencias; mismas que definen a las verdades absolutas que se sostienen de acuerdo a las categorías, al lenguaje, a las estructuras y actitudes. Los valores son los principios o morales con los que el ser humano se desenvuelve en la vida. El valor atribuye lo que es bueno o malo y generalmente son compartidos en cada sociedad. Los valores compartidos emplean roles importantes para el funcionamiento psicológico del individuo, debido a que los roles son conductas que se esperan de los sujetos que se han definido en ciertas posiciones de acuerdo a la estructura social. Las normas son reglas y expectativas que regulan las conductas, creencias y emociones aceptadas o no aceptadas para los miembros que conforman cada cultura. Finalmente la autora define que el hecho de ser hombre o mujer alcanza diferencias en relación a las creencias, valores, roles y normas. Esto afecta el comportamiento de cada sexo, pues, la autora concluye que desde la perspectiva psicológica las personas se comportan de una determinada manera al internalizar estos factores.

Equivalentemente, Molina (2010) sugiere que la diferencia de género se debe a la organización patriarcal de las distintas culturas, puesto que los roles que se espera tanto de hombre y mujer son dispares. La diferencia ha sido marcada en las entidades religiosas, económicas, sociales y políticas, así como en las actitudes, valores, expectativas, y características psicológicas de cada sexo. A las mujeres por lo general se espera que

cumplan con las labores domésticas, mientras que del hombre se espera que cumpla con el aspecto laboral para mantener su hogar. El autor explica que lo que ha sucedido desde la historia es que se ha jerarquizado al sexo pues se ha dado más peso al hombre y menos peso a la mujer. En el aspecto económico, el hombre es el que ha tomado las decisiones pues a las mujeres se les ha dado trabajos de poco esfuerzo y de menor remuneración. Esto responde también a la diferencia política en donde los gobiernos son administrados por hombres, además que se ha adoptado una construcción social que representa a los modelos generalizados de cómo se “debe ser” o cómo se debe comportar de acuerdo a su rol masculino o femenino. El autor señala que esta conceptualización llevó a las sociedades en los años 60 a desarrollar teorías feministas por la lucha de los derechos de igualdad. Es por esto que el autor describe a la teoría de género para explicar este fenómeno.

Principalmente indica que se debe diferenciar al género del sexo, definiendo al sexo como las características físicas y biológicas de la persona, mientras que define al género como el constructo cultural de las diferencias sexuales. Esto quiere decir que el sexo es hereditario y el género es adquirido.

El estudio de Naser & Sandman (2000) explica la existencia de género según la resiliencia. Los autores reportan que efectivamente existe una limitación sexual al encontrar que en algunas culturas no es bien visto que los hombres muestren sus problemas porque puede ser signo de “debilidad”, por lo tanto, los hombres no reciben el mismo apoyo social que las mujeres. De la misma manera los autores Gallesi y Matalinares (2012) en su estudio “resiliencia y rendimiento académico en estudiantes del 5to y 6to grado de primaria”, investigaron a 202 estudiantes cuyas edades fluctúan entre los 9 y 14 años. Encontraron que las mujeres son más resilientes que los hombres al mostrar mayor promedio de empatía y creatividad. Además estos autores expresaron que las mujeres mostraron obtener más recursos para afrontar la adversidad. (Rutter, 1990 en Gallesi &

Matalines, 2012., González et al. 2008) aluden que el sexo femenino es considerado como una variable protectora y el sexo masculino como una variable de vulnerabilidad al riesgo. Potencialmente el estudio de Saavedra y Villalta (2008) “Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años”, representa un perfil distinto entre hombres y mujeres. Los autores trabajaron con 288 sujetos chilenos de ambos sexos y edades. Los resultados de su investigación mostraron mayores puntajes para las mujeres en apoyo social descrito como “modelos” en este estudio. También se expuso que no existe diferencia significativa en relación a la edad de los participantes. Sin embargo, los autores hallaron que en relación a la diferencia de resiliencia según la edad, existe una diferencia significativa en rangos de 19 a 24 años y 46 a 54 años.

Lo anterior es coherente con el estudio “diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos” de González y Valdez (2013) en donde se representa una diferencia sexual significativa. Los autores mencionan que este factor se debe a que las mujeres puntuaron altos en la característica resilientes de empatía a diferencia de los hombres, y que además esta característica aumenta progresivamente con el tiempo en las mujeres. Según los autores esta discrepancia se debe a los “estereotipos sociales que atribuyen que la mujer tiene mayor sensibilidad emocional, tendencia al cuidado y apoyo a los más débiles, mayor capacidad para detectar sentimientos y señales no verbales y una mayor preocupación por los otros” (p. 951).

Álvarez y Cáceres (2010) ratifican la diferencia de género a favor de las mujeres. Los autores trabajaron con 180 estudiantes universitarios y estudiaron las características resilientes de humor, capacidad de resolución de problemas y conductas vitales positivas. En sus conclusiones expusieron que las mujeres obtuvieron mayores puntajes en las características mencionadas y que esto podría deberse a que las mujeres mostraron interesarse menos en competir y lograr académicamente, ya que los hombres por su lado

mostraron mayor búsqueda de reconocimiento social y aprobación del desempeño. Los autores concluyeron que de acuerdo a esta explicación mencionada, las mujeres desarrollan mayores recursos de adaptación a situaciones estresantes académicas.

Contrariamente a los estudios mencionados, se ha encontrado también según González et al. (2008), una diferencia significativa de género a favor de los hombres en la resiliencia. Esto indica que en el estudio de estos autores “Resiliencia en adolescentes mexicanos” los hombres puntuaron mayor nivel de resiliencia que las mujeres. La investigación comprendía de 200 adolescentes de ambos sexos quienes pertenecían a la secundaria y preparatoria en la ciudad de Tepic, Nayarit (México). Los autores expresaron que el resultado alude al mayor nivel de independencia que mostraron los hombres a diferencia de las mujeres quienes mostraron ser resilientes siempre y cuando reciban apoyo externo social y familiar. Igualmente mencionaron que una posible causa de esta diferencia podría ser a la lucha del sexo femenino por la independencia, lo que a su vez ha generado sumisión y dependencia externa para sentirse seguras y afrontar a la adversidad.

A pesar de exponer estudios que muestran a la mujer más resiliente que el hombre y viceversa, Prado y Del Águila (2003) en su estudio “Diferencia en la resiliencia según el género y nivel socioeconómico en adolescentes” mostraron que no existe una diferencia significativa de género, sin embargo, encontraron que las mujeres obtienen mayores puntajes en las áreas de: *Insight*, Interacción, Moralidad, Humor y creatividad; en el caso de los hombres se encontró que obtienen mayores puntajes en el área de independencia e iniciativa. Además que los autores encontraron que existen diferencias en resiliencia según el nivel socioeconómico, demostraron que las personas de nivel bajo obtienen mayores puntajes en el área de *insight*, independencia, interacción y creatividad., las personas de nivel medio obtuvo mayores puntajes en humor y las personas de nivel alto revelaron mayores puntajes de moralidad e iniciativa.

Finalmente se expone que el estudio de la resiliencia según el género se ha revelado diferencias significativas en ambos sexos y de acuerdo a la teoría explicada de las diferencias sexuales, se entiende que existen varios factores culturales que influyen en gran medida los comportamientos y actitudes de hombres. Los estudios han demostrado que las mujeres son más resilientes que los hombres, pero otros estudios han encontrado lo contrario y a su vez se ha encontrado que no existe diferencia significativa. Según González et al. (2008) la resiliencia aborda una amplia gama de estudio en relación al género debido a que al ser la cultura un factor determinante existen varias limitaciones, pues hay una gran diversidad de características sociales para cada cultura.

Tema 4: Resiliencia y Psicoterapia.

Tugade y Fredrickson (2004 en Prada, 2004) muestran información significativa en relación a la construcción de resiliencia y la psicoterapia. Definieron que la base del proceso de cambio y cultivo de emociones positivas al momento de crisis, es atribuir un significado positivo o buscar un beneficio sobre un hecho negativo. Los autores aludieron que el proceso de construcción y reestructuración permite al individuo sentirse mejor consigo y bajar sus niveles de ansiedad, y a su vez reforzar las relaciones interpersonales y sociales. Prada et al. (2004) concluyen que la psicoterapia busca ayudar al paciente a generar una reestructuración del hecho traumático o de una situación adversa significativa, para poder lograr un crecimiento personal y desarrollo de las propias capacidades, habilidades, resistencia, sabiduría, conocimiento y espiritualidad.

Por citar un ejemplo, en el estudio de Fairbanks, Hansen y Fitterling (1991 en Prada, et al., 2004) sobre los veteranos que estuvieron en la guerra, se halló que resaltar el aspecto positivo de las memorias sobre hechos traumáticos fue un mecanismo de afrontamiento que redujo la sintomatología post-traumática en estos individuos. De la misma manera Corhs, Christie, White y Das (2013), muestran que las emociones positivas

pueden generar cierto impacto optimista que permita alcanzar el éxito en varios ámbitos de la vida del ser humano.

Carrera y Mandil (2011) mencionan que existen varios modelos clínicos que sustentan un enfoque orientado al desarrollo de la resiliencia en el individuo. Los autores aluden que los profesionales de la terapia cognitiva recientemente han hecho énfasis en la enfoque de las fortalezas de las personas en el ámbito terapéutico para el desarrollo de resiliencia. Por otro lado, según Jewell (2001) los autores de la corriente humanista refieren la importancia de desarrollar resiliencia al hacer énfasis en las características positivas como a la esperanza, sabiduría, creatividad, coraje y espiritualidad. Ronnau y Frohlich (2011) definen a la terapia centrada en la persona como efectiva al momento de desarrollar resiliencia.

La importancia de encontrar efectividad en un tratamiento psicológico es esencial puesto que permite a los profesionales conocer las herramientas u orientaciones que contribuyen positivamente con el desarrollo del individuo. Al mencionar a estos estudios que comparan la efectividad de la terapia humanista y a la terapia cognitiva, en los estudios de Elliot (en Cain & Seeman, 2001) reportan que no se ha encontrado diferencias significativas entre ambas terapias (humanista vs cognitiva). El autor menciona que varios terapeutas cognitivos han dicho que la eficacia de la terapia humanista es menor y que eso se debe a que los especialistas cognitivos se han enfocado en realizar estudios sobre su efectividad más no en comparar con otras terapias. Es por esto que el autor hace un metaanálisis que incluye treinta y tres estudios de ambas terapias y concluye que son clínicamente equivalentes. En el presente estudio se explorará sobre el impacto que tienen estas dos terapias en la resiliencia, ya que no hay estudios que hayan comparado estas dos terapias en relación a esta variable.

Tanto la terapia humanista como la terapia cognitiva dan importancia al desarrollo de la resiliencia y en el proceso terapéutico en general, se menciona a Brooks y Goldstein (2004), ya que ambas terapias contribuyen con la modificación de la mentalidad a medida que las personas se hagan conscientes de las creencias que guían los comportamientos pues las creencias que generan daño pueden ser reemplazadas por otras que permitan al individuo vivir una vida satisfactoria y resiliente. Con esto los autores expresan que cuando una persona asume la total responsabilidad y control de su vida, el crecimiento personal será un catalizador para cambiar y transformar la actitud negativa en actitud positiva

Resiliencia y Terapia Cognitiva.

Introducción a la terapia Cognitivo Conductual.

Según Fradigman y Frager (2009), la terapia cognitiva parte del interés de los psicólogos por comprender los mecanismos que gobiernan los fenómenos de la cognición humana. Según estos autores, la cognición humana comprende los proceso de percepción, pensamientos, recuerdos, evaluación, planificación y la organización. Los autores aluden que los cognitivistas se interesaron entonces en las diferencias como las personas perciben, meditan, organizan y evalúan sus experiencias. Estos autores también mencionan que desde la década de 1960 y 1970 se empezaron a plantear preguntas para entender estos procesos, por ejemplo los especialistas se preguntaron si “¿Se muestran pesimistas las personas desde el punto de vista intelectual debido a que se sienten tristes o se sienten tristes porque piensan de manera positiva?”(p.394). De esta manera los autores indican que se levantó el interés por comprender cómo hacen las personas para afrontar el estrés , además que se empezó a investigar sobre los procesos cognitivos que ocurrían durante la infancia y la niñez para comprender el desarrollo del individuo en su adolescencia, edad adulta y vejez.

Aron Beck (1961) desarrolló el término de la psicología cognitivo conductual al introducir un modelo cognitivo para el tratamiento de la depresión. Desde entonces Fadigman y Frager (2009) mencionan que los estudios de la psicología cognitiva se basaron en este modelo para encontrar tratamiento a diversos trastornos como ansiedad, fobias, esquizofrenia. El tratamiento según Beck (1995) consiste en una conceptualización y entendimiento de los patrones y creencias del individuo. De esta manera la autora menciona que el terapeuta busca generar un cambio cognitivo al modificar la manera cómo el paciente piensa, entiende y comprende el mundo.

Desarrollo de la resiliencia en la terapia cognitiva.

Padeski y Mooney (2012) refieren a la resiliencia como un proceso que ayuda a las personas a manejar los eventos positivos y negativos cotidianos. Mencionan que una persona resiliente es capaz de afrontar los obstáculos y aceptar situaciones que no pueden ser cambiadas. De esa manera una persona resiliente puede prevenir los efectos físicos y psicológicos que una situación adversa le podría generar. Estos autores señalan que de acuerdo a los estudios realizados con la terapia cognitiva, se ha encontrado efectividad significativa para el tratamiento de la ansiedad, depresión, dolor crónico y trastornos de sueño, sin embargo manifiestan que desde el año 2000 se empezó a hablar sobre la importancia de desarrollar técnicas que promuevan la resiliencia, felicidad y coraje.

De la misma Padesky y Mooney (2012) en referencia a la resiliencia describen un modelo de búsqueda de fortalezas con el fin de ayudar a los pacientes a desarrollar cualidades positivas. Los autores mencionan que el objetivo principal del enfoque en las fortalezas implica un refuerzo de características positivas del individuo para promover un funcionamiento estable sin necesidad de que exista un trastorno. Exponen que la función del terapeuta es ayudar al paciente mediante el diálogo, a hacer consciente las fortalezas

que han sido encubiertas. Señalan que la imaginación y las metáforas generadas por el paciente son también instrumentos que contribuyen con el desarrollo de cualidades positivas. Además informan que se deben realizar experimentos conductuales en donde se pone como objetivo el hecho de permanecer resilientes en lugar de buscar solución una vez que el problema ya se ha desarrollado. En general los autores concluyen que se espera que los terapeutas pongan en práctica métodos de terapia constructiva e intervenciones con mayor uso de la sonrisa y el silencio.

En referencia a los fundamentos de Beck (1961), Beck (1995) y Mooney y Padesky (2000 en Carrera & Mandil, 2001) se encuentran que el modelo cognitivo clásico permite identificar junto con el paciente las reglas y patrones desadaptativos que determinan las conductas para de esa manera fortalecer la construcción de creencias resilientes.

Modelo Cognitivo Clásico.

Beck (1995) define al modelo cognitivo de terapia para explicar que las emociones de las personas se ven influenciados por evaluaciones que se realizan de las experiencias personales. El proceso de este modelo según el autor, se basa en el análisis y búsqueda de los pensamientos automáticos, creencias centrales e intermedias que son distorsionados para poder identificarlos y modificarlos mediante la conducta, obteniendo de esa manera comportamientos resilientes.

En primer lugar, Beck (1995) define a las cogniciones como constructos personales, atribuciones de sentido y significado, ideas o creencias, imágenes y expectativas. A su vez se describe a los pensamientos automáticos que corresponden a las ideas que las personas tienen de sí mismos y de los otros, los pensamientos automáticos además pueden presentarse verbal o simbólicamente y son más accesibles a la conciencia. La autora refiere que por lo general estos pensamientos automáticos son positivos, pero cuando el individuo presenta un trastorno, son negativos y generan malestar

emocional. Posteriormente de los pensamientos automáticos Beck (1995) describe a las creencias centrales, las cuales son como verdades absolutas construidas por el individuo desde su infancia y que se mantienen con el tiempo. Además señala que estas creencias son globales, rígidas y sobre-generalizadas y se desarrollan en relación a sí mismo, hacia otras personas y hacia su entorno. Finalmente, la autora define a las creencias intermedias que se describen a partir de las creencias centrales, pues estas funcionan como reglas que median entre la verdad absoluta y el pensamiento automático. De la misma forma, se generan en la infancia. Beck concluye que el individuo percibe una situación y lo asocia a su verdad absoluta para darle un significado y posteriormente se generan las reglas o creencias intermedias que determinan la conducta de la persona de acuerdo al proceso cognitivo realizado.

Beck (1995) indica que la aplicación de esta herramienta en psicoterapia consiste en: ayudar al paciente a reconocer los pensamientos automáticos mediante la evocación de la memoria, imaginación, interpretación de roles y elaboración de hipótesis. Una vez que se ha reconocido el pensamiento automático, encontrar la creencia que detona el pensamiento para comprender su comportamiento. La autora menciona que el hecho de que el paciente reconozca sus pensamientos automáticos y creencias, es el primer paso para realizar un trabajo en conjunto y de esa manera identificar, analizar y modificar las creencias negativas, remplazándolas por creencias resilientes.

Finalmente se expresa que Padeski y Mooney (2012) abordan una conceptualización del estudio de la resiliencia en el campo cognitivo y exponen la herramienta del modelo enfocado en las fortalezas. De la misma manera, Beck (1995) expone la herramienta del modelo cognitivo enfocado igualmente en las fortalezas y comportamientos resilientes. En general los autores Padeski y Mooney (2012) y Beck

(1995) representan el proceso que se debe realizar para llegar a incrementar la resiliencia del ser humano en terapia.

Resiliencia y Terapia Humanista.

Introducción a la terapia Humanista.

Rosenberg y Rogers (1981) refieren que la terapia humanista surgió del interés de varios autores como Freud, Rogers, Maslow, Dewey y Szasz, por expresar las ideas que sentían en relación a sus experiencias personales, sus valores, su fe y sus vivencias. Los distintos estudios sobre estos procesos llevan a la autora a definir que la visión humanista se basa en identificar y comprender los comportamientos, emociones y procesos vitales del individuo a partir del “aquí y el ahora”. El trabajo del “aquí y el ahora” expone al ser humano como un ser que se encuentra en un proceso de convertirse en lo que realmente es, con su lucha por crecer y por construir su realidad. Rosenberg y Rogers (1981) mencionan que desde la visión humanista no se etiqueta al ser humano como alguien que ha desarrollado un trastorno y que debe seguir un tratamiento, sino que el ser humano ha reprimido o bloqueado sus deseos o sentimientos reales debido a la influencia de las situaciones externas o de las propias decisiones del individuo y que el trabajo en terapia es ayudar al paciente a identificar sus emociones reales para que el desarrollo sea saludable. Según Rogers el individuo tiene la capacidad de autodirigirse por lo tanto las elecciones sean positivas o negativas, conducen al individuo a la autorrealización.

De la misma manera los estudios de la psicología Gestalt por Woldt y Toman (2007) refieren que las personas tienden a la salud de manera natural y que por lo tanto el individuo tiene una tendencia o impulso básico a actualizarse, mantenerse y desarrollarse, o de satisfacer sus necesidades. Según estos autores, el impulso a actualizarse es la meta de la Gestalt, pues es el proceso de autorrealización que es también mencionado

anteriormente por Rogers (1981). Woldt y Toman (2007) detallan que el impulso lleva al individuo a integrarse consigo mismo y desarrollar el deseo de madurez y crecimiento para evitar cualquier elemento que pueda obstaculizar el camino. Es importante mencionar que según estos autores, este proceso o camino por el cual cada individuo transita implica lucha y dolor, pero contribuye con el individuo para que exista validación, desarrollo y aceptación de sí mismo y de su realidad.

Estos autores también señalan que para que el individuo se desarrolle en su campo o en su ambiente es importante la experiencia que se tiene de sí mismo y con los demás, ya que esto juega un papel importante dentro de la percepción. Por lo tanto, concluyen que cuando la persona experimenta una situación adversa puede sentir que la experiencia es incongruente con su estructura del yo, y los mecanismos de defensa pueden llevar al individuo a que genere un impulso de amenaza, sentirse más vulnerable y consecuentemente a tener un comportamiento de angustia, y desorganización. Rogers (1959 en Greenberg, 2011) concreta que para que el individuo pueda realizar un proceso de reintegración, es necesario que la experiencia que ha sido bloqueada por ser concebida como amenazante, se haga consciente o en otras palabras, que sea asimilado en la estructura de yo mediante la aceptación y validación de sus experiencias.

Desarrollo de la resiliencia en terapia humanista.

Monroy, Rozo y Sierra (2006) señalan que en relación a los conceptos del humanismo el ser humano es resiliente cuando es capaz de aceptarse a sí mismo con sus atributos positivos y negativos, o en otras palabras, cuando es congruente. De esta manera los autores mencionan que el individuo es capaz de abrirse hacia la experiencia sin comportarse de manera defensiva, sino con una sensación fuerte de competencia. Como se mencionó anteriormente en el estudio de Ronnau y Frohlich (2009), la terapia enfocada en el cliente puede contribuir con el desarrollo de resiliencia. Monroy et al. (2006) describen

que en esta terapia el individuo debe valorar su experiencia de una manera incondicionalmente positiva para poder lograr una aceptación de sí mismo.

Terapia centrada en el Cliente.

Ronnau y Frohlich (2009) en su estudio “The Promotion of Resilience: A Person-Centered Perspective of Prevention in Early Childhood Institutions” definen a la terapia centrada en la persona como una terapia efectiva al momento de desarrollar resiliencia. Los autores en primer lugar buscaron capacitar y supervisar a los educadores de primera infancia, luego se buscó la participación de los niños en cursos enfocados en la resiliencia, posteriormente contaron con la participación de los padres en *counseling* individual y en grupo, y finalmente establecieron redes que incluyan instituciones de *counseling* y otros servicios de asistencia social. Los resultados obtenidos mostraron que las intervenciones del enfoque centrado en la persona revelaron efectos positivos en el autoestima, estabilidad del comportamiento y desarrollo cognitivo en los participantes.

La terapia centrada en el cliente es descrita por el psicólogo Carl Rogers (1961). En primera instancia, el autor menciona que para que la terapia sea efectiva se requiere de la confianza incondicional del terapeuta en su propio organismo y en el del cliente pues esto posibilita el crecimiento personal. El autor menciona que el cliente puede reconstruir sus experiencias negativas al simplemente verbalizarlas en terapia. Para que esto suceda el autor menciona que es importante que el terapeuta comunique al paciente congruencia, empatía y aceptación incondicionalmente positiva.

Rogers (1961) define a la autenticidad como una manera del terapeuta de ser genuino y ser consciente de sus sentimientos reales. Según Rogers, si el terapeuta se presenta de una manera auténtica, directa y personal con su cliente, le está demostrando que él se acepta a sí mismo y por lo tanto le acepta al cliente. Con eso el terapeuta expresa al cliente que son dos seres totalmente iguales porque son seres humanos y que ambos

aprenden de la vida y de las experiencias. En Segundo lugar Rogers (1961) define que la empatía refiere a una comprensión sobre los sentimientos y pensamientos del cliente. Esto quiere decir que el terapeuta puede ponerse en los pies del cliente para sentir el mundo interno del cliente como si fuera suyo. El terapeuta según Rogers (1961) es capaz de sentir cada emoción y sensación del paciente, como si fueran suyos pero la diferencia es que no se enreda en ellos con inseguridad sino con comprensión. En última instancia, Rogers (1961) refiere a la aceptación incondicionalmente positiva o valoración, como un compromiso emocional que el terapeuta realiza con el cliente. Esto quiere decir que el terapeuta permite al cliente que se exprese libremente, esto lo logra al ponerle total atención y valoración al cliente y considerarlo como un ser independiente con sus fortalezas y debilidades propias que lo determinan como ser único.

Según Rogers (1961), una vez que el terapeuta dirige la terapia centrada en la persona, el cliente desarrolla una aceptación de sus experiencias sin evadirlas, y es capaz de fluir y dejarse a sí mismo apreciar sus sentimientos, necesidades y vivencias. De la misma manera Rogers refiere que ahora el cliente no se siente inseguro sino que entiende su proceso y por lo tanto estructura su experiencia de una manera resiliente, confiado en sí mismo para hacer frente a cualquier adversidad que se le presente en la vida. En síntesis se concluye que esta intervención apoya a la reducción de conductas como la angustia, la percepción de amenaza y la incongruencia.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio se utilizará el método de investigación correlacional con el fin de comprobar si existe relación entre la resiliencia, el sexo de la persona, y el tipo de terapia psicológica recibida. La hipótesis asume que existen diferencias en la resiliencia según el género de los pacientes que han recibido terapia psicológica humanística y cognitiva con los estudiantes de psicología clínica de la Universidad San Francisco. Además se busca investigar si el tipo de terapia recibida (humanista vs cognitiva) tiene alguna relación con la resiliencia) tiene alguna relación con la resiliencia. Se seleccionaron 43 sujetos por conveniencia, es decir de acuerdo a quienes voluntariamente aceptaron participar con la encuesta que se realizó vía telefónica. El cuestionario que se utilizó es la escala Mexicana de Palomar- Lever y Gómez- Valdez (2010)

Justificación de la metodología seleccionada

El instrumento que se utilizará es: La escala de Resiliencia mexicana de Paloma-Lever y Gómez-Valdez (2010). El estudio se realizará en la Universidad San Francisco de Quito. Se aplicará una encuesta a los sujetos participantes que han recibido terapia cognitiva y humanista. El objetivo principal del instrumento de medición es poder conocer el nivel de resiliencia en la población de estudio para de esa manera encontrar si existen diferencias en la resiliencia según el género y el tipo de terapia. La encuesta se aplicará vía telefónica a los sujetos que serán seleccionados por conveniencia de la autora, es decir a quien se obtenga acceso y participación voluntaria.

Herramienta de investigación utilizada

La variable dependiente resiliencia se mide con la Escala de resiliencia de Palomar-Lever y Gómez – Valez (RESI-M). En la construcción de la escala RESI-M se utilizó como base a las escalas de The Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (1999 en Palomar & Gómez 2010) y The Resilience Scale of adults de Friborg (RSA) Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen (2001 en Palomar & Gómez 2010).

The Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

La escala fue desarrollada en el año 1999 por Connor y Davidson (Palomar & Gómez, 2012). La población general del estudio es de 557 personas. De la población general, 139 pertenecen a pacientes en consulta externa con diversos padecimientos, 43 pacientes psiquiátricos en práctica privada, 25 pacientes con desordenes generalizados de ansiedad, y 44 pacientes con estrés postraumático

La escala contiene 25 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert está y agrupada en cinco dimensiones que han sido descritas por (Palomar & Gómez, 2010) :

- 1) Competencia personal, altos estándares y tenacidad.- Certeza de sentirse preparado para hacer frente a cualquier situación inesperada a pesar de no conocer todas las respuestas pues existe seguridad de habrá una solución
- 2) Confianza en sí mismo, tolerancia a las situaciones negativas y el fortalecimiento de los efectos del estrés.- Expectativas positivas de sí mismo, específicamente de las acciones que se realizan. Capacidad de aceptar cada acontecimiento a pesar de que se exista malestar o estrés

- 3) Relaciones seguras y aceptación del cambio.- Posibilidad de establecer relaciones interpersonales que impliquen apoyo, confianza y colaboren con el desarrollo personal. Aceptar el cambio implica ser flexible y adaptarse a las situaciones nuevas.
- 4) Control.- Capacidad de las personas de mantener su bienestar, para lo cual actúan conforme a sus decisiones de vida.
- 5) Influencia espiritual.- Influencia positiva que la espiritualidad genera en las personas.

Los resultados del estudio realizado con esta escala estimaron una confiabilidad que varía de .30 a .70 (correlación ítem – escala total). Se utilizó el índice *alpha* Cronbach y el resultado total de la escala fue de .89. Se aplicó la escala de Kobasa de Fortaleza (1979 en Palomar & Gómez 2010) para evaluar la validez convergente y el resultado fue $r = .83$; $p < .0001$ con el CD-RISC

The Resilience Scale for Adults (RSA)

La escala fue desarrollada por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen (2001 en Palomar & Gómez, 2012). Contiene 43 ítems y tiene estilo de respuesta tipo Likert. Se utilizó la escala de sentido de coherencia (SOC) por Antonovsky (1993 en Lever & Gómez, 2010) y la Lista de Síntomas de Hopkins (HSCL) por Mattson et al (1969 en Lever & Gómez, 2010) para el análisis de los datos. La escala SOC evalúa salud mental y la escala HSCL evalúa presencia de depresión, ansiedad y somatización.

El estudio se realizó el estudio con dos grupos de participantes. El primer grupo de 183 personas que se encontraban un tratamiento psicoterapéutico. El segundo grupo de

control comprendía 176 personas de la población general. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas

Según Friberg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen (2001 en Palomar & Gómez, 2010) la escala cinco dimensiones:

- 1) Competencia personal.- El individuo desarrolla sentimientos de adecuación, eficacia y competencia frente a los retos y amenazas que se presentan en su vida
- 2) Competencia Social.- Capacidad del individuo para interactuar exitosamente con otras personas y lograr una satisfacción verdadera de sus necesidades al ser tomado en cuenta e influir de esa manera sobre sus semejantes. Se relaciona a la salud, ajuste emocional y bienestar de los individuos.
- 3) Coherencia Familiar.- Tiempo compartido en familia. Lealtad y fortaleza que existe dentro de la misma.
- 4) Apoyo Social.- Relación del individuo con el ambiente y posibilidad de intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.
- 5) Estructura personal.- Reglas y actividades del individuo que le permiten tener organización y orden en su vida.

Los resultados mostraron la siguiente información. Confiabilidad de los factores de .67 a .90, y la confiabilidad total de .93. El instrumento test-retest estimó confiabilidad de .69 a .84. La correlación de las escalas de RSA con las de SOC es de .33 a .75, y la correlación de la escala de RSA con las de HSCL es de -.19 a -.61.

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)

La escala fue desarrollada por Palomar y Gómez, (2010). El objetivo de desarrollar la escala Mexicana fue crear un instrumento que permita la consolidación del instrumento *The Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* y el instrumento *The Resilience Scale for Adults (RSA)*. Esta escala describe dimensiones de resiliencia más específicas en relación a la población de estudio. Se investigó si existían diferencias estadísticamente significativas en relación a las variables de sexo, edad, ocupación, ingreso y estado civil

Participaron 217 sujetos de 18 a 25 años con una media de 20.37 años y desviación estándar de 2.46. El 56% fueron mujeres y el 44% hombres. El 23% tenía escolaridad de licenciatura, el 64.5% preparatoria, el 11.5% secundaria y el 5 % primaria. El 49 % correspondía a estudiantes, 36% empleados, 7.8% trabajo propio y 6% no tenía trabajo. El 89% eran solteros y el 6.9% casados. Los ingresos mensuales fluctuaron entre \$900 y \$15.000, con media de \$5.756 y desviación estándar de \$2887.434 (Palomar & Gómez, 2010).

Se realizó un análisis factorial de 68 ítems. Se tomó 25 ítems de la escala CD-RISC, y 43 ítems de la escala RSA. A continuación se desarrolló 43 ítems divididos en cinco factores igualmente tomados de las escalas mencionadas.

- 1) Fortaleza y confianza en sí mismo: Ítems 1 - 19
- 2) Competencia Social: Ítems 20 -27
- 3) Apoyo Familiar: Ítems 28 - 33
- 4) Apoyo Social: Ítems 34 - 38

5) Estructura: Ítems 39 - 43

El análisis Factorial de los cinco factores se combinó con el índice *alpha* Cronbach, dando como resultado una varianza total explicada de 43.609%, y .93 de confiabilidad. El análisis factorial del primer factor reveló .92, .87 del segundo factor, .87 del tercer factor, .84 del cuarto factor y en última instancia .79 del quinto factor

Se utilizó el *criterio de Kaiser de autovalor uno* para determinar el número de factores que a pesar de mostrar una varianza modesta en su mayoría, se ajustaron al criterio

Se utilizó una *U* de Mann Whitney para analizar las variables sexo, edad, escolaridad, ingreso y estado civil. Para la variable ocupación se utilizó el análisis de varianza simple no paramétrico.

Palomar y Gómez (2010) encontraron como resultados que según el sexo las mujeres obtienen puntajes más altos de apoyo social y se estimó una media de rangos mayores en el factor de competencia social. En referencia a la variable edad se observaron diferencias estadísticamente significativas de mayor puntaje en el factor de apoyo social y competencia social para los jóvenes entre 20 y 25 años. De la misma manera se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al estado civil, las personas casadas mostraron mayor puntaje en el factor de confianza en sí mismos, y los solteros mostraron mayor puntaje en el factor de apoyo social en comparación de los casados. De acuerdo a la variable sexo, escolaridad, ingreso y ocupación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Descripción de participantes

Número.

Se realizó el estudio con realizar el estudio con 42 personas. El rango de edad es de 18 a 75 años de edad. Las personas seleccionadas recibieron un mínimo de 5 sesiones de terapia humanista y cognitiva y concluyeron con la terapia hace aproximadamente 1 a 5 años con los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito.

De la población general de estudio, 1 persona recibió terapia hace 5 años, 3 personas recibieron terapia hace 4 años, 4 personas recibieron terapia hace 3 años, 8 personas recibieron terapia hace 2 años, y 26 personas recibieron terapia en el anterior año.

Género.

14 hombres y 28 mujeres.

Nivel socioeconómico.

El nivel socioeconómico del grupo experimental dependerá de las personas participantes pues la Universidad San Francisco da la apertura a personas de nivel alto hasta nivel bajo. Las consultas son gratuitas debido a que son prácticas requeridas para los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad.

Características especiales relacionadas con el estudio.

Los participantes del estudio fueron divididos en dos grupos, siendo 21 sujetos que han recibido terapia humanista y 21 sujetos que han terapia cognitiva.

Fuentes y recolección de datos

Los datos se obtendrán de las encuestas realizadas a los sujetos que han recibido terapia con los estudiantes de la Universidad. La encuesta se realizará una sola vez, con el fin de poder comprobar mediante un análisis correlacional estadístico que compara las medias de cada grupo para comprobar la hipótesis planteada del estudio.

La escala de la encuesta que se utilizará será aplicada vía telefónica. Se seleccionarán un número equitativo de personas que hayan recibido un mínimo de 5 sesiones de terapia humanista y terapia cognitiva para poder analizar el nivel de resiliencia que los pacientes han desarrollado después de recibir ambas terapias. El acceso al número de contacto de cada paciente se obtendrá de acuerdo a la base de datos que se posee en el departamento de Psicología dirigido por Teresa Borja. Una vez que se los sujetos sean informados sobre la investigación y confirmen voluntariamente su participación se correrá con la encuesta. Posteriormente se calificará la encuesta de acuerdo a las especificaciones de los autores.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

En primera instancia se analizó las variables con las pruebas de *Kolmogorov-Smirnov* y *Shapiro-Wilks* para determinar si las variables se ajustan a una distribución normal. El resultado no significativo de las mismas justifica la aplicación de la prueba T para determinar si existen diferencias significativas entre el género, y entre los dos tipos de terapia, en el total de resiliencia y en cada uno de los 5 factores que conforman la escala de resiliencia (RESI-M). Este proceso permitirá comprobar o rechazar la hipótesis planteada sobre la diferencia en la resiliencia según el género de los pacientes de la Universidad San Francisco de Quito y el tipo de terapia recibida: Terapia Humanista y Terapia Cognitiva.

A continuación se revelan los resultados obtenidos en el análisis estadístico de las entrevistas aplicadas a los participantes. El orden de los resultados corresponde en primer lugar a las pruebas de normalidad, seguido a la comparación de las medias de género y tipo de terapia recibida, y finalmente se expondrá la comparación de medias por género y tipo de terapia por cada factor.

Promedio de la resiliencia en la muestra total.

Tabla 1. Promedio de la resiliencia en la muestra total

Descriptivos				
		Estadístico	Error típ.	
Total	Media		141,8810	2,18755
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	137,4631	
		Límite superior	146,2988	
	Media recortada al 5%		142,2778	
	Mediana		144,0000	
	Varianza		200,985	
	Desv. típ.		14,17693	
	Mínimo		108,00	
	Máximo		167,00	
	Rango		59,00	
	Amplitud intercuartil		21,50	
	Asimetría		-,385	,365
	Curtosis		-,257	,717

Tabla 2. Prueba de normalidad

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total	,083	42	.200*	,978	42	,592
*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.						
a. Corrección de la significación de Lilliefors						

Los datos totales provienen de muestras con una distribución Normal, luego los datos por género y tipo de terapia se obtienen de muestras con distribución normal.

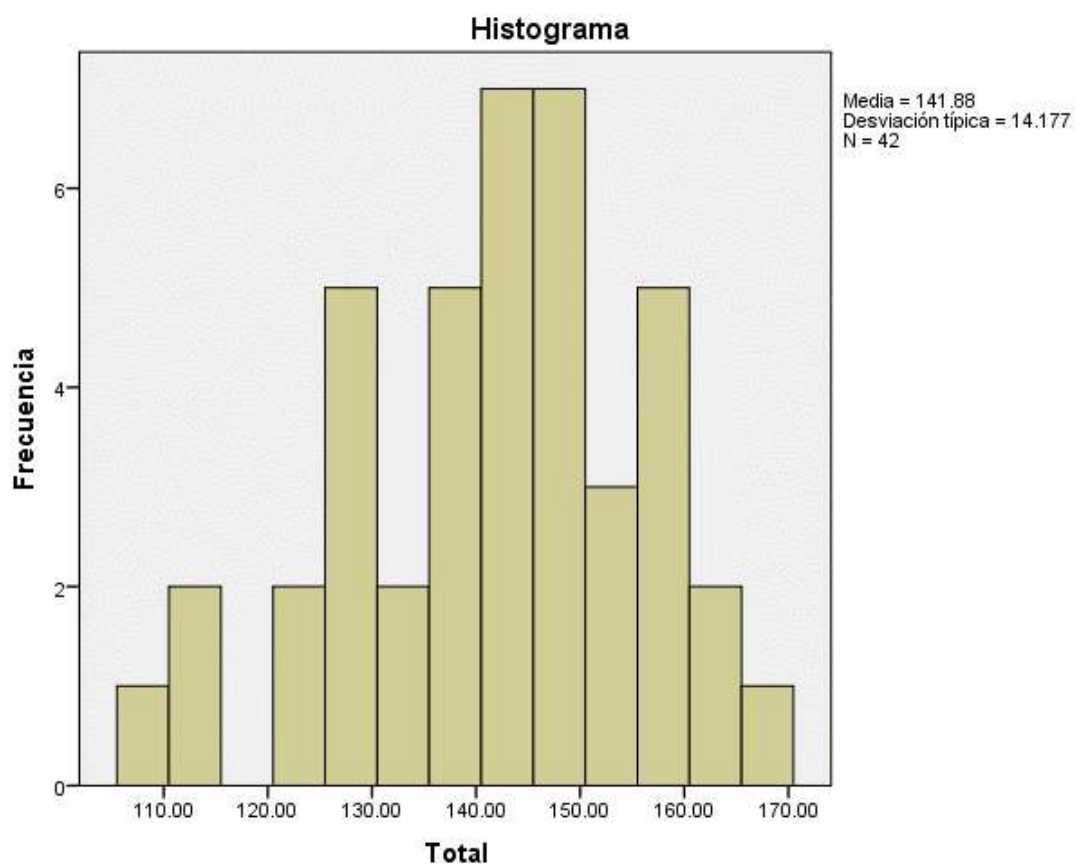


Figura 1. Promedio de la resiliencia en la muestra total

Comparación de medias.

Tabla 3. Promedio de la resiliencia en la muestra total según el género

Estadísticos de grupo					
Sexo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total	Masculino	14	143,1429	12,53829	3,35100
	Femenino	28	141,2500	15,10856	2,85525

Tabla 4. Prueba T para la igualdad de medias: Total por género (masculino y femenino)

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de	
									Inferior	Superior
Total	Se han asumido varianzas iguales	,526	,472	,404	40	,689	1,89286	4,68860	-7,58315	11,36886
	No se han asumido varianzas iguales			,430	30,889	,670	1,89286	4,40246	-7,08732	10,87304

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el género masculino y femenino.

Tabla 5. Promedio de la resiliencia en la muestra total según el tipo de terapia

Estadísticos de grupo					
Terapia		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total	Cognitiva	21	145,0952	12,95726	2,82751
	Humanística	21	138,6667	14,91420	3,25455

Tabla 6. Prueba T para la igualdad de medias: Total terapias (Humanista vs Cognitiva)

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de	
									Inferior	Superior
Total	Se han asumido varianzas iguales	,303	,585	1,491	40	,144	6,42857	4,31125	-2,28478	15,14193
	No se han asumido varianzas iguales			1,491	39,234	,144	6,42857	4,31125	-2,29009	15,14723

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de terapia recibida: Humanista, Cognitiva.

Promedio de la resiliencia en el factor de fortaleza y confianza.

Tabla 7. Promedio de la resiliencia según el género masculino y femenino en el factor fortaleza y confianza

Estadísticos de grupo					
Sexo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Fortaleza	Masculino	14	65,4286	5,73403	1,53248
	Femenino	28	63,5000	6,92553	1,30880

Tabla 8. Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor fortaleza y confianza en sí mismo

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de	
									Inferior	Superior
Fortaleza	Se han asumido varianzas iguales	,288	,594	,898	40	,375	1,92857	2,14794	-2,41258	6,26972
	No se han asumido varianzas iguales			,957	30,952	,346	1,92857	2,01531	-2,18194	6,03908

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el género masculino y femenino con el factor fortaleza y confianza en sí mismo.

Tabla 9. Promedio de la resiliencia según la terapia humanista y la terapia cognitiva en el factor de fortaleza y confianza en sí mismo

Estadísticos de grupo					
Terapia		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Fortaleza	Cognitiva	21	65,4762	6,41575	1,40003
	Humanística	21	62,8095	6,55453	1,43032

Tabla 10. Prueba T para la igualdad de medias por tipo de terapia en el factor fortaleza y confianza en sí mismo

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Fortaleza	Se han asumido varianzas iguales	,058	,811	1,332	40	,190	2,66667	2,00147	-1,37846	6,71180
	No se han asumido varianzas iguales			1,332	39,982	,190	2,66667	2,00147	-1,37852	6,71185

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de terapia con el factor fortaleza y confianza en sí mismo.

Promedio de la resiliencia en el factor de competencia Social.

Tabla 11. Promedio de la resiliencia según el género masculino y femenino en el factor de competencia social

Estadísticos de grupo					
Sexo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Comsocial	Masculino	14	24,9286	3,56186	,95195
	Femenino	28	24,6429	4,14742	,78379

Tabla 12. Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor de competencia social

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Comsocial	Se han asumido varianzas iguales	,951	,335	,220	40	,827	,28571	1,29838	-2,33840	2,90983
	No se han asumido varianzas iguales			,232	29,969	,818	,28571	1,23310	-2,23271	2,80414

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el género masculino y femenino con el factor competencia social.

Tabla 13. Promedio de la resiliencia según la terapia humanista y la terapia cognitiva en el factor de competencia social

Estadísticos de grupo					
Terapia		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Comsocial	Cognitiva	21	24,7619	3,97372	,86714
	Humanística	21	24,7143	3,96412	,86504

Tabla 14. Prueba T para la igualdad de medias por tipo de terapia en el factor de competencia social

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Comsocial	Se han asumido varianzas iguales	,050	,824	,039	40	,969	,04762	1,22484	-2,42787	2,52311
	No se han asumido varianzas iguales			,039	40,000	,969	,04762	1,22484	-2,42787	2,52311

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de terapia con el factor competencia social.

Promedio de la resiliencia en el factor apoyo familiar.

Tabla 15. Promedio de la resiliencia según el género masculino y femenino en el factor apoyo familiar

Estadísticos de grupo					
Sexo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Apoyofam	Masculino	14	20,5000	3,03188	,81030
	Femenino	28	20,1429	4,53557	,85714

Tabla 16. Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor apoyo familiar

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Apoyofam	Se han asumido varianzas iguales	,697	,409	,266	40	,792	,35714	1,34456	-2,36032	3,07460
	No se han asumido varianzas iguales			,303	36,416	,764	,35714	1,17953	-2,03410	2,74839

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el género masculino y femenino con el factor apoyo familiar.

Tabla 17. Promedio de la resiliencia según la terapia humanista y la terapia cognitiva en el factor apoyo familiar

Estadísticos de grupo					
Terapia		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Apoyofam	Cognitiva	21	21,6190	2,31249	,50463
	Humanística	21	18,9048	4,95888	1,08212

Tabla 18. Prueba T para la igualdad de medias por tipo de terapia en el factor apoyo familiar

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Apoyofam	Se han asumido varianzas iguales	7,071	,011	2,273	40	,028	2,71429	1,19399	,30113	5,12744
	No se han asumido varianzas iguales			2,273	28,306	,031	2,71429	1,19399	,26969	5,15888

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas desiguales y que si existe diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de terapia con el factor apoyo familiar. Es mayor la parte cognitiva.

Promedio de la resiliencia en el factor apoyo social.

Tabla 19. Promedio de la resiliencia según el género masculino y femenino en el factor apoyo social

Estadísticos de grupo					
Sexo		N	Media	Desviación típ.	Error tít. de la media
Apoyoso	Masculino	14	17,0714	2,01778	,53927

Tabla 20. Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor apoyo social

		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tít. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Apoyoso	Se han asumido varianzas iguales	,491	,487	-1,389	40	,172	-,96429	,69416	-2,36723	,43866
	No se han asumido varianzas iguales			-1,424	27,874	,166	-,96429	,67732	-2,35199	,42342

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el género masculino y femenino con el factor apoyo social.

Tabla 21. Promedio de la resiliencia según la terapia humanista y terapia cognitiva en el factor apoyo social

Estadísticos de grupo					
Terapia		N	Media	Desviación típ.	Error tít. de la media
Apoyoso	Cognitiva	21	18,0000	2,12132	,46291
	Humanística	21	17,4286	2,18109	,47595

Tabla 22. Prueba T para la igualdad de medias por g en el factor apoyo social

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Apoyoso	Se han asumido varianzas iguales	,166	,686	,861	40	,395	,57143	,66394	-,77044	1,91330
	No se han asumido varianzas iguales			,861	39,969	,395	,57143	,66394	-,77048	1,91333

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* muestra que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de terapia con el factor apoyo social.

Promedio de la resiliencia en el factor estructura.

Tabla 23. Promedio de la resiliencia según el género masculino y femenino en el factor de estructura.

Estadísticos de grupo					
Sexo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Estructura	Masculino	14	15,2143	2,04483	,54650
	Femenino	28	14,9286	2,82749	,53435

Tabla 24. Prueba T para la igualdad de medias por género en el factor de estructura

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Estructura	Se han asumido varianzas iguales	2,434	,127	,336	40	,739	,28571	,85076	-1,43373	2,00516
	No se han asumido varianzas iguales			,374	34,539	,711	,28571	,76432	-1,26669	1,83812

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el género masculino y femenino con el factor estructura.

Tabla 25. Promedio de la resiliencia según el tipo de terapia humanista y cognitiva en el factor de estructura.

Estadísticos de grupo					
Terapia		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Estructura	Cognitiva	21	15,2381	2,68151	,58515
	Humanística	21	14,8095	2,50238	,54606

Tabla 26. Prueba T para la igualdad de medias por el tipo de terapia humanista y cognitiva en el factor de estructura.

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Estructura	Se han asumido varianzas iguales	,223	,640	,535	40	,595	,42857	,80037	-1,18903	2,04618
	No se han asumido varianzas iguales			,535	39,810	,595	,42857	,80037	-1,18927	2,04642

La prueba T para la igualdad de medias por medios del estadístico de *Levene* indica que se han asumido varianzas iguales y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de terapia con el factor estructura.

Importancia del estudio

Aunque este estudio no corroboró la hipótesis de que existen diferencias estadísticas entre hombres y mujeres, este resultado es un aporte positivo para la sociedad ya que según menciona Molina (2010) las mujeres han luchado por sentirse igual de competentes que los hombres. Por lo tanto al no haber una diferencia significativa se podría decir que tanto hombres como mujeres se sienten capaces de desarrollar sus propias herramientas para hacer frente a una situación adversa

Al no encontrar diferencias en resiliencia entre la terapia humanista y la terapia cognitiva los psicólogos clínicos de ambas terapias se benefician ya que este estudio

muestra que las dos terapias son efectivas y por lo tanto un terapeuta puede ayudar al cliente a desarrollar resiliencia independientemente de su orientación. Además que la terapia cognitiva ha realizado mayor cantidad de estudios que indican su efectividad mientras la terapia humanista está en proceso de mostrar su efectividad y este estudio brinda nueva información de que la terapia humanista es efectiva al igual que la cognitiva en cuanto a resiliencia refiere.

Por otro lado, este estudio puede servir como un estudio preliminar del nivel de resiliencia que tienen las personas que han recibido terapia psicológica en la Universidad San Francisco, y consecuentemente el estudio puede servir como una base inicial para una futura normalización de esta escala con una muestra mayor.

Considero importante que los profesores de la Universidad provean mayor información sobre la resiliencia en la terapia humanista y la terapia cognitiva puesto que a pesar de no encontrar diferencias significativas en relación a la efectividad, el desarrollo de la resiliencia en terapia permite que se vea al paciente como un ser humano competente y capaz, y no solamente como una persona con un trastorno que tratar.

Finalmente se expresa la necesidad de realizar estudios sobre el impacto que tienen estas dos terapias psicológicas en la resiliencia ya que no se ha encontrado suficiente información sobre esto, y con los resultados obtenidos de esta investigación se demostró que ambas terapias son efectivas, pero no se podría afirmar debido a que la muestra es pequeña, por lo tanto el estudio de la resiliencia en el ámbito clínico humanístico y cognitivista es primordial para comprender cómo estas terapias pueden contribuir con el desarrollo de los factores característicos de la resiliencia.

Resumen de sesgos del autor

Para que el sesgo del autor del presente estudio no influya en los resultados obtenidos, se tomaron las siguientes medidas. Al ser la encuesta vía telefónica primero se

hizo una transcripción del consentimiento informado y se dio una explicación básica del motivo de la llamada, del concepto de la resiliencia y de la confidencialidad. Esto se realizó con el fin de utilizar las mismas palabras con todos los participantes independientemente del sexo o el tipo de terapia recibida con el fin de que no existan sesgo en las respuestas. La autora fue cautelosa al utilizar un tono de voz suave y hablar despacio para que los participantes comprendan claramente las preguntas y sientan que tienen tiempo de reflexionar sus respuestas. Es importante también mencionar que para que los participantes sientan seguridad durante la encuesta, la autora les comunicó antes de realizar la misma, que podrían realizar cualquier pregunta cuando sientan necesario y que además tienen la opción de no responder alguna pregunta que les haga sentir incómodos e incluso se les dijo que podrían dejar de participar en el estudio en cualquier momento. Finalmente, se buscó entrevistar a un número equitativo de sexo y de tipo de terapia para que los resultados sean lo más objetivos posibles.

CONCLUSIONES

Respuestas a las preguntas de investigación

Las preguntas de investigación planteadas por la autora fueron ¿Cómo y hasta qué punto las mujeres muestran mayores niveles de resiliencia que los hombres? y ¿Cuál de las dos terapias mencionadas anteriormente cumple con mayor efectividad en el desarrollo de resiliencia? La respuesta es que en este estudio no se comprobó que existe una diferencia significativa en la resiliencia según el género y el tipo de terapia recibida: terapia humanista y terapia cognitiva.

Se indica que a pesar de que la teoría presenta en su gran mayoría a las mujeres como más resilientes, en este estudio no hubo diferencia estadística en resiliencia según el género. González et al. (2008) sostiene que los hombres son más resilientes que las mujeres. El autor añade que las mujeres son resilientes debido a que reciben mayor apoyo social y familiar, y justifica que debido a que los hombres reciben menos apoyo externo, desarrollan mayor independencia y eso les hace ser más resilientes. Sin embargo, en el presente estudio, los resultados de las mujeres en los factores de apoyo social y apoyo familiar no fueron significativamente más altos que el de los hombres, y los resultados de los hombres en las características personales de la resiliencia no fueron estadísticamente más altos que el de las mujeres. Se concluye que en este estudio, tanto hombres como mujeres perciben recibir apoyo familiar y social, y desarrollan factores personales de la resiliencia equitativamente. Este puede ser uno de los motivos por el cual no se comprobó una diferencia significativa en resiliencia según el género.

Álvarez y Cáceres (2010) afirman que las mujeres son más resilientes que los hombres porque en su estudio demostraron tener mayor capacidad de resolución de problemas y conductas vitales positivas. El factor 1 (Fortaleza y confianza en sí mismo) de

la escala aplicada, mide las expectativas positivas de sí mismo, específicamente de las acciones que se realizan. El factor 2 (competencia social) mide la certeza de sentirse preparado para hacer frente a cualquier situación inesperada a pesar de no conocer una solución, por otro lado el factor. Los resultados de estudio en ambos factores, no mostraron diferencia significativa de género, por lo que los resultados del presente estudio contradicen los hallazgos de Álvarez y Cáceres ya que tanto hombres como mujeres tienen similares expectativas positivas de la vida y sostienen que tienen habilidades de resolución de problemas.

Becoña (2006) mencionó que las características de un individuo resiliente corresponden a los recursos personales (capacidades de afrontamiento) y a los recursos externos (apoyo familiar y apoyo social). Gallesi y Matalinares (2012) en su estudio realizado expresaron que las mujeres son más resilientes que los hombres porque mostraron obtener más recursos para afrontar la adversidad. El factor 1 (fortaleza y confianza en sí mismo) de la escala aplicada evalúa la tolerancia a las situaciones negativas y la capacidad de aceptar cada acontecimiento amenazante que se presente en la vida del individuo. El factor de apoyo familiar evalúa la posibilidad de establecer relaciones interpersonales que impliquen apoyo, confianza y colaboren con el desarrollo personal. El Factor de apoyo social evalúa la capacidad para interactuar exitosamente con otras personas y lograr una satisfacción verdadera de sus necesidades, y de influir con sus semejantes mediante una buena comunicación, solidaridad y confianza. Conjuntamente con las investigaciones realizadas por los autores citados y los datos obtenidos por la autora de este estudio, se contradice la idea de que solamente las mujeres poseen mayores recursos que los hombres para afrontar a la adversidad ya que los resultados aquí expuestos mostraron que no existe diferencia significativa en la resiliencia según el género en el factor de fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social y apoyos social, lo cual es

positivo pues es importante conocer que en el presente estudio se encontró que tanto hombres como mujeres se sienten competentes y capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento.

El hecho de que no exista una diferencia significativa de terapias en general, no es sorprendente pues Beck (1961), Beck (1995) y Mooney y Padesky (2000 en Carrera y Mandil, 20011) encuentran que el modelo cognitivo clásico permite identificar junto con el paciente las reglas y patrones desadaptativos que determinan las conductas, para de esa manera fortalecer la construcción de creencias resilientes, y Ronnau y Frohlich (2009) en su estudio “The Promotion of Resilience: A Person-Centered Perspective of Prevention in Early Childhood Institutions”, mostraron que las intervenciones del enfoque centrado en la persona revelaron efectos positivos en el autoestima, estabilidad del comportamiento y desarrollo cognitivo. En conclusión, en referencia a Prada et al. (2004) se podría decir que tanto la terapia humanista como la terapia cognitiva demostraron ser efectivas al momento de ayudar al paciente a generar una reestructuración del hecho traumático o de una situación adversa significativa para alcanzar un crecimiento personal y desarrollo de las propias capacidades, habilidades y resistencia. Este hecho puede sustentarse con los estudios realizados por Elliott (en Cain & Seeman, 2001) pues aquí el autor menciona que tanto la corriente cognitiva como la corriente humanista son equivalentes en relación a su efectividad terapéutica en general.

Si bien, no se encontró diferencia estadística para las terapias humanista y cognitiva, hubo una excepción del factor de apoyo familiar pues aquí se encontró una diferencia significativa a favor de la terapia Cognitiva. Este resultado es interesante pero difícilmente se puede explicar como producto de la terapia recibida. No se podría decir que los participantes desarrollaron las características personales de la resiliencia en terapia porque el apoyo familiar comprende al apoyo externo del individuo y en terapia se trabajan

los factores personales. Sin embargo, tal vez los terapeutas de la terapia cognitiva ayudaron a los pacientes a modificar una creencia con respecto a la familia que les generaba desajuste emocional y que impedía que se desarrollen conductas adaptativas a nivel familiar. De todas maneras, sería importante realizar una investigación más específica en este ámbito para aportar con mayor conocimiento sobre los factores o creencias que tienen las personas sobre su familia para de esa manera poder trabajar con mayor efectividad en el proceso terapéutico.

Al realizar esta investigación se accedió a la base de datos de las personas que habían recibido terapia psicológica con un mínimo de 5 sesiones en los últimos 5 años, en su gran mayoría las personas recibieron terapia en el último año, y el mayor porcentaje de personas que recibieron terapia en el último año y que recibieron mayor número de sesiones corresponden a pacientes de la terapia cognitiva. Por lo tanto se podría decir que los pacientes que recibieron terapia cognitiva pudieron haber puntuado más alto debido a que las estrategias y herramientas aprendidas en terapia podrían estar más presentes que las aprendidas en la terapia humanista ya que a medida que pasa el tiempo pueden ocurrir factores externos que influyan en el desarrollo de las personas y que por lo tanto interfieran en los resultados post- terapia. Además que al haber tenido mayor número de sesiones, tuvieron la oportunidad de obtener mayor tiempo de proceso terapéutico y por lo tanto mayor desarrollo individual. De igual manera, es importante mencionar que los estudiantes de psicología de la USFQ por lo general no siguen un modelo de terapia único, sino que al tener una base de conocimientos tanto cognitiva como humanista hacen uso de herramientas aprendidas de estas dos corrientes en un mismo proceso terapéutico.

Finalmente, se considera que se debería aplicar el modelo cognitivo de búsqueda de fortalezas descrito por Padesky y Mooney (2012), ya que al ser un modelo dirigido específicamente en resiliencia, seguramente se podría ayudar a modificar la conducta con

mayor efectividad al enfocarse particularmente en los factores característicos de la resiliencia. A su vez, sería interesante realizar mayor número de estudios de la resiliencia con la terapia humanista centrada en el cliente ya que este concepto es fundamental en esta teoría y se han hecho pocos estudios con esta variable. Además, en este estudio se comprobó que el las terapias humanistas centrada en la persona, son tan efectivas como el modelo cognitivo, independientemente del sexo.

Limitaciones del estudio

El trabajo refiere directamente a un grupo de personas ecuatorianas que han recibido terapia psicológica en la Universidad San Francisco de Quito. Las personas que entran en selección pertenecen a un rango de edad de 18 a 75 años y quienes deben haber recibido un mínimo de 5 sesiones. La población total pertenece a 43 personas y al ser un análisis correlacional de variables, se expresa que la muestra es pequeña y esto puede influir directamente en la confiabilidad y validez de la investigación. Sin embargo, se pudo informar específicamente los resultados de personas que recibieron terapia psicológica con los estudiantes de sicología clínica de la USFQ. La proporción de género de este estudio no es equitativa, pues se accedió a 14 hombres y 29 mujeres debido a que hay una mayor cantidad de mujeres que buscan terapia en la Universidad San Francisco de Quito, por lo tanto la base de datos contiene mayor información de mujeres.

Se realizaron llamadas telefónicas con el fin de solicitar la voluntaria participación de los sujetos seleccionados entonces no se puede saber con objetividad si los participantes respondieron con total honestidad a pesar de que en las indicaciones de la escala se les pide sinceridad. Los participantes pudieron haber respondido con la verdad o a su vez pudieron mentir para mostrarse más resilientes de lo que realmente pueden ser y eso genera un sesgo en su encuesta individual y en el análisis global. Sin embargo, la investigadora explicó a

los participantes que no existen respuestas correctas ni incorrectas para que de esa manera no se sientan presionados a responder de una determinada manera. Además se les informó que la encuesta es totalmente confidencial para poder reducir de alguna forma el deseo de mostrarse mejor, pues se aclaró que sus nombres no serán mencionados en las publicaciones o reportes del estudio, por lo tanto las personas externas a la investigación no podrán valorar sus respuestas individuales

Con los resultados, se pudo revelar información para las próximas intervenciones que realicen los estudiantes de psicología al momento de desarrollar resiliencia. Se desconoce el nivel socioeconómico con el que se trabajó pues en el rango de 2008 a 2013 las terapias han sido gratuitas y por lo tanto son accesibles para cualquier persona, sea de nivel económico bajo, medio o alto.

Se obtuvo mayor porcentaje de hombres en la terapia cognitiva y mayor porcentaje de mujeres en la terapia humanista por lo tanto los resultados en relación al género y tipo de terapia pueden no ser totalmente objetivos. Aunque la mayoría de personas han dejado la terapia hace un año, durante ese tiempo pudieron haber sucedido situaciones adversas que generen sesgo en los resultados de la terapia tomada, sin embargo, la resiliencia es la capacidad para hacer frente a las adversidades e incluso adquirir fortaleza, por lo tanto, si las personas han desarrollado un nivel alto de resiliencia luego de la terapia se supone que el desarrollo de la misma se ha mantenido durante el tiempo.

Recomendaciones para futuros estudios

Se recomendaría realizar investigaciones no solo con las terapias humanista y cognitiva sino también con otras terapias que sean efectivas al momento de desarrollar resiliencia. Al haber encontrado que las personas que recibieron terapia cognitiva

puntuaron más alto en el apoyo familiar, se recomendaría realizar estudios con una muestra más grande y comparar específicamente el factor de apoyo familiar con el tipo de terapia

Se invita a realizar un estudio a través del tiempo debido a que la terapia humanista requiere más sesiones que la terapia cognitiva para obtener un resultado objetivo. También se invita a realizar investigaciones en otras ciudades del Ecuador con una muestra de género más equitativa y grande para poder valorar de esa manera si existe alguna influencia cultural del país en el rol de ser hombre y ser mujer al momento de desarrollar resiliencia.

Otro aspecto que puede haber influenciado los resultados sobre la equivalencia entre la terapia humanista y la terapia cognitiva es que los estudiantes practicantes de psicología clínica de la USFQ están en proceso de aprendizaje y no siguen la terapia de manera exacta. En muchos casos, integran ambas terapias para utilizar técnicas de cualquiera de ellas, según las necesidades del paciente. Es por esto que se recomienda realizar un estudio en donde sea estrictamente sesiones cognitivistas y otras sesiones humanistas.

Resumen general

De acuerdo a la investigación realizada referente a la temática de la resiliencia se pudo prestar atención claramente a la importancia de la misma en la variable género y tipo de terapia recibida.

La información científica revisada, un factor primordial para la investigación, sirvió de base, modelo y de guía. Como se mencionó anteriormente, la escala aplicada a los participantes se tomó de la investigación de Palomar y Gómez (2010) quienes desarrollaron la escala de resiliencia para mexicanos. Estos autores utilizaron la *U* de Mann

Whitney para analizar a variable género y *alpha* de Cronbach para analizar la confiabilidad del instrumento

Al culminar con el estudio de investigación, se expone que el estudio de la resiliencia parte de los conceptos de la psicología positiva puesto que los especialistas de esta corriente, hace años tras se interesaron por comprender los comportamientos positivos de las personas que habían vivido alguna situación adversa o que han vivido una vida longeva. La investigadora buscó información significativa sobre la resiliencia para poder realizar este estudio. Se conoce que la resiliencia es la capacidad del individuo para salir adelante frente a situaciones adversas e incluso adquirir fortaleza. Se ha descrito que los factores característicos resilientes del individuo son tanto internos como externos. Siendo los factores internos los atributos personales y los factores externos la influencia familiar y cultural. Las diferencias sexuales marcadas en la resiliencia han sido atribuidas al factor externo o apoyo social y familiar recibido y la psicoterapia ha demostrado ser efectiva al momento de trabajar con los atributos personales del individuo para desarrollar creencias y comportamientos resilientes. Al ser un estudio realizado con los pacientes que han recibido terapia psicológica con los estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito, el interés radica mayormente en el ámbito clínico. Para el éxito del estudio se realizó una búsqueda de información académica sobre la resiliencia para poder de esa manera encontrar investigaciones que podrían ser replicadas por la Autora. Se encontraron importantes estadísticas significativas de la resiliencia en relación al género y es por eso que este tema fue el foco de la presenta investigación, por supuesto junto con las investigaciones de la psicoterapia y la resiliencia pues el estudio es de carácter clínico y el interés de comprender a la resiliencia desde este ámbito es primordial. Se encontró una confiabilidad de .93 en la escala de resiliencia con Mexicanos (RESI-M) y es por eso que se utilizó este instrumento en el estudio. La hipótesis planteada expuso a las mujeres como más

resilientes y a su vez buscó encontrar diferencias en efectividad de las terapias humanista y cognitiva. Los resultados del análisis de datos demostraron que no existen diferencias significativas en género ni el tipo de terapia, por lo tanto, se rechazó la hipótesis. Sin embargo, se considera necesario recordar que la terapia cognitiva y la terapia humanista contribuyen efectivamente con el desarrollo de la resiliencia, no solamente por los resultados obtenidos en esta investigación sino también porque se demostró la efectividad de ambas terapias en los estudios de Padesky y Mooney (2012) y Ronnau y Frohlich (2009). El modelo cognitivo clásico que implica identificar y analizar las conductas distorsionadas del individuo para de esa manera modificarlas con pensamientos y comportamientos resilientes. En la terapia centrada en la persona, el terapeuta es empático, auténtico y aceptar al cliente de una manera incondicionalmente positiva, y esto es lo que genera que el paciente se sienta en un ambiente sano y libre de expresión para que luego pueda identificar los obstáculos que se encuentran en sus camino, y posteriormente, realizar un proceso terapéutico que refuerce las características naturales positivas de sí mismo que le ayudarán a sobrellevar las situaciones adversas y de esa manera completar el proceso de autorrealización y congruencia.

REFERENCIAS

- Álvarez, R.L. & Cáceres, H.L. (2010). Resiliencia, Rendimiento Académico y Variables Sociodemográficas en Estudiantes Universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 37-46.
- Barberá, H.E. (2004). *Diversidad emprendedora y perspectiva de género en la investigación psicológica*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Beck, A. (1961). A systematic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 163-170.
- Beck, S.J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, United States: The Guilford Press
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Books, R. & Goldstein, S. (2004). *El poder de la resiliencia*. Madrid, España: Talleres Brosmac, S.L
- Cain, J.D. & Seeman, J. (2001). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association:
- Casullo, M.M. (2009). *Prácticas en la psicología positiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Cohrs, J.C., Christie, J.D., White, P.M., & Das, C. (2013). Contributions of Positive Psychology to Peace: Toward Global Well-Being and Resilience. *American Psychological Association*, 68(7).
- Fava, G.A. & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77, 1903-1934.

- Feldman, R.S. (2004). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: Interamericana editores S.A
- Fadigman, J. & Frager, R. (2009). *Teorías de la personalidad*. México: Oxford University Press.
- Gallesi, G.R. & Matalines, C.M. (2012). Resiliencia y rendimiento académico en estudiantes del 5to y 6to grado de primaria. *Revista IIPSI*, 14(1), 181-201
- Ginsburg, R.K. & Jablow, M.M. (2011). *Building resilience in Children and Teens*. American Academy of Pediatrics (2nd ed.): USA
- González, A.N., Valdez, M.J.L., & Zavala, B.Y. (2008). Resiliencia en adolescentes Mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 13(1), 41-52.
- González, A.N. & Valdez, M.J.L. (2013). Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 941-955.
- Greenberg, L.S. (2011). *Emotional Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Assosiation.
- Harker, L. & Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 112-114.
- Iraurgi, C.I., Blánquez, A., Estévez, A., Gorbeña, A., Matellanes, B., & San Nicolás, S. (2012). Evaluación del grado de desadaptación y del proceso de adecuación psicosocial de menores en desventaja social. *Bizcailab, Proyecto 5737*, 1-68. Bilbao: España.
- Jäkel, F. & Schreiber, C. (2013). Introspection in Problem Solving. *Journal of Problem Solving*, 6(1), 19-34
- Jewell, R.G. (2001). Positive Psychology: An Introduction. *Journal of Humanistic Psychology*, 41: 8.

- Martínez, M.L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y Salud*, 17(3) 245-258.
- Maslow (1991). *Motivación y personalidad*. Edit. Ediciones Días Santos: Madrid
- Mahoney, M. (2004). *Cognitive and Constructive Psychotherapies: Theory, Research, and Practice*. New York, US: Springer Publishing Company
- Maruta, T., Colligan, R., Malinchoch, M., & Offord, K. (2000). Optimists vs. pessimists: Survival rate among medical patients over a 30-year old period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 140-143
- Maturana, P.A. (2011). La Cultura Preventiva como factor de Resiliencia frente a los Desastres. *Conferencia Virtual Iberoamérica: España*
- Mestre, E.M.V., Samper, G.P., & Frías, N.D.M. (2002). Procesos cognitivos emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2), 227-23
- Molina, B.Y. (2010, Octubre). Teoría de Género. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
Obtenido Marzo 4, 2014, de
<http://www.eumed.net/rev/cccss/10/ymb2.htm>
- Monroy, U.K., Rozzo, M.J & Sierra, R.L. (2006). *Resiliencia, Humanismo y Psicoanálisis. Influencias, encuestas y desencuentros. Un abordaje Teórico*.
Colombia: Universidad de la Sabana.
- Morales, R.M. & Díaz, B.D. (2011). Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. *Uaricha, Revista de Psicología*, 8(17), 62-77.

- Naser, A.F. & Sandman, M.M.A. (2000). Evaluation Resiliency Patterns Using the ER89: A case study from Kuwait. *Social Behaviour and personality*, 28(5), 505 – 514.
- Palomar, L.J. & Gómez, V.N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M) .*Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Páez, B.M., Gutiérrez, M.O., Valdivia, S.S., & Luciano, S.C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Padesky, A.C. & Mooney, A.K. (2012). Strengths-Based Cognitive–Behavioural Therapy:A Four-Step Model to Build Resilience. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 283–290.
- Prado, A.R., & Del Águila, C.M. (2003). Diferencias en la resiliencia según el género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, 6, 179-196.
- Prada, C.E. (2005). Psicología positiva & Emociones Positivas.
Documento obtenido abril 1, 2014 en
<http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>
- Prada, C.A., Espinosa, P.A, & Techio, M. (2004).Resiliencia, Afrontamiento, Bienestar Psicológico y Clima Socio – Emocional después de los atentados del 11 de Marzo. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 265 – 276.
- Rogers, C.R. & Rosenberg, R.L. (1981). *La persona como centro*. Editorial Herder: Barcelona, España.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist´s view of psychotherapy*. Houghton Mifflin:Boston.

- Ronnau, B.M., Frohlich, G.K. (2011). "The Promotion of Resilience: A Person-Centered Perspective of Prevention in Early Childhood Institutions". Protestant University of Applied Sciences : Freiburg, Germany
- Saavedra, G.E. & Villalta, P.M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit, Revista de Psicología*, 14, 31 – 40.
- Seligman, M. (2012). *La auténtica felicidad*. Barcelona, ES : Liberduplex, S.L. (1era ed.).
- Tugendhat, E. (1990). *El papel de la identidad en la construcción de moralidad*. Universidad Libre de Berlín.
- Vecina, J.M.L. (2006). Creatividad. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 31-39
- Villalba, Q.C. (2004). *El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención social*. Sevilla, ES: Universidad Pablo de Olvide.
- Vinaccia, S., Quiceno, M.J & Moreno, S.P.E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de psicología*, 16, 139-146.
- Vera, P.B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Woldt, L.A., & Toman, M.S. (2007). *Terapia Gestalt: Historia, teoría y práctica*. El Manual Moderno: México.
- Zubieta, M.E. (2009). Valores Humanos y Conducta Social. *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 203-229