**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“ANSIEDAD Y RESILIENCIA EN PERSONAS CON CEGUERA CONGÉNITA Y ADQUIRIDA”**

**Tesis**

**para optar el título de:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Presentado por la Bachiller:**

**MORALES TEJADA, MELISSA ROSSANA**

**Asesor:**

**MG. CARLOS REYES ROMERO**

**Lima – Perú**

**2018**

A DIOS,

Por darme la fuerza y la vida para seguir escalando

A MIS PADRES Y A MÍ HERMANA,

Porque con su ejemplo de dedicación y constancia me enseñaron a no rendirme ante las situaciones difíciles de la vida.

A MI MAESTRO DANTE ITALO GAZZOLO DURÁN,

Porque siempre ha creído en mis capacidades, además, sacó lo mejor de mí en todo momento, pero sobre todo porque fue un excelente amigo y maestro.

**AGRADECIMIENTOS**

Plasmar los agradecimientos de un arduo trabajo, el cual – indudablemente – ha implicado dedicación, tiempo y esfuerzo, resulta complejo, pues puede llevarme a cometer – inconscientemente – el error de no mencionar a alguna persona importante. Sin embargo, no sería justo dejar pasar este escrito, sin agradecer sinceramente a quienes de alguna u otra manera han contribuido en este proceso: Mi Tesis. Por eso, quisiera reconocer:

A mis **padres**, a mi **hermana** y a un **gran amigo** porque siempre estuvieron ahí, dándome su apoyo incondicional, pero sobre todo, por el amor, la paciencia, el tino y tacto hacia mi persona en momentos complicados. Así mismo, eternamente agradecida estaré con **Dios**, por darme la salud, la vida y sobre todo, el amor para trabajar con la población elegida.

A mi asesor de tesis, el **Mg. Carlos Reyes**, por los conocimientos trasmitidos; por poner su confianza en mí; por brindarme en cada momento una crítica constructiva y oportuna, y por acompañarme en este proceso.

A mis docentes, el **Dr. Reynaldo Alarcón Napurí** quien fue mediador para conseguir la Escala de Resiliencia adaptada a una realidad peruana y a mi estimado maestro – quien ya no se encuentra entre nosotros – el **Dr. Dante Gazzolo Durand**, que además de conocimientos impartidos en el transcurso de la carrera, ambos supieron comunicar y comprender emociones y sentimientos, los cuales fueron de mucha ayuda para humanizarme aún más con la población trabajada.

A todos ellos, MUCHAS GRACIAS.

**RESUMEN**

El objetivo del presente estudio, de carácter transversal comparativo, es determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Ansiedad Rasgo-Estado y Resiliencia en personas con ceguera congénita y adquirida, cuyo grado de instrucción sea técnica o universitaria. La muestra total fue de 100 personas, dividido por grupos en función de la naturaleza de la ceguera (congénita y adquirida), cuyas edades fluctúan entre los 20 y 49 años de edad. Con este propósito, a ambos grupos se les aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, elaborado por Spielberger y Guerrero, cuya confiabilidad interna a través del coeficiente alfa de Cronbach es de 0.92 para la escala A- Estado y de 0.87 para la escala A- Rasgo; asimismo, explora a traves de 40 ítems los niveles de ansiedad como estado y como rasgo de la personalidad. Además, se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, adaptada por la Dra., Salgado Lévano, en donde se estimaron los índices de confiabilidad, a través del método de consistencia interna obtenido por el coeficiente alfa de Cronbach, considerándose aceptable, valores entre 0.888 para toda la escala; asimismo, explora por medio de 20 ítems, dos factores de la resiliencia: Competencia personal y Aceptación de sí mismo y de la vida.

Entre los resultados principales, se encontró que, el grupo de personas con ceguera congénita presentan mayores niveles de ansiedad estado, respecto al grupo de ceguera adquirida. Asimismo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las variables psicológicas de ansiedad rasgo, resiliencia, competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad Rasgo-Estado, resiliencia, ceguera congénita, ceguera adquirida.

**ABSTRACT**

The aim of the present study, of comparative cross-sectional nature, is to determine the existence of statistically significant differences in the levels of Trait-State Anxiety and Resilience in people with congenital and acquired blindness, whose degree of instruction is technical or university. The total sample was 100 people, divided into groups according to the nature of the blindness (congenital and acquired), whose ages fluctuate between 20 and 49 years of age. For this purpose, the Trait-State Anxiety Inventory, prepared by Spielberger and Guerrero, was applied to both groups, whose internal reliability through Cronbach's alpha coefficient is 0.92 for the A-State scale and 0.87 for the A scale. - Trait; also, it explores through 40 items the levels of anxiety as a state and as a personality trait. In addition, the Wagnild and Young Resilience Scale was applied, adapted by Dr. Salgado Lévano, where the reliability indices were estimated, through the internal consistency method obtained by the Cronbach alpha coefficient, considered acceptable, values between 0.888 for the whole scale; He also explores, through 20 items, two factors of resilience: personal competence and acceptance of himself and of life.

Among the main results, it was found that the group of people with congenital blindness have higher levels of state anxiety, with respect to the group of acquired blindness. Likewise, no statistically significant differences were found in the psychological variables of trait anxiety, resilience, personal competence and acceptance of oneself and of life.

KEYWORDS: Trait-State Anxiety, resilience, congenital blindness, acquired blindness.

**PRÓLOGO**

*“El mundo está lleno de sufrimiento, pero también de superación del mismo. Uno no debe nunca consentir arrastrarse cuando siente el impulso de volar, ¿Por qué contentarnos con vivir a rastras cuando sentimos el anhelo de volar?”*

*(Discurso en Philadelphia - Hellen Keller, 1896)*

Coexistimos dentro de una sociedad activa, compleja y tecnificada; en donde la capacidad visual, es una herramienta fundamental para mantener la continuidad y el dominio del mundo circundante; ya que, la visión es la que permite analizar – rápida y cabalmente – el entorno, pues gracias a ésta, se van desarrollando y perfeccionando conductas motoras que permiten organizar y controlar el espacio, lo cual es elemental para efectuar todo tipo de acciones y en definitiva, realizarlo de forma autónoma, asimismo, las destrezas que se poseen, los conocimientos adquiridos y las actividades que se desarrollan, son aprendidas y realizadas mediante la información visual.

Sin embargo, cuando se tiene una discapacidad sensorial de tipo visual, ya sea hereditaria, adquirida durante la gestación, nacimiento, infancia o cualquier otro momento o forma de aparición; las personas que la presentan, deberán de suplir esta ausencia visual por aptitudes y destrezas sensoriales específicas, para facilitar el desenvolvimiento autónomo; empero, la ausencia visual implica todo un proceso adaptativo y readaptativo engorroso en todas las esferas de la vida de las personas; ya que, en el transcurso de este proceso, se puede experimentar miedo, enojo, temor e inclusive, ansiedad ante lo que les depara el porvenir tanto a nivel personal (llevar a cabo desplazamientos autónomos, por ejemplo) como a nivel social (por ejemplo, participación en entornos vitales)

De acuerdo a lo propuesto por Kvam, Loeb & Tambs (2006), es usualmente admitido que las personas con algún tipo de discapacidad o que padecen enfermedades crónicas, enfrentan dificultades de tipo práctico y/o social, en donde, tales inconvenientes pueden aumentar el riesgo de desarrollar problemas de salud mental (ansiedad, depresión, etcétera).

No obstante, resulta importante resaltar que todo ello depende y varía en función de las características y de las herramientas personales con las que cuenta cada individuo ante la carencia visual, como la habilidad para doblegar la adversidad, resurgir, recuperarse y acceder a una vida significativa mediante una respuesta de afrontamiento efectiva que les permita forjar y mantener una conducta adaptativa (Huerta, 2016).

En aras de lo anterior, esta investigación se constituye en un esfuerzo motivado y centrado en estudiar, explorar, analizar y tomar en consideración la ansiedad, así como los niveles de resiliencia con los que cuentan las personas con deficiencia visual; ya que, en palabras de Albofotouh & Telmesani (1993; citados en Casas, D., Linares, M., Lemos, M & Restrepo, D., 2009) probablemente debido a su condición de discapacidad visual, tienen mayor probabilidad a ser susceptible con problemas a nivel social y emocional, los cuales pueden estar asociados directa o indirectamente a la misma, además, como señala Francisco (2011), las dificultades de ajuste a las que se enfrenta la población con discapacidad en su cotidianidad, pueden influir negativamente en su proceso.

Es así que, en primera instancia se partirá por el planteamiento del problema, objetivos, importancia y limitaciones del presente estudio, para luego proseguir con el Capítulo II; en donde se plasmará la parte teórica respecto a la ansiedad, resiliencia y deficiencia visual, tocando diversos puntos, tales como su clasificación, sus causas, entre otros más. Posteriormente, en el Capítulo III se hará referencia sobre la metodología; es decir, diseño, población, instrumentos y procedimientos para la recolección y procesamiento de datos. Finalmente, en el capítulo IV se procederá a describir los resultados obtenidos propios de la investigación.

**ÍNDICE**

[**Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**](#_Toc455957586)

[1.1 Formulación del problema………………………………………….…………….](#_Toc455957587)1

[1.2 Objetivos…………………………………………………………………………..](#_Toc455957592)..3

[1.3 Importancia y justificación del estudio…………………………………………..](#_Toc455957595)4

[1.4 Limitaciones del estudio…………………………………………………………](#_Toc455957596)..5

[**Capítulo II: MARCO TEORICO**](#_Toc455957597)

[2.1 Investigaciones relacionadas con el tema...……..………………….……..…..6](#_Toc455957598)

[2.1.1.](#_Toc455957598) Investigaciones nacionales…………………….…………..……..………..…. 6

2.1.2. Investigaciones internacionales………………………………..………………8

[2.2 Bases teóricos-cientificas del estudio………………………………………….](#_Toc455957599)11

2.2.1. Ansiedad………………………………………………………………………..11

2.2.1.1. Diferenciacion terminologica………………………….……………..12

2.2.1.2.Concepto………..…….………………………………………………..14

2.2.1.3. Ansiedad normal y patológica……………………………………….15

2.2.1.4.Sintomatología…………………………………………………………15

2.2.1.5. Causas………………...……………………………………………….16

2.2.1.6.Clasificación……………………………………...……………….……16

2.2.1.7. Teorías explicativas…………………………………………………..18

2.2.1.7.1. Teoría Interactiva………………..………………………………18

2.2.1.7.2. Teoría de la Ansiedad Estado-Rasgo……………...………….19

2.2.1.7.3. Teoría Tridimensional de la Ansiedad…………………..…….20

2.2.1.7.4. Teoría Cognitiva………………………..……………………..…20

[2.2.2. Resiliencia………………………………………………………………………](#_Toc455957601)21

2.2.2.1. Origen del término………………………….…………………….………21

2.2.2.2. Concepto………………………..…………………………………….…. 22

2.2.2.3. Terminología relacionada…………………………………...................25

2.2.2.4. Características de la resiliencia………………………………………...27

2.2.2.5. Características de la persona resiliente………………...……………..27

2.2.2.6. Modelos teóricos………………..………………………………………..28

2.2.2.6.1. Modelo de Desafío de Richardson…………………………….28

2.2.2.6.2. Modelo de Mándalas de Sybil y Steven Wolin……………….29

2.2.2.6.3. Modelo de Verbalizaciones Resilientes de Grotberg…….….30

2.2.2.6.4. Modelo de la Casita de Vanistendael…………..……….…….31

2.2.2.7. Factores………………...…………………………………………………31

2.2.2.7.1. De riesgo…………………..………………………………….…..31

2.2.2.7.2. Protección………………….………………………………….….32

[2.2.3. Ceguera…………………………………………………………………………](#_Toc455957602)33

2.2.3.1. Denominación de deficiencia, discapacidad y minusvalía…………..33

2.2.3.2. Concepto de ceguera………………….…………………………….…..35

2.2.3.2.1. Visión subnormal o baja visión……………………….….…….35

2.2.3.2.2. Ceguera parcial…………………………………………….……35

2.2.3.2.3. Ceguera total…………………………………………………….35

2.2.3.3. Anatomía del Sistema Visual………………………….………….…….36

2.2.3.4. Funciones Visuales………………..…………………………….………40

2.2.3.5. Pérdidas de las Funciones Visuales……………………………….…..41

2.2.3.6. Formas de Aparición de la Ceguera……………………….…………..43

2.2.3.6.1. Congénita……………..………………………………………….43

2.2.3.6.2. Adquirida………………………………………………………….43

2.2.3.7. Causas de Origen Hereditario……………………...…………………..43

2.2.3.8. Causas de Origen Congénito……………………………………..…….45

2.2.3.9. Causas de Origen Accidental/Adquirida…………………….…………47

2.2.3.10. Fases de ajuste al déficit visual……………..………………………..48

2.2.3.11. Características de las personas con ceguera……………………….51

2.2.3.12. Ley general de la persona con Discapacidad Nº29973…………….54

2.2.3.13. Atención Institucionalizada en Perú………….……………………….54

2.2.3.13. Datos estadísticos en Perú………………………………………..…..56

2.3. Definición de términos básicos…………………………………………………63

2.3.1. Ansiedad…………...………………………………………………………..63

2.3.2. Resiliencia…………………..………………………………………………63

2.3.3. Ceguera…………………………….……………………………………….64

[**Capítulo III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**](#_Toc455957613)

3.1. Supuestos científicos básicos…………………………………………………..65

3.2. Sistema de Hipótesis…………………………………………………………….66

3.3. Variables de estudio………………………….………………………………….67

[**Capítulo IV: MÉTODO**](#_Toc455957619)

4.1. [Tipo y diseño de investigación………………………………………………….](#_Toc455957620)68

[4.2. Población de estudio…………………………………………………………….](#_Toc455957621)69

4.3. Muestra de Investigación………………………….…………………….………69

[4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos……………………………](#_Toc455957622)70

[4.5. Procedimiento para la recolección de datos…………………………………..](#_Toc455957623)81

4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos……………………...….……84

[**Capítulo V: RESULTADOS**](#_Toc455957624)

[5.1 Datos generales………………………………………………………………….](#_Toc455957625)85

[5.2 Análisis de datos…………………………………………………………………](#_Toc455957626)94

[5.3 Discusión de resultados……………………………………………………...](#_Toc455957628)..101

Capítulo VI: RESUMEN Y CONCLUSIONES

6.1. Resumen del estudio………………………………………………………….108

6.2. Conclusiones generales y específicas………………………………………108

6.3. Recomendaciones……………………………………………………………..110

**REFERENCIAS** ………………………………………………………………………..112

**ÍNDICE TABLAS**

Tabla Nº 1. Población masculina y femenina con alguna discapacidad según el área de residencia y región natural, 2012……………………………………...57

Tabla Nº 2. Componentes de la Escala de Resiliencia y sus respectivos ítems……75

Tabla Nº 3. Factores y componentes de la Escala de Resiliencia y sus respectivos ítems (versión adaptada)………………………………………………….80

Tabla Nº 4. Análisis factorial de la Escala de Resiliencia en Perú…………………...81

Tabla Nº 5. Frecuencia. Naturaleza de la ceguera y sexo……………………………85

Tabla Nº 6. Frecuencias. Naturaleza de la ceguera y situación laboral……………..85

Tabla Nº 7. Frecuencias. Naturaleza de la ceguera y grado de instrucción………...86

Tabla Nº 8. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas (n=100)……………………………………………………………………...86

Tabla Nº 9. Descriptivos. Puntajes de las escalas psicológicas. Muestra dividida por sexo………………………………………………………………………….87

Tabla Nº 10. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la situación laboral………………………..87

Tabla Nº 11. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según el grado de instrucción………………...…88

Tabla Nº 12. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera……………..88

Tabla Nº 12.1a. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en mujeres (n=41)……………………………………………………………………….89

Tabla Nº 12.1b. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en hombres (n=59)……………………………………………………………………….89

Tabla Nº 12.2a. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas desempleadas……………………………………………………..…….…90

Tabla Nº 12.2b. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con empleo no relacionado a sus estudios……………………………………………………………………..90

Tabla Nº 12.2c. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con empleo relacionado a sus estudios…………………………………………………...........................91

Tabla Nº 12.3a. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con estudios en curso……………………………………………………...91

Tabla Nº 12.3b. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con título técnico……………………………………………………………92

Tabla Nº 12.3c. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con grado de Bachiller……………………………………………………..92

Tabla Nº 12.3d. Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con título universitario……………………………………………………..93

Tabla Nº 13. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los puntajes directos de las escalas psicológicas para la muestra total……………………....93

Tabla Nº 14. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk de los puntajes directos de las escalas psicológicas de la muestra divida por naturaleza de la ceguera..…………………………………………………………………....94

Tabla Nº 15. Prueba U de Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera (n=100)………95

Tabla Nº 15.1a. Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera en mujeres (n=41)…...............................................................................................95

Tabla Nº 15.1b. Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera en hombres (n=59)……………………………………………………………………….96

Tabla Nº 15.2a. Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera en personas desempleadas (n=22)……………………………………………………..96

Tabla Nº 15.2b. Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera en personas con empleo No relacionado a sus estudios (n=28)…………………………..97

Tabla Nº 15.2c. Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera en personas con empleo relacionado a sus estudios (n=50)………………………………97

Tabla Nº 15.3a. Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera en personas con estudios en curso (n=20)…………………………………………………..98

Tabla Nº 15.3b. Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera en personas con título técnico (n=33)………………………………………………………..98

Tabla Nº 15.3c. Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera en personas con grado de Bachiller (n=19)………………………………………………….98

Tabla Nº 15.3d. Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera en personas con título universitario (n=28)………………………………………………….99

Tabla Nº 16. U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función al sexo…………………………………………...99

Tabla Nº 17. Prueba de Kruskal-Wallis para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la situación laboral………………………….100

Tabla Nº 18. Prueba de Kruskal-Wallis para comparar puntajes de las escalas psicológicas en función al grado de instrucción………………………..100

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura Nº 1. Modelo Mándala de la Escala de Resiliencia de Wolin y Wolin (1993)………………………………………………………..……………...30

Figura Nº 2. Personas con alguna discapacidad por sexo y edad (2012)…………56

Figura Nº 3. Incidencia de la discapacidad por departamento (2012)………………58

Figura Nº 4. Personas con discapacidad según tipo de limitación para realizar sus actividades diarias (2012)…………………………………………………59

Figura Nº 5. Población femenina y masculina según tipo de limitación (2012)…….59

Figura Nº 6. Tratamiento o terapia de rehabilitación de las personas con alguna discapacidad (2012)……………………………………………………….60

Figura Nº 7. Personas con discapacidad según nivel educativo (2012)……………60

Figura Nº 8. Severidad de la limitación (2012)…………………………………………61

Figura Nº 9. Apoyo utilizado para desplazarse (2012)………………………………..61

Figura Nº 10. Origen de la limitación (2012)……………………………………….…..62

**CAPÍTULO I**

**PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

* 1. **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Existen cuatro facetas de aptitud global en toda persona por medio de las cuales tiende a vincularse con sus pares, y globalmente con el entorno en que se mueve. Estas facetas son: la cognitiva, la expresiva, la motora y las sensoriales, (tales como la vista, el tacto, el olfato y el gusto) en donde la alteración o ausencia de una de ellas, generará la aparición de diferentes tipos de discapacidad (Torralba, 2004).

Al respecto, la Ley Nº 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, reconoce dentro del marco de la pluralidad humana a la persona con discapacidad como un individuo que presenta potencialidades y habilidades para poder desenvolverse social, cultural, cognitiva y afectivamente en su entorno; a su vez, es reconocido como un individuo que debe estar en condiciones de igualdad de derechos; es por ello que resulta importante reconocer la diferencia y/o limitación para guiar una conducta donde el respeto, consideración y reconocimiento del otro, sea fundamental en la creación de un sujeto independiente y partícipe de los procesos sociales, políticos, culturales y económicos, además de las competencias que demanda – de alguna u otra manera – la sociedad.

Dentro de las discapacidades existentes a nivel mundial, la discapacidad visual ocupa el segundo lugar; ya que hay aproximadamente 285 millones de personas con la misma, de las cuales 39 millones tienen ceguera y 246 millones presentan baja visión (Neyra & Pachaco, 2015).

Si bien es cierto que, la carencia psicobiológica de la visión no influye sustancialmente en el desarrollo y/o desenvolvimiento de la persona en los primeros meses de vida, es a partir del segundo trimestre (5 meses en adelante) cuando comienzan a aparecer diferencias y dificultades significativas en el transcurso de su desarrollo (Castejón & Navas, 2013); ya que convivir con la discapacidad visual es una experiencia que afecta la parte física, el área psicológica, espiritual y social, poniendo en juego diferentes mecanismos que permitan a la persona habituarse a la nueva situación y por lo tanto, aprender a vivir con barreras; limitaciones en determinadas actividades, como movilizarse o manipular objetos; prejuicios; restricciones sociales, tal como limitarse a ciertos tipos de estudios o trabajos que afectarán de alguna manera su calidad de vida (Neyra & Pachaco, 2015).

Es por ello que, la limitación visual es considerada como un factor generador de estrés e inclusive de ansiedad, los cuales podrían verse reforzados por aquellas situaciones de la cotidianidad, como por ejemplo, desplazarse autónomamente o tal vez, marcar un número telefónico (Lazarus y Folkman, 1986; citado en Integración, 1996), así como por la propia vulnerabilidad que las personas presentan debido a la situación de exclusión, así como la falta de oportunidades que experimentan en la sociedad, viéndose – de esta manera – afectado su desarrollo a nivel personal, su integración social y económica en términos igualitarios; por ello, se puede afirmar que muchas veces las personas con discapacidad visual vivencian la discriminación e indiferencia, todo ello causado por la falta de conocimiento de los derechos que las protegen (Neyra & Pachaco, 2015).

Al respecto, ya sea que la ausencia visual se haya originado connatural, adquirida o progresivamente, las personas – ocasionalmente – también pueden experimentar un descenso de sus recursos adaptativos (por las mismas demandas del entorno) así como una desvalorización de su persona; ya que este acoplamiento a la ausencia visual, implica todo un proceso de adaptación, así como una adecuada capacidad para hacer frente a la misma deficiencia, aprender de ella, superarla e inclusive, aceptarla como una característica física, más no como una barrera llena de limitaciones e impedimentos (Gómez, Bravo, Fernández, Mur De Viu & Navarro, 2013), las cuales, además, pueden verse disminuidas por factores externos, como el nivel de apoyo social con el que cuenta la persona, las condiciones socioeconómicas, el origen de la discapacidad (congénita o adquirida); sin embargo, es de importancia reiterar que existen variables de carácter personal que, en interacción con los factores externos – ya mencionados – van a determinar el proceso de afrontamiento ante el suceso traumático de vivir con una discapacidad, uno de los factores de mayor relevancia que van a determinar este proceso de adaptación y ajuste, es el nivel de resiliencia con el que cuenta cada persona (Suriá, 2012)

Es por ello que ante esta problemática, surge la siguiente interrogante ¿Cómo se presenta la ansiedad y la resiliencia en personas con ceguera congénita y adquirida?

* 1. **OBJETIVOS**
* Comparar los niveles de ansiedad estado en personas con ceguera congénita y adquirida.
* Comparar los niveles de ansiedad rasgo en personas con ceguera congénita y adquirida.
* Comparar los niveles de resiliencia en personas con ceguera congénita y adquirida.
* Comparar los niveles de competencia personal en personas con ceguera congénita y adquirida.
* Comparar los niveles de aceptación de uno mismo de la vida en personas con ceguera congénita y adquirida.
  1. **IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La ausencia visual, genera consecuencias terribles sobre la organización en todas las esferas de la vida de las personas (Rojas & Saucedo, 2014); por lo cual, en un gran número de casos, la discapacidad visual es asumida – muchas veces – mediante un proceso de duelo que presenta sus propias peculiaridades al tratarse de un detrimento que compromete tanto a la capacidad sensorial (ausencia visual) como a la capacidad física (dificultad en la movilización, por ejemplo).

En el transcurso de este proceso de duelo y por lo tanto, de adaptación y readaptación a la vida, la persona puede experimentar ansiedad, manifestándose – probablemente – con pánico, pavor e inclusive, fobia ante lo que le depara el futuro; lo que a su vez puede generar un desorden cognitivo; puesto que, muchas veces, las personas con deficiencia visual (congénita o adquirida) probablemente no cuenten con las herramientas y el desarrollo de habilidades resilientes necesarias (Rojas & Saucedo, 2014) que les favorezca adecuados procesos adaptativos en esta etapa de su vida y así lograr, una mejor calidad de la misma.

Es por ello que ante lo manifestado previamente, se consideró sumamente importante el trabajo con personas que presentan discapacidad visual, específicamente ceguera, mediante el abordaje de una temática que si bien es cierto ha sido estudiada reiteradamente (ansiedad y resiliencia), no ha sido abordada hacia la población a la cual se dirige este estudio.

Por otro lado, destaco la importancia de la presente investigación porque, posibilitará trazar un perfil, así como poder reconocer patrones de conductas ansiosas y resilientes – probablemente – característicos en la población con ceguera congénita y adquirida. Además, los resultados de esta investigación servirán de base para estudios posteriores que tengan características similares a la población de estudio.

* 1. **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La presente investigación y el alcance de sus resultados se han visto limitado por lo siguiente:

1. El tamaño de la muestra considerada (50 personas por grupo, congénitos y adquiridos), no posibilitará generalizar los resultados a obtener.
2. Las características y/o accesibilidad a la población seleccionada (Ceguera) resulta compleja de localizar, debido a las características que presentan; es decir, teniendo en cuenta las condiciones en cómo se generó, esto es, a nivel congénito o adquirido.
3. Accesibilidad a Test Psicológicos adaptados al sistema Braille.
4. Limitada cooperación por parte de las personas evaluadas.
5. Disponibilidad de la colaboradora, respecto a los tiempos establecidos para la aplicación de los test a la muestra seleccionada.

**CAPÍTULO II**

**MARCO TEÓRICO**

* 1. **INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA**
     1. **INVESTIGACIONES NACIONALES**

Resulta imprescindible resaltar que, como resultado de haber efectuado una minuciosa búsqueda de la literatura científica tanto a nivel nacional como internacional, a la fecha no se encuentran mayores reportes de investigaciones que aborden las variables usadas en el presente estudio (ansiedad y resiliencia) en personas con estudios superiores, cuya condición sea ceguera congénita y adquirida.

Sin embargo, se consideró pertinente citar una investigación que se relaciona de modo indirecto con el presente estudio, ya sea porque uno de los constructos estudiados (ansiedad o resiliencia), pero en una muestra diferente a ésta (personas invidentes con grado de instrucción). En este sentido, a continuación se examinará un trabajo de investigación que podría ser útil como antecedente indirecto para el presente estudio.

Neyra & Pachao (2015) llevaron a cabo una investigación, cuya finalidad fue el determinar si existe relación entre la calidad de vida y la resiliencia en personas que presentan discapacidad visual, las cuales se encuentran inscritas en el Centro de Rehabilitación para Ciegos Adultos “CERCIA”, ubicado en el departamento de Arequipa. El estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal, utilizando una N total de 61 personas con discapacidad visual. El procedimiento para la recolección de los datos estuvo en función a la aplicación de una encuesta (método), de una entrevista estructurada (técnica), además de la aplicación de un cuestionario estructurado para obtener los datos personas de los participantes y de la aplicación de dos escalas, la Escala FUMAT para la calidad de vida en personas mayores con discapacidad y, la Escala de Resiliencia (adaptación Argentina). Los resultados más resaltantes que se encontraron fue que el 58.8% de las personas que tienen baja visión presentan una calidad de vida moderada, a su vez, el 37.0% de personas con ceguera total obtuvieron el mismo resultado. Respecto a la variable resiliencia, se encuentran en una categoría moderada el 55.9% de personas con baja visión, de igual forma, aquellas personas cuyo resultado se ubicó en una categoría baja, moderada y alta fue perteneciente al 33.3% de personas con ceguera. Asimismo, Neyra & Pachao (2015) concluyeron que la categoría de discapacidad visual no es un determinante de una mejor calidad de vida o resiliencia. Respecto a la variable resiliencia y calidad de vida, se halló que el 67.9% de las personas que obtuvieron un puntaje – dentro del constructo resiliencia – que las ubicaron en una categoría moderada también se ubicaron en esa misma categoría en lo que respecto a calidad de vida; mientras que el 66.7% de personas que presentaron un nivel de resiliencia baja, también se ubicaron dentro de la misma categoría respecto a su calidad de vida; finalmente, el 60% de personas con un nivel de resiliencia alta, su calidad de vida perteneció también a la misma categoría. Por lo tanto, otras de las conclusiones halladas fue que, a mejores niveles de resiliencia se determinará también una mejor calidad de vida. Finalmente, la hipótesis planteada fue aceptada, es decir, por medio de la prueba estadística no paramétrica Tau se pudo encontrar que la resiliencia y la calidad de vida están estadísticamente relacionadas (p= 0.000).

Por su parte, Varillas (2013) tomando en cuenta la poca accesibilidad laboral en personas invidentes, tuvo como objetivo de su investigación el analizar a la Organización Ágora Perú, organización que promueve la inserción laboral; para ello, se tuvo que analizar si la capacitación impartida a sus aprendices, están acorde con aquellas empresas de masoterapia. El método usado fue un enfoque cualitativo, lo cual permitió recolectar y analizar los datos. Varillas (2013) comenzó con un estudio de caso para ver el buen funcionamiento en cuanto al sistema de capacitación; seguidamente, se analizaron las empresas dedicadas al rubro de masoterapia. La muestra fue obtenida mediante un método no probabilístico, ya que, éstos se eligieron a conveniencia del investigador, tomando en cuenta criterios de semejanza y accesibilidad.

Varillas (2013) en función a los resultados hallados, propuso mejorar el sistema de capacitación de la organización. La primera propuesta planteada fue analizar el mercado dedicado al rubro de masoterapia, lo cual servirá para la toma de decisiones venideras; seguidamente, se consideró ampliar los temas impartidos en los talleres pre laborales, incluyendo la temática de derechos laborales, esto con la finalidad que los trabajadores puedan actuar rápida y eficazmente a diversas situaciones que puedan surgir; otra propuesta planteada fue mejorar el método en cómo se imparten las clases de masoterapia, ya que se requiere mayor dominio y efectividad en técnicas como amasamiento, fricción y presión, las cuales no se lograrían en un curso con una duración de medio año; también se predispuso generar lazos estratégicos con organizaciones públicas, como la OMAPED y Ministerios, las cuales aportarían en la mejora en el sistema de capacitación, además de brindar mayor apoyo en cuanto a la inserción laboral. Finalmente, para el Plan de Seguimiento Anual de Ágora, se propone contratar un apoyo adicional, quien se encargará de analizar y evaluar la eficacia de las actividades planificadas por la organización en relación al logro de sus objetivos trazados.

* + 1. **INVESTIGACIONES INTERNACIONALES**

Suriá (2012) efectuó una investigación cuya finalidad fue el poder realizar una descripción y comparación tomando en cuenta el constructo de resiliencia en una población de jóvenes con alguna discapacidad, a su vez, tomó en cuenta dos aspectos relevantes: la etapa en la que la discapacidad fue adquirida y, el tipo de discapacidad que presentan los evaluados, es decir, ya sea nivel motor, a nivel intelectual o a nivel sensorial, específicamente auditiva y visual. Suriá (2012) tuvo como muestra un total de 33 jóvenes con discapacidad a nivel motor, 23 jóvenes con discapacidad a nivel intelectual, 26 jóvenes con discapacidad sensorial visual y 23 jóvenes con discapacidad sensorial auditiva. El procedimiento empleado para obtener los resultados, fue la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico, además de la versión Española de la Escala de Resiliencia de las autoras Wagnild y Young. Al efectuar el análisis de los resultados de la escala de resiliencia, tomando

en cuenta la etapa en la que fue adquirida la discapacidad, Suría (2012) encontró que aquellos participantes cuya discapacidad se dio en el transcurso de su desarrollo y en algunos, de manera adquirida, mostraron tener un nivel de resiliencia ubicado dentro de una categoría alta. Respecto a los resultados hallados con la escala de resiliencia y tomando en cuenta el tipo de discapacidad, se hallaron niveles alto de resiliencia, siendo el grupo de discapacidad física y visual quienes puntuaron más alto. Asimismo, mediante una prueba inter-sujetos, se determinó que los factores pertenecientes al constructo de resiliencia - competencia personal, aceptación de sí mismo y de la vida y, autodisciplina - tuvieron efectos estadísticamente significativos, en donde las personas cuya discapacidad se dio en el transcurso de su desarrollo, obtuvieron los puntajes más altos en los tres factores mencionados previamente; del mismo modo, tomando en cuenta el tipo de discapacidad presentado en los evaluados, se hallaron resultados estadísticamente significativos en los tres factores de la resiliencia (competencia personal, aceptación de sí mismo y de la vida y, autodisciplina), por ello, mediante la prueba de inter-sujetos se logró encontrar - tomando en cuenta el tipo de discapacidad, motora, intelectual o sensorial, específicamente auditiva y visual – que las personas cuya discapacidad es a nivel visual y a nivel motor se encuentran en los niveles medios altos cuando son comparados con el grupo que tiene discapacidad a nivel intelectual y a nivel auditivo. Finalmente, Suría (2012) al analizar los resultados tomando en cuenta una variable propuesta, pero no como objetivo de investigación, es decir, la variable género, no logró encontrar resultados que sean estadísticamente significativos, por lo que concluyó que dicha variable (género) no influyen de ninguna manera en el nivel de resiliencia presentado en las personas.

Asimismo, en lo que respecta a investigaciones de índole internacional, cuya población tengan en diagnóstico de ceguera, se han estudiado cuantiosas variables, entre ellas:

Santana (2012) efectuó una investigación en sujetos que aprenden una segunda lengua, es decir, se tomó en cuenta el constructo de aptitud lingüística, la cual ha sido conceptualizada como la habilidad presente en los sujetos para poder aprender lenguas extranjeras, siendo el objetivo principal de la investigación el poder determinar la predisposición de tener una adecuada o no, aptitud lingüística en personas con ceguera total, todo ello partiendo del supuesto que este grupo de personas invidentes presentan mayores habilidades cognitivas, las cuales les ayuda a compensar la carencia biológica de la visión, por ello, se presume que presentan una (1) mayor capacidad para poder recordar, a su vez, tienen un mejor (2) entrenamiento a nivel auditivo, ya que es por medio de este canal que obtendrán la información necesaria y, (3) una mejor reorganización cerebral que permita que el córtex visual se adapte al procesamiento de material verbal, táctil y auditivo.

Ya que Santana (2012) pretendió constatar la aptitud lingüística de la población invidente respecto a la vidente, se procedió administrando y adaptando la prueba Modern Language Aptitude Test (MLAT) a una población conformada por 53 estudiantes invidentes, ciego parciales y de baja visión, con un rango de edad entre los 12 y 25 años, siendo sus resultados contrastados con la muestra control, la cual estuvo conformada por 971 sujetos, quienes participaron en la normalización de la MLAT. Los resultados finales, determinaron que los invidentes obtuvieron puntajes altos en todas las secciones del test aplicado; sin embargo, tanto en hombres como en féminas se observaron resultados estadísticamente significativos en cuanto a la aptitud lingüística como tal. Asimismo, Santana (2012) se propuso saber si el comportamiento de las personas invidentes era igual, independientemente del sistema de lectoescritura que usasen, es decir, sistema Braille para quienes tienen ceguera total o la lectura a tinta, con ayudas ópticas para los que tiene baja visión; es así que, los resultados revelaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sistema de lectoescritura que empleen las personas; por lo tanto, se concluyó que la lectura por medio del Sistema Braille tiende a ser semejante a la lectura a tinta, todo ello relacionado con las estrategias cognitivas y el procesamiento de la información. Finalmente, se llegó a la conclusión que mediante una adecuada intervención pedagógica impartida en las instituciones, los estudiantes con ceguera total podrían desempeñarse adecuadamente en la adquisición de lenguas extranjeras.

* 1. **BASES TEÓRICOS-CIENTÍFCAS DEL ESTUDIO**
     1. **ANSIEDAD**

Tobal (1990; citado en Casado, 1994) refiere que la ansiedad es uno de los constructos que más ha sido estudiado y que a su vez, tiene una gran importancia dentro de la literatura psicológica, cuyas razones – básicamente – se centran en dos fundamentos:

* La ansiedad, ha facilitado la amplia gama de investigaciones – existentes – aplicada en el campo de las emociones; ya que, es considerada como una respuesta emocional ante determinadas situaciones.
* Gracias a los diversos estudios sobre ansiedad, se ha logrado proponer el desarrollo de técnicas – prácticamente – en los diversos ámbitos de las psicología, es decir, ya sea en el área clínica, educativa, industrial, deportiva, etcétera.

No obstante, la ansiedad – a lo largo de la historia – se ha tornado ambigua conceptualmente; en donde desde el punto de vista teórico, las diferentes escuelas psicológicas existentes han mostrado preocupación para poder estudiarla, pudiéndose ver formulaciones desde la perspectiva psicodinámica, humanista, psicométrica, existenciales e inclusive, cognitivo-conductual; generando así, desde esta variedad de enfoques, una engorrosa definición unánime, agravándose, mucho más, si se considera que ésta ha sido abordada desde diversas facetas, tales como una reacción emocional, una respuesta, una experiencia interna, una rasgo de la personalidad e inclusive, un estado (Casado, 1994)

Asimismo, resulta de importancia señalar que el término ansiedad, ha sido utilizado indistintamente respecto a otros, tal es el caso de la angustia, stress, temor, miedo, amenaza, tensión y arousal; es por ello que diversos autores han procurado esclarecer sus diferencias (Lazarus, 1966; Cattell, 1973; Borkovek, Weerts & Berstein, 1977; Bermudez & Luna, 1980; Ansorena, Cobo & Romero, 1983; citado en Casado, 1994)

* + - 1. **DIFERENCIACIÓN TERMINOLÓGICA** 
         1. Ansiedad vs. Angustia

López (1969; citado en Casado, 1994) distingue ambos términos de la siguiente manera:

* En la ansiedad existe una mayor predominancia y con manifestación de síntomas psíquicos, sensación de ahogo y de peligro inminente, mostrando una reacción de sobresalto para buscar soluciones eficaces ante el peligro.
* En la angustia hay mayor predominio de síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización ante el fenómeno, de sobrecogimiento y el grado de nitidez con la que el sujeto capta el fenómeno se va atenuando.

Por su parte, Ayuso (1988; citado en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003) refiere que la angustia es una de las emociones más experimentadas – por las personas – universalmente, el cual tiene un efecto de paralización y que a su vez, conduce al sobrecogimiento en diversas situaciones; siendo definida como una emoción complicada y desapacible, conllevando así, a repercusiones psíquicas y orgánicas en quien lo experimenta. La angustia es visceral y obstructiva; ya que es una emoción relacionada – principalmente – con determinadas circunstancias de desesperación, siendo la característica central, la pérdida de la capacidad para actuar voluntaria y libremente; esto es, la capacidad para poder dirigir sus actos.

* + - * 1. Ansiedad vs. Estrés

Se presume que los términos de ansiedad y estrés son los más complejos al momento de efectuar una diferenciación entre sí; no obstante, se conjetura que la corriente de la psicofisiología es la que quizá ha establecido una diferenciación más acertada entre los dos términos; primero porque la psicofisiología atribuye la importancia de las respuestas a nivel fisiológico en el estrés, es decir, aquellas conductas de reacción emitidas por el organismo ante la presencia de los diversos estímulos estresores existentes, los cuales se diferencian tomando en cuenta la subjetividad presente en un estado ansiógeno (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003)

Asimismo, el estrés es un término diferenciable al de la ansiedad, ya que, se desencadenaría ante cualquier cambio surgido en las rutinas cotidianas, de igual forma es considerado como una respuesta del organismo mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico frente a las demandas de exigencia del entorno en el que se mueve la persona; mientras que la ansiedad, es imprescindible el poder entenderla como una reacción psíquica-emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional (Seyle, 1956; citado en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003)

* + - * 1. Ansiedad vs. Miedo

Marks (1986; citado en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003) refiere que el miedo es una emoción que se genera ante un peligro presente e inmediato; por lo tanto, se concluye que éste se encuentra ligado al estímulo que lo genera (un animal salvaje, por ejemplo). Mientras tanto, en el caso de la ansiedad, ésta se refiere más bien a la antelación de un peligro venidero e inesperado (un examen programado en una determinada fecha, por ejemplo), cuya causa es considerada más imprecisa y menos entendible que en el miedo.

Asimismo, el miedo y la ansiedad se diferencian por su proporcionalidad en que éstas se manifiestan; es decir, el miedo se encuentra equilibrado ante el peligro real u objetivo, ya que es – fundamentalmente – una reacción ante lo presente e inmediato; mientras que la ansiedad es una reacción desproporcionadamente intensa. Por lo tanto, si el estímulo no es considerado un peligro proporcional a la reacción, sería ansiedad (Bermúdez & Luna, 1980; citado en Casado, 1994); no obstante, debido a que la ansiedad y el miedo presentan manifestaciones similares; ya que en ambos casos se perciben pensamientos de peligro, sensaciones de aprehensión, así como reacciones fisiológicas y motoras, suele ser utilizado por algunos autores como términos indistintos (Campbell & Thyer, 1987; citado en Casado, 1994).

* + - 1. **CONCEPTO**

Son muchas las definiciones encontradas en la literatura sobre ansiedad; sin embargo, antes de plantear aquella con la cual se trabajará, resulta pertinente mencionar las siguientes:

Lazarus (1969; citado en Cruz, 2017) refiere que la ansiedad engloba dos significados. El primero hace referencia a una respuesta y/o reacción por parte de una persona ante una determinada experiencia; es decir, es un estado caracterizado por la manera en cómo la persona actúa ante un suceso, a su vez, refiere que la ansiedad es una variable que suele intervenir manifestada como un estado como resultado a ciertas condiciones, las cuales a su vez, generarían algún efecto.

Por su parte, Sandín & Chorot (1995; citados en Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García & Oblitas, 2008), refieren que el término ansiedad alude a una respuesta del organismo ante una determinada situación amenazante, cuya única finalidad será dotar al organismo de energías para poder deshacer o contrarrestar el peligro manifestado mediante una respuesta, ya sea que ésta sea de huida o agresión.

Clark & Beck (2012) describen que la ansiedad es un sistema complejo de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas (manifestadas ante una amenaza, las cuales se activarán al anteponer situaciones que son catalogadas por la persona como aversivas, ya que son percibidas como sucesos inesperados e incontrolables.

Spielberger (1980; citado en Vallejo & Gastó, 2000) manifiesta que la ansiedad es una reacción emocional compleja y desagradable, la cual es generada por estímulos externos que son considerados – por la persona – como amenazadores, produciendo de esta manera cambios a nivel fisiológico y conductual. Asimismo, hizo gran hincapié en la existencia de dos tipos de ansiedad presentes en la persona: ansiedad como estado emocional, el cual es inmediato y la ansiedad como rasgo de personalidad, siendo éste de carácter permanente (Cisneros & Mantilla, 2016).

* + - 1. **ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA**

La ansiedad es un término conceptualizado como una respuesta del organismo ante determinados estímulos; no obstante, existen dos diferenciaciones respecto a la ansiedad. La primera es la llamada ansiedad “normal”, la cual permite a las personas una adecuada adaptación a las demandas de su entorno y que a su vez, se caracteriza por presentar episodios poco frecuentes, intensidad leve o media, duración limitada, reacción esperable y común ante la situación o estimulo estresante y con ausencia o ligero grado de interferencia en la vida cotidiana.

Mientras que la ansiedad patológica se da como resultado de una deficiente adaptación de la persona respecto a su entorno, caracterizándose a su vez por episodios ansiosos reiterados, intensidad alta, duración prolongada, reacción desproporcionada ante una circunstancia o estímulos estresantes y un grado de interferencia en la cotidianidad de las diversas actividades (Lorenzo, 1985).

* + - 1. **SINTOMATOLOGÍA**

Según Cisneros & Mantilla (2016), los síntomas se presentan mediante un triple sistema de respuestas:

1. Cognitivo: el sistema cognitivo en el estado de ansiedad, se refiere a aquellos pensamientos, ideas, creencias e imágenes subjetivas, así como una repercusión sobre las funciones superiores, tales como dificultad para la concentración, dificultad para tomar decisiones, sensación de desorganización, así como preocupación excesiva.
2. Fisiológico: en un estado ansiógeno, la reacción fisiológica surge debido a la reacción de varios sistemas orgánicos, entre ellos surgen los síntomas cardiovasculares (palpitaciones fuertes, elevación de la presión arterial, etc.), síntomas respiratorios (respiración acelerada), síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, diarreas), síntomas neuromusculares (tensión muscular, fatiga excesiva, temblores) y síntomas neurovegetativos (sudoración excesiva, sequedad en la boca).
3. Motores: los síntomas motores en un estado de ansiedad se refiere a aquellos comportamientos que son observables como consecuencia de la actividad de los dos sistemas mencionados previamente, el cognitivo y fisiológico, los cuales se manifiestan mediante una paralización motora, movimientos estereotipados, torpes, desorganizados, tartamudeo, así como conductas de evitación.
   * + 1. **CAUSAS**

Uno de los factores generadores que incrementa los niveles de ansiedad en una persona, es la presencia de una determinada discapacidad física (Cisneros & Mantilla, 2016). Al respecto, resulta importante resaltar que la presencia de un familiar con algún tipo de discapacidad también genera ansiedad, tensión, además de un sentimiento de culpa, desconcierto y desesperanza (Alemán, 2015), asimismo, la toma de decisiones respecto a una inclusión educativa, provoca estrés en la familia (Mayo, 2010). Sin embargo, existen otros factores que influyen en su aparición, tales como:

* La experiencia directa con algún tipo de acontecimientos traumáticos.
* La observación de otra persona viviendo la situación traumática o comportándose atemorizadamente.

Asimismo Oliver (2015) refiere que entre los factores para desarrollar ansiedad, son los siguientes:

* En las personas jóvenes, es muy común que la ansiedad sea desatada por problemas de índole amorosa, movilizando más los impulsos agresivos.
* Los conflictos laborales y familiares son la causa más frecuente de ansiedad.
* La soledad, es considerada otra de las causas importantes, ya que las relaciones interpersonales tienden a ser superficiales.
  + - 1. **CLASIFICACIÓN**

El DSM-IV toma en cuenta cuatro categorías respecto a los trastornos de ansiedad (Hales, Yudofsky & Talbott, 2000):

*Trastorno de ansiedad y angustia*

1. Trastorno de ansiedad generalizada: considerada como la principal categoría diagnóstica para aquellos estados de ansiedad dentro de una proporcionalidad elevada y crónica. Según el DMS-IV, este tipo de ansiedad se caracteriza por presentar una sintomatología persistente durante por lo menos seis meses. Las personas que lo padecen, por lo general sienten preocupación constante por cuestiones triviales, experimentan temores, anticipan lo peor o negativo de los sucesos, además, sienten tensión muscular, inquietud, irritabilidad, dificultad para concentrarse, insomnio, y fatiga.
2. Trastorno de angustia: generalmente este tipo de trastorno son experimentadas por adultos jóvenes. Por lo general, una crisis de angustia se presenta – en su mayoría – ante la vivencia de una enfermedad, la pérdida de una relación interpersonal, entre otros; manifestándose repentinamente – ante la realización de una actividad rutinaria – con un miedo sobrecogedor, terror, aprehensión y la sensación de que lo terrible está por suceder.
3. Ansiedad por separación: presenta mayor prevalencia en los infantes ante a una separación del hogar o de las personas con quienes tiene una mayor cercanía o apego.

*Trastornos fóbicos*

1. Agorafobia: según el DSM-IV, la agorafobia es un trastorno de ansiedad que consiste en el temor y miedo irreversible a sufrir experiencias desagradables ante situaciones de las que uno no puede escapar con facilidad o en su defecto, en donde no se logra conseguir fácilmente algún tipo de ayuda.
2. Fobia social: lo característico es el miedo que tiene la persona de exteriorizar una conducta que pueda generarle un sentimiento de vergüenza o humillación ante los demás. Las personas que lo presentan, temen las situaciones en donde se requiere la interacción con otros.
3. Fobias específicas: está caracterizada por tres factores imprescindibles, la ansiedad anticipatoria de enfrentar el estímulo fóbico (pudiendo ser objetos o situaciones), el temor frente al estímulo fóbico (estímulo presente) y la conducta de evitación, la cual ayuda a reducir la ansiedad.

*Trastorno obsesivo compulsivo*

1. El trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno de ansiedad caracterizado básicamente por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes, tales como la obsesión por la limpieza, la cual se manifiesta con ciertos rituales que giran en torno al lavado compulsivo de objetos.

*Trastorno por estrés post-traumático*

1. No todos los investigadores concilian en que el trastorno por estrés post-traumático esté incluido dentro de los trastornos de ansiedad, aunque ésta viene a ser su sintomatología predominante. Sin embargo, para su diagnóstico es vital la presencia de un factor estresante y desencadenante, lo que a su vez, le diferencia de los demás trastornos de ansiedad. Entre sus principales síntomas se encuentran los recuerdos intrusivos, sueños recurrentes del acontecimiento traumático, malestar psicológico al exponerse ante estímulos que le recuerden a lo vivido, la anestesia emocional.
   * + 1. **TEORÍAS EXPLICATIVAS**
          1. Teoría interactiva

La teoría interactiva, tiene sus inicios con teóricos como Endler, Magnusson y Bowers, quienes acotaron con una descripción de la ansiedad, basada en la interacción entre el rasgo y la situación; es por ello que la ansiedad será interpretada partiendo de las características situaciones y las variables individuales de cada uno; por lo tanto, el comportamiento de la persona no podrá ni deberá ser explicado por unas o por otras aisladamente (Endíer & Hunt, 1966 y 1969; Bowers, 1973; Endíer & Magnusson, 1976; citado en Espada, 1995).

De lo señalado previamente, resulta importante mencionar que, incluso autores situacionistas – entre ellos, Mischel – quien expuso sus críticas respecto a la psicología del rasgo y a las variables personales, favoreciendo las variables propuestas desde su enfoque como aquellas que sólo podían explicar la conducta humana; no obstante, su postura fue disuelta para inclinarse así a una posición interactiva. Es así que, en el año 1977, Mischel refería que la conducta se manifiesta gracias a la interacción recíproca de las variables persona-situación; por lo tanto, centrarse solamente en una, conllevaría a generalizaciones erradas y limitadas (Mischel, 1979; citado en Espada, 1995)

* + - * 1. Teoría de la Ansiedad Estado-Rasgo

La teoría ansiedad rasgo y estado, fue propuesta por Spielberger, quien considera que, para poder hacer una definición de la ansiedad, ésta primero deberá ser diferenciada de una ansiedad como estado emocional y como rasgo de personalidad, motivo por el cual propuso su Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cruz, 2017).

Según Spielberger (1972; citado en Ries, Castañeda, Campos & Del Castillo, 2012) la ansiedad-estado, es ante todo un estado emocional inmediato, que puede ser modificable en el tiempo, caracterizándose a su vez por una mezcla de tensión, aprensión, nerviosismo, pensamientos molestos, preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Entre tanto, la ansiedad-rasgo, se refiere a una ansiedad relativamente estable, siendo considerada más como una disposición, tendencia o rasgo, la cual no se manifiesta de manera directa en la conducta del individuo, por lo que deberá ser inferida por medio de la frecuencia con la que lo experimenta la persona. Por lo tanto, las personas que presentan mayor nivel de ansiedad-rasgo, percibirán mayor número de situaciones como amenazantes y por lo tanto, tienen mayor predisposición a padecer ansiedad-estado más frecuente e intensamente. Mientras que, los niveles altos de ansiedad-estado son percibidos como molestos, motivo por el cual, si un sujeto se siente inundado por ésta, probablemente inicie un proceso defensivo para disminuir el estado emocional irritante (Hackfort & Spielberger, 1989; citados en Ries *et all*, 2012).

* + - * 1. Teoría Tridimensional de la ansiedad

La teoría tridimensional de la ansiedad fue planteada por Lang en el año 1968, tomando en cuenta reiteradas observaciones halladas entre las diversas medidas de la ansiedad, tanto con respecto a su evaluación en un determinado momento como, a su transformación a través del tiempo, como consecuencia de un tratamiento específico (Vila, 1984; citado en Sánchez & Flórez, 1995).

Según esta teoría, las personas ante un estado ansiógeno manifiestan diversas reacciones, en las que frecuentemente se presenta un triple sistema de respuesta (Martínez, Inglés & Cano, 2012):

* Cognitivo:

Un sentimiento consciente de temor y peligro presentido, sin la capacidad de poder reconocer amenazas objetivas inmediatas que den una explicación al surgimiento de tales sentimientos experimentados.

* Fisiológico:

Manifestándose con alteraciones fisiológicas, así como dolores orgánicos que pueden acompañarse de molestias físicas. Asimismo, se asocian a un aumento en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo y Somático, pero también del Sistema Nervioso Central; trayendo como consecuencia aumentos en la actividad cardiovascular, por ejemplo.

* Conductual o motor:

Manifestándose muchas veces con respuestas de huida o paralización ante determinadas situaciones, por ejemplo. Asimismo, podrían exteriorizarme movimientos estereotipados.

* + - * 1. Teoría cognitiva

Entre los diversos teóricos cognitivos, Lazarus, Beck y Meichenbaum decidieron brindarle relevancia a los procesos cognitivos (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). Desde la perspectiva cognitiva, la persona percibe, divisa la situación, la evalúa y valora su participación en la misma; en donde, si el producto de dicha evaluación tiene como resultado el ser amenazante, surgirá una reacción ansiógena; a su vez, situaciones semejantes – a la evaluada inicialmente – generarán las mismas reacciones de ansiedad, en donde las situaciones que generan mayor ansiedad se evadirán y, a pesar de su ausencia, la imagen de estas situaciones también generan ansiedad, ya que, la reacción de ansiedad será desencadenada por el significado o interpretación que la persona le adjudica a la situación. Ocasionalmente, la persona puede ser consciente de que la situación que percibe y valora no es una amenaza objetiva; sin embargo, voluntariamente no podrá controlar su reacción.

En definitiva, el proceso cognitivo de las personas, mostrarán los pensamientos, creencias, ideas e imágenes que acompañarán a sus manifestaciones ansiosas, en donde estos pensamientos girarán alrededor del peligro o, al temor ante una posible amenaza (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003)

Para fines de esta investigación, será utilizada la definición y teoría propuesta por Spielberger; es decir, Teoría de la Ansiedad Estado-Rasgo.

* + 1. **RESILIENCIA**
       1. **ORIGEN DEL TÉRMINO**

El estudio de la Resiliencia empezó desde hace más de 50 años con el descubrimiento de Werner en el año 1954, realizado con niños nacidos en Kauai (Isla de Hawái) que experimentaron situaciones o experiencias muy adversas; a su vez, entre las primeras investigaciones se encuentran aquellas realizadas con personas con el diagnóstico de esquizofrenia, individuos expuestos al estrés y pobreza extrema, así como en personas que vivenciaron acontecimientos traumáticos tempranamente (Cicchetti, 2003; citado en Becoña, 2006).

Asimismo, el origen del estudio de la resiliencia dentro del campo de la psicología y psiquiatría, arranca de los esfuerzos por saber la etiología y el desarrollo de la psicopatología infantil, pero de aquellos propensos a desarrollarla cuya causante sean enfermedades mentales de sus progenitores, conflictos interpersonales, pobreza extrema o, una mezcla de varios de estos factores. Estudios revelaron que existía un grupo de infantes que no desarrollaron problemas psicológicos pese a los factores a los que estuvieron expuestos. Ante este hecho, se asumió que estos niños presentaban una adecuada adaptabilidad debido a que eran “invulnerables”; es decir, presentaban una fuerte resistencia ante la adversidad vivenciada. Sin embargo, se sugirió hacer un cambio terminológico, es decir, el término invulnerabilidad ahora sería llamado resiliencia; ya que, ésta puede ser fomentada e impulsada, mientras que la invulnerabilidad es considerada un rasgo intrínseco de la persona (Rutter, 1991; citado en García & Domínguez, 2013). De igual forma, entre las circunstancias adversas que tuvieron mayor demanda en el estudio realizado, se encontraron el divorcio de los padres y estresores traumáticos, tales como el abuso sexual, el abandono y las guerras (Garmezy & Mastez, 1994; citado en Becoña, 2006).

Actualmente, el concepto de resiliencia ha ido adentrando poco a poco al mundo de la ciencia como una variable importante de estudiar, por ello, se asume que la realidad humana de la resiliencia es cada vez más rica, pues se refiere a una capacidad de crecimiento por medio de las dificultades (Vanistendael, 2003; citado en San Martín, 2012). Asimismo, el constructo de la resiliencia parece tener un campo indeterminado; ya que, profesionales de la salud, tales como psicólogos, pediatras, educadores especializados, trabajadores sociales, consejeros familiares y un sinfín de especialidades, han mostrado un claro interés (Becoña, 2006)

Sin embargo para Vanistendael (2003; citado en Gil, 2010) este interés suscitado en el campo de la resiliencia no es desusado; ya que, muestra un arraigo en la vida, porque empuja a abrazarla en su totalidad, sin paralizarse antes las desdichas.

* + - 1. **CONCEPTO**

Resultar importante resaltar que el concepto de resiliencia – originalmente – proviene de la ingeniería, específicamente de la mecánica, tomando en cuenta la característica que presentaban determinados materiales para recobrar originalidad original con la que fueron moldeados, después de haber sido sometidos a una presión deformadora. Posteriormente, y en función a lo resaltado previamente, las ciencias humanas tomaron este término y formularon un concepto (Gianino, 2012)

No obstante, resulta complicado plasmar una definición específica sobre la resiliencia; ya que, casi todas las que figuran en la literatura son similares, además de que no existe universalmente una definición aceptada (González & Valdez, 2007) pero de manera más fácil podría ser entendida como el desarrollo exitoso de un individuo ante circunstancias desfavorables y adversas (Braveman, 1999; citado en Becoña, 2006) o, podría ser considerada como un rasgo global de la persona, el cual le permitirá una mejor adaptación a la vida (Masten 1999; citado en Gonzáles, 2012). Sin embargo, resulta prudente plasmar algunas definiciones cronológicamente, para ver cómo ésta ha ido evolucionando o no, con el pasar de los años:

Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer (1990; citados en Ríos, Carrillo & Sabuco, 2012) sostienen que la resiliencia sería todo un proceso de afrontamiento ante situaciones desgarradoras, estresantes o desafiantes, tal que, generan en la persona mayores habilidades de afrontamiento que con las que ya contaba previamente a lo experimentado.

Asimismo, podría ser definida como un patrón de carácter psicológico, visto como un componente del self (sí mismo) que permite a la persona lograr el éxito en condiciones de calamidad, y que a su vez podría ser raído o, paradójicamente reforzado por la adversidad atravesada (Bartelt, 1996; citado en Becoña, 2006); ya que, ésta puede variar a lo largo del tiempo y de las etapas de la vida, es por ello que la resiliencia no puede ser considerada como un rasgo de la personalidad.

Sin embargo, la definición más aceptada es la de Garmezy (1991; citado en Salgado, 2012) que refiere que la resiliencia es la capacidad de recuperarse y lograr mantener comportamientos adaptables y aceptables socialmente después del maltrato, abandono o, la falta de capacidad inicial al surgir una evento estresante.

Para Fergus & Zimerman (2005; citado en Becoña, 2006) la resiliencia es un proceso que permitirá superar los efectos negativos que surgieron ante las exposiciones de riesgo, por ello, se considerará como un afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de trayectorias negativas asociadas con el riesgo.

Según la American Psychological Association (2004) la resiliencia es el proceso de una adecuada adaptación positiva ante la adversidad, ante el trauma, ante una tragedia, ante una amenaza e inclusive, ante fuentes de tensión significativas, tales como los problemas a nivel familiar, problemas en las relaciones amicales y amorosas, problemas severos de salud o factores estresantes a nivel laboral o económico.

Asimismo, el concepto de resiliencia fue usado por vez primera en las ciencias sociales por el psiquiatra británico Michael Rutter (citado en Gianino, 2012) para referirse a la capacidad del ser humano para tener un adecuado desarrollo a nivel psicológico y social, pese a los contextos de riesgos en el cual se encuentra o se encontró viviendo e inclusive, de poder recuperarse de las experiencias traumáticas.

Asimismo, para que se pueda hablar de resiliencia, es imprescindible (a) la presencia absoluta de una determinada amenaza, riesgo o adversidad en la vida del sujeto y que, (b) el proceso adaptativo frente a tal riesgo o adversidad sea evaluada positivamente; es decir, que los sujetos se desarrollen psicológicamente sanos y exitosos e incluso, fortalecidos ante tal adversidad (Masten & Coatsworth, 1998; citados en Gonzáles & Artuch, 2014)

Finalmente, ante toda esta gama de conceptos propuestos con el pasar de los años, es imprescindible – para fines de esta investigación – partir desde una única definición, la cual será tomada de las autoras Wagnild y Young (1993; citadas en Salgado, 2012) para quienes la resiliencia es una característica positiva propia de la personalidad del ser humano, la cual permitirá la adaptación del individuo a situaciones adversas, además, se considera que es la habilidad para poder modificar de manera exitosa dichas adversidades que se presentan en la vida, generando un progreso adecuado ante las condiciones desfavorable. Lo cual es concomitante con la manera en cómo será medida y evaluada en este estudio.

A partir de las definiciones plasmadas, se puede precisar algunos puntos en común que tienen en general los conceptos de resiliencia desde diferentes autores, por lo tanto, según Carretero (2010) son los siguientes:

* Resiliencia como proceso; ya que para adquirirla implica un proceso y por lo tanto, también brindará una enseñanza.
* Resiliencia como resultado interactivo entre la persona y el entorno; ya que, la resiliencia depende de factores a nivel ambiental e individual, y por lo tanto, de la confluencia de ambos.
* Resiliencia como habilidad para enfrentar o resolver idóneamente eventos adversos, de riesgo o exclusión que puedan surgir.

Asimismo, resulta de importancia señalar que algunos autores consideran que la resiliencia no es una cualidad especial de sujetos que han pasado por situaciones muy adversas, sino que todos tenemos el potencial de ser resilientes; puesto que, son un conjunto de habilidades que pueden ser aprendidas y practicadas a través de vivencias de la cotidianeidad; por lo tanto, la resiliencia es un término que no está en absoluto relacionado sólo con quienes han tenido una vida difícil y han salido adelante, sino más bien, es un término que está relacionado con todas las personas (Hanson & Hanson, 2018)

* + - 1. **TÉRMINOLOGÍA RELACIONADA**

Becoña (2006) refiere que, existen una gama de conceptos que, ocasionalmente son equivalentes a la resiliencia, mientras que en otros son elementos centrales de la misma:

* + - * 1. Competencia

Es uno de los conceptos de gran importancia unido a la resiliencia; ya que, está relacionada con el CI y el rendimiento académico de la persona; por tanto, se sabe que un CI alto es un factor protector, caso contrario actuaría como un factor de vulnerabilidad. Desde el punto de vista de la Resiliencia, la competencia, es un constructo que ha sido evaluado como la competencia a nivel social (adaptación por iguales, por ejemplo) así como, el buen éxito o rendimiento académico. Por lo tanto, la competencia alude a la efectividad de las acciones de una persona en el mundo, así como a un sentido personal de bienestar en diversas áreas de funcionamiento (Masten & Coatsworth, 1998; Weissbert *et all*, 1991; citado en Becoña, 2006)

* + - * 1. Resiliencia y dureza

El término de dureza, también es conocido como personalidad resistente. Para ello, primero se parte del hecho de que en situaciones sumamente estresantes, en algunos sujetos se manifiestan enfermedades mientras que en otros no, o, cuando las personas enferman, unas tienen un modo de afrontarlas de modo adaptativo y luchador, mientras que otras no. Es por ello que, el interés de Kobasa, fue conocer y entender qué tipo de personalidad permitía esa resistencia y por lo tanto, hacía resistentes a las personas a las enfermedades, sin embargo, es de importancia resaltar que, la dureza puede ser medida también por variables de tipo biológico, psicológico y ambiental (Kobasa, 1979; citado en Becoña, 2006). Los componentes de la personalidad resistente son:

* Compromiso: es decir, implicarse en todas las actividades que uno realiza en las diversas áreas de la vida.
* Control: influencia personal en los diversos acontecimientos que uno experimenta en la vida diaria.
* Desafío: creencia de que el cambio es una característica habitual, importante y necesaria; por lo tanto es importante la flexibilidad.

Estos tres componentes sirven de ayuda si se produce un evento estresante, el sujeto podrá contar con las estrategias necesarias para lograr amortiguarlo y no verlo de manera negativa, por el contrario, verlo como un reto. Es por ello que, las personas que tienen una personalidad resistente, tendrán un estilo de afrontamiento que les permitirá hacer frente – adecuadamente – al estrés, la enfermedad y los eventos adversos que surgen en la vida (Godoy-Izquierdo & Godoy, 2002; citados en Becoña, 2006).

* + - * 1. Locus de control y estilo atribucional

Tanto el locus de control como el estilo atribucional actúan como defensa ante los estresores de la vida; es por ello que, se presume que quienes son resilientes presentan mayor autoestima, sentimiento de autosuficiencia y seguridad, lo cual les permite afrontar exitosamente las vicisitudes, además de poder siempre hallar una razón a las experiencias que generan un malestar, a su vez, las personas resilientes tienen un punto de vista de que los errores se dan a consecuencia de los factores que son modificable y la convicción de que las contribuciones propias son tomadas en cuenta y son valiosas (Brooks, 1994; Polk, 1997; Woolf, 1995; citados en Becoña, 2006)

* + - 1. **CARACTERÍSTICAS DE LA RESILIENCIA**

Salgado (2012), teniendo como base una serie de revisiones, manifiesta que la resiliencia se caracteriza por:

* La resiliencia se da en una interacción persona-entorno; es decir, una persona puede lograr ser resiliente en un determinado medio y en otro, no.
* La resiliencia implica factores individuales, familiares y socio-culturales.
* La resiliencia no es una capacidad absoluta y tampoco estable; ya que, si las circunstancias son adecuadas, será mayor la protección, pero si son desfavorables, habrán más factores de riesgo para el individuo.
* La resiliencia es una capacidad universal; es decir, todo individuo puede desarrollarla, independientemente de la edad, grupo étnico, sexo, religión.
* La resiliencia incluye acciones, conductas y pensamientos que pueden desarrollarse en cualquier persona.
  + - 1. **CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA RESILIENTE**

Bueno (2005), menciona un estudio longitudinal de gran importancia realizado por Werner y Smith en 1963, quienes investigaron por más de 20 años a un total de 614 niños, cuyo fin fue el de estudiar los riesgos biológicos y psicosociales, logrando de esta manera identificar las características de los resilientes: Inteligencia promedio, facilidad para desarrollar y mantener amistades, destrezas a nivel comunicacional, adecuados lazos afectivos incondicionales de ámbito familiar, parientes y compañeros, sistema de creencias que dirijan sus vidas, apoyo externo de la escuela, trabajo e inclusive, de la familia, quienes reconozcan sus esfuerzos y competencias.

Por su parte, Quiñones (2006), resalta que una de las características más significativas de las personas resilientes es la fortaleza que presentan ante las calamidades que experimentan, y más aún porque estar inmerso dentro de en un medio o en una condición insana, inadecuada, catastrófica, el resiliente logra un empoderamiento que le permite acciones eficientes para poder salir airoso de dicha situación.

Asimismo, se puede decir – a manera de síntesis – que las personas resilientes presentan las siguientes características: habilidad para ingeniar soluciones, adaptabilidad ante determinadas situaciones, baja susceptibilidad, enfrentamiento adecuado, capacidad, resistencia ante la destrucción, actitudes positivas, habilidades cognitivas y un adecuado temperamento (Melillo & Suarez, 2001; citados en Quiñonez, 2006)

* + - 1. **MODELOS TEÓRICOS**

Resulta evidente que, la mayoría de los modelos, de alguna u otra manera, integran el desarrollo de las fortalezas internas del individuo con los apoyos del medio ambiente, es por ello que Puig & Rubio (2013) mencionan los siguientes modelos:

* + - * 1. **Modelo de desafío de Richardson**

Pinto (2014), comenta que desde este modelo se pretende mostrar el proceso por el que una persona puede hacer frente a la adversidad, no únicamente por una respuesta posible, ya que no todos tienen la misma formar de afrontamiento. Es por ello que, uno de los términos imprescindibles dentro de este modelo es el de “Reintegración” tras la adversidad; es decir, cuando se suscita un evento adverso, éste se chocará con los factores protectores con los que cuenta la persona y es en función de éstos y del grado en que mitiguen la vicisitud, y considerando que se puede elegir consciente o inconscientemente, el sujeto, según Pinto (2014), podrá elegir cuatro opciones de reintegración: *reintegración disfuncional* (la adversidad no se es capaz de confrontar, además, los recursos presentes no son suficientemente fuertes, por tanto, para evitar la ruptura y que se cumpla esta reintegración, la persona manifestará conductas autodestructivas), *reintegración con pérdida* (tras la ruptura, hay deseo de superación, sin embargo, surgirán dificultades que ocasionaran pérdidas, como por ejemplo, a nivel de la autoestima; por tanto, se está ante una situación en la que el positivismo por salir adelante no evita el desajuste emocional de la persona); *reintegración a zona de bienestar* (es el regreso del individuo al momento esencial precedente a la vicisitud; es decir, ésta no daña a la persona y ésta recupera el equilibrio sin ningún aprendizaje); *reintegración con resiliencia* (tras la ruptura, se logra un desarrollo positivo gracias al aprendizaje obtenido de la situación adversa)

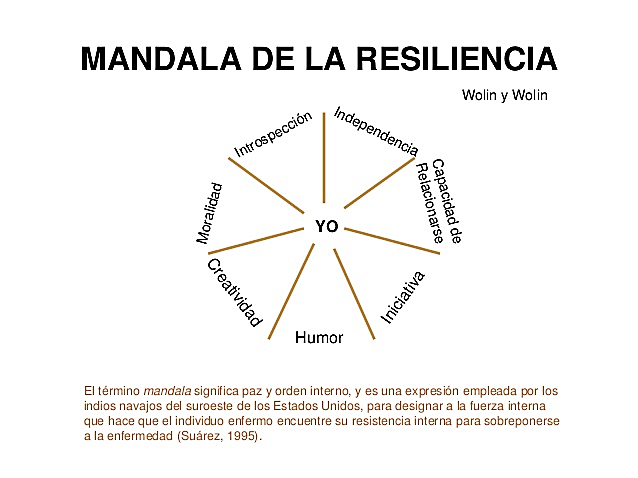
* + - * 1. **Modelo de mándalas de Sybil y Steven Wolin**

Wolin & Wolin (1993; citados en Belén, 2010) utilizan la terminología de mándala de la resiliencia, dicho término, según Suárez & Krauskopf (1995; citados en Belén, 2010) alude a una armonía y orden intrínseca, además, los indios navajos pertenecientes al suroeste de los E.E.U.U. hicieron uso de dicho vocablo, el cual alude a la resistencia interna presente en un sujeto permitiéndole reanimarse; por lo tanto, la expresión de mándala de la resiliencia denota las cualidades presentes en todo sujeto resiliente

Wolin & Wolin (1993; citados en Belén, 2010) hacen referencia a siete resiliencias o capacidades que servirán de protección. La primera resliencia es la *introspección o insight*, es decir, observarse internamente; la segunda es la *independencia*, que denota la capacidad para instaurar una barrera entre uno y las vicisitudes del entorno; la *capacidad de relacionarse*, generando lazos de intimidad con los pares

*la iniciativa*, es decir, la espontaneidad y proactividad para asumir nuevas tareas; *humor*, lograr ver el lado humorístico de la adversidad; *la creatividad*, capacidad de crear algo nuevo y finalmente, *moralidad*, manifestando una conducta guiada por las normas morales.

*Figura 1:* Sybil y Stever Wolin, aluden a la creatividad como elemento destacado de lo que ellos denominan “pilares de la resiliencia”, junto a los otros seis factores restantes, que se encuentran integrados gráficamente en el mándala de la resiliencia; símbolo que los científicos incorporaron de los indios navajos. Por Zapata, Dalouth & Gonzáles (2017).



* + - * 1. **Modelo de las verbalizaciones resilientes de Grotberg**

Grotberg (2006; citado en Gianino, 2012) refiere que existen tres factores resilientes en toda persona, los cuales se dividen de la siguiente manera; primero se encuentra el Yo Tengo, es la ayuda de terceros con los que cuenta cada persona, como las amistades por ejemplo; luego está presente el Yo Soy, es la fuerza interna existente en cada ser y por último, y no por ser menos importante, está el Yo Puedo, que alude a la habilidad para poder encontrar soluciones ante las vicisitudes presentadas.

* + - * 1. **Modelo de La casita de Vanistendael**

Este modelo refiere que la resiliencia es como construir una casita. En donde en primer lugar, se halla *el suelo* sobre el que está construida, el cual incluye las necesidades básicas (alimentación, cuidado de la salud); a continuación, viene*n los cimientos*, con la red de relaciones más o menos informales (familia, amigos, compañeros de escuela, etc.). Posteriormente, en la *planta baja* de la casita nos encontramos con la necesidad de hallar un sentido a la vida; en el *segundo piso* se encuentran las cuatro habitaciones del sujeto resiliente (autoestima, competencias, aptitudes y el humor). Por último, el techo es la apertura hacia otras experiencias que pueden contribuir a su vez, a la resiliencia (Sureda, 2007).

* + - 1. **FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN**

En un estudio realizado por Pollar et all (1999; citados en Becoña, 2006) sobre los factores de riesgo y protección, se encontró la importancia de ambos; primero, porque los factores de riesgo deberán de ser disminuidos, mientras que los de protección, tendrán que ser potenciados para que se incrementen.

* + - * 1. De riesgo

Son considerados como factores de riesgo aquellos estresores o condiciones ambientales desfavorables que aumentan la posibilidad de que las personas experimenten un ajuste poco adecuado o, que conlleve a resultados desfavorables en determinadas esferas de su vida, tales como la salud física, la salud mental, el resultado a nivel académico e inclusive, el ajuste social (Braverman, 2001; citado en Bueno, 2005). Entre los factores de riesgo más importantes son:

* Experiencias traumáticas (muerte de un familiar o una violación, por ejemplo)
* Pobreza extrema.
* Falta de cohesión en el grupo familiar.
* Exposición crónica a la violencia ya sea familiar, amical, etcétera.
* Problemas de abuso de drogas por parte de los padres
* Conducta criminal y tener amistades dentro de ese grupo.
* Carencia de afecto y comunicación en las diversas áreas.
* Inconsistencia en la supervisión: excesiva exigencia en determinados aspectos y excesiva tolerancia en otros.
  + - * 1. De protección

Los factores protectores son aquellos que de alguna u otra forma mejoran o modifican la respuesta de reacción de las personas ante la adversidad suscitada; por lo tanto, son aquellas características que se encuentran en distintos ambientes, los cuales pueden ser capaces de revertir situaciones potencialmente negativas (Diaz & Bin, 2007). Dentro de los factores protectores se encuentran:

* Constitucionales, tales como: fortaleza física, temperamento e inteligencia.
* Inteligencia, capacidad para hacer uso del conocimiento con el propósito de hallar soluciones a los problemas, es por ello que Marquez y Anzola (2008; citadas en Cardozo, 2009) refieren que la inteligencia es un factor de protección, logrando amortiguar algunos efectos negativos y a su vez, impulsando actitudes resilientes.
* Los factores protectores ambientales pueden ser: clubes sociales, grupos religiosos, los amigos.
* Destrezas afectivas, tales como la empatía, motivación, esperanza, independencia, metas claras.
* Entre los factores de protección internos se encuentran: ofrecer servicios a otros o a alguna causa. Habilidad para tener relaciones sólidas, desarrollo de destrezas sociales.

Suarez (1997; citado en Uriarte, 2005) identificó cuatro factores protectores internos, agrupados en los siguientes componentes:

* Competencia social:

Capacidad para comunicarse y demostrar afecto o empatía, sentido de humor, saber medir el temperamento propio, mayor respuestas al contacto.

* Resolución de problemas:

Sentimientos de autosuficiencia, La utilización de destrezas para planificar y para producir cambios en situaciones frustrantes, autodisciplina.

* Autonomía:

Conocimiento propio, capacidad para distanciarse de ambientes disfuncionales, locus de control interno.

* Sentido de vida:

Metas, motivación para el logro, optimismo, sentido de propósito, fe y espiritualidad.

* + 1. **CEGUERA**
       1. **DENOMINACIÓN DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA**

La terminología utilizada para nombrar la anormalidad patológica en una persona, ha generado la creación de estigmas hacia los individuos con limitaciones, ya sea de tipo física, mental o sensorial; de esta forma, se habla de inválido, deficiente, discapacitado, etcétera, lo cual genera una confusión conceptual y por lo tanto, terminológica (Álvarez, 2008)

Es por ello que, ante estas ambigüedades, la Organización Mundial de la Salud, publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad, CIDDM-2 (1999), en la que propone las siguientes dimensiones:

* **Funciones corporales:** son las funciones fisiológicas y psicológicas.
* **Estructuras corporales:** son las partes anatómicas del cuerpo, como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Teniendo en cuenta estas dos primeras dimensiones, se define a la **DEFICIENCIA** como aquellos problemas generados en las funciones o estructuras corporales, tal como es el caso de una desviación significativa o una pérdida total e irremediable; por lo tanto, una deficiencia es una limitación funcional.

* **Actividad:** se refiere a la realización de una tarea o acción de la cotidianidad por parte de la persona.

Así mismo, en función a esta tercera dimensión, se define que una **DISCAPACIDAD** se refiere a la restricción o ausencia (causada por una deficiencia) de la capacidad de efectuar una determinada actividad bajo un término de normalidad.

* **Factores contextuales:** se refiere a los antecedentes completos de la vida de una persona. Toma en cuenta los factores ambientales y factores personales que pueden generar – de alguna u otra manera – un impacto sobre la persona respecto a su estado de salud y su estado funcional.
* **Participación:** se refiere a la implicación y/o participación de la persona en situaciones vitales, lo cual está en relación con sus Estados de Salud, Funciones y Estructuras Corporales y Factores contextuales.

Finalmente, en función a estas dos últimas dimensiones, surge el término de minusvalía, que es una situación desventajosa para la persona y cuya consecuencia implica una deficiencia o discapacidad, impidiendo o limitando el desarrollo de un rol (desventajas psicosociales). A su vez, el término de minusvalía está en función a la participación y por lo tanto, al desenvolvimiento social de la persona, en donde los factores contextuales son determinantes; ya que, el ambiente en el que vive el sujeto contribuye al problema que pueda presentar.

En torno a lo mencionado previamente, resulta importante señalar que las deficiencias, discapacidades y minusvalías, pueden ser:

* De corta o larga duración (crónica, con una duración de más de tres meses).
* Reversible o permanente.
* No compensada, parcial o totalmente compensada (el uso de retroauriculares BTE puede compensar totalmente la deficiencia auditiva, por ejemplo)
  + - 1. **CONCEPTO DE CEGUERA**

Santana (2013) manifiesta que la ceguera es considerada como una minusvalía a nivel sensorial con una etiología diversa. Motivo por el cual, el término es semánticamente ambiguo, ya que, abarca tanto a las personas desprovistas por completo de la visión como a aquellas que aún conservan algún resto visual. Sin embargo, para López (2004), la ceguera es aquella caracterizada por la pérdida total de las funciones como son: la agudeza visual, el campo visual y la sensibilidad al contraste y visión al color. Así mismo, resultar importante resaltar que, se diferencia a la persona con ceguera en función a tres términos:

* + - * 1. **Visión subnormal o baja visión**

Una persona cuyo diagnóstico es baja visión, alude a aquella variación en la función visual inclusive, posterior de recibir tratamiento o mediante alguna ayuda óptica. Las personas con baja visión, presentan 6/18 en cuanto a su agudeza visual, además de un campo visual inferior a los 10 grados tomando en cuenta su punto de fijación; no obstante, la persona puede hacer uso de la capacidad visual para llevar acabo determinadas actividades (Cortés & Salas, 2018).

* + - * 1. **Ceguera parcial**

Se refiere a que la visión funcional, va a ser demasiado reducida; sin embargo, el resto visual, permitirá a las personas percibir la luz, algunas gradaciones de color, además de poder distinguir bultos y contornos.

* + - * 1. **Ceguera total**

Se refiere a la ausencia total de la visión; es decir, la persona no lograr percibir absolutamente nada (deficiencia total, debido a la no percepción de la luz).

* + - 1. **ANATOMÍA DEL SISTEMA VISUAL**

Mayo (2010) sostiene que, al nacer se presenta una deficiencia visual, la cual mejora rápida y progresivamente – en el transcurso de las primeras semanas de vida – a medida que se logra una adecuada sinapsis entre la retina, la vía óptica y la corteza cerebral.

Una función visual desarrollada y consolidada adecuadamente, puede ser deteriorada por diversas causas, asimismo, un inadecuado desarrollo o procesos patológicos que dañen a los ojos, a sus elementos protectores o, a sus vías de conexión con el cerebro y sus centros corticales, conllevarán a la pérdida de la función visual. Pero, para una mejor comprensión de lo señalado previamente, resulta importante conocer y profundizar un poco sobre la anatomía del sistema visual:

El ojo, o también conocido como globo ocular, es considerado como el órgano que detecta la luz y por lo tanto, es la base del sentido de la vista. Los rayos de luz que entran al ojo, gracias a la pupila, son concentrados por la córnea y el cristalino, lo que a su vez conlleva a la formación de imágenes en la retina, la cual contiene millones de células sensibles a la luz, conocidas como bastones y conos. Los bastones, requieren de poca luz para su funcionamiento, lo cual indica que son adecuados para la visión nocturna; no obstante, no logran hacer una distinción de los colores. Por el contrario, los conos – para su funcionamiento – necesitan una luz relativamente brillante, pero a diferencia de los bastones, pueden detectar diversas tonalidades de color.

Por lo tanto, el ojo o llamado también globo ocular, y su gran labor de captar escenas visuales es gracias a los aportes de la retina, quien es la que traslada la luz en señales nerviosas, efectuando así su actividad de captar aquello relevante del entorno y obviando lo redundante (Hubel, 2000)

* + - * 1. Retina

La conversión de luz en señales nerviosas es gracias a la retina, quien además es gracias a ella que podemos discriminar colores y detectar precisamente objetos localizados a gran distancia. La retina, por medio del nervio óptico, se mantiene conectado al cerebro (Hubel, 2000).

La parte ulterior de la retina, contiene los llamados foto-receptores, los bastones y los conos. Los bastones cumplen su función ante la presencia de una la luz sutil, mas no funcionan cuando hay luz brillante; mientras tanto, los conos son aquellos que nos permiten observar detalles, además de percibir colores, a su vez, los conos solamente se encuentran presentes en la parte más central de la retina, pero también se encuentran localizados grupalmente en la fóvea (Hubel, 2000).

Hubel (2000), señala que detrás de los fotorreceptores se lozaliza la melanina, cuya función es evitar que se repita el mismo reflejo de luz que previamente ha pasado por la retina, por ello, esta función puede ser comparada con la tinta negra que contiene una cámara fotográfica, asimismo, es importante señalar que aquellas células que contengan melanina ayudan a la restauración del pigmento visual que haya sido decolorado por la luz.

* + - * 1. Esclerótica

La palabra esclera, proviene del griego sklera meninx, el cual significa membrana dura. La esclerótica viene a ser la capa más externa y extensa del ojo, con una proporción mayor formada por tejido colágeno avascular y constituye las 5/6 partes posteriores del globo ocular; la disposición desordenada de sus fibras le proporciona las características ideales para ser una capa fuerte, elástica y resistente. La otra sexta parte, situada en la porción más anterior, corresponde a la córnea mediante una transición en el limbo corneoescleral en donde cambia el ordenamiento del tejido colágeno. En la córnea, la disposición ordenada de sus fibras le confiere la transparencia requerida para constituirse como una lente con un notable poder fijo en la resolución refractiva, mientras que la esclera, de color blanco no traslúcido, suministra la condición ideal para no interferir con la resolución de imágenes que se logra en la retina gracias a la función refractiva de los medios transparentes del ojo. Su función es la de proteger las estructuras sensitivas del ojo (Rojas & Saucedo, 2014).

* + - * 1. Coroides

Situada entre la retina y la esclerótica. Se trata de una membrana conjuntiva muy rica en vasos, que reviste el globo ocular por dentro, cuya cara externa es negra y brillante (actúa como pantalla ante la luz). Su función principal es el aporte sanguíneo a las capas más externas de la retina. La parte posterior está perforada por el nervio óptico (Lang, 2006).

* + - * 1. Córnea

En la salud visual, la córnea es un tejido de gran relevancia; ya que, gracias a sus funciones de refracción y defensa del ojo, ésta es protegida de las diferentes infecciones del medio ambiente; a su vez, cuenta con estructuras que permiten su buen funcionamiento y estabilidad.

Anatómicamente está conformada por cinco capas que permiten su transparencia y regeneración:

* Epitelio: es la capa más externa de la córnea, además, es un tejido plano, de unas 50 micras de espesor en la parte central.
* Capa de Browman: no tiene capacidad de regeneración, es acelular y tiene un grosor de 12 micras, además, contiene fibras de colágeno y ayuda a la córnea en el mantenimiento de su forma.
* Estroma: mide 450 micras y es considerada la parte más gruesa de la córnea; ya que, constituye alrededor del 90% del total del grosor corneal.
* Membrana de Descemet: presenta un grosor aproximado de 10 a 15 micras, además, sobre esta membrana reposa el endotelio corneal. Puede permanecer intacta a pesar de ulceraciones corneales graves por su resistencia a la acción de las enzimas proteolíticas.
* Endotelio: se encarga de regular la hidratación y nutrición – por inhibición – de la córnea. Su consistencia va aminorando debido a agresiones corneales, así como conforme avanza la edad (perdiéndose alrededor del 0.7% de células endoteliales cada año en los adultos).

La transparencia de la córnea, permite recibir y refractar la luz que llega a nuestro sistema visual; ya que, su capacidad de refracción es la más relevante, por lo cual, hace que la luz se enfoque en la retina. Asimismo, sirve de barrera física entre el ambiente y el interior del ojo (Boyd, Gutiérrez & McCulley, 2012)

* + - * 1. Iris

Se encuentra entre la córnea y el cristalino, es una membrana coloreada y circular que posee una apertura central: la pupila. Su función principal es regular la cantidad de luz que entra a través de la pupila, contrayéndose y dilatándose rápidamente con los cambios de luminosidad.

* + - * 1. Cristalino

Lente biconvexa situada detrás del iris. Su objetivo es lograr el enfoque preciso, proceso conocido como acomodación del ojo. Su forma es alterada por pequeños músculos que lo hacen más curvo para poder enfocar los objetos cercanos y lo achatan para poder enfocar objetos distantes. Incoloro y transparente al principio, va tomando poco a una coloración ambarina. Su índice de refracción aumenta con la edad.

* + - * 1. Cuerpo o gel vítreo

Sustancia gelatinosa e incolora, que llena la parte posterior del globo ocular, entre la retina y la cara posterior del cristalino. Su función es protectora y de amortiguación, además, de mantener la forma del ojo y su presión interna.

* + - * 1. Humor acuoso

Líquido transparente y fluido que ocupa el espacio existente entre el cristalino y la córnea. Sirve para nutrir y oxigenar las estructuras del globo ocular que no tienen aporte sanguíneo: la córnea y el cristalino.

* + - * 1. Pupila

La pupila es una estructura del ojo que consiste en un orificio situado en la parte central del iris por el cual penetra la luz al interior del globo ocular. Se trata de una abertura dilatable y contráctil, aparentemente de color negro que tiene la función de regular la cantidad de luz que le llega a la retina, en la parte posterior del ojo.

* + - * 1. Nervio óptico

El nervio óptico agrupa a más de un millón de fibras nerviosas que trasladan mensajes visuales. Este conecta la parte posterior de cada ojo (su retina) al cerebro. El daño al nervio óptico puede causar pérdida de la visión. El tipo de pérdida de la visión y su gravedad depende de dónde ocurra el daño. Puede afectar a uno o ambos ojos.

* + - 1. **FUNCIONES VISUALES**

Albertí & Romero (2010) tres tipos de funciones visuales:

* + - * 1. Agudeza visual

Se refiere a la capacidad que tiene la persona para lograr discriminar visiblemente, detalles en objetos, figuras o caracteres impresos, los cuales se encuentran ubicados a una determinada distancia. Para medir la agudeza visual, se hace dos tipos de evaluación. Primero; se evalúa la visión de cerca (lectura), pidiéndole a la persona que lea textos con diferentes tamaños de letra, a una distancia aproximada de 35 centímetros. Segundo; se evalúa la visión de lejos (mirar a la distancia), situando a la persona a una distancia de 6 metros aproximadamente, para lo cual se suele utilizar la Tabla de Snellen.

* + - * 1. Campo visual

Hace referencia al espacio que se percibe cuando se mira fijamente en un punto central, y por lo tanto, alcanzamos ver alrededor. El campo visual puede ser de dos tipos (central y periférico) dependiendo de que parte de la retina se recepciona la luz. Con la parte central – llamada mácula – percibimos claramente los colores; ya que, dentro de ésta están los conos de la retina que se llaman fóvea, siendo el punto de mayor agudeza visual. El campo central se encuentra en la parte media del ojo. En cuanto al campo periférico, éste nos permite ver a los lados, el cual funciona detectando movimientos, en la visión de la oscuridad y orientación.

* + - * 1. Sensibilidad al contraste

La sensibilidad al contraste se refiere a la medida de la habilidad del sistema visual para poder distinguir entre un objeto y el fondo sobre el cual éste se encuentra.

* + - 1. **PÉRDIDAS DE LAS FUNCIONES VISUALES**

La ONCE en el año 2011, pone de manifiesto que la patología visual puede dañar – fundamentalmente – a la agudeza visual y al campo visual, independiente o conjuntamente, a su vez, también puede generar un daño a la sensibilidad al contraste.

* + - * 1. Visión borrosa

Son diversas las patologías que ocasionan una visión borrosa, entre ellas puede deberse a modificaciones o alteraciones en la córnea, pupila, cristalino e inclusive, por perturbaciones en la fóvea y la retina.

1. Características funcionales

Las personas que presentan una visión borrosa, tendrán dificultades en aquellas tareas que necesiten ver detalles (costura, por ejemplo). Los colores se verán menos saturados y no serán percibidos correctamente.

* + - * 1. Pérdida del campo visual central

Se refiere a todas aquellas patologías que afectan – esencialmente – la zona central de la retina (retinopatía diabética, por ejemplo). Presentan un escotoma (déficit de una parte del campo visual, que se puede manifestar como una mancha oscura en el CV, denominado escotoma positivo o, una laguna en el CV, llamado escotoma negativo en donde el paciente no ve nada) de mayor o menor grado; no obstante, la visión periférica no es afectada.

1. Características funcionales

Los inconvenientes están relacionados con aquellas actividades que necesiten de una visión de detalles; puesto que, la mácula (zona donde hay mayor número de conos y responsable de la visión nítida de imágenes pequeñas) se encuentra dañada; motivo por el cual, las personas presentarán dificultades para leer tamaños usuales de letra, reconocer rostros, leer paneles informativos, ver televisión; no obstante, tienen menos dificultades para el desplazamiento; ya que, la visión periferia está intacta.

* + - * 1. Pérdida del campo visual periférico

Este campo, es empleado – mayormente – para los desplazamientos y detectar obstáculos. La pérdida del campo visual periférico puede ser:

1. Reducción central

Los fotorreceptores que se dañan son los denominados bastones, los cuales se encuentran localizados por la periferia dela retina y son sensibles a los niveles bajos de iluminación. La retinosis pigmentaria es un claro ejemplo de la pérdida de la visión periférica. Las personas con reducción concéntrica, presentan dificultades en cuanto a la orientación y movilización; ya que, solo ven una parte diminuta del entorno y se chocan con lo que está en su camino. Asimismo, estas personas suelen padecer de ceguera nocturna; ya que, su visión disminuye en la oscuridad, además, presentan problemas de adaptación a los cambios de iluminación (luz – oscuridad y oscuridad – luz)

* + - 1. **FORMAS DE APARICIÓN DE LA CEGUERA**

Benites (2013) refiere que la ceguera, puede presentarse en cualquier etapa de la vida, y puede deberse a alteraciones en el transcurso del embarazo, comenzar en las dos o tres primeras décadas de vida e inclusive, ponerse de manifiesto como parte del proceso degenerativo debido a la edad; es por ello que, para valorarlas y comprenderlas es necesario considerar el momento de aparición:

* + - * 1. Congénita

Se refiere cuando las personas han nacido sin visión o la han perdido en el postparto e inclusive, nacen con alguna predisposición genética o estructural, desarrollándose posteriormente la enfermedad. Todo ello puede deberse a afecciones malformativas e infecciosas durante el embrazo o, por factores hereditarios.

En su mayoría, las personas con deficiencia visual congénita – al inicio de su vida – presentan mayor distanciamiento con las personas videntes en el momento en que se da el aprendizaje motor. Asimismo, es aproximadamente en los dos primeros años que aparecen las capacidades sensomotoras, perceptivas y lingüísticas, desarrollándose – de esta manera – las habilidades locomotrices y manipulativas.

* + - * 1. Adquirida

Dentro de este grupo, la deficiencia visual se instala en la persona en el transcurso de su vida; es decir, que habiendo nacido con la capacidad de ver, ésta se pierde, ya sea por golpes, accidentes, infecciones, contacto con químicos tóxicos, entre otros factores más.

* + - 1. **CAUSAS DE ORIGEN HEREDITARIO** 
         1. Miopía degenerativa

Su periodo de inicio es la infancia, su principal características es que se trasmite de manera recesiva, además de que los cambios degenerativos se dan especialmente en el segmento posterior del globo. La forma clínica en la que se manifiesta es: el globo ocular presenta un alargamiento, la esclerótica se adelgaza y cede en la parte posterior, dando lugar a un estafiloma (tumor que se forma en la córnea del ojo) con abombamiento hacia la órbita (Bonafonte, 2006)

* + - * 1. Albinismo

Hace referencia a un defecto genético de origen hereditario, causado por la falta de segregación de melanina en el organismo, caracterizándose por la falta de pigmentación en los ojos, en la piel y el cabello, desembocando en trastornos visuales, ya que genera una disminución de la agudeza visual (Del Olmo, Fernández, Martín, Pazos y Platas, s/f)

* + - * 1. Aniridia

Del Olmo, Fernández, Martín, Pazos y Platas (s/f) refieren que es considerada como una enfermedad congénita y hereditaria, caracterizada porque el iris no se encuentra completo e inclusive, puede estar ausente. La aniridia mayormente es una enfermedad bilateral, es decir, presente en ambos ojos y en su mayoría, el iris no logra desarrollarse de manera adecuada, consecuentemente a la carencia del tejido del iris, es poco posible que la pupila disminuya su tamaño para contrastar la luz que ingresa al ojo; por lo tanto, la capacidad visual es muy limitada.

* + - * 1. Retinitis pigmentaria

Considerado como un trastorno de origen hereditario originado en la retina, ocasionando de esta manera una decadencia a nivel visual, caracterizándose porque la visión de noche o aquella en donde existe poca iluminación, va disminuyendo para posteriormente perder la visión periférica, no obstante, pese a existir casos demasiados avanzados, puede llegar a ocasionar ceguera e inclusive, puede llegar a afectar al oído y a nivel general, a la vista, dando lugar al llamado síndrome de Usher (Del Olmo, Fernández, Martín, Pazos y Platas, s/f)

* + - * 1. Retinoblastoma

El Retinoblastoma hace referencia a un tumor maligno congénito que surge de la capa nuclear de la retina y es considerado el tumor más frecuenta de la infancia, siendo su edad mediana de presentación a los 18 meses o, 14 meses para los casos bilaterales. Se estima que, aproximadamente alrededor del 10% de infantes con Retinoblastoma tienen antecedentes familiares de la enfermedad; mientras que el 30% con tumores bilaterales o unilaterales multifocales tienen antecedentes familiares; por lo tanto, estos dos grupos son capaces de trasmitir la enfermedad a sus descendientes.Los signos iniciales más frecuentes son: pupila blanca anormal, la cual es conocida como reflejo del ojo del gato, además de una desviación o estrabismo (Avery, Fletcher & MacDonald, 2001)

* + - 1. **CAUSAS DE ORIGEN CONGÉNITO** 
         1. Anoftalmia y Microftalmia

Ambas aluden a malformaciones orbitarias, trayendo como consecuencia la pérdida de la capacidad visual. La anoftalmia es aquella en donde no está presente el globo ocular, cuya causa de origen adquirido es por la presencia de algún trauma o tumor, mientras que la de origen congénito se caracteriza por la ausencia del globo ocular desde el nacimiento. En el caso de la microftalmia, la órbita ocular es demasiado pequeña (Navas & Hernández, 2008)

* + - * 1. Cataratas congénitas

Se define a este padecimiento como cualquier opacidad en el cristalino que se encuentra presente desde el nacimiento o durante los primeros meses de vida y es considerada como la causa más común de la pérdida visual en niños.

Existen aproximadamente más de 25 genes cuyas mutaciones son causas demostrada de catarata congénita y entre éstos se encuentran los genes de cristalinas, que codifican ciertas proteínas solubles del cristalino, en específico CRYA, CRYB, CRYGD y CRRYG.

* + - * 1. Atrofia óptica

Tamayo & Villegas (1998) refieren que el nervio óptico es la extensión de la sustancia blanca, por ello, puede ser usual hallar atrofia óptica cuando hay de por medio cierta anormalidad en el sistema nervioso central.

* + - * 1. Retinopatía de la prematuridad

Dentro de la oftalmología pediátrica, la RP es de gran interés entre los profesionales, ya que la ceguera infantil se ve relacionado con ésta. Es considerada como un mal que afecta el desarrollo vascular de recién nacidos que nacen a los 7 meses, el cual, en los años cincuenta se debió al uso desmesurado de oxígeno en niños prematuros, por ello, en las salas de neonatología su aplicación fue restringida, consecuentemente se produjo un elevado número de muertes prematuras, esto debido a que fueron presentando dificultades a nivel respiratorio y neurológico (Blanco, 2006); No obstante, el cuidado de los bebés neonatales fue más riguroso, ya que se impartieron mejores técnicas y cuidados a los mismos, generando así una mayor sobrevivencia de los recién nacidos que se encuentren en una edad gestacional inferior a veintiséis semanas y que además, tengan un peso inferior a 1.000 g., es decir, controlando aquellos nacidos cuya predisposición sea mayor a una retinopatía de la prematuridad (Blanco, 2006)

* + - * 1. Toxoplasmosis

El toxoplasma Gondii es el agente generador de esta infección, ya que es un parásito a nivel intracelular, el cual se halla localizado en diversas temporadas del año, además de encontrarse en los tejidos animales. En el año 1908 se encontró al toxoplasma gondii en el norte de África, específicamente dentro de un roedor; sin embargo, fue en el año 1939 se determinó – gracias al aporte de un grupo de investigadores – que este parásito es generador de enfermedades en los seres humanos, mucho más propenso en la gestante; por ello se estima que cerca de cada mil embarazadas no inmunes pueden ser portadoras del toxoplasma, lo cual genera riesgo en el recién nacido; ya que, durante el periodo de gestación, la infección por toxoplasma puede diseminarse hacia el feto a través de la placenta, generando consecuencias graves como retardo mental, problemas oculares (ceguera) e inclusive una muerte fetal (Sánchez, Couret, Ginorio, Nodarse, Sánchez, Soler, Ortúzar, Sanabria & Peña, 2012)

* + - 1. **CAUSAS DE ORIGEN ADQUIRIDA**
         1. Desprendimiento de retina

Cano, Infante, Gonzáles, Fernández & Herrera (2015) definen al desprendimiento de la retina como aquel desprendimiento de la retina de su epitelio pigmentario, pudiendo ser por líquido que traspasa la cavidad vítrea al subretiniano, pudiendo ser por medio de un desgarro, hueco o desinserción retiniana, la cual, sin un oportuno diagnóstico puede conllevar a la pérdida de la visión.

* + - * 1. Glaucoma

La Asociación Americana de Oftalmología (2012), señala que el término glaucoma alude a un grupo de enfermedades caracterizadas por la pérdida de la capacidad visual, debido a una neuropatía óptica, siendo a su vez el principal factor de riesgo el padecer de una presión intraocular.

* + - * 1. Degeneración macular

Chávez, Gonzáles & De Miranda (2008) señalan que la degeneración macular está mayormente vinculado a las personas adultas mayores de 85 años, respecto a tu etiología se presume que puede estar vinculada genéticamente; sin embargo, el gen de la apolipoproteína E (APOE) es el primer gen vinculado a esta enfermedad.

* + - * 1. Retinopatía diabética

La retinopatía diabética es la patología vascular más frecuente de la retina y a su vez, es la principal causa de ceguera en países en desarrollo. La retinopatía diabética es definida como una microangiopatía en la retina causada por un estado sostenido de hiperglicemia.

Se considera que los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 con menos de cinco años de duración, en 17% será factible encontrar algún grado de retinopatía, mientras que en los de más de 15 años de duración es posible encontrar algún grado de retinopatía en el 98%. Entre los factores de riesgo para desarrollar una retinopatía diabética son: el tiempo de evolución de la diabetes, niveles elevados de hemoglobina glicosilada, hipertensión arterial sistémica y tratamiento con insulina (Marín, 2009)

* + - * 1. Catarata senil

La opacidad del cristalino que surge sin causa aparente en las personas mayores de 50 años de edad es denominada, catarata senil. El aspecto clínico más típico de la catarata senil es la opacidad nuclear que adquiere un color amarillento con el paso del tiempo, puede llegar a tornarse de un color marrón e inclusive, negra.

La formación de esta opacidad del cristalino están relacionado con el estrés oxidativo, agregación y precipitación de las proteínas del cristalino y a los cambios de las rutas metabólicas que se llevan a cabo en su epitelio anterior y que son responsable de su nutrición y de mantener el equilibrio osmótico que le proporciona la transparencia a este tejido; de ellas, el metabolismo de la glucosa es el más representativo; ya que de éste se obtiene la energía necesaria para el funcionamiento adecuado de sus células, en especial la glucólisis anaeróbica, la vía de las pentosas y la ruta de sorbitol.

Resulta de importancia resaltar que el metabolismo de la glucosa participa activamente una enzima reguladora llamada hexocinasa, en donde la capacidad de esta enzima es considerada la responsable de la catarata senil.

* + - 1. **FASES DE AJUSTE AL DEFICIT VISUAL**

La pérdida visual ocasiona cambios en todas las esferas de la vida de las personas; en donde en gran parte de los casos, se vive como un proceso de duelo con determinadas peculiaridades, pues se trata de una pérdida sensorial (Livneh & Antonak, 2005; citados en Rojas & Saucedo, 2014).

El proceso está compuesto por siete etapas, las cuales no necesariamente siguen el mismo orden:

1. Shock:

Tras recibir la noticia de la discapacidad, es normal que se genere una desestabilización cognitiva, afectiva e inclusive, aminoramiento de la movilidad y del habla.

1. Ansiedad:

Se vivencian reacciones de pánico, las cuales pueden acompañarse por una sintomatología física, lo que a su vez podría generar una desorganización cognitiva; ya que, la visión, es la principal (pero no la única) fuente de conocimiento, y por ello, responsable en gran medida, del desarrollo motor, cognitivo y temperamental. (Pelechano, de Miguel e Ibáñez, 1998; Citados en Arce, 2008).

1. Negación:

En esta etapa del proceso, se busca minimizar la pérdida mediante esperanzas irreales sobre el posible restablecimiento visual. Es usual que las personas empiecen una búsqueda sobre segundas opiniones médicas o nuevos tratamientos, perdiendo de esta manera, el tiempo para la rehabilitación y readaptación social.

1. Depresión:

En esta etapa se vuelve muy común el sentimiento de desesperanza y alejamiento del entorno, lo cual podría generar un agravamiento del deterioro visual.

1. Hostilidad externada:

Surge un sentimiento de culpabilizar a personas exteriores (el médico, por ejemplo).

1. Enojo internalizado:

Se genera un sentimiento de culpabilidad dentro del paciente por la pérdida y por no actuar oportunamente.

1. Ajuste:

Surge un nuevo autoconcepto por parte de la persona, la cual se logra mediante la conciencia intelectual de permanencia de la ceguera y la internalización afectiva de las limitaciones funcionales; lo cual va generando conductas adaptativas de integración social o laboral.

Asimismo, autores como Cholden, Schulz, Fitzgerald, Hicks y Tuttle (citados en Checa, Diaz & Pallero, 2003) describen el ajuste adaptativo al déficit visual como un proceso similar al duelo, por la pérdida del mismo. Para algunos autores, el proceso sería adecuado porque quien lo experimenta pasará por todas las fases (estado de shock, reacción emocional por la resistencia al cambio y finalmente, aceptación de la ceguera); sin embargo, para otros autores el proceso sería más flexible y por lo tanto, no necesariamente se requiere que se cumplan todas las fases mencionadas, las cuales son similares a los usados en otras áreas (como las del duelo, por ejemplo).

Por su parte, el autor que desarrolla de una forma más específica las fases para describir el ajuste al déficit visual, es Tuttle (1984; Citado en Checa, Diaz & Pallero, 2003) en donde su aporte resulta de gran importancia en el desarrollo de las aproximaciones psicológicas a la comprensión de la ceguera.

Las fases indicadas por Tuttle serían:

1. Trauma físico o social.
2. Shock y negación inicial, lo cual conllevará a negar la pérdida irremediable de la capacidad visual.
3. Aflicción e ira. Encierro en sí mismo.
4. Hundimiento y depresión ante la pérdida, en donde los principales problemas surgirían por la resistencia al cambio.
5. Reevaluación y reafirmación.
6. Enfrentamiento y puesta en marcha; es decir, aceptar la nueva condición en la que se encuentra (ausencia de la capacidad visual) y optar por medidas adecuadas.
7. Autoaceptación y autoestima.

Ésta última – de autoaceptación y autoestima – estará ligada a la aceptación, preparación y afrontamiento que el sujeto realice de su condición, lo que a su vez, le permitirá formar las bases necesarias para llevar una adecuada vida futura.

* + - 1. **CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON CEGUERA**

Ochaita & Rosa (1988) refieren de manera general que, las personas invidentes viven una realidad muy distinta a la de los videntes; puesto que se trata de un mundo en no donde existen los colores, la luz y en donde además, el tacto, el oído y el olfato pasan a un primer plano; además, el lenguaje será imprescindible para llegar a entender el mundo en el que se mueven y a través del cual, pueden llegar a adquirir conocimiento de aquellas cosas con las que no podrán tener una experiencia directa.

Asimismo, la pérdida visual afecta en el comportamiento de la persona invidente, reduciéndolo en un ambiente social diferente al de la persona vidente, además, dentro del entorno social, jugará un papel importante la percepción o autoimagen que tengan de sí mismos, el cual muchas veces se verá dañada y como consecuencia, se generarán mecanismos de defensa – como estar a la defensiva – para poder sobrevivir en el mundo de los videntes (Delgado, Gutiérrez & Toro, 1999; citados en Ezzatti, 2004)

* + - * 1. ÁREA FÍSICA

Las personas con ceguera, fisiológicamente tienen dañado el sentido de la vista; anatómicamente, sus ojos pueden permanecer inalterados, afectados o, extirpados; lo cual, influye estéticamente en el rostro, generando muchas veces una apariencia desagradable y generar sentimientos de rechazo en su entorno.

* + - * 1. ÁREA MOTRIZ

Checa, Diaz & Pallero (2003) refieren respecto a la motricidad fina, que los niños que se encuentran en la primera infancia generalmente no tienden al gateo, ya que presentan cierta hipotonía, generado un aplazamiento en dar sus primeros pasos, además de ciertas estereotipias; asimismo, la motricidad fina se verá probablemente afectada por el rehusar experimentar ciertas texturas, ya sean que éstas sean rugosas, por ejemplo.

* + - * 1. ÁREA COGNITIVA

1. Infantes

Existe un retraso en la adquisición de la permanencia del objeto, además, se presentan inconvenientes para las conductas representativas (gestos, por ejemplo) y para el juego simbólico (Checa, Diaz & Pallero, 2003).

1. Púberes y adolescentes

Ocasionalmente existe un retraso significativo (que puede ser por el proceso en cómo se adquiere el conocimiento; los materiales a usar, por ejemplo), mayor duración en la realización de tareas, existe un vocabulario pobre.

* + - * 1. ÁREA EMOCIONAL

La pérdida de la capacidad visual tiende a ser un factor generador de estrés en las personas que lo padecen, afectando de esta manera el nivel psicológico, social y personal de la misma, debido a las limitaciones que conlleva (Lazarus & Folkman, 1986; citados en Pallero, Ferrando, Díaz y Lorenzo, 2002); por ello, autores como Pallero, Díaz, Ferrando y Marsal (2001; citados en Pallero, Ferrando, Díaz y Lorenzo, 2002) plantean cómo la persona afectada por una discapacidad visual congénita e inclusive, adquirida, deben modificar la manera en la cual deben resolver las actividades más elementales de la cotidianidad generadores de perturbación.

No obstante, Bayés (2001; citado en Pallero, Ferrando, Díaz y Lorenzo, 2002) refiere que la severidad del déficit que presenta la persona, será un determinante para respecto al concepto que tenga la persona de sí misma y a la limitación que ponga a sus recursos adaptativos.

Por ello, la deficiencia visual – en todas sus formas – puede generar una alteración negativa, en cuanto a la percepción que la persona tiene hacia sí mismo, generando de esta manera un desajuste, apatía, desmotivación, indisposición.

* + - * 1. ÁREA PSICOSOCIAL

La ausencia – parcial o total – de la visión, implica un cambio en el ámbito social y familiar para la persona afectada; ya que, la dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas (laborales, educativas, entre otras) producen efectos negativos debido al sentimiento de improductividad ante las demandas y exigencias de su entorno; sin embargo, las repercusiones varían en todas las personas y a su vez, según Checa, Diaz & Pallero (2003) depende de factores como:

1. Momento de aparición

Las repercusiones de la pérdida visual podrían estar relacionadas con la edad; ya que, las necesidades, aprendizajes y desarrollo de habilidades no son iguales en los diferentes grupos etáreos. En los primeros años de vida, la pérdida visual podría perjudicar el desarrollo global del niño; ya que, el mayor aprendizaje se da por medio de la información visual. En cambio, si la pérdida visual se da en años posteriores a la etapa señalada, probablemente podría afectarse el adecuado desarrollo de habilidades para interactuar, así como la autonomía.

1. Entorno próximo

Generalmente, la persona con deficiencia visual desconfía de su valía e independencia para realizar actividades de la cotidianidad, es por ello que sienten la necesidad del apoyo de terceros (dependiendo de su nivel de adaptación).

1. Sociabilidad

Las personas con deficiencia visual, general e inicialmente tienden a tener poca iniciativa, a su vez, surge retraimiento social; lo cual se justifica por sus dificultades visuales.

* + - 1. **LEY GENERAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Nº 29973**

La Ley General de la persona con discapacidad, Ley 29973, fue emitida en el año 2012, con la finalidad de establecer condiciones de igualdad en este grupo de personas, tomando en cuenta su inserción en la sociedad a nivel del factor económico, social, laboral, etc. Asimismo, por medio de la presente ley, se busca respetar los derechos de las personas promoviendo la accesibilidad a las ciudades, al transporte, a los medios de comunicación y a la tecnologías; así como una intervención temprana en cuanto al factor salud y rehabilitación; a su vez, se pretende impulsar y respetar la educación y el deporte mediante la accesibilidad a diversas instituciones dedicadas a ese rubro; finalmente, favorecer la oportunidad al trabajo y empleo, mediante los diversos programas de formación laboral, así como promover tanto en las entidades públicas a contratar no menos del 5% de trabajadores con discapacidad del total de su personal, como en la entendidas privadas un porcentaje no inferior al 3% de la totalidad de su personal, siendo esto una obligación anual (MIMP, 2014)

* + - 1. **ATENCIÓN INSTITUCIONALIZADA EN PERÚ**

Actualmente, nuestro país cuenta con aproximadamente 52 instituciones para personas con deficiencia visual, siendo las más representativas las siguientes:

1. “Unión Nacional de Ciegos del Perú”

Fundada el 25 de enero de 1942, como misión tiene el poder mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad visual, para lograr su integración y desarrollo personal, bajo la premisa de una conciencia humanista, inspirada en valores. Asimismo, es una de las primeras asociaciones que se fundaron.

1. Centro Educativo Especial “San Francisco de Asís”

Dedicados a la educación y formación de personas con discapacidad visual (ceguera total, baja visión, ceguera parcial). Fue fundando el 04 de mayo de 1981 y trabaja conjuntamente con la congregación de Religiosas Franciscanas. El CEBE 09 “San Francisco de Asís”, se encuentra en el Distrito de Santiago de Surco, dedicándose a la enseñanza y adaptación desde la primera infancia hasta la adolescencia.

1. Centro de Rehabilitación de Ciegos de Lima (CERCIL)

Fundado el 10 de octubre de 1967, localizado en el Distrito de Santiago de Surco. Su misión principal es la Rehabilitación Global de las personas ciegas mayores de 15 años, brindando talleres y servicios en función a actividades de la vida diaria, libro hablado, comunicación en Braille, terapia ocupacional y movilidad donde se enseña el uso del bastón guía.

1. Asociación Peruana de Ciegos Católicos (APECC)

Ubicada en el distrito de Miraflores, cuyo objetivo fundamental es brindar aportes relacionados con la Integración y Promoción espiritual, cultural y social de la persona con deficiencia visual. Entre los servicios que brinda se encuentra la Asesoría Espiritual, El Libro Hablado, Museo para el ciego, entre otros más.

1. CEBE Luis Braille

El Colegio Luis Braille, ubicado en el distrito de Comas, desde hace más 75 años recibe a estudiantes desde inicial hasta secundaria con baja visión o ceguera total y parcial, lo cual lo hace único nacionalmente; ya que el resto de instituciones que brindan servicios a personas con discapacidad visual, o son Centros de Educación Básica Especial (CEBE), que cubren inicial y primaria; o son escuelas regulares que incluyen a jóvenes con habilidades diferentes.

* + - 1. **DATOS ESTADÍSTICOS EN PERÚ**

Según cifras reportadas en el año 2012 en la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (INEI, 2014) con una población total de 1 mil 858 conglomerados realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), existen aproximadamente 1 millón 575 mil 402 personas con algún tipo de discapacidad.

Resulta imprescindible precisar que de este total, 820 mil 731 son mujeres, mientras que 754 mil 671 son hombres, evidenciándose que las féminas presentan mayor condición de discapacidad. Según los resultados, esta condición afecta, en mayor medida, al grupo etáreo de 65 y más años con un 50.4% y de 15 a 64 años con un 41.3% (INEI, 2015)

5.2% de la población total

65 y más años

De 15 a 64 años

794 294

Nacional

1 575 402

Hombres

754 671

Mujeres

820 731

129 796

651 312

Menor de 15 años

*Figura 2:* condición de discapacidad en hombres y mujeres tomando en cuenta el grupo etáreo. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

En cuanto a la incidencia de la discapacidad y tomando en consideración el área de residencia, se pudo registrar que el Área Urbana y la Región Costa, son los que presentan mayores porcentajes de personas que tienen algún tipo de discapacidad. Respecto a la incidencia en función al sexo, se evidencia mayor porcentaje de discapacidad en el grupo de las féminas (Área Urbana y Rural y en la Región Costa y Sierra) mientras que en la Región Selva, la población masculina presenta el mayor porcentaje.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 1 |  |  |  |  |
| *Población femenina y masculina con alguna discapacidad, según área de residencia y región natural* | | | | |
|
| Área de residencia/región natural | | Total | Sexo | |
|
| Mujer | Hombre |
| Nacional | | 5.2 | 52.1 | 47.9 |
| Área de residencia | |  | | |
| Urbana | | 5.6 | 52.5 | 47.5 |
| Rural | | 4.2 | 50.7 | 49.3 |
| Región Natural | |  | | |
| Costa | | 5.9 | 52.1 | 47.9 |
| Sierra | | 4.7 | 53.2 | 46.8 |
| Selva | | 3.5 | 48.3 | 51.7 |

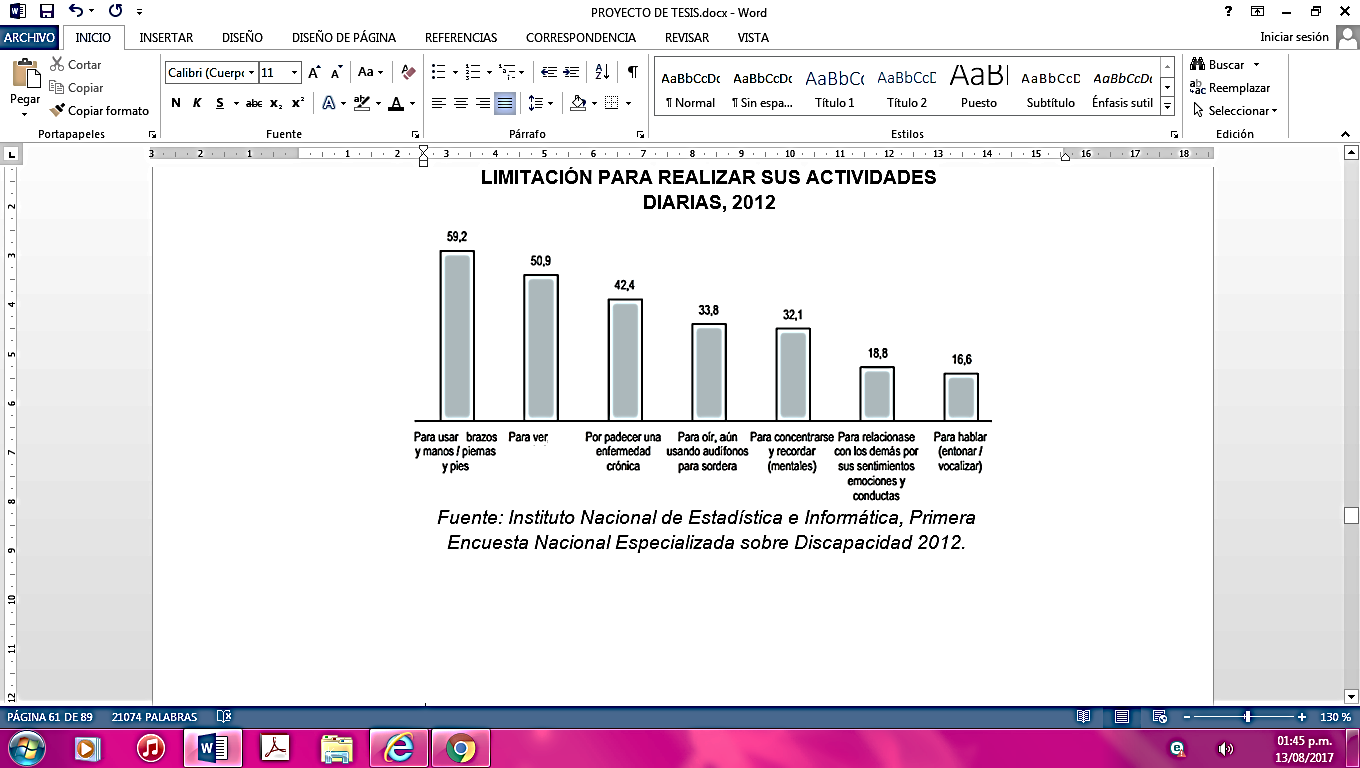
*Nota: porcentajes* de discapacidad en función al área de residencia y región natural tanto en hombres como en mujeres. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

Respecto a la incidencia de discapacidad y tomando en cuenta el departamento en el que viven, se encontró que Lima, Arequipa, Moquegua, Tacna y la Provincia Constitucional del Callao arrojaron los porcentajes más altos, mientras que Loreto, Amazonas y Junín, se evidencia todo lo contrario, es decir, sus puntuaciones fueron menores.



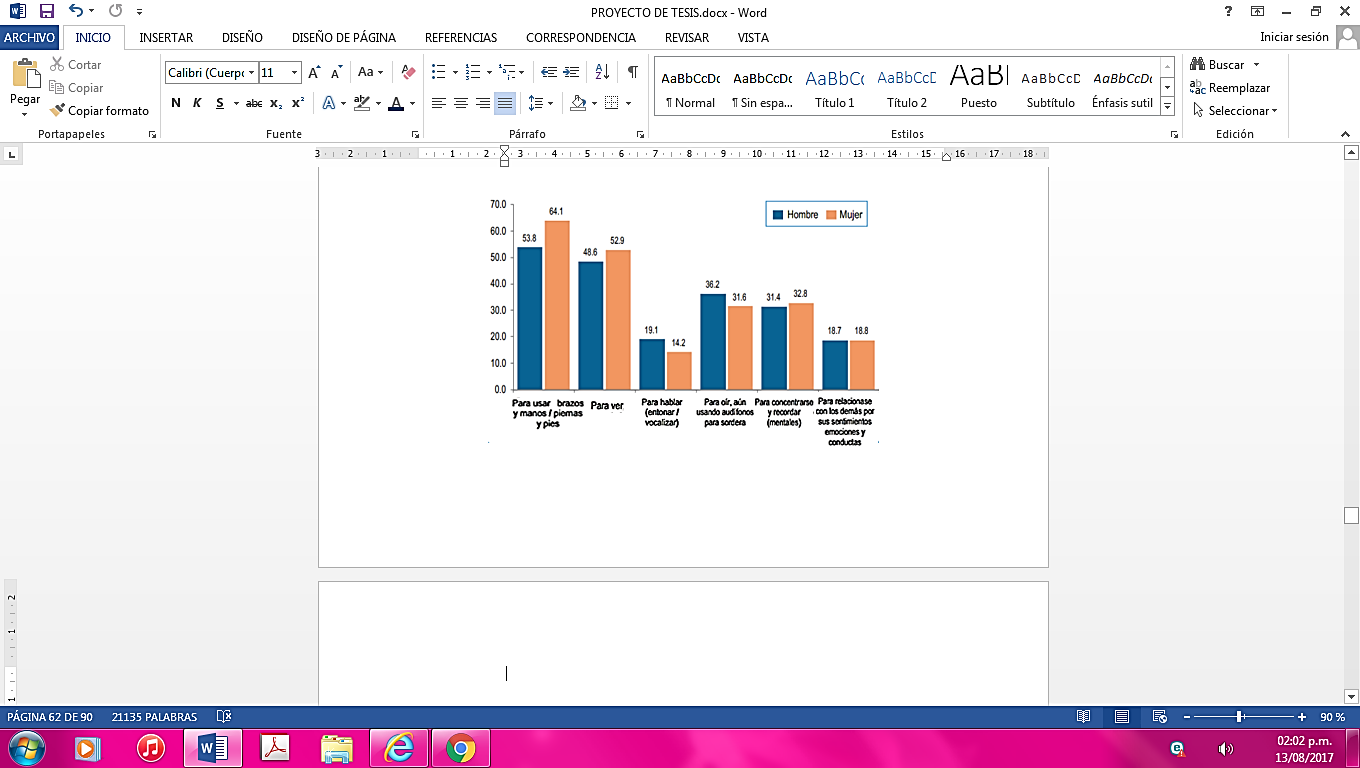
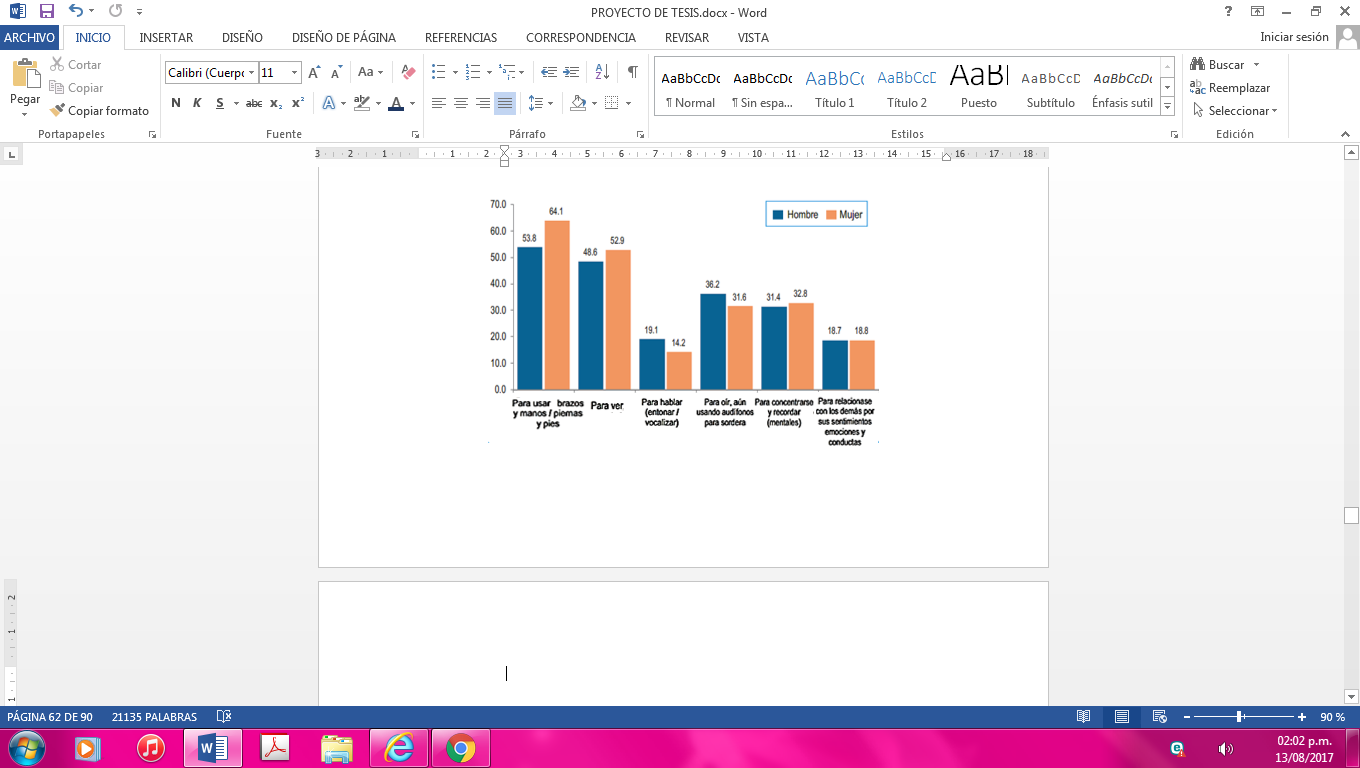
*Figura 3:* porcentajes de discapacidad tomando en cuenta el departamento de procedencia. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

En cuanto a los diferentes tipos de discapacidad presentados en la población, se encontró que las limitaciones más comunes son de carácter motor (moverse) y sensorial, específicamente las de tipo visual.



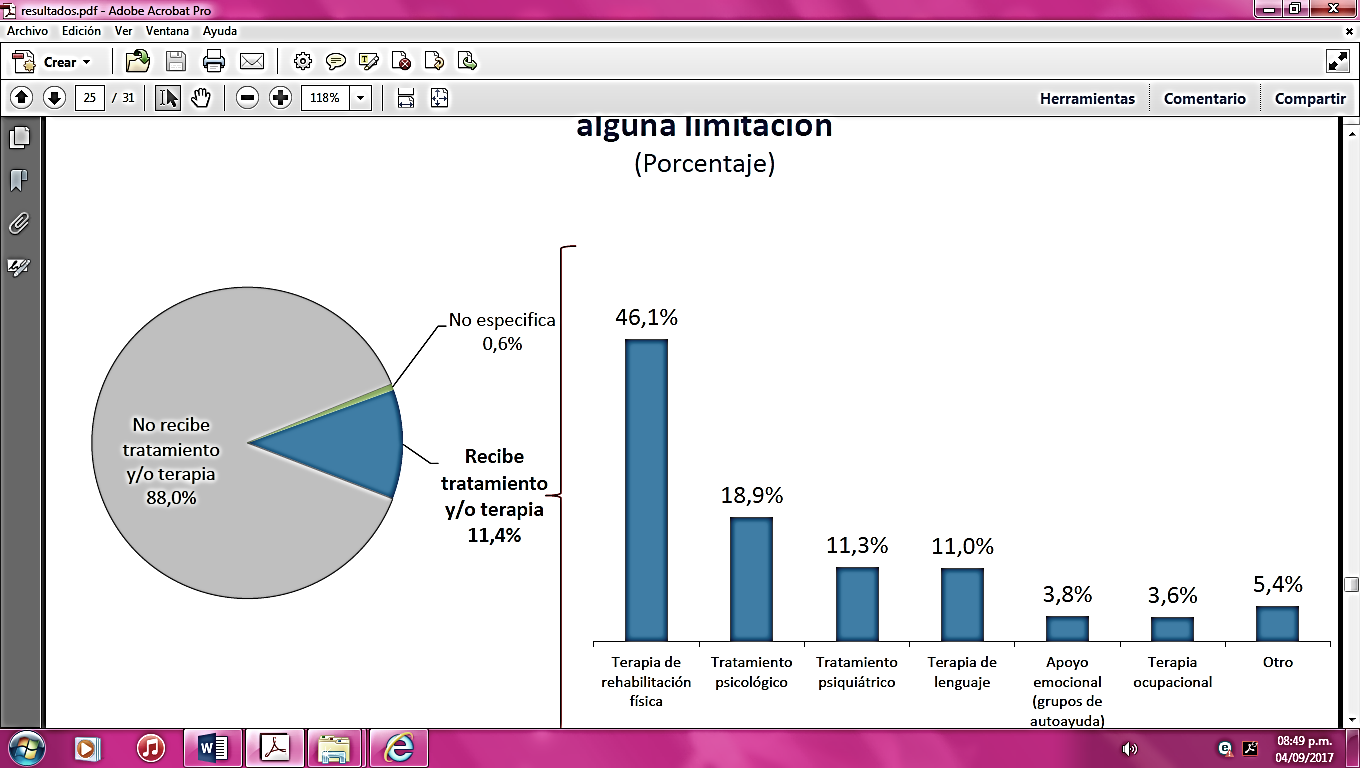
*Figura 4:* porcentajes según el tipo de discapacidad para efectuar sus actividades. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

Asimismo, tomando en cuenta el tipo de limitación (usar brazos y piernas, para ver, para oír, etcétera) y el sexo, se pudo encontrar que las mujeres son quienes presentan mayor limitación para desplazarse, para ver y para concentrarse y recordar. Entre tanto, el sexo masculino presenta los porcentajes más altos en limitaciones tales como poder hablar o comunicarse y para poder oír.



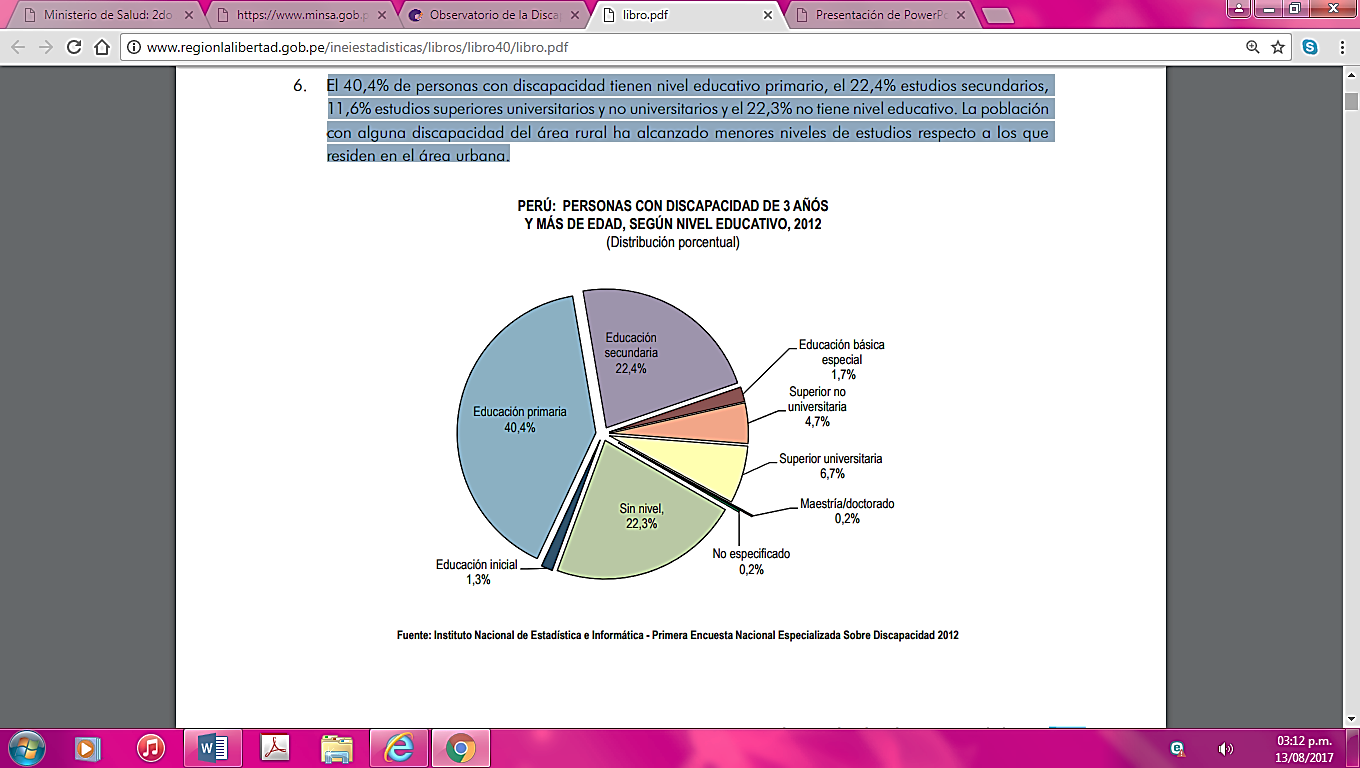
*Figura 5:* porcentajes según el tipo de limitación en hombres y mujeres. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

En lo que respecta al tratamiento recibido, se pudo encontrar que el 88.0% no logró recibir tratamiento alguno, caso contrario del 11.4% que sí recibió tratamiento.



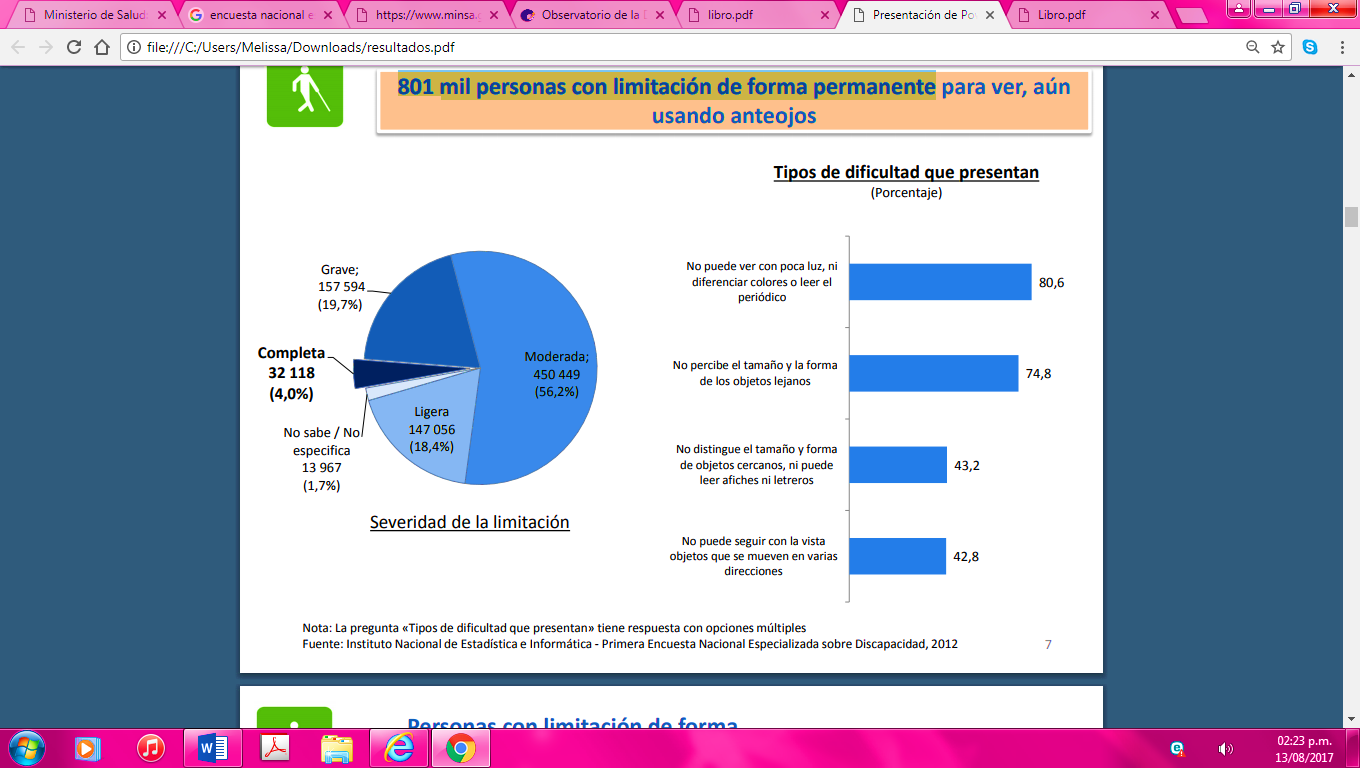
*Figura 6:* porcentajes de tratamiento o rehabilitación en personas con alguna discapacidad. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

En cuanto al nivel educativo de la persona con algún tipo de discapacidad, se encontró que el 40.4% tiene educación primaria, seguidamente de la educación secundaria (22-4%), sin nivel (22.3%), superior universitaria (6.7%), superior no universitaria (4.7%), educación básica especial (1.7%) y postgrado (0.2%).



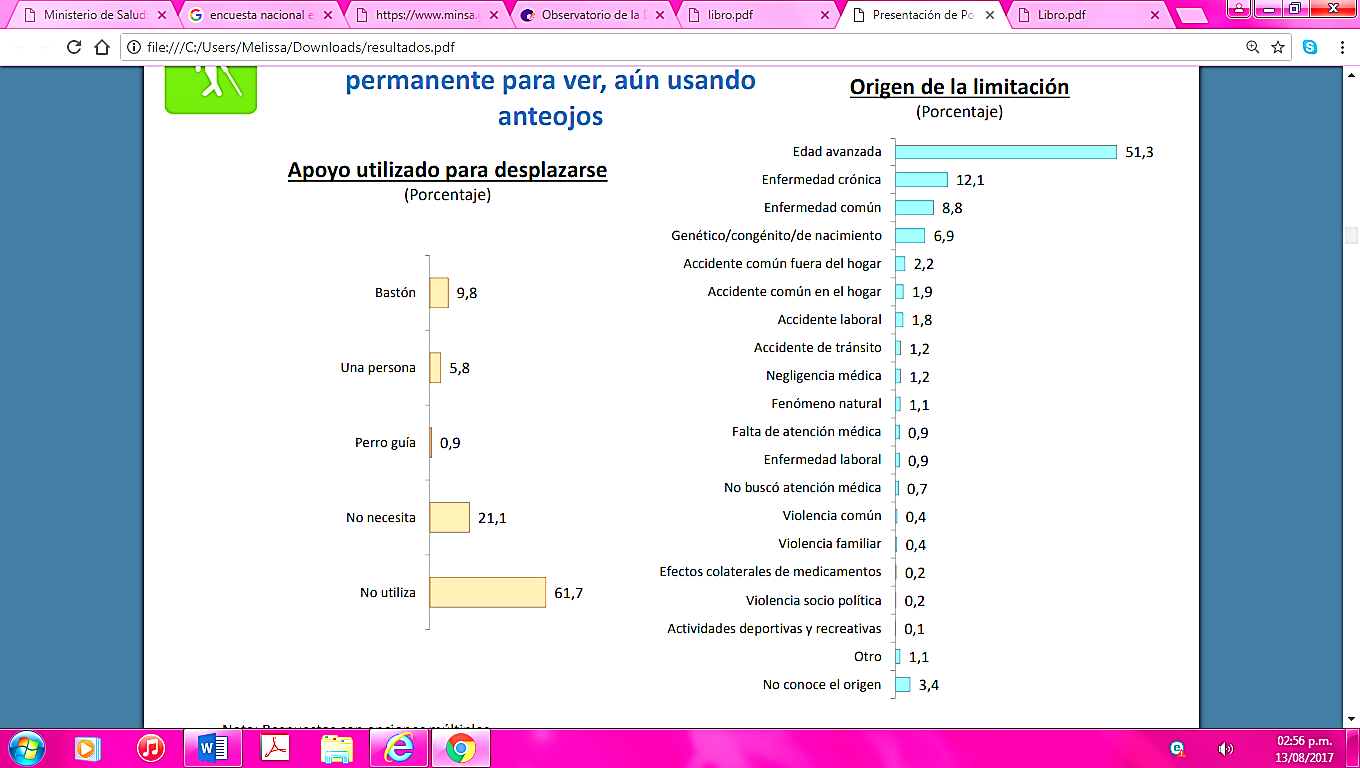
*Figura 7:* porcentajes de personas con discapacidad según nivel educativo. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

En cuanto al tipo de limitación relacionado con la FUNCIÓN VISUAL, se encontró que 801 mil personas presentan limitación visual estable. Asimismo, tomando en cuenta la severidad de la limitación, se evidenció que la categoría Moderada presenta el mayor porcentaje, seguidamente de la categoría Grave, Ligera y Ceguera Completa con el 4.0% (INEI, 2015)



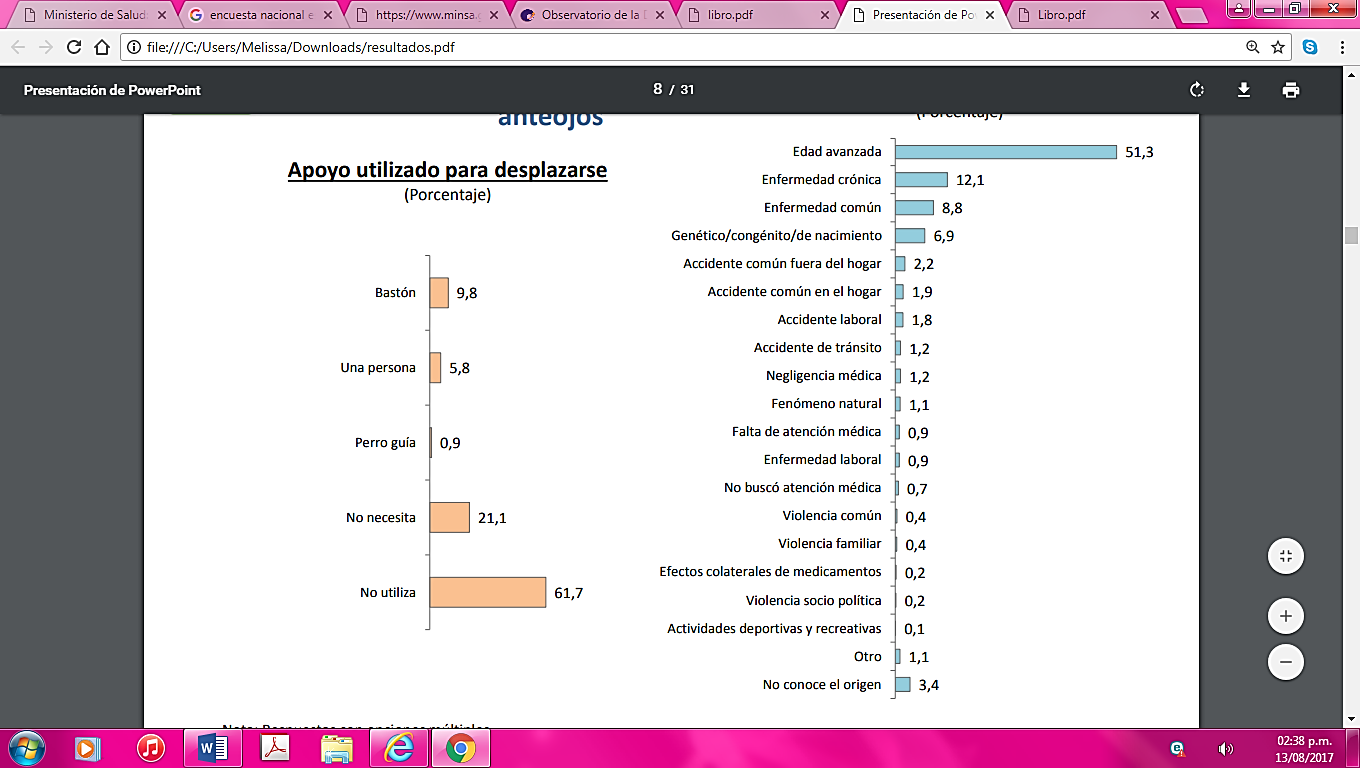
*Figura 8:* porcentajes según la severidad de la discapacidad visual presentada. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

Respecto al tipo de ayuda utilizado para poder movilizarse, se encontró que el 61.7% no utiliza ayuda alguna, el 21.1% no necesita, mientras que el 9.8% hace uso del bastón guía.



*Figura 9:* porcentajes del apoyo usado para el desplazamiento. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

Finalmente, en cuanto al origen de la limitación, el 51.3% refirió que es debido a la edad avanzada, el 12.1% debido a alguna enfermedad crónica, el 8.8% debido a una enfermedad común, el 6.9% fue congénito, mientras que el 3.4% desconoce el origen



*Figura 10:* porcentajes Del origen de la discapacidad visual. Por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

* 1. **DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS**
     1. **ANSIEDAD**

Spielberger (1980) manifiesta que la ansiedad es una reacción emocional desagradable, la cual es generada por estímulos externos que son considerados – por la persona – como amenazadores, produciendo de esta manera cambios a nivel fisiológico y conductual (Cisneros & Mantilla, 2016). Asimismo, Spielberger (1966, 1972, 1889; citado en Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo, 2012) refiere que previo a la definición de ansiedad, es fundamental hacer un esclarecimiento entre la ansiedad como un estado emocional y como rasgo de personalidad, es por ello que Spielberger (1972; citado en Ries et al, 2012) sostuvo que la ansiedad estado es de carácter fugaz, pudiéndose cambiar en el tiempo y que a su vez, presenta una mezcla de sentimientos de rigidez, miedo, temor, intranquilidad, desasosiego, acompañado también de cambios fisiológicos. Mientras que la ansiedad rasgo alude a aquellas disimilitudes individuales de estados ansiógenos invariables, a su vez, este tipo de ansiedad deberá de ser deducida tomando en cuenta la los estados ansiógenos reiterativos que experimenta, ya que, será poco probable que se ponga de manifiesta directamente en la conducta del sujeto (Ries et al, 2012); por lo tanto, aquellas personas que presente niveles elevados de ansiedad rasgo percibirán una mayor cantidad de situaciones como amenazantes.

* + 1. **RESILIENCIA**

El término resiliencia alude a la habilidad de los sujetos, para poder transformar exitosamente las adversidades que se presentan en la vida (Wagnild & Young, 1993; citadas en Salgado, 2012). Asimismo, la resiliencia es considerada como una característica positiva propia de la personalidad, que permite la adaptación de las personas y así, crecer y avanzar aun en condiciones desfavorables (Wagnild & Young, 1993; citadas en Salgado, 2005).

* + 1. **CEGUERA**

La ceguera es la pérdida total de las funciones visuales; es decir, de la agudeza y campo visual, la sensibilidad al contraste, así como la visión al color (López, 2004). Por lo tanto, se habla de personas con ceguera aludiendo a una minusvalía a nivel sensorial; ya que, no logran ver nada o, solamente presentan una ligera percepción de luz, siendo capaces de hacer una distinción entre luz y oscuridad, mas no de la forma de los objetos (Santana, 2013)

* + - 1. **Ceguera congénita:**

Alude a aquellas personas que desde su nacimiento carecen de la función visual y que por lo tanto, se han relacionado con el mundo exterior por medio de los otros sentidos. Las causas de la ceguera congénita pueden ser: prenatales, tales como infecciones intrauterinas (toxoplasmosis), desórdenes genéticos, entre otros; perinatales, tales como traumatismos en el nacimiento, prematuridad con complicaciones, etcétera y posnatales, ceguera después del nacimiento a causa de accidentes o infecciones como la meningitis (INTEF, 2012)

* + - 1. **Ceguera adquirida**

La ausencia visual se va instalando en el transcurso de vida de la persona; es decir, que habiendo nacido con la capacidad de poder ver, ésta se pierde, ya sea por diversos factores: golpes, accidentes, infecciones, contacto con químicos tóxicos, entre otros factores más (Santana, 2013).

**CAPÍTULO III**

**HIPÓTESIS Y VARIABLES**

* 1. **SUPUESTOS CIENTÍFICOS BÁSICOS**

Bauman & Yoder (1966; citados en Checa, Diaz, Pallero, 2003) refieren que las diversas reacciones que pueden manifestarse ante la ausencia visual, resulta muchas veces impredecible; ya que la persona invidente tiende a estar sometida – eventualmente – a intensas reacciones emocionales y a su vez, a problemas de ajuste en diversas áreas de su vida, las cuales pueden estar relacionadas con el entorno físico, social y por lo tanto, a los retos, amenazas y dificultades que éste le plantea (Checa, Diaz & Pallero, 2003)

Es por ello que autores como Lazarus, Beck y Meichenbaum, refieren que, aquellas personas que realizan una valoración situacional amenazante, surgirá en ellas una reacción ansiógena (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). De igual modo, Spielberger (1972; citado en Ferrando & Pallero, 1994) señala que ante situaciones amenazadoras, se generaría niveles elevados de ansiedad y por lo tanto, en palabras de Eysenck (1985; citado en Integración, 1996) afectarían negativamente la productividad de una persona.

Dentro de lo que se acaba de señalar previamente, Welsh & Blash (1987; citados en Ferrando & Pallero, 1994) consideran que la ceguera podría actuar como una amenaza, la cual podría condicionar y/o conllevar a estados de ansiedad; debido a las dificultades del mismo entorno, tales como las relacionadas con la movilidad, la interacción social, las oportunidades laborales escasas, entre otros más; además de que la visión brinda al ser humano el 80% de la información que recibimos del exterior.

Asimismo, Guinea (1994) refiere que, si la pérdida de la visión ocurre progresiva o bruscamente, en donde – evidentemente – ya se tienen instalados aspectos determinantes del desarrollo (lenguaje, movilidad, etc.) y por lo tanto, existe de por medio la interiorización de imágenes mentales de tipo visual; la situación de vulnerabilidad – de quien lo vivencia – para sufrir de ansiedad o depresión es aún mayor, debido a la ausencia de lo ya experimentado (función visual).

Sin embargo, Checa, Diaz & Pallero (2003) refieren que una manera de disminuir el efecto colateral de la ausencia visual es contando con los siguientes recursos:

* La de carácter psicológico, en donde se ve involucrado la autoimagen, la autoestima y por lo tanto, la percepción de autoeficacia y capacidad que tenga la persona de confiar que puede controlar y salir airoso de la nueva situación; de lo contrario – en ausencia de ello – se generarían niveles elevados de ansiedad en diversas situaciones que interferirían negativamente en el proceso de adquisición de habilidades, pudiendo generar sentimientos de inadecuación, desesperanza, indefensión, excesiva reactividad somática y abandono de la situación (Welsh & Blash, 1987; citados en Checa, Diaz & Pallero, 2003).
* Las diferentes habilidades que se imparten en los cursos de rehabilitación/habilitación en diversos centros de apoyo, con la finalidad de brindarles de herramientas para lograr una mayor independencia en todas las esferas de su vida.
  1. **SISTEMA DE HIPÓTESIS**

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad estado en personas con ceguera congénita y adquirida.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo en personas con ceguera congénita y adquirida.

H3: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de resiliencia en personas con ceguera congénita y adquirida.

H4: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de competencia personal en personas con ceguera congénita y adquirida.

H5: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de aceptación en personas con ceguera congénita y adquirida.

* 1. **VARIABLES DE ESTUDIO**

Dado que la presente investigación es de tipo comparativa, resulta factible identificar las variables de estudio, tal como se señala a continuación:

1. Variables de estudio: Ansiedad y resiliencia
2. Variables a controlar: personas con estudios superiores con ceguera congénita y adquirida.

**CAPITULO IV**

**MÉTODO**

* 1. **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es cuantitativo, no experimental, ya que las variables a estudiar no serán manipuladas deliberadamente; por el contrario, serán estudiadas en su contexto natural; asimismo, es de tipo transversal comparativo, debido a que los datos necesarios para el desarrollo de la investigación serán recopilados en un solo momento, para posteriormente realizar una comparación de las variables de estudio en personas con ceguera congénita y adquirida (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), con el fin de determinar perfiles de diferencia o semejanza.

Es así que en la presente investigación se podrá comparar las variables ansiedad, y resiliencia en dos grupos de personas con estudios superiores con ceguera congénita y adquirida.

(≠)

O1

O2

M1

O1\*\*

O2\*\*

M2

El diseño presenta el siguiente esquema:

M1: Personas con ceguera congénita

M2: Personas con ceguera adquirida

O1 y O1\*: Ansiedad

O2 y O2\*: Resiliencia

Donde M1 y M2 representan las muestras y O1 y O2 las variables a estudiar. Asimismo, O1 con O1\* y O2 y O2\* indicarían las posibles comparaciones entre los resultados – de diferencia (≠) – con las muestras seleccionadas una respecto a la otra.

* 1. **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Se tuvo como población un total de 160 personas que se encuentran cursando estudios superiores, tanto técnicos como universitarios. El total poblacional mencionado, se obtuvo de las siguientes instituciones: La Biblioteca Nacional del Perú, en donde 115 personas se encuentran inscritas en la sede de la Avenida Abancay (Sala de Invidentes Delfina Otero Villarán); Asociación “Yo Soy Sus Ojos” con un total de 23 personas inscritas, con ceguera total y baja visión; Asociación Damas Invidentes del Perú, con un total de 15 personas inscritas; Unión Nacional de Ciegos, con un total de 18 masoterapeutas; Asociación “La Casa de Bartimeo”, con un total de 35 estudiantes inscritos.

* 1. **MUESTRA DE INVESTIGACIÓN**

Para la presente investigación, la selección de la muestra será no probabilística intencional; puesto que, se refiere a un procedimiento de selección muestral orientado por las características de la investigación; además, los sujetos han sido seleccionados bajo criterios de inclusión (Fernández & Baptista, 2014) logrando así que la muestra esté conformada por un total de 100 personas, en donde 50 tienen el diagnóstico de ceguera congénita y 50 con ceguera adquirida de ambos géneros. Asimismo, sus edades oscilan entre los 20 hasta los 49 años.

* + 1. **Criterios de inclusión**
* Personas con estudios superiores entre los 20 y 49 años de edad (que estén cursando o hayan culminado sus estudios técnicos o universitarios).
* Diagnóstico: Ceguera congénita o adquirida.
* Sexo femenino y masculino
  + 1. **Criterios de exclusión**
* No estar entre los rangos de edades establecidos.
* Otro tipo de diagnóstico (Baja visión, por ejemplo)
* Estudiantes que tengan otro tipo de diagnóstico, adicional al de la discapacidad visual (problemas auditivos, por ejemplo).
  1. **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la presente investigación se han considerado dos instrumentos, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Hearther Young. A continuación se pasará a describir cada uno de ellos:

**INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)**

Spielberger, Gorsuch y Lushene construyeron el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) teniendo como propósito principal poder brindar una escala breve, además de confiable para poder medir rasgos (SXR) y estados ansiosos (SXE). En el año 1975 fue publicada la versión en español propuesta por Spielberger, Martínez, González, Natalicio y Díaz Guerrero, conjuntamente con un equipo de profesionales del área de la psicología pertenecientes a 10 países latinoamericanos, incluyendo Perú (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; citados en Torrejón, 2011)

El IDARE fue elaborado con un total de 40 ítems, divididos en dos escalas de autoevaluación:

* Ansiedad-Rasgo, con un total de 20 preguntas (7 directos y 13 inversos) cuyo objetivo fue responder a cómo – generalmente – se sienten las personas ante diversas situaciones de estrés ambiental.
* Ansiedad-Estado, también por 20 preguntas (10 directos y 10 inversos) siendo el objetivo, indicar cómo se sienten las personas ante situaciones específicas de presión situacional.

Es así que, los evaluados tendrán que responder a cada una de las afirmaciones mediante una escala de tipo Likert cuyas puntuaciones van del 1 a 4. En la escala A-Estado, las opciones para marcar son: 1=No en lo absoluto, 2=Un poco, 3=Bastante, 4=Mucho; mientras que en la escala A-Rasgo, son: 1=Casi nunca, 2= Algunas veces, 3=Frecuentemente, 4=Casi siempre (Torrejón, 2011). Finalmente, los puntajes obtenidos en ambas escalas, estarán en función de una mínima de 20 puntos y una máxima de 80 puntos. La prueba puede ser aplicada individual y colectivamente, y aunque inicialmente fue construida con la finalidad de investigar estados ansiosos en personas adultas dentro de la norma, es decir, carentes de problemas psiquiátricos, también se ha determinado su utilidad en la aplicación de estudiantes de secundaria, estudiantes de bachillerato y universitarios, así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975; citados en Torrejón, 2011). Finalmente, es imprescindible tener en cuenta que la administración deberá de ser para aquellas personas que cuenten con un nivel cultural mínimo, ya que será fundamental que comprendan las instrucciones y premisas. El tiempo de aplicación está entre los 15 y 20 minutos como máximo.

Finalmente, resulta imprescindible resaltar que aún no existe en Perú una validación – oficial al menos – del instrumento, en ningún tipo de población (ni general, ni universitaria), ya que en los estudios se toman en consideración la versión de Spielberger et. al (1971; citados en Anchante, 1993; Celis, et. al., 2001; Torrejón, 2011; citados en Domínguez, Villegas, Sotelo & Sotelo, 2012).

**Propiedades Psicométricas**

Con apoyo de los estudiantes de la Universidad Estatal de Florida, Spielberger en el año 1967 se propuso computar la confiabilidad de la prueba, logrando obtener así una muestra total de 233 hombres y 231 mujeres. Se encontró una variación entre .73 y .86 en cuanto a la confiabilidad test re-test en la escala ansiedad rasgo, lo cual significa que fue alta; entre tanto, los coeficientes de estabilidad para la escala ansiedad estado tienden a ser relativamente bajos, esto debido a que la escala fue elaborada para factores ver situacionales. Finalmente, ambas sub escalas de autoevaluación, es decir, A-Rasgo y A-Estado, su nivel de consistencia interna fue alta (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975; citados en Torrejón, 2011).

En lo que respecta a la validez, el IDARE fue revisado mediante un estudio de validez concurrente, para lo cual, se requirió la evaluación a estudiante universitarios y pacientes neuropsiquiátricos. El resultado obtenido fue coeficientes que oscilan desde los .52 hasta .83 entre la escala Ansiedad-Rasgo respecto a otras escalas de ansiedad (Escala de Ansiedad IPAT, Escala de Ansiedad Manifiesta e Inventario de Adjetivos de Afectos), es decir, se logró encontrar correlaciones positivas entre ambas escalas (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; citados en Pardo, 2010).

Para calcular la validez de la prueba, ésta fue correlacionada con otros inventarios de ansiedad, entre ellos la Escala de Ansiedad IPAT, la Escala de Ansiedad Manifiesta TMAS y la Lista de Adjetivos Afectivos de Zuckerman. Los resultados dieron una validez concurrente relativamente alta que varía desde .75 a .77. (Anchante, 1993; Avendaño, 1999; Rojas, 1997; Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975; citados en Torrejón, 2011).

En Perú, el IDARE ha sido empleado por diversos investigadores; es así que:

En un estudio realizado por Anchante (1993) cuya finalidad estuvo en correlacionar dos variables, Ansiedad Estado-Rasgo y Soporte Social en universitarios, por medio del estadístico Alfa de Cronbach encontró una consistencia interna de .92 para la escala de ansiedad-estado y .87 para ansiedad-rasgo. De igual forma, para todos los ítems se halló una correlación ítem-test significativamente alta, con excepción del ítem 14 de la escala ansiedad-rasgo.

Rojas (1997) en su afán por estudiar a personas portadoras de VIH, tomó en cuenta el constructo de Ansiedad, la Cólera y los Estilos de Afrontamiento, en donde gracias a un análisis psicométrico, encontró una correlación existente ítem test mayor a .20 y una consistencia interna, mediante el Alfa de Cronbach mayor a .70.

Asimismo, Pardo (2010) se propuso investigar si existen relaciones tomando en cuenta las seis dimensiones del bienestar psicológico y la ansiedad rasgo y ansiedad estado propuesta por Spielberger, todo ello con una muestra de estudiantes universitarios que se encuentran cursando un programa MBA de la escuela de negocios ubicada en Lima Metropolitana; es así que logró hallar la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado que la escala de ansiedad estado presenta .806 como índice de confiabilidad, mientras que la correlación ítem-test de todas las preguntas formuladas fueron adecuadas, excepcionalmente la pregunta número 8, ya que obtuvo una correlación ítem-test de .129. en lo que respecta a la escala de ansiedad rasgo, los resultados tuvieron un índice de confiabilidad de .857 y la correlación ítem-test de todos los ítems fue adecuada, excepcionalmente en el ítem 34 se encontró una correlación menor a la esperada, siendo esta de .132.

Por su parte Domínguez, Villegas, Sotelo & Sotelo (2012) analizaron las propiedades psicométricas del Inventario Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) cuya finalidad fue recaudar evidencias de la validez de la misma; para ello, la muestra recolectada fueron estudiantes universitarios, cuya casa de estudios se encuentra en Lima Metropolitana. Entre los resultados hallados por Domínguez, Villegas, Sotelo & Sotelo (2012) se encuentra que, la confiabilidad fue analizada por medio de la consistencia interna usando el método del Alpha de Cronbach, hallándose .908 para la sub escala SXE y un alfa inferior a .874 para la sub escala SXR. En lo que respecta a la consistencia interna global, cabe resalta que los índices de homogeneidad oscilaron entre .342 en Ansiedad Estado y entre .238 - .693 en Ansiedad Rasgo, lo cual indica la buena relación de los reactivos con el instrumento.

Por lo tanto, se concluyó que, en función a las evidencias obtenidas, es un instrumento válido y confiable para evaluar la ansiedad en población universitaria, dado que cuenta con las características psicométricas adecuadas (Domínguez, Villegas, Sotelo & Sotelo, 2012).

**ESCALA DE RESILIENCIA**

Álvarez (2011) refiere que Gail M. Wagnild y Heather M. Young fueron las creadoras de una escala cuya finalidad fue poder identificar los nivele de resiliencia, la cual es conceptualizada por la autoras como la capacidad de poder transformar airosamente las vicisitudes que eventualmente están latentes. Asimismo, la resiliencia es señalada por las autoras como una característica positiva de la personalidad, además, de ser un grupo de atributos individuales que permiten el crecimiento e inclusive, el poder seguir adelante pese a las vicisitudes presentadas (Vinaccia et al, 2012; citados en Salgado, 2012)

Los inicios de la Escala de Resiliencia (ER) fueron gracias a la narración y descripción manifestado por 24 féminas mayores, cuya nacionalidad fue estadounidenses, quienes pudieron salir adelante, pese a las adversidades que comenzaron a suscitarse en el transcurso de sus vidas (Salgado, 2012). Posteriormente, Wagnild y Young comenzaron a detallar y especificar la evolución de la elaboración de su escala, esto con la ayuda de una N total de 810 adultas que vivían en diversas comunidades. La Escala ER, puede también ser empleada en varones, pese a que la elaboración de la misma se inició con población femenina (Del Águila, 2003; citado en Salgado, 2012).

Salgado (2012) describe a La Escala de Resiliencia original, refiriendo que ésta constaba de un total de 25 preguntas, las cuales tendrían opciones en función al grado de acuerdo o desacuerdo. La escala fue diseñada para la evaluación de adolescentes y adultos, además ésta puede ser administrada individual o colectivamente, sin límite de tiempo, pero se estima un máximo de 25 minutos. Los ítems están redactados positivamente, y reflejan las manifestaciones hechas por los evaluados. Asimismo, la Escala de Resiliencia cuenta con dos factores:

* Factor I - Competencia personal: denota auto-confianza, individualización, autosuficiencia, determinación, poderío, perspicacia y tenacidad. Cuenta con un total de 17 ítems, entre ellos los números: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23 y 24 (Salgado, 2012).
* Factor II - Aceptación de uno mismo y de la vida: alude a la adaptabilidad, equilibrio, flexibilidad y una perspectiva de vida permanente que coincide con la aceptación por la vida, además de un sentimiento de paz. Cuenta con un total de 8 ítems: 7, 8, 11, 12, 16, 21, 22 y 25 (Salgado, 2012).

Asimismo, los dos factores toman en cuenta los siguientes componentes:

* Ecuanimidad, es la perspectiva de la vida y las experiencias, el poder esperar calmadamente (Salgado, 2012).
* Satisfacción personal, es decir, entender que la vida tiene un propósito, por lo tanto, hay una razón de esforzarse (Salgado, 2012).
* Sentirse bien solo, es llegar a entender que la vida de cada sujeto es única, entre tanto se comparten ciertas situaciones, mientras que otras deben de ser manejadas a solas; el sentirse bien otorga libertad, además de un significado de excepcionalidad (Salgado, 2012).
* Confianza en sí mismo, es la capacidad de creer en las propias capacidades; a su vez, es el poder depender de uno mismo, aceptando que existen fortalezas y limitaciones (Salgado, 2012).
* Perseverancia, es el poder perdurar pese a las vicisitudes presentadas, es la capacidad para poder seguir adelante, tomando en cuenta la autodisciplina para construir la propia vida (Salgado, 2012).

En la siguiente tabla se pueden observar los componentes de la resiliencia y los ítems que la conforman:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Tabla 2  *Componentes de la Escala de Resiliencia y sus respectivos ítems* | |
| Componentes de Resiliencia | Ítems |
| Ecuanimidad | 7, 8, 11 y 12 |
| Satisfacción Personal | 16, 21, 22 y 25 |
| Sentirse bien solo | 5, 3 y 19 |
| Confianza en sí mismo | 6, 9, 10, 13, 17, 18 y 24 |
| Perseverancia | 1, 2, 4, 14, 15, 20 y 23 |

En cuanto a la calificación, la ER está diseñada para ser medida por medio de una escala Likert que consta de 7 puntos, los cuales están divididos desde la puntuación 1, que implica un máximo desacuerdo, hasta la puntuación 7 que quiere decir un máximo de acuerdo; por lo tanto, si se obtiene puntajes mayoritarios, daría lugar a una mayor resiliencia (Salgado, 2012).

Wagnild y Young (1993; citadas en Álvarez, 2011) asignan los siguientes criterios a cada valor de la escala 1, siempre estoy en desacuerdo; 2, casi siempre estoy en desacuerdo; 3, a veces estoy en desacuerdo; 4, ni en desacuerdo ni de acuerdo; 5, a veces estoy de acuerdo; 6, casi siempre estoy de acuerdo y, 7 es siempre estoy de acuerdo.

Finalmente, Rodríguez et al. (2009; Citados en Salgado, 2012) refieren que para hallar el puntaje total, se deberá hacer la sumatoria de los puntajes de la escala, cuyos valores teóricos van desde 25 a 175, en donde, los puntajes que estén por encima de 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146, moderada resiliencia; y valores menores a 121, escasa resiliencia

**Propiedades Psicométricas**

Wagnild & Young (1993; citados en Salgado, 2012) en función a aquellos constructos que están vinculados con la resiliencia – tales como la depresión, la satisfacción por la vida, la moral y la salud – logró hallar la validez concurrente en función a las altas correlaciones de las mismas; a su vez, usando los puntajes de los constructos de autoestima y estrés, la escala de resiliencia también pudo ser verificada al establecer correlaciones.

Novella (2002; citado en Salgado, 2012) refiere que se emplearon métodos – para hallar la validez de constructo de la ER – en función a los componentes fundamentales, una rotación Oblimin, una normalización Kaiser que verificó 5 componentes y un Scree Plot que halló 2 factores, los cuales fueron denominados por Wagnild & Young (1993; citadas en Salgado, 2012) como competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida.

Asimismo, Wagnild y Young (Jaramillo et al., 2005; citados en Salgado, 2012) hallaron un valor de 0.94 concerniente a la consistencia interna respecto a la escala global, mientras que el Factor I, obtuvo un valor de 0.91 y de 0.81 para el Factor II.

Wagnild y Young (1993; citadas en Salgado, 2012) refieren que en otros estudios realizados – respecto a la consistencia interna – se obtuvo un alfa de 0.85, cuya muestra fueron personas dedicadas al cuidado de personas con Alzheimer; otro alfa hallado fue de 0.86 y 0.85 en dos muestras de féminas graduadas y de 0.90 en madres que son primerizas en el post parto.

Mundialmente, Skehill (2001; citado en Salgado, 2012) que en otros estudios realizados la validez concurrente pudo ser corroborada mediante significativas correlaciones entre la escala de resiliencia y otros constructos con los que tiene vínculo, tales como la moral, el estrés, la autoestima y la depresión.

No obstante, Ospina (2007; citado en Salgado, 2012) manifiesta que la escala de resiliencia muestra una correlación elevada con aquellas escalas que miden la satisfacción con la vida, la moralidad y la depresión.

Por su parte, Del Águila (2003; citado en Salgado, 2012) en cooperación con una N de 300 alumnos de los dos últimos años de secundaria (4to y 5to) y tomando en cuenta los niveles socioeconómicos alto, medio y bajo, se propuso hallar la validez, al confiabilidad y los percentiles de la escala de resiliencia; a su vez, mediante la correlación ítem-test y el coeficiente producto-momento de Pearson, efectuó la validez de contenido, logrando encontrar que los ítems redactados sí medían el constructo propuesto, resiliencia.

Respecto a otros estudios realizados en Perú, Novella (2002; citado en Salgado, 2012) se propuso hallar las propiedades psicométricas de la escala de resiliencia, para ello, trabajó con una N de 342 escolares de los últimos años de educación secundaria (3ero, 4to y 5to); es así que, mediante el método de Scree Plot halló el análisis factorial de los ítems, encontrando de esta manera dos factores, en donde el primer factor estaba compuesto por 20 reactivos, mientras que el segundo por 5, los cuales dieron a entender el 45.06% de la varianza. A su vez, el estudio de validez determinó que los componentes se interrelacionan entre sí, dando lugar al constructo a medir (resiliencia).

Asimismo, Novela (2002; citado en Salgado, 2012) halló la confiabilidad de la escala global, encontrando un alfa de cronbach de 0.88 mediante el método de consistencia. De igual manera, halló la consistencia interna de cada componente presente en la escala, obteniendo como resultado la confiabilidad de los mismos y que además, podrían estudiarse independientemente.

Por otro lado, tomando en cuenta el estudio realizado por Álvarez (2011; citado en Salgado, 2012) quien en México queriendo investigar la ingesta de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes, efectuó una adaptación de la escala total de resiliencia. Asimismo, la escala de resiliencia no solamente ha sido adaptada a otras muestras, sino que también se efectuaron versiones más reducidas, entre ellas está la realizada por Aroian, Schappler-Morris, Neary, Spitzer & Tran (1997; citados en Salgado, 2012) quienes elaboraron una versión compuesta por 12 ítems, en una muestra de 450 inmigrantes, obteniendo como resultado validez y confiabilidad de la misma.

Por último, otra de las versiones de la escala de resiliencia reducida, fue elaborada por Daisuke, Ritei, Maki y Yutaka (2010; citados en Salgadi, 2012) cuya escala estuvo compuesta por 14 ítems y evaluada en una muestra de 430 universitarios de las carreras de enfermería y psicología; los resultados que obtuvieron fueron satisfactorios en cuanto a la consistencia interna, fiabilidad test-retest; sin embargo, la validez concurrente fue relativamente baja.

**Adaptación de la Escala**

Salgado (2012) en su afán por querer efectuar un estudio transcultural en los países de Bolivia, Republica Dominicana, Argentina y Perú, fue necesario que adaptara la escala de resiliencia en los países evaluados, todo ello con el propósito de llevar adecuadamente el procedimiento metodológico requerido para dicha investigación. Para empezar con el proceso de construcción de la nueva versión de la ER, tomó 16 (1,2,5,6,8,9,10,12,13,14,15,16,17,20,23,25) ítems de la versión adapta por Novella en Perú (2002; citado en Salgado, 2012) quien además, tradujo la escala de resiliencia del inglés al castellano y que gracias al criterio de 10 jueces, pudo hallar la conformidad de la misma. Asimismo, Salgad0 (2012) tomó 9 ítems de la versión argentina de Rodríguez et al. (2009; Citado en Salgado, 2012), la cual fue traducida al idioma español por personas calificadas para ello, a su vez, dicha traducción estuvo supervisada por especialistas en lengua inglesa y española (Salgado, 2012)

A su vez, Salgado (2012) decidió modificar algunos ítems seleccionados, los cuales fueron respaldados por las sugerencias de las cuatro juezas pertenecientes a los cuatro países, así como del criterio de la autora como representante de nuestro país. Entre las modificaciones efectuadas, se hizo una nueva adaptación en cuanto a las instrucciones de las escala, las alternativas de respuesta (eliminándose la columna de respuesta “Ni en desacuerdo ni de acuerdo”, ya que en esta escala, a mayor puntaje se considera que existe mayor nivel de resiliencia, es decir, personas que no se decidían por una posición bien definida, se le otorgaba más puntaje, es decir, la ambigüedad o falta de posicionamiento no indica nada de la resiliencia y por tanto no se debe puntuar, por tal razón se eliminó dicha alternativa), ejemplos de preguntas referenciales, algunos ítems del Factor de Competencia Personal, mientras que en el Factor de Aceptación de uno mismo y de la vida no se realizó ningún cambio (Salgado, 2012)

Finalmente, resultar imprescindible señalar que Salgado (2012) decidió necesario eliminar cinco ítems (ítems 7, 11, 20, 22 y 25) que no alcanzaron el valor de 0.20, pues no contribuían a la validez de la escala ni a su homogeneidad. La versión adaptada por Salgado, quedó conformada por un total de 20 ítems válidos para los cuatro países evaluados, en donde además, la enumeración – evidentemente – ha variado, esto debido a la eliminación de los ítems mencionados, los que a su vez se encuentran ubicados indistintamente en los diferentes factores y componentes:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla3 |  |  | |  |
| *Factores y componentes de la Escala de Resiliencia y sus respectivos ítems (versión adaptada)* | | | | |
|
| Factores | Ítems | | Componentes | Ítems |
| Factor I | 7, 10, 14, 18 | | Ecuanimidad | 7,10,11 |
| Satisfacción personal | 14,18 |
| Factor II | 1,2,3,4,5,6,8,9,11,12,13,15,16,17,19,20 | | Sentirse bien solo | 3,5,17 |
| Confianza en sí mismo | 6,8,9,16,20 |
| Perseverancia | 1,2,4,12,13,15,19 |

Finalmente, la versión final como resultado del proceso de adaptación cultural fue sometida nuevamente a la evaluación de parte de las juezas, recibiendo un acuerdo unánime.

**Validez (Análisis de la Dimensionalidad)**

La medida de adecuación del muestreo de KMO obtuvo un valor de 0.846 el cual es superior a 0.5. Respecto a la prueba de esfericidad de Bartlett, se obtuvo un valor de 791,221 (p<.000). Lo cual resulta satisfactorio para proceder a aplicar el análisis factorial.

Se utilizó el Análisis Factorial exploratorio mediante el método de extracción de componentes principales con rotación varimax y valores eigen mayores a 1.5. Como se puede observar en la tabla 3, se encontraron dos factores donde el primer componente tiene una varianza explicada de 41.921% y el segundo componente una varianza explicada de 8.812%, sumando ambos una varianza acumulada de 50.733% lo cual evidencia su validez.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tabla 4 |  |  |  |
| *Análisis Factorial de la Escala de Resiliencia en Perú* | | | |
|  | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | |
| Componentes | Total | % de la varianza | % acumulado |
|
| 1 | 8.384 | 41.921 | 41.921 |
| 2 | 1.762 | 8.812 | 50.733 |

**Confiabilidad**

La confiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.92, lo cual permite señalar que el instrumento es confiable.

* 1. **PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. Coordinación con la Colaboradora

Se seleccionó una colaboradora, con la finalidad de garantizar y acelerar la aplicación de los instrumentos, tomando en cuenta criterios éticos, tales como:

* Profesional Bachiller o con estudios concluidos en el campo de la Psicología.
* Habilidad para mantener una comunicación fluida.
* Que tenga experiencia en el trabajo con personas con ceguera.
* Que tenga experiencia en el manejo de aplicación de pruebas.
* Que tengan una escala adecuada de valores éticos que garanticen la honestidad en el manejo de la información.

1. Coordinación con las Instituciones (Biblioteca Nacional del Perú)

Gracias al apoyo de un contacto que labora dentro de la Biblioteca Nacional del Perú, específicamente en la sala de invidentes, se logró acceder con mayor facilidad a sus instalaciones para realizar las respectivas evaluaciones a las personas inscritas, previo a ello, se le comentó a la encargada de la sala de invidentes la finalidad de dichas evaluaciones.

1. Consentimiento Informado

Para la aplicación del consentimiento informado, éste primero fue adaptado al Braille, en donde se les invita a los estudiantes a participar, explicándoles de manera sencilla y comprensible el objetivo de la investigación verbalmente y por escrito.

Asimismo, se les reiteró que su participación era totalmente voluntaria, que los datos iban a ser manejados respetando el principio de confidencialidad y que a su vez, estaba disponible para aclarar las dudas que pudieran surgir, así mismo se les señaló que aquellos que estuvieran de acuerdo con la naturaleza del estudio y les interesara participar podían proceder a firmar y/o poner su huella en el Consentimiento Informado. Finalmente, se les indicó que aunque ya hubieran empezado a responder los instrumentos, si alguien deseaba retirarse, podía hacerlo sin recibir ningún tipo de sanción por ello.

1. Aplicación de los Instrumentos

Para la aplicación de los instrumentos, se planteó dos modalidades:

La primera modalidad fue la adaptación de ambos Test a la lectura Braille, sacando 10 adaptaciones por Test, con la finalidad de que las evaluadoras cuenten con sus propios materiales.

La segunda modalidad fue realizada de manera verbal; es decir, la evaluadora le leía las preguntas y sus respectivas alternativas al participante y éste tenía que responder. Para evitar respuestas guiadas por la deseabilidad social, previamente se estableció un adecuado rapport con el evaluado.

Como ya se señaló previamente, la colaborada fue elegida tomando en cuenta su experiencia en el trabajo con personas con ceguera, además de que cuente con las habilidades necesarias para la aplicación de los instrumentos.

La colaboradora, cuyo nombre se mantendrá en anonimato, se encargó de apoyar en la aplicación de los instrumentos en los días y horarios acordados con la autora del presente estudio. La aplicación de los instrumentos fue de manera individual dada las condiciones del ambiente de evaluación (BNP) y de las características de los evaluados (ceguera) quienes tienden a estar a la defensiva.

Previamente a la aplicación de las pruebas, se realizó una breve presentación para solicitar el apoyo del participante en la investigación, una vez que haya accedido, se prosiguió primero a entregarles el consentimiento informado (VER ANEXO) y a explicarles en qué consisten las pruebas que responderán y la manera de trabajo en el transcurso de las mismas (la prueba que se aplicará primero, las dudas que se susciten, etc.). asimismo, se indicó que se les iba a entregar el primer protocolo (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) y que debían elegir la modalidad que más prefieran; es decir, en lectura Braille o de manera verbal (leído por la evaluadora), además se les solicitó responder a preguntas relacionadas a sus datos personales (distrito donde vive, grado de instrucción, edad y diagnóstico de la ceguera, es decir, congénita o adquirida), posteriormente se indicó que el primer protocolo consta de 20 ítems, los cuales puede ir leyendo e ir dictando sus respuestas a la evaluadora (en el caso de los que eligieron lectura braille), quien las irá anotando en la hoja de respuesta. Una vez terminada la primera prueba, con un tiempo de duración limitada (15 minutos) se indicó que se procederá a entregarle el último Test (Escala de Resiliencia) que consta de 20 preguntas, el procedimiento a seguir fue el mismo.

**4.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para el tratamiento de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS Statistics versión 21 para el análisis correspondiente, y será a través de los puntajes directos. Asimismo, para el análisis de los datos, se aplicó las pruebas de Kolmogorov-Smirnov para la muestra total (Nº100) y Shapiro Wilk para la muestra dividida por la naturaleza de la ceguera (ceguera congénita = 50 y ceguera adquirida = 50) con la finalidad de determinar si la distribución de las variables en estudio difieren o no de una distribución normal, por lo que se concluyó emplear pruebas no paramétricas para el contraste de las hipótesis.

**CAPITULO V**

**RESULTADOS**

* 1. **PRESENTACIÓN DE DATOS GENERALES**

En las tablas 5, 6 y 7 se muestran las frecuencias de las variables sexo, situación laboral y grado de instrucción respectivamente, agrupando por la naturaleza de la ceguera (congénita y adquirida) en cada caso.

Tabla 5

*Frecuencias. Naturaleza de la ceguera y sexo.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naturaleza de la ceguera | Mujeres | Hombres |
| Congénita | 25 | 25 |
| Adquirida | 16 | 34 |
| Total | 41 | 59 |

Tabla 6

*Frecuencias. Naturaleza de la ceguera y situación laboral.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naturaleza de la ceguera | Desempleo | Empleo no relacionado a sus estudios | Empleo relacionado a sus estudios |
| Congénita | 11 | 12 | 27 |
| Adquirida | 11 | 16 | 23 |
| Total | 22 | 28 | 50 |

Tabla 7

*Frecuencias. Naturaleza de la ceguera y grado de instrucción.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naturaleza de la ceguera | Estudios superiores en curso | Técnico (Titulado) | Universitario (Bachiller) | Universitario (Titulado) |
| Congénita | 9 | 15 | 11 | 15 |
| Adquirida | 11 | 18 | 8 | 13 |
| Total | 20 | 33 | 19 | 28 |

La tabla 8 muestra los estadísticos descriptivos de las escalas psicológicas para la muestra total.

Tabla 8

*Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas (n=100)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Media (M) | Niveles | Desviación Estándar (DE) | Varianza (V) |
| Ansiedad estado | 43.88 | Moderado | 7.303 | 53.339 |
| Ansiedad rasgo | 45.60 | Alto | 7.728 | 59.717 |
| Resiliencia | 97.61 | Medio | 13.482 | 181.776 |
| Competencia personal | 77.52 | Medio | 10.841 | 117.525 |
| Aceptación de sí mismo | 20.07 | Medio | 3.282 | 10.773 |

Las tablas 9, 10, 11 y 12 muestran los estadísticos descriptivos de las escalas psicológicas de la muestra total, pero dividida: por sexo, situación laboral, grado de instrucción y naturaleza de la ceguera, respectivamente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Descriptivos. Puntajes de las escalas psicológicas. Muestra dividida por sexo* | | | | | | | | | |
|  | Mujeres (n=41) | | | |  | Hombres (n=59) | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad Estado | 42.34 | Moderada | 7.20 | 51.78 |  | 44.95 | Moderada | 7.25 | 52.50 |
|  |
| Ansiedad Rasgo | 45.32 | Alta | 8.76 | 76.72 |  | 45.80 | Alta | 6.99 | 48.92 |
|  |
| Resiliencia | 97.98 | Medio | 12.95 | 167.62 |  | 97.36 | Medio | 13.95 | 194.51 |
|  |
| Competencia personal | 77.88 | Medio | 10.40 | 108.11 |  | 77.27 | Medio | 11.22 | 125.9 |
|  |
| Aceptación de sí mismo | 20.07 | Medio | 3.30 | 10.87 |  | 20.07 | Medio | 3.30 | 10.89 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la situación laboral.* | | | | | | |
|
|  |  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| Desempleo (n=22) | M | 41.14 | 43.95 | 95.73 | 76.55 | 19.18 |
| Niveles | Moderada | Moderada | Medio | Bajo | Medio |
| DE | 8.99 | 10.36 | 14.83 | 12.41 | 3.65 |
| V | 80.89 | 107.28 | 220.02 | 153.97 | 13.3 |
|  |  |  |  |  |  |
| Empleo no relacionado a sus estudios (n=28) | M | 44.50 | 45.21 | 100.29 | 79.50 | 20.61 |
| Niveles | Moderada | Alta | Medio | Medio | Medio |
| DE | 6.76 | 6.30 | 12.28 | 9.60 | 2.95 |
| V | 45.67 | 39.66 | 150.88 | 92.11 | 8.69 |
|  |  |  |  |  |  |
| Empleo relacionado a sus estudios (n=50) | M | 44.74 | 46.54 | 96.94 | 76.84 | 20.16 |
| Niveles | Moderada | Alta | Medio | Bajo | Medio |
| DE | 6.60 | 7.11 | 13.55 | 10.84 | 3.28 |
| V | 43.58 | 50.62 | 183.69 | 117.57 | 10.75 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 11 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según el grado de instrucción.* | | | | | | |
|
|  |  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| Estudios superiores en curso (n=20) | M | 44.10 | 45.20 | 99.90 | 79.00 | 21.25 |
| Niveles | Moderada | Alta | Medio | Medio | Medio |
| DE | 6.27 | 6.32 | 16.11 | 13.46 | 3.31 |
| V | 39.36 | 39.96 | 259.46 | 181.05 | 10.93 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Técnico (titulado) (n=33) | M | 45.48 | 46.48 | 96.45 | 76.52 | 19.94 |
| Niveles | Alta | Alta | Medio | Bajo | Medio |
| DE | 6.12 | 5.46 | 12.65 | 9.73 | 3.37 |
| V | 37.51 | 29.76 | 160.07 | 94.70 | 11.37 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Universitario (Bachiller) (n=19) | M | 43.05 | 45.47 | 99.37 | 79.74 | 19.63 |
| Niveles | Moderada | Alta | Medio | Medio | Medio |
| DE | 7.33 | 9.01 | 14.29 | 11.20 | 3.45 |
| V | 53.72 | 81.26 | 204.25 | 125.43 | 11.91 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Universitario (titulado) (n=28) | M | 42.39 | 44.93 | 96.14 | 76.14 | 19.68 |
| Niveles | Moderada | Moderada | Medio | Bajo | Medio |
| DE | 9.04 | 9.99 | 12.17 | 9.97 | 3.01 |
| V | 81.65 | 99.85 | 148.13 | 99.39 | 9.04 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera.* | | | | | | | | | |
|
|  | C. Congénita (n=50) | | | |  | C. Adquirida (n=50) | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 45.80 | Alta | 5.368 | 28.816 |  | 41.96 | Moderada | 8.451 | 71.427 |
|  |
| Ansiedad rasgo | 47.14 | Alta | 6.952 | 48.327 |  | 44.06 | Moderada | 8.215 | 67.486 |
|  |
| Resiliencia | 98.58 | Medio | 13.444 | 180.738 |  | 96.64 | Medio | 14.587 | 184.602 |
|  |
| Competencia personal | 78.16 | Medio | 10.613 | 112.627 |  | 76.88 | Bajo | 11.135 | 123.985 |
|  |
| Aceptación de sí mismo | 20.20 | Medio | 3.435 | 11.796 |  | 19.94 | Medio | 3.152 | 9.935 |
|  |

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO ADICIONAL**

Las tablas 12.1a y 12.1b, muestran los estadísticos descriptivos de las escalas psicológicas en grupos de dos características simultáneas: naturaleza de la ceguera (congénita y adquirida) y sexo (mujeres y hombres).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 12.1a |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en mujeres (n=41)* | | | | | | | | | |
|
|  | C. Congénita (n=25) | | | |  | C. Adquirida (n=16) | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 45.52 | Alta | 4.65 | 21.59 |  | 37.38 | Moderada | 7.77 | 60.38 |
| Ansiedad rasgo | 46.56 | Alta | 7.24 | 52.42 |  | 43.38 | Moderada | 10.68 | 114.12 |
| Resiliencia | 100.68 | Medio | 12.67 | 160.56 |  | 93.75 | Bajo | 12.60 | 158.87 |
| Competencia personal | 79.68 | Bajo | 10.55 | 111.31 |  | 75.06 | Bajo | 9.81 | 96.33 |
| Aceptación de sí mismo | 20.96 | Medio | 2.91 | 8.46 |  | 18.69 | Bajo | 3.48 | 12.10 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 12.1b |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en hombres (n=59)* | | | | | | | | | |
|
|  | C. Congénita (n=25) | | | |  | C. Adquirida (n=34) | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 46.08 | Alta | 6.09 | 37.08 |  | 44.12 | Moderada | 7.98 | 63.62 |
| Ansiedad rasgo | 47.72 | Alta | 6.75 | 45.54 |  | 44.38 | Moderada | 6.93 | 48.00 |
| Resiliencia | 96.48 | Medio | 14.12 | 199.26 |  | 98.00 | Medio | 14.00 | 195.94 |
| Competencia personal | 76.64 | Bajo | 10.67 | 113.82 |  | 77.74 | Medio | 11.75 | 137.96 |
| Aceptación de sí mismo | 19.44 | Medio | 3.80 | 14.42 |  | 20.53 | Medio | 2.85 | 8.14 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tabla 12.2a |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas desempleadas.* | | | | | | | | | |
|
|  | C. Congénita (n=11) | | | |  | C. Adquirida (n=11) | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 46.27 | Alta | 6.60 | 43.62 |  | 36.00 | Moderada | 8.26 | 68.20 |
| Ansiedad rasgo | 48.73 | Alta | 7.25 | 52.62 |  | 39.18 | Moderada | 11.07 | 122.56 |
| Resiliencia | 95.82 | Medio | 17.49 | 305.96 |  | 95.64 | Medio | 12.49 | 156.05 |
| Competencia personal | 76.91 | Bajo | 14.05 | 197.29 |  | 76.18 | Bajo | 11.21 | 125.76 |
| Aceptación de sí mismo | 18.91 | Bajo | 3.94 | 15.49 |  | 19.45 | Medio | 3.50 | 12.27 |

Las tablas 12.2a, 12.2b y 12.3c, muestran los estadísticos descriptivos de las escalas psicológicas en grupos de dos características simultáneas: naturaleza de la ceguera (congénita y adquirida) y situación laboral (desempleados, empleo NO relacionado a sus estudios y empleo relacionado a sus estudios).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 12.2b |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con empleo no relacionado a sus estudios.* | | | | | | | | | |
|
|
|  | C. Congénita (n=12) | | | |  | C. Adquirida (n=16) | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 46.08 | Alta | 3.48 | 12.08 |  | 43.31 | Moderada | 8.36 | 69.83 |
| Ansiedad rasgo | 43.92 | Moderada | 6.84 | 46.81 |  | 46.19 | Alta | 5.89 | 34.70 |
| Resiliencia | 105.67 | Alta | 11.10 | 123.15 |  | 96.25 | Medio | 11.86 | 140.73 |
| Competencia personal | 83.83 | Medio | 7.85 | 61.61 |  | 76.25 | Bajo | 9.71 | 94.33 |
| Aceptación de sí mismo | 21.00 | Medio | 3.41 | 11.64 |  | 20.31 | Medio | 2.63 | 6.90 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 12.2c |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con empleo relacionado a sus estudios.* | | | | | | | | | |
|
|
|  | C. Congénita (n=27) | | | |  | C. Adquirida (n=23) | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 45.48 | Alta | 5.67 | 32.18 |  | 43.87 | Moderado | 7.59 | 57.57 |
| Ansiedad rasgo | 47.93 | Alta | 6.67 | 44.53 |  | 44.91 | Moderado | 7.42 | 54.99 |
| Resiliencia | 96.56 | Medio | 11.84 | 140.18 |  | 97.39 | Medio | 15.59 | 243.07 |
| Competencia personal | 76.15 | Bajo | 9.52 | 90.59 |  | 77.65 | Medio | 12.39 | 153.51 |
| Aceptación de sí mismo | 20.37 | Medio | 3.21 | 10.32 |  | 19.91 | Medio | 3.41 | 11.63 |

Las tablas 12.3a, 12.3b, 12.3c y 12.3d, muestran los estadísticos descriptivos de las escalas psicológicas en grupos de dos características simultáneas: naturaleza de la ceguera (congénita y adquirida) y grado de instrucción (estudios en curso, título técnico, grado de Bachiller y título universitario).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 12.3a |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con estudios en curso.* | | | | | | | | | | |
|
|  | C. Congénita (n=9) | | | |  | C. Adquirida (n=11) | | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 43.78 | Moderado | 4.684 | 21.944 |  | 44.36 | Moderado | 7.553 | 57.055 |
| Ansiedad rasgo | 46.22 | Alta | 7.225 | 52.194 |  | 44.36 | Moderado | 5.697 | 32.455 |
| Resiliencia | 99.89 | Moderado | 15.520 | 240.86 |  | 99.91 | Medio | 17.33 | 300.29 |
| Competencia personal | 78.67 | Medio | 12.698 | 161.25 |  | 79.27 | Medio | 14.66 | 214.82 |
| Aceptación de sí mismo | 21.22 | Medio | 3.420 | 11.694 |  | 21.27 | Medio | 3.379 | 11.418 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 12.3b |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con título técnico.* | | | | | | | | | |
|
|  | C. Congénita (n=15) | | | |  | C. Adquirida (n=18) | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 45.87 | Alta | 4.121 | 16.98 |  | 45.17 | Alta | 7.509 | 56.38 |
| Ansiedad rasgo | 46.07 | Alta | 6.029 | 36.35 |  | 46.83 | Alta | 5.079 | 25.79 |
| Resiliencia | 99.20 | Moderado | 12.81 | 164.17 |  | 94.17 | Bajo | 12.41 | 153.91 |
| Competencia personal | 78.87 | Moderado | 9.76 | 95.27 |  | 74.56 | Bajo | 9.532 | 90.85 |
| Aceptación de sí mismo | 20.27 | Medio | 3.654 | 13.35 |  | 19.67 | Medio | 3.199 | 10.24 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 12.3c |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con grado de Bachiller.* | | | | | | | | | | |
|
|  | C. Congénita (n=11) | | | |  | C. Adquirida (n=8) | | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 45.27 | Alta | 6.34 | 40.22 |  | 40.00 | Moderada | 7.89 | 62.29 |
| Ansiedad rasgo | 47.27 | Alta | 8.90 | 79.22 |  | 43.00 | Moderada | 9.15 | 83.71 |
| Resiliencia | 98.91 | Medio | 14.60 | 213.09 |  | 100.00 | Alto | 14.83 | 220.00 |
| Competencia personal | 79.55 | Medio | 11.26 | 126.87 |  | 80.00 | Medio | 11.88 | 141.14 |
| Aceptación de sí mismo | 19.36 | Medio | 3.59 | 12.86 |  | 20.00 | Medio | 3.46 | 12.00 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 12.3d |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Estadísticos descriptivos de los puntajes de las escalas psicológicas de la muestra dividida según la naturaleza de la ceguera en personas con título universitario.* | | | | | | | | | |
|
|  | C. Congénita (n=15) | | | |  | C. Adquirida (n=13) | | | |
|  | M | Niveles | DE | V |  | M | Niveles | DE | V |
| Ansiedad estado | 47.33 | Alta | 6.10 | 37.24 |  | 36.69 | Moderada | 8.64 | 74.56 |
| Ansiedad rasgo | 48.67 | Alta | 6.49 | 42.10 |  | 40.62 | Moderada | 11.74 | 137.92 |
| Resiliencia | 96.93 | Medio | 13.19 | 174.07 |  | 95.23 | Medio | 11.34 | 128.53 |
| Competencia personal | 76.13 | Bajo | 10.47 | 109.55 |  | 76.15 | Bajo | 9.79 | 95.81 |
| Aceptación de sí mismo | 20.13 | Medio | 3.29 | 10.84 |  | 19.15 | Medio | 2.67 | 7.14 |

Las tablas 13 y 14 muestran las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk para determinar si la muestra completa y dividida por la naturaleza de la ceguera respectivamente, siguen una distribución normal. Aquí se aprecia la ausencia de distribución normal en algunas de las escalas, por lo que se procedió a utilizar pruebas no paramétricas para los contrastes de hipótesis.

Tabla 13

*Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los puntajes directos de las escalas psicológicas para la muestra total.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Estadístico | Sig. |
| Ansiedad estado | .097 | .022 |
| Ansiedad rasgo | .086 | .066 |
| Resiliencia | .087 | .059 |
| Competencia personal | .085 | .071 |
| Aceptación de sí mismo | .132 | .000 |

Tabla 14

*Prueba de normalidad Shapiro-Wilk de los puntajes directos de las escalas psicológicas de la muestra divida por naturaleza de la ceguera.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | C. Congénita (n=50) | |  | C. Adquirida (n=50) | |
|  | Estadístico | Sig. |  | Estadístico | Sig. |
| Ansiedad estado | .959 | .083 |  | .973 | .299 |
| Ansiedad rasgo | .964 | .130 |  | .938 | .011 |
| Resiliencia | .955 | .054 |  | .964 | .137 |
| Competencia personal | .965 | .143 |  | .968 | .184 |
| Aceptación de sí mismo | .900 | .000 |  | .933 | .007 |

* 1. **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

La tabla 15,muestra la comparación de los puntajes de las diferentes escalas psicológicas según la naturaleza de la ceguera. Asimismo, se observa que sólo se encontró diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Ansiedad-Estado en función a la naturaleza de la ceguera, siendo mayor en las personas con ceguera congénita (ver tabla 12), a su vez, vale señalar que no se encontraron diferencias en las demás comparaciones; por lo tanto, del sistema de hipótesis planteado, se acepta la H1, mientras que H2, H3, H4 y H5 se rechazan.

Tabla 15

*Prueba U de Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida (n=100).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 895.5 | 1063.5 | 1117 | 1132 | 1163.5 |
| Sig. | .014 | .198 | .359 | .416 | .548 |

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO ADICIONAL**

Las tablas 15.1a y 15.1b muestran la comparación de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera, tanto en los grupos de mujeres y hombres respectivamente. Se puede observar que se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de Ansiedad-Estado en el grupo de mujeres, siendo mayor en las que presentan ceguera congénita (ver tabla 12.1a), asimismo, no se encontraron diferencias significativas en ninguna variable para el grupo de hombres.

Tabla 15.1a

*Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida en mujeres (n=41).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 64 | 180.5 | 135 | 141.5 | 121.5 |
| Sig. | 0.000 | 0.602 | 0.082 | 0.118 | 0.034 |

Tabla 15.1b

*Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida en hombres (n=59).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 386 | 345.5 | 412.5 | 410.5 | 366 |
| Sig. | 0.549 | 0.221 | 0.848 | 0.824 | 0.362 |

La tablas 15.2a, 15.2b y 15.2c muestran la comparación de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera, en los grupos de personas desempleadas, con empleo NO relacionado a sus estudios y, con empleo relacionado a sus estudios, respectivamente; encontrándose diferencia estadísticamente significativa en los niveles de Ansiedad-Estado en el grupo de personas desempleadas, siendo mayor en las personas de ceguera congénita (ver tabla 12.2a); además, se encontraron diferencias significativas para las variables Resiliencia y Competencia Personal en el grupo de personas con empleo NO relacionado a sus estudios, siendo mayor en las personas con ceguera congénita en ambos casos (ver tabla 12.2b). Finalmente, NO se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de las escalas psicológicas para el grupo de personas con empleo relacionado a sus estudios (ver tabla 12.2c).

Tabla 15.2a

*Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida en personas desempleadas (n=22).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 22 | 32.5 | 59 | 57.5 | 56 |
| Sig. | 0.011 | 0.065 | 0.921 | 0.844 | 0.766 |

Tabla 15.2b

*Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida en personas con empleo No relacionado a sus estudios (n=28).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 61.5 | 68 | 53.5 | 50.5 | 76 |
| Sig. | 0.108 | 0.192 | 0.048 | 0.034 | 0.348 |

Tabla 15.2c

*Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida en personas con empleo relacionado a sus estudios (n=50).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 291 | 251.5 | 303.5 | 299 | 283 |
| Sig. | 0.704 | 0.250 | 0.892 | 0.823 | 0.588 |

La tablas 15.3a, 15.3b, 15.3c y 15.3d muestran la comparación de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera, en los grupos de personas con estudios en curso, con título técnico, con grado de Bachiller y, con título universitario, respectivamente; encontrándose diferencia estadísticamente significativa en los niveles de Ansiedad-Estado en el grupo de personas con título universitario, siendo mayor en las personas con ceguera congénita (ver tabla 12.3d). Asimismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos de personas con estudios en curso, con título técnico y, con grado de Bachiller.

Tabla 15.3a

*Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida en personas con estudios en curso (n=20).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 41.5 | 43 | 49 | 49 | 46.5 |
| Sig. | 0.542 | 0.618 | 0.970 | 0.970 | 0.814 |

Tabla 15.3b

*Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida en personas con título técnico (n=33).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 115 | 124.5 | 105 | 98 | 114.5 |
| Sig. | 0.469 | 0.703 | 0.278 | 0.180 | 0.454 |

Tabla 15.3c

*Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida en personas con grado de Bachiller (n=19).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 25.5 | 38 | 43 | 43.5 | 39 |
| Sig. | 0.126 | 0.618 | 0.934 | 0.967 | 0.677 |

Tabla 15.3d

*Prueba U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la naturaleza de la ceguera congénita Vs adquirida en personas con título universitario (n=28).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 30.5 | 56 | 80.5 | 89 | 71.5 |
| Sig. | 0.002 | 0.056 | 0.433 | 0.695 | 0.226 |

La tabla 16 muestra la comparación de los puntajes de las escalas psicológicas en función de la variable sexo en la muestra total, no hallándose de esta manera una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de Ansiedad-Estado, presentando mayor puntuación en el grupo de hombres.

Tabla 16

*U Mann-Whitney para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función al sexo.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| U | 987.5 | 1156 | 1193 | 1202.5 | 1206.5 |
| Sig. | 0.70 | 0.71 | 0.91 | 0.96 | 0.98 |

La tabla 17 muestra la comparación de los puntajes de las escalas psicológicas en función a la situación laboral en el total de la muestra, en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables (ver tabla 10).

Tabla 17

*Prueba de Kruskal-Wallis para comparar los puntajes de las escalas psicológicas en función a la situación laboral en la que se encuentran los participantes.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| χ2 | 3.38 | 1.04 | 1.97 | 1.91 | 2.02 |
| Sig. | 0.185 | 0.593 | 0.374 | 0.386 | 0.364 |

La tabla 18 muestra la comparación de los puntajes de las escalas psicológicas en función al grado de instrucción en el total de la muestra, en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables (ver tabla 11).

Tabla 18

*Prueba de Kruskal-Wallis para comparar puntajes de las escalas psicológicas en función al grado de instrucción en la que se encuentran los participantes.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ansiedad estado | Ansiedad rasgo | Resiliencia | Competencia personal | Aceptación de sí mismo |
| χ2 | 1.83 | 0.57 | 1.79 | 2.18 | 4.40 |
| Sig. | 0.61 | 0.90 | 0.62 | 0.54 | 0.22 |

* 1. **INTERPRETACIÓN O DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

Cuantiosas son las investigaciones respecto a las variables relacionadas con ansiedad y resiliencia; ya que, han cobrado gran importancia en la literatura psicológica, además, diversos especialistas – desde psicólogos hasta consejeros – han mostrado un claro interés en su estudio (Tobal, 1990; citado en Casado, 1994 & Becoña, 2006); no obstante, son escasas las publicaciones que investigan – dichas variables – en poblaciones con una discapacidad sensorial, específicamente, visual, por lo que sólo se han limitado al estudio en poblaciones regulares.

Por tal motivo, la presente investigación ha permitido explorar los niveles de Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado y, Resiliencia – con sus respectivos componentes –, en un grupo de personas que presentan el diagnóstico de ceguera total, ya sea de naturaleza congénita o adquirida; siendo la finalidad, examinar las diferencias significativas que existen entre sí.

Dicho esto, resulta importante referir que, a nivel global la población de estudio se encuentra dentro de un nivel Moderado en cuanto a Ansiedad Estado; paralelamente, entre los resultados obtenidos, el primer hallazgo revela que, de los niveles de Ansiedad Estado en función a la naturaleza de la ceguera, sí existen diferencias entre las personas con ceguera congénita y adquirida, siendo los primeros (congénitos) quienes presentaron mayores niveles de ansiedad estado (ver tabla 15) ubicándolos dentro de una categoría alta (ver tabla 12). En primera instancia, este resultado puede ser explicado partiendo de la conceptualización hecha por Spielberger (1980) respecto a la Ansiedad-Estado, quien sostuvo que ésta es – ante todo – un estado emocional inmediato, el cual es modificable en el tiempo y que a su vez, se caracteriza por una mezcla de tensión, aprensión, junto a cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo (sudoración, por ejemplo); por tanto, el sujeto puede percibirse ansioso o no, en un momento o situación determinada, la cual es interpretada como amenazadora; por lo tanto, las personas que han nacido sin la capacidad visual, se encuentran en un mundo en donde cada situación y cada experiencia será totalmente desconocida (Ochiata y Rosa, 1988), debido a que no han tenido un aprendizaje previo (como en el caso de la ceguera adquirida) y que podrían considerarlo como amenazante; ya que, según Pelechano, de Miguel e Ibáñez (1998; citados en Arce, 2008) el sentido de la vista cobra importancia desde los primeros momentos de vida del ser humano; puesto que, aproximadamente un 80% de los conocimientos adquiridos, es mediante la visión, la que a su vez, estimula acciones y conductas; por lo tanto, la visión es la principal – aunque no la única – fuente para adquirir conocimientos y por ello, responsable en gran medida del desarrollo motor, cognitivo y temperamental; motivo por el cual, quienes han nacido sin la capacidad visual, su sistema perceptivo háptico, es decir, su sistema sensorial táctil – con el cual será posible tocar, contactar y explorar, en el que la piel, los músculos y las articulaciones, funcionan conjuntamente para obtener la información – cobrará un papel fundamental en el conocimiento y adaptación del mundo, por parte del invidente (Ochiata y Rosa, 1988).

Asimismo, genéricamente la población de estudio presenta niveles altos de Ansiedad Rasgo; sin embargo, no se encontrarón diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo en función a la naturaleza de la ceguera (ver tabla 15, luego 12); no obstante, si se analiza en qué categoría se ubica cada grupo, se puede observar que los ciegos congénitos (M=47.14; alta) y adquiridos (M=44.06; moderada) se encuentran en una categoría que difieren entre sí, pudiéndose dar una tentativa de explicación que, los ciegos congénitos debido a su condición connatural, tendrán que aprender a desarrollar habilidades a nivel personal, profesional, académica y laboralmente sin la base de la experiencia visual, sumado a ello, el poder enfrentar la indiferencia de la sociedad y a determinadas eventualidades que se puedan suscitar en cualquier momento, generando a lo que Spielberger (1966; citado en Salgado, 2012) diría, un comportamiento predispuesto a considerar las circunstancias presentadas como amenazantes, a pesar de no ser objetivamente peligrosas; por lo tanto, probablemente las personas con ceguera congénita presenten un estado de ansiedad más estable, es decir, que gran parte del tiempo perciben diferentes situaciones de manera amenazante debido a su condición; sin embargo, hay que tomar en cuenta que esta explicación es sólo un intento de brindar una posible respuesta, por lo que es recomendable tomar en cuenta otros factores para poder referir fidedignamente lo señalado.

Otro de los hallazgos encontrados revela que, la población global se encuentra dentro de una categoría Media en cuanto a sus comportamientos resilientes; asimismo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas con ceguera congénita (M=95.58, moderada) y adquirida (M=96.64, moderada) en cuanto a los comportamientos de resiliencia (ver tabla 15, luego tabla 12), evidenciándose de esta manera que ambos grupos se encuentran dentro de una categoría moderada. Como es sabido, la condición de discapacidad causa diversos cambios en la vida de la persona, poniendo en juego diversos mecanismos que les permitirán adaptarse o readaptarse a la nueva situación y con ello, aprender a vivir con determinadas restricciones que requieren un esfuerzo para realizar una vida normalizada. Entre las variables involucradas en este proceso, se puede mencionar el apoyo social con el que dispone la persona, las condiciones sociodemográficas, el tipo de discapacidad, el momento de aparición y las secuelas que deja; no obstante, una de los factores más importantes que van a determinar el proceso de adaptación y ajuste, es el modo de afrontamiento (Nachshen, Woodford y Minnes, 2003; Saloviita, Italinna y Leinonen, 2003; citados en Suriá, 2012); es decir, la habilidad con la que cuenten las personas para transformar airosamente las adversidades que se puedan suscitar en la vida y que por tanto, les permita la adaptación a las mismas y con ello, poder seguir avanzando (Wagnild & Young, 1993; citadas en Salgado, 2012). Entonces, podría señalarse que la resiliencia puede estar presente independientemente de la naturaleza de la ceguera, momento de aparición, tipo de discapacidad u otros factores más. Esto podría ser respaldado por los resultados encontrados por Suriá (2012), cuyo estudio no estuvo basado en diferenciar la resiliencia en función a la naturaleza de la ceguera; sino más bien, tomó en cuenta la etapa en la que se adquirió algún tipo de discapacidad, encontrando así que tanto los participantes con discapacidad adquirida (M=151.56) o congénita (M=126.3) a nivel visual, auditiva, física e intelectual, presentaban un nivel alto de resiliencia, asimismo, halló que los participantes con discapacidad física (M=154.17) y visual (M=151.04), presentaban índices altos de resiliencia.

Haciendo una comparación con el estudio que realizó Neyra & Pachao (2015) no centrado en realizar comparaciones entre ciegos congénitos y adquiridos, pero sí con el fin de determinar la relación existente entre calidad de vida y la resiliencia en personas con baja visión y ceguera total, observamos similar resultado con la presente investigación respecto al constructo de resiliencia; ya que como resultado predominante, las personas con ceguera total tuvieron un nivel de resiliencia moderado (55.9%) al igual que una calidad de vida media (37.0 %); asimismo, las personas con baja visión también presentaron una calidad de vida media (49.2%) y un nivel de resiliencia moderado (45.9%); lo que conlleva a deducir que a un nivel de resiliencia moderado, alto o bajo, se determinará también una calidad de vida dentro de dichas categorías. Finalmente, en líneas anteriores se mencionó que la resiliencia podría variar según las circunstancias, el tipo de discapacidad e inclusive, el momento de aparición; es por ello que, se planteaba saber – en la presente investigación – si el hecho de nacer con la discapacidad visual o que sobrevenga a lo largo de la vida puede generar alguna diferencia en los niveles de resiliencia en cada grupo; por lo tanto, con respecto al resultado – ya mencionado inicialmente – observamos que los participantes de ambos grupos no mostraron ninguna diferencia en cuanto al constructo de resiliencia, por tal motivo, tanto los ciegos congénitos como los ciegos adquiridos evidenciaron una capacidad de resiliencia dentro de una categoría moderada, similar resultado respecto a las investigaciones señaladas. Esto nos lleva a pensar que las experiencias y obstáculos por los que pasan estas personas, les hace que desarrollen o mantengan esta capacidad.

Asimismo, sobre la base de los resultados obtenidos respecto a los componentes de la resiliencia, se puede apreciar que el componente de Competencia Personal, el cual alude a la auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, ingenio y perseverancia a pesar de la adversidad (Wagnild & Young, 1993; citadas en Salgado, 2012) no resultó estadísticamente significativo tomando en cuenta la naturaleza de la ceguera; no obstante, si se toman en cuenta en qué categorías se ubican cada grupo, se puede observar que los ciegos congénitos (M=78.16; moderada) y adquiridos (M=76.88; baja) se encuentran en una categoría que difieren entre sí (ver tabla 12), pudiéndose señalar – en un intento de dar una explicación – que los ciegos congénitos desde su nacimiento, ya pasan por una proceso de adaptación a la vida, en la que de manera general tienen que aprender a desarrollar habilidades funcionales, además de forjar y estimular una autoconfianza, competencia e independencia personal con respecto la discapacidad; ya que, como señalarían – de igual forma – Checa, Diaz & Pallero (2003), que para disminuir el efecto de la ceguera se requiere contar con recursos de carácter psicológico, tales como la percepción de autoeficacia y la capacidad que tenga para creer que puede controlar la nueva situación.Asimismo, se pudo encontrar que el componente de Aceptación de Sí Mismo y de la Vida, referido por Wagnild & Young (1993; citadas en Salgado, 2012) como la adaptabilidad, el balance, la flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad, no resultaron significativos tomando en cuenta la naturaleza de la ceguera, por tanto, tanto ciegos congénitos (M=20.20) como adquiridos (M=19.94) mostraron una capacidad de resiliencia ubicada dentro de una categoría moderada, aspecto que puede ser visto en la tabla 12. Este resultado puede intentar ser explicado considerando que en ambos grupos de personas, la ausencia de la capacidad visual les conllevará a aprender de ella e inclusive, aceptarla como una característica física, mas no como una barrera llena de limitaciones e impedimentos, que de por sí deberán de enfrentar en la sociedad (Gómez, Bravo, Fernández, Mur De Viu & Navarro, 2013).

Finalmente, como datos adicionales se realizaron comparaciones mucho más específicas con las variables Ansiedad Estado-Rasgo, Resiliencia, Competencia Personal y Aceptación de Sí Mismo y de la Vida tomando en cuenta variables sociodemográficas, tales como sexo (mujeres y hombre), situación laboral (desempleo, empleo no relacionado a sus estudios y empleo relacionado a sus estudios) y grado de instrucción (estudio superior en curso, técnico titulado, universitario bachiller y universitario titulado), todo ello en función a la naturaleza de la ceguera; pudiéndose encontrar que, las mujeres con ceguera congénita (ver tabla 15.1a, luego 12.1a), las personas desempleadas con ceguera congénita (ver tabla 15.2a, luego 12.2a) y, las personas con ceguera congénita que poseen un título universitario (ver tabla 15.3d, luego 12.3d) todos ellos encontrándose dentro de una categoría alta, presentan mayores niveles de Ansiedad Estado en comparación a los de ceguera adquirida. Dichos resultados hallados, podrían intentar ser explicados tomando en cuenta los resultados homogéneos obtenidos en cuanto a la naturaleza de la ceguera, todos ciegos congénitos y el tipo de ansiedad (Ansiedad Estado). Para ello, se partirá como intento de explicación – de lo ya mencionado teóricamente – que la ansiedad estado es coyuntural; ya que ésta es circunstancial, por ende, durará un horizonte temporal corto; por lo tanto, los ciegos congénitos, quienes carecen de un aprendizaje previo, su proceso de adaptación al mundo requerirá de un mayor esfuerzo; sumado a ello, la brecha de género existente en el ámbito laboral (en donde el sexo masculino tiene mayores oportunidades de desarrollo), la **falta de oportunidades** laborales para las personas con discapacidad, las dificultades para insertarse dentro de la población económicamente activa, obligándolos a conseguir muchas veces empleos informales pese a tener un grado académico; esto debido a que el mundo competitivo en el que vivimos demanda muchas exigencias tanto a nivel laboral como profesional, tal que los empleadores podrían considerar que la discapacidad visual está asociada a una menor productividad, además que, la contratación de una persona con discapacidad significaría al empleador incurrir en costos de acomodación y adaptación del puesto de trabajo además de otros costos relacionados con atenciones y cuidado médico, pese a que la Ley General de Personas con Discapacidad 29973, determina criterios para verificar que las empresas contraten por año a personas con discapacidad en una proporción no inferior al 3% del total de su planilla (MIMP, 2014).

Asimismo, se halló – con variables más específicas – que las personas con ceguera congénita que trabajan en un área distinta a la de sus estudios (ver tabla 15.2b, luego 12.2b) presentan mayor nivel de Resiliencia y Competencia Personal, ubicándose dentro de una categoría alta y moderada respectivamente, en comparación con los ciegos adquiridos. Dichos resultados, podrían aproximarse a una explicación en función a los resultados homogéneos obtenidos en cuanto a la naturaleza de la ceguera, todos ciegos congénitos. Para ello, como intento de dar una explicación, se podría partir tomando en cuenta que, en el caso de la ceguera congénita, desde el nacimiento los procesos psicológicos – que permitirán tomar conciencia de sí y del entorno y que a su vez, se encuentran en el origen de cualquier manifestación conductual haciendo posible el ajuste – se desarrollarán utilizando vías alternativas no visuales de acceso a la información del ambiente; por lo tanto, el ciego congénito desde su nacimiento aceptará y se ajustará a la experiencia de no poder ver; ya que la capacidad visual no es lo ansiado por ellos (Arce, 2008) es así que de esta manera, irán aprendiendo formas de autonomía personal y desarrollo de habilidades personales y profesionales. No obstante, los intentos de explicaciones dadas respecto a estos resultados adicionales hallados, requieren de evidencia teórica y por lo tanto, de mayor investigación.

**CAPITULO VI**

**RESUMEN Y CONCLUSIONES**

* 1. **RESUMEN DEL ESTUDIO**

El objetivo del presente estudio, de carácter transversal comparativo, es determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Ansiedad Rasgo-Estado y Resiliencia en personas con ceguera congénita y adquirida, cuyo grado de instrucción sea técnica o universitaria. La muestra total fue de 100 personas, dividido por grupos en función de la naturaleza de la ceguera (congénita y adquirida), cuyas edades fluctúan entre los 20 y 49 años de edad. Con este propósito, a ambos grupos se les aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, elaborado por Spielberger y Guerrero. Además, se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, adaptada por la Dra., Salgado Lévano, la cual explora por medio de 20 ítems, dos factores de la resiliencia: Competencia personal y Aceptación de sí mismo y de la vida.

Entre los resultados principales, se encontró que, el grupo de personas con ceguera congénita presentan mayores niveles de ansiedad estado, respecto al grupo de ceguera adquirida. Asimismo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las variables psicológicas de ansiedad rasgo, resiliencia, competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida.

* 1. **CONCLUSIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS**

Según los resultados obtenidos, se puede apreciar que, existen diferencias en los niveles de Ansiedad Estado en función a la naturaleza de la ceguera, siendo los ciegos congénitos quienes presentan mayor nivel de ansiedad estado, ubicándolos dentro de una categoría alta; ya que, es un estado emocional inmediato ante una situación interpretada como amenazadora, por lo tanto, las personas que han nacido sin la capacidad visual, se encuentran en un mundo en donde cada situación y cada experiencia será totalmente desconocida (Ochiata y Rosa, 1988), debido a que no han tenido un aprendizaje previo (como en el caso de la ceguera adquirida) y que podrían considerarlo como amenazante, ya que, el sentido de la vista cobra importancia desde los primeros momentos de vida.

No se han encontrado diferenc*i*as estadísticamente significativas en los niveles de Ansiedad Rasgo en función a la naturaleza de la ceguera; no obstante, categóricamente, los ciegos congénitos – relativamente – presentan mayor ansiedad rasgo, debido – probablemente – a su condición connatural; ya que, tendrán que aprender a desarrollar habilidades, enfrentar la indiferencia de la sociedad y a determinadas eventualidades que se puedan suscitar, generando así un comportamiento predispuesto a considerar circunstancias ya mencionadas, como amenazantes, a pesar de no ser objetivamente peligrosas.

Asimismo, se intentaba determinar si el hecho de nacer con la discapacidad visual o que sobrevenga a lo largo de la vida puede generar alguna diferencia en los niveles de resiliencia en cada grupo; no obstante, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto, las experiencias y obstáculos por los que pasan estas personas, les hace que desarrollen o mantengan la capacidad resiliente.

Respecto al componente Competencias Personal, no se lograron hallar diferencias estadísticamente significativas en función a la naturaleza de la ceguera, probablemente debido a que, los ciegos congénitos desde su nacimiento ya pasan por una proceso de adaptación a la vida, en la que de manera general tienen que aprender a desarrollar habilidades funcionales, además de forjar y estimular una autoconfianza, competencia e independencia personal con respecto la discapacidad.

Finalmente, sobre los niveles de Aceptación de Sí Mismo y de la Vida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, esto probablemente a que en ambos grupos de personas, la ausencia de la capacidad visual les conllevará a aprender de ella e inclusive, aceptarla como una característica física, mas no como una barrera llena de limitaciones e impedimentos, que de por sí deberán de enfrentar en la sociedad.

* 1. **RECOMENDACIONES**

Los resultados obtenidos implican una serie de propuestas que se desprenden en las siguientes líneas de acción:

1. Para futuras investigaciones, se recomienda poder extender el espectro de estudio sobre los niveles de ansiedad – ya sea rasgo o estado – de las personas con ceguera, tomando en cuenta el desarrollo evolutivo de éstas; ya que esto permitirá saber en qué estadíos se presenta o no mayor ansiedad, lo que a su vez, permitirá conocer acerca de cómo esta manera de manifestación de la ansiedad, va evolucionando o no.
2. De ser posible, ampliar el ámbito de la investigación con diferentes constructos en personas con ceguera, tales como ansiedad, depresión, gratitud, felicidad, entre otros; ya que, las investigaciones en relación a esta muestra, son limitadas.
3. A futuro, tomar en cuenta el poder utilizar muestras más amplias, incorporando para ello un mayor número de participantes.
4. En investigaciones futuras sería conveniente relacionar diferentes variables sociodemográficas (edad, distrito en el que viven, estado civil, etcétera) en función a la naturaleza de la ceguera, tal como fue presentado – como información adicional – en esta investigación; con el objetivo de poder determinar de manera más fiable las posibles diferencias existentes entre estos grupos.
5. Dado que las personas con ceguera se enfrentan cada día a diversas actividades y situaciones que suponen todo un desafío para ellos – tal como postular a un puesto de trabajo, realizar determinadas actividades, limitarse académicamente en algunas profesiones, etcétera – puede conllevar a que en ocasiones se sientan pocos capaces ante esta sociedad tan competitiva, mostrándose de esta manera preocupados y ansiosos. Por ello, los resultados obtenidos pueden promover y favorecer el fortalecimiento de estrategias mediante la conformación de un equipo multidisciplinario, con un enfoque en el aumento de la resiliencia y así poder acompañar a la persona a enfrentar la ansiedad proveniente – posiblemente – de su condición.
6. Se requiere mayor accesibilidad a pruebas psicológicas que evalúen diversos constructos en esta población, por lo que se sugiere realizar adaptaciones y/o elaboración de instrumentos aplicables solamente a la población mencionada, además, sería idóneo contar con pruebas psicológicas en Braille.
7. Desarrollar programas de ayuda – a nivel distrital – que tenga alcance a las personas con ceguera (en todas sus etapas de desarrollo) que por motivos de accesibilidad, no pueden asistir y/o participar de un grupo social; efectuando visitas domiciliarias que aporten en el crecimiento del índice en la calidad de vida emocional, de modo que se sientan incluidos.

**REFERENCIAS**

Álvarez, K. (2008). *Evaluación de la inteligencia emocional en adultos ciegos y con baja visión de centros de educación especial de la ciudad de lima*. (Tesis para optar el título de licenciada en psicología). Universidad Ricardo Palma, Perú.

Álvarez, A. (2011). *Intervención breve para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080211161.PDF>

American Psychological Association (2004). *El camino hacia la resiliencia. Trad.: Irma Roca de Torres, Ph.D. e Ivonne Moreno Velázquez, PhD.* Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>

Anchante, M. (1993). *Ansiedad rasgo – estado y soporte social en un grupo de alumnos de EE.GG.LL. de la P.U.C.P*. (Tesis de licenciatura no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú.

Arce, M. (2008). *Ceguera y calidad de vida: bienestar subjetivo*. (Trabajo de fin de Grado). Universidad de la República de Uruguay.

Asociación Americana de Oftalmología (2012). *Glaucoma*. España: Editorial Elsevier. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=x0j0p5S19Q4C&printsec=frontcover&dq=glaucoma&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjA0Mzzm_TeAhXMpFkKHTo3CTkQ6AEIKDAA#v=onepage&q=glaucoma&f=false>

Avery, G., Fletcher, M. & MacDonald, M. (2001). *Neonatología: fisiopatología y manejo del recién nacido.* 5ta edición. España: Editorial Médico Panamericana.

Albertí, M. & Romero, L. (2010). *Alumnado con discapacidad visual*. Barcelona: Editorial GRAU.

Alemán, E. (2015*). El impacto de la familia en la discapacidad.* (Trabajo de fin de grado). Universidad de la Laguna, España: Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1112/El%20impacto%20de%20la%20discapacidad%20en%20la%20familia.pdf?sequence=1>

Benites, L. (2003). *Atención a la diversidad: guía psicoeducativa para padres y familiares de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales*. Universidad San Martín de Porres, Instituto de Investigación.

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. Disponible en: <http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf>

Belén, D. (2010). Resiliencia en niños de edad escolar: su relación con la familia y la repitencia escolar. (Tesina de Licenciatura). Universidad del Aconcagua, Argentina. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/226/tesis-983-resiliencia.pdf>

Bueno, G. (2005). *Perfil sociodemográfico de los estudiantes universitarios sin progreso académico y la relación entre el apoyo psicosocial con enfoque de resiliencia y el éxito académico en los estudiantes de primer año de universidad. (*Memoria presentada para optar el grado de Doctor). Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucm-t28679.pdf>

Bonafonte, E. (2006). *Esquemas clínicos visuales en oftalmología*. 3era edición. España: Editorial MASSON.

Boyd, S., Gutiérrez, A., & McCulley, J. (2012). *Atlas y texto de patología y cirugía corneal.* Republica de panamá: Highlights Medical Publishers, Inc. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=uhvBcRiXdFEC&pg=PA6&dq=que+es+la+c%C3%B3rnea&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=que%20es%20la%20c%C3%B3rnea&f=false>

Blanco, T. (2006). Retinopatía de la prematuridad. *Arch Soc Esp Oftalmol, 81,* 129-130. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aseo/v81n3/editorial1.pdf>

Cardozo, A. (2009). Adolescentes es riesgo psicosocial y resiliencia. Psicología desde el Caribe, (23), 148-182. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21311917009.pdf>

Castejón, J. & Navas, L. (2013). *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria*. San Vicente: Editorial ECU. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=VpT9CAAAQBAJ&pg=PA280&dq=a+que+edad+el+invidente+tiene+dificultad&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=a%20que%20edad%20el%20invidente%20tiene%20dificultad&f=false>

Casado, M. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. (Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología). Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4005801.pdf>

Casas, D., Linares, M., Lemos, M & Restrepo, D. (2009). Depresión y Ansiedad en Personas con Deficiencia Auditiva: revisión literaria. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, (28), 1-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194214468012.pdf>

Cano, J., Infante, N., Gonzáles, L., Fernández, S. & Herrera, D. (2015). Desprendimiento de retina: una revisión bibliográfica necesaria. *Medisan, 19*(1), 78. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n1/san12191.pdf>

Carretero, R. (2010). Resiliencia: Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas, (2*7)*.* Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18113757004>

Clark, D. & Beck, A. (2012). Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. España: Editorial DESCLÉE DE BROUWER. Disponible en: <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/terapia_cognitiva_para_trastornos_de_ansiedad1.pdf>

Cisneros, S. & Mantilla, M. (2016). *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de chorrillos.* (Tesis para optar el título profesional de licenciadas en psicología). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/855/1/cisneros_ds-mantilla_rm.pdf>

Castejón, J. & Navas, L. (2013). Unas bases psicológicas de la educación especial. San Vicente: Editorial ECU. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=1iYAQeyYr3sC&pg=PA275&dq=DISCAPACIDAD+VISUAL&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=DISCAPACIDAD%20VISUAL&f=false>

CIDDM-2: *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Borrador Beta-2*, Versión Completa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999. Disponible en: <http://www.sustainable-design.ie/arch/Beta2fullspanish.pdf>

Cortés, K. & Salas, L. (2018). Manejo interdisciplinario de la baja visión por miopía degenerativa: reporte de caso. Cienc Tecnol Salud Vis Ocul, 16(1), 127-41. Disponible en: <file:///G:/26-11-18%20antip%C3%B1lagio/Dialnet-ManejoInterdisciplinarioDeLaBajaVisionPorMiopiaDeg-6364180.pdf>

Cruz, F. (2017). *Ansiedad ante los exámenes y creencias irracionales según el tipo de familia en estudiantes universitarios del primer año de psicología de una universidad privada de lima*. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5819/2/cruz\_cf.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5819/2/Cruz_cf.pdf)

Checa, J., Diaz, P. & Pallero, R. (2003). *Psicología y ceguera. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual*. Madrid. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23226/psicologia_y_ceguera.pdf>

Chávez, I., Gonzáles, D., & De Miranda, D. (2008). Degeneración macular relacionada con la edad. *Revista Archivo Médico de Camaguey, 12*(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200016>

Del Olmo, Fernádez, Martín, Pazos & Platas (s/f). Las necesidades educativas especiales en alumnos con deficiencias visuales. Magisterio de Educación Primaria. Disponible en: <https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/resteban/Archivo/TrabajosDeClase/Ceguera1.pdf>

Prado, R. & Del Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona,* (6), 179-196. Universidad de Lima. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118110009>

Diaz, A. & Bin, L. (2007). A*tención, memoria, resiliencia: aportes a la clínica psicopedagógica*. Argentina: Editorial Lugar.

Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo, N. & Sotelo, L. (2012). Revisión psicométrica del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana. *Revista peruana de psicología y trabajo social. Publicación semestral de la Facultad de Psicología y Trabajo Social. 1*(1). Disponible en: <https://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/revista_2012_1_completa.pdf>

Espada, J. (1995). E*studio de perfiles diferenciales de ansiedad a traves del I.S.R.A.* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4008701.pdf>

Ezzatti, G. (2004). *Aproximación a la construcción de la identidad de género en jóvenes ciegos*. (Tesis para optar el grado como Magister). Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/ezzatti_g/sources/ezzatti_g.pdf>

Francisco, M. (2011). *La construcción de la identidad del adolescente Sordo a partir de sus interacciones sociales dentro de una escuela bilingüe*. (Tesis para optar el grado de maestría en trabajo social). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Disponible en: <http://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/05/Tesis-FranciscoM-2011.pdf>

Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Ferrando, P. & Pallero, R. (1994). *Construcción de una escala de ansiedad-estado: prevención del fracaso en rehabilitación/habilitación de ciegos*. Madrid: ONCE. Disponible en: <https://portal.once.es/bibliotecas/fondo-bibliografico-discapacidad-visual/747?form=revista_field=0&areas_field=0&tDocument_field=0&titulo_field=ANSIEDAD&ordenacion_select=titulo&subareas_field=0&form.button.submit=Buscar&form.submitted=1&publicacion_field=&autor_select=&materias_field=0&anio_desde_field=&anio_hasta_field=&ISBN_field=&pos=0&sit=primero>

García, M. & Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud,* *11*(1), 63-77. Disponible en: <http://revistalatinoamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2013/03/Desarrollo_te%C3%B3rico_a03v111.pdf>

Gil, G. (2010). *Los procesos holísticos de resiliencia en el desarrollo de identidades autorreferenciadas en lesbianas, gays y bisexuales*. (Tesis Doctoral). Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España. Disponible en: <http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/4498/7/Tesis_Resiliencia_LGB_Parte_I.pdf>

Gianino, L. (2012). La resiliencia en niños institucionalizados y no institucionalizados. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades UNIFÉ*, *20*(2), 79-91. Disponible en: <https://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/2014_Actitudes_discapacidad_universitarios__p._37-60_.pdf>

Gómez, P., Bravo, C., Fernández, C., Mur De Viu, C. & Navarro, I. (2013). *Resiliencia, gestión del naufragio*. España: Editorial LID. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=DJ76A_mJu50C&pg=PT133&dq=resiliencia+en+ciegos&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=resiliencia%20en%20ciegos&f=false>

Gonzáles, E. (2012). *El fenómeno de la resiliencia en el bienestar y el rendimiento laboral, revisión de literatura de investigación*. (Trabajo final de Máster). Universidad de Oviedo, España. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/18231/6/TFM_EstefaniaGonzalezPiedra.pdf>

González, N. & Valdez, J. (2007). Resilienciaen niños. *Psicología Iberoamericana*, *15*(2), 38-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933006.pdf>

Gonzáles, M. & Artuch, R. (2014). Perfil de resiliencia y estrategias de afrontamiento en la Universidad: Variables contextuales y demográficas, *12*(34), 621-648. Disponible en: <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?978>

Guinea, C. (1994). Los niños con discapacidades visuales en la escuela. *Revista Comunicación, Lenguaje y Educación, 2,* 15-21. Disponible en: <file:///C:/Users/Melissa/Downloads/Dialnet-LaEscuelaYLosAlumnosConDeficitVisual-2941286%20(1).pdf>

Hales, R., Yudofsky, S. & Talbott, J. (2000). *DSM.IV. Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. 3era edición. España: Editorial MASSON.

Hanson, R. & Hanson, F. (2018). *Resilient: How to Grow an Unshakable Core of Calm, Strength, and Happiness. New York:* Harmony Books. Disponible en: <https://www.amazon.com/dp/0525525106/ref=rdr_ext_tmb>

Hernández, R., Fernández-Collado, C, y Baptista, P., (2006). Metodología de la investigación (Cuarta edición). México: Editorial Mc Graw Hill.

Hubel, D. (2000). *Ojo, cerebro y visión.* Murcia: Editorial EDITUM. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=Sjg5alekuXwC&pg=PA34&dq=partes+y+funcion+de+los+ojos&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=partes%20y%20funcion%20de%20los%20ojos&f=false>

Huerta, R. (2016). *Relación entre el tipo de familia y la ansiedad con el comportamiento resiliente en adolescentes en situación de pobreza*. (Tesis para optar el grado académico de Doctora en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5470/1/Huerta_rr.pdf>

INEI. (2015). *Perú: características de la población con discapacidad*. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1209/Libro.pdf>

INEI (2014). Primera encuesta nacional especializada sobre discapacidad. Disponible en: <http://www.regionlalibertad.gob.pe/ineiestadisticas/libros/libro40/libro.pdf>

INTEF (2012). *Educación inclusiva: discapacidad visual en España*. Disponible en: <http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/129/cd/pdf/m8_dv.pdf>

Integración (1996). Elaboración y estudio de fiabilidad de una escala de ansiedad para personas con discapacidad visual. *Revista sobre ceguera y deficiencia visual*, (20). Disponible en: <http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/publicaciones-sobre-discapacidad-visual/nueva-estructura-revista-integracion>

Kvam M. Loeb M. & Tambs K. (2006). Mental health in deaf adults: Symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. [Versión Electrónica] *Oxford University Press*, *12*, 1-6. Recuperado el 30 de abril, de 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16950865>

Lang, G. (2006). *Oftalmología: texto y atlas en color*. 2da edición. España: Edición MASSON.

López, M. (2004). *Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual*. Coruña: Editorial NETBIBLO.

Lorenzo, V. (1985). *Farmacología Básica y Clínica.* Madrid: Editorial Médica Panamericana. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=5pBrS0aYposC&pg=PA94&dq=ansiedad+normal+y+patologica&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=ansiedad%20normal%20y%20patologica&f=false>

Mayo, ME. (2010). *La familia ante la discapacidad visual de un hijo: reacciones, afrontamiento y clima*. (Tesis para el grado de Licenciada en Psicología). Universidad de Santiago de Compostela, España. Recuperado de: <http://www.siis.net/documentos/ficha/198963.pdf>

Martínez, M., Inglés, C. & Cano, A. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, *3*(18), 201-219. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteagudo_etal_AnsiedadyEstres.pdf>

Marín, D. (2009). Alternativas visuales en pacientes con baja visión. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular,* *7*(2), 115-128. Disponible en: <file:///C:/Users/Melissa/Downloads/1064-2021-1-SM.pdf>

MIMP (2014). *Reglamento de la Ley Nº 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad*. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/comunicado/pdf/normativa-2018/ley-29973/ds-002-2014-mimp-29973-24-11-2017.pdf>

Navas, MC. & Hernández, S. (2008). Anoftalmía y microftalmía: descripción, diagnóstico y conducta de tratamiento. Revisión bibliográfica. *Rev Mex Oftalmol*, *82*(4), 205-209. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexoft/rmo-2008/rmo084a.pdf>

Neyra, J. & Pachaco, F. (2015). *Calidad de vida y resiliencia en personas con discapacidad visual. Centro de Rehabilitación para Ciegos Adultos*. (Tesis para optar por el título profesional de enfermera). Universidad Nacional San Agustín de Arequipa - Perú. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/373/M-21581.pdf?sequence=1>

Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un Programa de Psicoterapia Breve en madres adolescentes*. (Tesis de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. <http://sisbib-03.unmsm.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=75211&query_desc=an%3A44518>

ONCE (2011). *Discapacidad visual y autonomía personal: un enfoque práctico de la rehabilitación.* 1era edición, España. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26230/discap_visual.pdf>

Oliver, E. (2015). *Síndromes Psicopatológicos: Ayer y Hoy*. 1era edición. Perú: Ediciones Libro Amigo.

Ochaita, E. & Rosa, A. (1988). *Estado actual de la investigación en psicología de la ceguera.* Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: [file:///C:/Users/Melissa/Downloads/Dialnet-EstadoActualDeLaInvestigacionEnPsicologiaDeLaCegue-48292.pdf](file:///C:\Users\Melissa\Downloads\Dialnet-EstadoActualDeLaInvestigacionEnPsicologiaDeLaCegue-48292.pdf)

Pardo, F. (2010). *Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un mba de Lima Metropolitana.* (Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/672>

Pallero, Ferrando, Díaz y Lorenzo (2002). Adaptación española de la Escala de Ajuste de Nottingham. I. Estudio de fiabilidad. *Integración*, (40). Disponible en: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/21306/Integracion-403.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pinto, C. (2014). Resiliencia psicológica: una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y su relación con el abuso sexual infantil. *SUMMA PSICOLÓGICA UST, 11*(1), 19-33. Disponible en: <file:///C:/Users/Melissa/Downloads/Dialnet-ResilienciaPsicologica-4953998.pdf>

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L. & Oblitas. L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Revista Suma Psicológica*, *15*(1), 43-73. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>

Quiñones, M. (2006). *Creatividad y resiliencia. Análisis de 13 casos colombianos.* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2631/1465_quinones_rodriguez_maria_aracelly.pdf?sequence=1>

Ruiz Martínez, V. (diciembre 2002). Accesibilidad de la cultura visual: límites y perspectivas, *ONCE*, (40), 74. Recuperado en: <http://www.once.es/appdocumentos/once/prod/Integracion%2040.pdf>

Rojas, S. & Saucedo, A. (2014). *Oftalmología*. 1era edición. México: Editorial El Manual Moderno.

Rojas, R. (1997). *Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores de VIH*.  
(Tesis de Magister no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú.

Ries, F., Castañeda, C., Campos M. & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 12*(2), 9-16. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>

Ríos, M., Carrillo, C. & Sabuco, e. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográfica y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, *5*(1), 88-95. Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjZ742Tq97TAhWELSYKHQ1hAucQFgg4MAI&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5134686.pdf&usg=AFQjCNEELWVYYkWIFWQVMaDKNJfA4I4hcQ&sig2=n7_5CG_7oJIQX_RNGojReA>

Salgado, A. (2012). *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana.* (Tesis para optar el grado académico de Doctor en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3293/1/Salgado_la.pdf>

Salgado, A. (2005). *Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana*. Escuela Profesional de Psicología. Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú. Disponible en: <http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_11_1_metodos-e-instrumentos-para-medir-la-resiliencia-una-alternativa-peruana.pdf>

Sánchez, C. & Flórez, J. (1995). *El niño ante el hospital: programas para reducir la ansiedad hospitalaria.* Universidad de Oviedo. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=zzfIWcPmBV4C&pg=PA44&dq=Modelos+tridimensional+de+la+ansiedad&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Modelos%20tridimensional%20de%20la%20ansiedad&f=false>

Sánchez, R., Couret, M., Ginorio, D., Nodarse, A., Sánchez, N., Soler, I., Ortúzar, A., Sanabria, A. & Peña, R. (2012). Toxoplasmosis y embarazo. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, *38*(1), 99-106. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin12112.pdf>

Santana, M. (2012). *La aptitud lingüística en estudiantes ciegos*. (Tesis para optar el grado académico de Doctor). Universidad Complutense de Madrid, España. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/22395/1/T34661.pdf>

Suriá, R. (2012). Resiliencia en jóvenes con discapacidad: ¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad? *Boletín de Psicología*, (105), 75-89Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N105-5.pdf>

Sureda, M. (2007). *Cómo Afrontar el Divorcio. Guía para Padres y Educadores*. Madrid: Editorial Wolters Kluwer. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=H2ldilZioC8C&pg=PA199&dq=modelo+de+la+casita+de+Vanistendael&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=modelo%20de%20la%20casita%20de%20Vanistendael&f=false>

San Martín, E. (2012). *Resiliencia y espiritualidad en situaciones de crisis familiar, desde una perspectiva teórica y empírica*. (Tesis para optar el grado de Magister en Familia). Universidad del Bio Bio, Chile. Disponible en: <http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2012/sanmartin_e/doc/sanmartin_e.pdf>

Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I., (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*.* *Revista Mal-Estar Subj*, *3*(1), 10-59. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>

Tamayo, M. & Villegas, J. (1998). *Alteraciones visuales y auditivas de origen genético*. Santa Fe de Bogotá: Editorial CEJA. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=4LvAZ671N3MC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Torralba, M. (2004*). Atletismo adaptado: para personas ciegas y deficientes visuales.* Barcelona: Editorial PAIDOTRIBO. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=iXXijW2I6AC&pg=PA22&dq=limitaciones+de+las+personas+ciegas&hl=es419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=limitaciones%20de%20las%20personas%20ciegas&f=false>

Torrejón, C. (2011). *Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes.* (Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en: <file:///C:/Users/Melissa/Downloads/TORREJON_SALMON_CLAUDIA_ANSIEDAD_Y_AFRONTAMIENTO%20(1).pdf>

Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, *10*(2), 61-79. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>

Vallejo, J. & Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. España: Editorial ELSEVIER. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=7a1VnA9fst0C&pg=PA52&dq=modelo+de+condicionamiento+de+la+ansiedad+de+WATSON+Y+RAYNER&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=modelo%20de%20condicionamiento%20de%20la%20ansiedad%20de%20WATSON%20Y%20RAYNER&f=false>

Varillas, B. (2013). Oportunidades laborales en el sector masoterapia para personas con discapacidad visual: el caso AGORA PERÚ. (Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en Gestión, con mención en Gestión Empresarial). Universidad Católica del Perú. Disponible en: <https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/images/PDFs/BERGAMINO_VARILLAS_JUAN_PABLO_OPORTUNIDADES.pdf>

Vicente, MJ., Jiménez, C. & Gonzáles, JL. (s/f). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con ceguera y deficiencia visual grave*. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gv_cdefvg.pdf>

Zapata, R., Dalouth, R. & Gonzáles, J. (2017). *Educación, salud y TIC en contextos multiculturales: Nuevos espacios de intervención.* Alemania: Editorial EDUAL. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=BaEyDgAAQBAJ&pg=PA23&dq=modelo+m%C3%A1ndalas+de+resiliencia+wolin&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=modelo%20m%C3%A1ndalas%20de%20resiliencia%20wolin&f=false>

**ANEXOS**

**Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta hoja de consentimiento informado, es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Bachiller Melissa Rossana Morales Tejada, egresada de la Universidad Ricardo Palma. El objetivo de este estudio, es determinar si existen diferencias entre los niveles de ansiedad y resiliencia en personas con ceguera congénita y adquirida.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder a dos instrumentos de 20 preguntas cada uno, los cuales tomarán un total de aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento; asimismo puede retirarse de la investigación cuando usted considere necesario.

Desde ya le agradezco su valiosa participación.

Yo (Nombres y apellidos):

* He leído la ficha de Consentimiento Informado que se me ha entregado y estoy de acuerdo con lo que se indica.
* He recibido suficiente información sobre la investigación.
* Comprendo que mi participación es voluntaria.
* Comprendo que soy libre de retirarme en cualquier momento, aunque ya haya empezado a responder los instrumentos, sin que eso me perjudique.
* Comprendo que los datos obtenidos son confidenciales.
* Expreso libremente mi conformidad para participar en esta investigación.

Firma del participante:

Huella:

**IDARE**

**SXE**

**Inventario de Autovaloración**

Por

*C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre: …………………………………………….…………….… Fecha: ……………...………..** | **NO EN LO ABSOLUTO** | **UN POCO** | **BASTANTE** | **MUCHO** |
| 1. Me siento calmado……………………………………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. me siento seguro (a)…………………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estoy tenso (a)…………………………………………………………...… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Estoy contrariado (a)…………………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Estoy a gusto…………………………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me siento alterado (a)……………………………………………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me siento descansado (a)……………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Me siento ansioso (a)……………………………………………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me siento cómodo (a)………………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Me siento con confianza en mí mismo (a)…………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me siento nervioso (a)………………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me siento agitado (a)…………………………………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me siento "a punto de explotar"……………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Me siento reposado (a)………………………………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Me siento satisfecho (a)……………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estoy preocupado (a)…………………………………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)……………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Me siento alegre………………………………………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Me siento bien…………………………………………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |

**INSTRUCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

**IDARE**

**SXR**

**Inventario de Autovaloración**

Por

*C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CASI NUNCA** | **ALGUNAS VECES** | **FRECUENTEMENTE** | **CASI SIEMPRE** |
| 21. Me siento bien……………………………………………………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Me canso rápidamente………………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Siento ganas de llorar……………………………………………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo……………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Me siento descansado (a)………………………………………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”…………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas…………………………………………………………………..…. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia…………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Soy feliz…………………………………………………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Tomo las cosas muy a pecho........................................................... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Me falta confianza en mí mismo (a)……………………………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Me siento seguro (a)…………………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Me siento melancólico (a)………………………………………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Me siento satisfecho (a)…………………………………………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan……………………………………………………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza…………………………………………………………………………. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Soy una persona estable……………………………………………….. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)……………………………………………………………… | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Nombre: …………………………………………….…………….… Fecha: ……………...………..**

**INSTRUCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente *generalmente.*



**ESCALA DE RESILIENCIA**

**Instrucciones:**

Por favor lea atentamente y marque con un aspa (x) la opción que mejor indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada oración. No existen respuestas buenas ni malas por lo que le pedimos que sea sincero (a).



**Sin negrita: ítems que evalúan el factor de Competencia personal.**

**Con negrita: ítems que evalúan el factor de Aceptación de sí mismo y de la vida.**

**\*Al haber eliminado los ítems 7, 11, 20 y 25, la enumeración ha variado.**