



**RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS ADULTAS
CON DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE TUNJA**

CÓDIGO 713-110

STEFANNY LONDOÑO ARIAS

DAYANA MARÍA BARÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES

2021

**RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS ADULTAS
CON DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE TUNJA**

Autores

STEFANNY LONDOÑO ARIAS

DAYANA MARÍA BARÓN

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Discapacidad

Directores

Dr. JOSÉ ARMANDO VIDARTE CLAROS

Dra. CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES

2021

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis con todo el amor, cariño y respeto a todas las personas con discapacidad, quienes han demostrado con sus vivencias el valor de la perseverancia, la empatía y la felicidad. Por ser fuente de inspiración y motivación para buscar la equidad, la igualdad y la inclusión en la población con discapacidad.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a Dios, por guiarnos en todo este camino fortaleciéndonos espiritualmente para culminar este proceso lleno de éxito.

Nuestros más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas con discapacidad de la ciudad de Tunja, que estuvieron presentes en la realización de esta meta, agradecemos todas sus ayudas, sus conocimientos y su disposición

Agradecemos a nuestros directores José armando Vidarte Claros y Consuelo Vélez Alvarez, quienes por medio de sus conocimientos y apoyo nos guiaron y acompañaron a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar todos los objetivos que esperábamos.

Así mismo, agradecemos a nuestros padres por su apoyo e incondicionalidad, por su paciencia y amor, por sus consejos, sus palabras motivadoras, por creer en nuestras capacidades y acompañarnos en cada paso que dimos para llegar al éxito de nuestras vidas profesionales.

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Tunja (Boyacá).

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal correlacional en donde se contó con la participación de 125 personas con discapacidad de la ciudad de Tunja (Boyacá) adultas con edad entre 18 y 65 años. Se realizó la recolección de la información de los participantes en bola de nieve. Se utilizó el cuestionario sociodemográfico, la escala de resiliencia de Wagnild y Young y la escala de satisfacción con la vida.

Resultados: se encontró que la mayoría de los participantes eran hombres con edades comprendidas entre 28 a 37 años y 48 a 64 años que corresponden al estrato socioeconómico 1 y 2 pertenecientes al régimen subsidiado. Del mismo modo, el mayor porcentaje de los participantes se encuentran solteros, obtuvieron secundaria como nivel máximo de escolaridad, se encuentran desempleados y no tienen vinculación a un contrato. Se encontró que en los participantes predomina la discapacidad física y visual. El origen de la discapacidad fue adquirido. Las variables mencionadas no presentaron asociación estadísticamente significativa con los niveles de resiliencia y satisfacción con la vida. Sin embargo, los participantes evidenciaron alta capacidad de resiliencia y se encuentran altamente satisfechos con la vida.

Conclusiones: la relación fundamental de la resiliencia entre los diferentes grados de satisfacción con la vida en los participantes concluye que entre más alto nivel de resiliencia se tenga, mayor serán los niveles de satisfacción con la vida. Se evidencia que la resiliencia se comporta diferente en cada variable del estudio.

Palabras Claves: resiliencia, satisfacción con la vida, discapacidad (MeSH).

ABSTRACT

Objective: to determine the relationship between levels of resilience and satisfaction with life in disabled adults in the city of Tunja (Boyacá).

Methodology: a correlational cross-sectional descriptive study was carried out in which 125 people with disabilities from the city of Tunja (Boyacá), adults between 18 and 65 years old, participated. The information was collected from the participants in a snowball, using the sociodemographic questionnaire, the Wagnild and Young resilience scale and the life satisfaction scale.

Results: it was found that most of the participants were men aged between 28 to 37 years and 48 to 64 years, corresponding to socioeconomic strata 1 and 2 belonging to the subsidized regime. In the same way, the highest percentage of the participants are single, obtained secondary school as the highest level of education, are unemployed and have no connection to a contract. It was found that physical and visual disability predominate in the participants. Most of the disability was acquired. The mentioned variables did not present a statistically significant association with the levels of resilience and satisfaction with life. However, the participants showed high resilience capacity and are highly satisfied with life.

Conclusions: the fundamental relationship of resilience between the different degrees of satisfaction with life in the participants concludes that the higher the level of resilience, the higher the levels of satisfaction with life. It is evident that resilience behaves differently in each variable of the study.

Key Words: resilience, life satisfaction, disability (MeSH).

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN.....	11
2	DATOS DE IDENTIFICACIÓN.....	13
3	ÁREA PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN.....	14
4	REFERENTE TEÓRICO.....	17
4.1	DISCAPACIDAD.....	17
4.2	RESILIENCIA.....	22
4.3	SATISFACCIÓN CON LA VIDA.....	28
4.4	RELACIÓN RESILIENCIA SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y DISCAPACIDAD.....	32
4.5	CONTEXTUACIÓN DEL ESTUDIO.....	36
5	OBJETIVOS.....	39
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	39
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
6	METODOLOGÍA.....	54
6.1	TIPO DE ESTUDIO.....	54
6.2	POBLACIÓN.....	54
6.3	MUESTRA.....	54
6.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	55
6.5	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	55
6.6	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	55
6.7	PROCEDIMIENTO.....	57
6.8	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	57
6.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	58
7	RESULTADOS.....	59
7.1	ANÁLISIS UNIVARIADO.....	59
7.2	ANÁLISIS BIVARIADO.....	77
8	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	84
9	CONCLUSIONES.....	100
10	RECOMENDACIONES.....	103

11	REFERENCIAS	105
12	ANEXOS.....	116

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Resumen ejecutivo.....	13
Tabla 2 Clasificación internacional del funcionamiento y discapacidad	20
Tabla 3 Distribución de alteraciones permanentes	37
Tabla 4 Categorías de discapacidad relevantes	37
Tabla 5 Operacionalización de variables.....	40
Tabla 6 Estimadores estadísticos para la correlación a partir del test bilateral	55
Tabla 7 Distribución de la muestra según variables sociodemográficas	59
Tabla 8 Distribución de la muestra según la condición de salud	63
Tabla 9 Distribución de los Niveles de resiliencia de los participantes en el estudio	71
Tabla 10 Distribución de la resiliencia en los participantes en el estudio.....	75
Tabla 11 Niveles de satisfacción con la vida en los participantes en el estudio.....	76
Tabla 12 Distribución de la satisfacción con la vida en los participantes en el estudio.....	77
Tabla 13 Resumen de la asociación entre variables sociodemográficas y nivel de resiliencia	77
Tabla 14 Resumen de la asociación entre variable condición de salud y niveles de resiliencia.....	78
Tabla 15 Asociación entre niveles de resiliencia y satisfacción con la vida	80
Tabla 16 Resumen de la asociación entre variable sociodemográfica y satisfacción con la vida	80
Tabla 17 Resumen de asociación entre condición de salud y satisfacción con la vida	81
Tabla 18 Asociación entre satisfacción con la vida y niveles de resiliencia	83

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Asentimiento y consentimiento informado	116
Anexo 2 Formato de recolección de la información.....	119
Anexo 3 Escala de resiliencia de Agnild y Young (Versión traducida final).....	123
Anexo 4 Escala de satisfacción con la vida. Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985)	125
Anexo 5 Interpretación de resultados de las escalas.....	127

1 PRESENTACIÓN

Según la OMS, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Cuando se hace referencia al término discapacidad se abarca las deficiencias, las limitaciones de las actividades y las restricciones de la participación. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) en el censo de 2018 se identificaron en Colombia 3.134.036 personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias, esta situación genera especial vulnerabilidad en las dimensiones psicológica y física y además en la interacción como sujetos sociales que establece la necesidad de evidenciar sus potencialidades de afrontamiento expresadas a través de su capacidad de resiliencia y su satisfacción con vida.

La resiliencia según Castellano 2014, se refiere a la capacidad que tiene una persona de afrontar un hecho trágico utilizando recursos psicológicos e incluso redes de apoyo que le permiten seguir ajustándose funcionalmente después de esa situación. Por su parte Romero 2015, manifiestan el concepto de satisfacción con la vida enmarcado en el de calidad de vida, de hecho, es un proceso evaluativo cognitivo que se define como la evaluación que hace la persona de la vida de acuerdo con sus propios modelos, esta se aborda como un concepto integrado del bienestar psicológico de las personas en las diferentes etapas de la vida por lo que es preciso decir que la satisfacción con la vida es un concepto variable que depende de múltiples situaciones por las que se adapta un sujeto a lo largo de la vida.

La pertinencia de este trabajo radica básicamente en la necesidad de articular los tres ejes conceptuales: Resiliencia, satisfacción con la vida y discapacidad los cuales en el desarrollo de esta investigación y a partir de sus resultados permitirán en un futuro enmarcar acciones en los contextos de promoción, terapéutica y rehabilitación. En este sentido la presente investigación hace parte del estudio multicéntrico resiliencia y satisfacción con la vida de personas adultas de la ciudad de Tunja (Boyacá)

A continuación, se presenta el siguiente informe final de investigación para obtener el título como Magister en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales. El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Tunja (Boyacá). Este informe inicia presentando una problemática, luego los objetivos de la investigación y finaliza con una presentación y descripción significativa de los resultados.

2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Tabla 1 Resumen ejecutivo

TÍTULO: RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE TUNJA- BOYACÁ: ESTUDIO MULTICÉNTRICO		
Nombre del programa Académico: Maestría de Discapacidad cohorte X		
Nombre de investigadores: STEFANNY LONDOÑO ARIAS DAYANA MARIA BARON		
Nombre del asesor o tutor: JOSE ARMANDO VIDARTE, CONSUELO VELEZ		
Correo electrónico responsable:		Teléfono:
Dirección de correspondencia:		
Nombre de los Grupos de Investigación: (registre la información de los grupos que participan)		Total, de Investigadores (número)
Cuerpo - Movimiento	Código GrupLAC <input type="checkbox"/> Reconocido Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Línea funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud.
Describa la pertinencia del proyecto con las líneas de los grupos: Esta investigación busca fortalecer la línea de funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud y de esta manera brindar herramientas para la toma de decisiones que puedan ser enmarcadas en las políticas de discapacidad de los diferentes contextos donde se desarrolla el trabajo.		
Lugar de Ejecución del Proyecto:		
Ciudad: Tunja.		Departamentos: Boyacá
Duración del Proyecto (en meses): 18 meses		
Tipo de Proyecto:		
Investigación Básica:	Investigación Aplicada: X	Desarrollo Tecnológico o Experimental:
Financiadores		
1. Nombre del financiador y monto: Universidad Autónoma de Manizales		
Valor Contrapartida: \$		
Descriptor / Palabras clave: resiliencia, discapacidad, satisfacción con la vida, intervención		

3 ÁREA PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive

(1) El término discapacidad abarca las deficiencias, las limitaciones de las actividades y las restricciones de la participación. Las deficiencias se definen como problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad se refieren a las dificultades para ejecutar acciones o tareas; por último, las restricciones de la participación son problemas para interactuar en situaciones vitales (1).

Para 2011 unos 600 millones de personas en el mundo presentaban algún tipo de discapacidad, y el 80% de ellas vivían en países de bajos ingresos, la mayoría pobres y sin acceso a servicios básicos de salud, ni rehabilitación (2). Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) en el censo de 2018 se identificaron en Colombia 3.134.036 personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias (3), situación que genera especial vulnerabilidad en las dimensiones psicológica y física y además en la interacción como sujetos sociales que configura la necesidad de evidenciar sus potencialidades de afrontamiento expresadas a través de su capacidad de resiliencia y su satisfacción con vida.

La resiliencia es entendida como la capacidad de las personas para hacer frente y superar de manera adecuada situaciones consideradas adversas, lo cual permite un crecimiento personal positivo y además brinda herramientas para afrontar desafíos en la vida (4), abarca todos los aspectos de la persona y consigue influir positivamente en la resolución de los problemas de una forma exitosa.

En relación con la salud es fundamental tanto en la prevención de comportamientos de riesgo de salud, como en el afrontamiento de condiciones de salud agudas y crónicas, y en este caso en el afrontamiento de la condición de discapacidad (5). Tal como lo describe Asensio, Magallón y García (6), la resiliencia permite la respuesta positiva ante situaciones estresantes, depende de la persona y de su interacción con el entorno, en tanto el aumento

de factores resilientes y de la capacidad resiliente podría ayudar a afrontar diferentes condiciones de salud y situaciones a las que cada sujeto está expuesto a lo largo de su vida (6).

Al analizar la relación entre resiliencia y salud estudios realizados por Arrebola-Moreno et al, encontraron como la resiliencia disminuye el grado de infarto de miocardio, al afectar la respuesta inflamatoria, que muestra un efecto protector (7). White, Driver, & Warren encontraron como las personas con lesión medular que tenían altos niveles de resiliencia presentaron una menor sintomatología depresiva y una mayor aceptación de la discapacidad (8). Al analizar las relaciones sociales, diferentes estudios han evidenciado que las personas con más altos niveles de resiliencia pueden sostener relaciones de mejor calidad, y confianza, consolidan un buen círculo familiar y de amigos, y de igual manera se integran más fácilmente a la vida en comunidad (9,10).

En este mismo sentido el trabajo desarrollado por Suria, concluyó que la resiliencia se relaciona con un mejor ajuste de las personas con discapacidad a su desarrollo interpersonal y social, por lo anterior se resalta la importancia de conocer los niveles de resiliencia para establecer programas y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad (11).

La satisfacción con la vida se define como el grado con el que una persona evalúa la calidad global de sus vivencias de forma positiva. De esta manera, lo bueno se sopesa contra lo malo, se realizan comparaciones y se llega a un juicio final (12). Con relación a la satisfacción con la vida es importante resaltar que algunos de los actuales postulados plantean la necesidad de estudiar y evidenciar científicamente los aspectos que hacen la vida placentera y significativa para las diferentes personas (13). Al respecto González & Moreno, plantean que el bienestar de los sujetos se encuentra integrado por la felicidad, la cual hace relación al componente afectivo, y por la satisfacción con la vida, que se relaciona con el componente cognitivo (14), según Miller & Chan, los factores que predicen mayor satisfacción vital en las personas con discapacidad intelectual son las

habilidades para la vida (interpersonales, instrumentales y el ocio), el apoyo social, la productividad y la autodeterminación (15).

Evaluar los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas con discapacidad, podría aportar no solo a reformular programas de intervención como se mencionó anteriormente, sino, además como lo resalta el estudio realizado por García & Ovejero, se convierten en la posibilidad de identificar algunos de los factores protectores que esta población pueda tener que le generan mayores niveles de resiliencia y más satisfacción vital, para ser reforzados en diferentes contextos, como podría ser la práctica de actividades como el deporte (16), el baile o pertenecer a grupos y asociaciones. A partir de los anteriores planteamientos la pregunta de investigación que orienta esta investigación es:

¿Cuál es la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Tunja (Boyacá)?

4 REFERENTE TEÓRICO

A continuación, se presenta el referente teórico el cual pretende abordar inicialmente, los tópicos discapacidad, resiliencia, satisfacción con la vida y posterior a ello las relaciones existentes entre estos aspectos a partir de lo encontrado hasta el momento en la teoría.

4.1 DISCAPACIDAD

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define a la discapacidad como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (2).

Según el Informe Mundial de Discapacidad, más de mil millones de personas viven en el mundo con algún tipo de discapacidad; de estas, casi 200 millones viven experiencias de limitación importantes en su funcionamiento por lo que en un porvenir no se elimina que la discapacidad será un desafío de interés en Salud Pública, a causa de que la prevalencia va elevándose, tomando en cuenta varias circunstancias como el envejecimiento poblacional, consecuencias de hechos de violencia y accidentalidad, entre otras (2).

En el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, académicos, menor participación económica y porcentajes de pobreza mayores que las personas sin discapacidad (2). Esto es resultado de las barreras que entorpecen el acceso a servicios de salud, educación, trabajo, transporte o información. Esas dificultades se agudizan en las comunidades menos privilegiadas (2).

La discapacidad es una manifestación social, multidisciplinar, que involucra la necesidad de ser valorada a partir de fundamentos globalmente aprobados, que impliquen una relación bidireccional entre el individuo, el ambiente físico y social. Esta aproximación corresponde a un enfoque relacional que incorpora elementos dinámicos dentro de entornos familiares, comunitarios y sociales (17).

La discapacidad es un importante problema de salud pública. Cuando se realizan evaluaciones globales sobre la carga de enfermedad, más de la mitad de estos resultados arrojan que hay mayor mortalidad prematura en personas con discapacidad (18). Por tanto, la realidad sobre la discapacidad en todo el mundo es el resultado de la perspectiva ecosistémica (19).

El modelo integral de la CIF posee tres componentes importantes, el primero son las funciones y estructuras corporales, se refiere a todas las funciones fisiológicas de los sistemas corporales y las partes anatómicas o estructurales del cuerpo, y es su ausencia o alteración lo que se concibe como deficiencias en las funciones y las estructuras. El segundo componente, la actividad, significa la realización de una tarea o acción por una persona, las dificultades que tiene ésta para realizar dichas tareas se denominan limitaciones en la actividad. El tercer componente, la participación, es la implicación de la persona en una situación vital, y los problemas que ésta pueda experimentar aquí constituyen las restricciones en la participación. Estos tres componentes se integran bajo términos de funcionamiento, discapacidad e interacción con los factores personales y ambientales (18).

Desde la conceptualización de la CIF, la discapacidad, es un término genérico que aborda deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Esto implica el abordaje de aspectos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores del contexto (factores ambientales y personales) (20). Por el contrario, el funcionamiento indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales que posibilita el desarrollo de actividades y participación en comunidad (20).

Los factores contextuales constituyen, conjuntamente el entorno completo de la vida de una persona y está compuesto de: factores ambientales y factores personales. Los ambientales, se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y su estilo de vida, están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o

estado de salud. Estos pueden incluir el sexo, la raza, la edad, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, la educación, la profesión, experiencias actuales y pasadas, comportamiento, personalidad, espiritualidad, entre otros (21). Lo anterior, implica asumir este modelo como multidireccional, es decir, “la discapacidad se entiende como un conjunto de elementos biológicos, sociales y culturales que conforman interrelaciones en donde todas se ven afectadas si una de ellas cambia” (22).

La CIF, integra los modelos biomédicos y sociales de la discapacidad y asume el modelo biopsicosocial como marco conceptual. Además, en la medida en que recoge factores ambientales y personales en su modelo, muestran como éstos pueden ser un elemento clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos y las poblaciones, y como se logran adoptar cambios y medidas sociales que pueden reducir su impacto cuando este es negativo (22). Para el presente trabajo la base conceptual y teórica está sustentada en la definición de discapacidad desarrollada a través de la CIF.

Es preciso considerar que la CIE 10 y la CIF son complementarias en lo que respecta a los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, disfunciones, etc.) por cuanto se toma como referente la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), ya que brinda un marco conceptual basado en la etiología. Más aun el funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se retoman en la concepción de la CIF (20).

El modelo Biopsicosocial ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona. Esto implica integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; clasificar y medir la discapacidad y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad (19). Este modelo se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. El funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y mental) y los factores ambientales. Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento (23).

En este sentido desde el modelo biopsicosocial el actor principal es la persona con discapacidad, su familia y la comunidad, se plantean objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual, familiar, comunitario y social, en relación con la dimensión no solo física sino también personal y espiritual. Las características fundamentales de este enfoque son: la atención primaria en salud, la multisectorialidad, la desconcentración y descentralización de los servicios de rehabilitación, así como la difusión del conocimiento en la atención a las personas con discapacidad (23). Es de vital importancia aclarar que la CIF no es solo aplicable en discapacidad sino en cualquier persona que presente una condición asociada a la salud. La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes: 1. Funcionamiento y Discapacidad, (a) Funciones y Estructuras Corporales (b) Actividades y Participación y 2. Factores Contextuales. (c) Factores Ambientales (d) Factores Personales

Tabla 2 Clasificación internacional del funcionamiento y discapacidad

	Parte 1: Funcionamiento y discapacidad		Parte 2: Factores contextuales	
Componentes	Funciones y estructuras	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas - acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómico)	Capacidad realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural Funcionamiento	Actividades Participación	Facilitadores	No aplicable

Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación	Barreras/obstáculos	No aplicable
Discapacidad				

Fuente: Clasificación internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF)

OMS (2001) .Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf

Acorde a lo presentado en la tabla anterior, cada componente se expresa en aspectos positivos o negativos, y consta de varios dominios, éstos contienen categorías que a su vez son unidades de clasificación. El constructo básico de los factores ambientales está formado por efecto posibilitador o de obstrucción que son característicos del contexto físico, social y actitudinal (19). Dentro del funcionamiento y discapacidad, las funciones corporales hacen referencia a aquellas ligadas a los órganos de los sentidos como las visuales.

En las funciones corporales, el cuerpo se visualiza como una unidad que compromete cerebro y todas sus funciones; por lo que se deduce que la CIF toma un método sistémico al hablar de funciones y estructuras corporales, por ende no se consideran órganos. En los dominios expuestos en la tabla 2, se encuentran las deficiencias que representa problemas en funciones o estructuras corporales, donde existe una alteración del estado bio médico del cuerpo y sus funciones, que pueden ser a nivel intelectual, psicológico, de lenguaje, en órganos, músculo esqueléticas y sensitivas, entre otras (19).

Los dominios para el componente actividad y participación están incluidos en una lista que contiene categorías de áreas vitales, siendo útiles para evaluar desempeño/realización y de igual manera capacidad. Entendiendo como desempeño la acción de implicarse en una situación vital dentro de cualquier contexto que rodee a la persona ya sea físico, social o actitudinal; y el calificador de capacidad explica la habilidad de una persona de realizar un rol o acción específica en un tiempo determinado dentro de un contexto dado (19).

Los factores contextuales son los componentes de la vida de la persona, dentro de los que encontramos factores ambientales y personales de vital importancia en todos los aspectos

relacionados con la salud. Existe una amplia gama de factores personales en los que se incluyen el género, raza, edad, estilos de vida, hábitos, educación entre otros (19).

Según la CIF (2002) “la discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona”(18); por ende los factores contextuales juegan un papel importante en cuanto a la discapacidad, ya que existe una constante interacción con cada componente y cada dominio mencionado anteriormente, donde se producen diferentes efectos en las personas involucradas, facilitando o restringiendo el desarrollo del individuo (20).

El análisis anterior permite plantear que la discapacidad es una condición que afecta a la persona que la vive, impacta en su entorno familiar y social, dado que puede llegar a limitar su capacidad para estudiar, trabajar, disfrutar de sus actividades de ocio, tiempo libre y vivir de manera independiente (24).

4.2 RESILIENCIA

El término resiliencia converge y se articula en una serie de teorías o conceptos que dependen de la disciplina en la cual se aborda; es decir, su concepto frecuentemente es utilizado en la mecánica y la metalurgia, y es recientemente adaptada en las ciencias humanas (25). La resiliencia puede referirse a esa habilidad que tiene una sustancia u objeto de resistir a un golpe y volver a su forma original (25); en el mayor de los casos, es la capacidad que tiene una persona de afrontar un hecho trágico utilizando recursos psicológicos e incluso redes de apoyo que le permiten seguir ajustándose funcionalmente después de ese hecho (25).

Es cierto, que su conceptualización diverge en el sentido de que no hay un solo y coherente marco de referencia; sin embargo, en las diferentes definiciones aparecen dos elementos comunes: la presencia de un riesgo de adversidad, y una situación estresante o amenaza que conlleva al individuo, con una alta probabilidad, a la inadaptación. El otro elemento en común es la adaptación positiva, definida como ese comportamiento cognitivo reflejado en

la capacidad de recuperarse de un trauma (25). De acuerdo con los elementos evocados, la resiliencia emerge de factores exógenos: la relación que construye el sujeto con su entorno, y endógenos: inherentes a la personalidad y/o temperamento; de ahí que “tanto la escuela anglosajona, como la europea han situado el tema de la resiliencia desde una perspectiva psicosocial” (26).

Los primeros estudios con respecto al tema se han centrado en la exploración de los aspectos que contribuyen a la salud de los niños y jóvenes vulnerables a través de un análisis de sus procesos individuales, sociales y familiares; concluyéndose que la resiliencia es responsable de: a) recuperarse de un trauma, b) de hacerle frente a una situación estresante, y que además emerge de unas características que contribuyen al éxito de los niños que han crecido en circunstancias desventajosa (27,28). Garmezy, pionero en la conceptualización y estudio de esa capacidad de adaptarse, refiere que no se puede hablar de resiliencia sin la presencia de estrés severo; quizás, puede venir de la existencia de una singular, fuente específica de estrés extremo; por ejemplo, un desastre natural o la muerte de un ser querido (29).

La resiliencia es un factor protector y modificador de donde se debe partir para lograr el éxito de una intervención psicológica, en tanto en ella subyace el reconocimiento de las propias habilidades y fortalezas, el mejoramiento de las relaciones personales, la capacidad de adaptación, la perspectiva optimista de la vida y un buen funcionamiento psicológico (27). De igual manera, es el esfuerzo del individuo para recuperarse o adaptarse sin perder su fe y esperanza, como también, de hacer uso de sus recursos sociales para hacerle frente a una situación de adversidad (28).

Un aspecto fundamental en la resiliencia es su característica dinámica; en otras palabras, una persona puede ser resistente en algunas circunstancias y no puede serlo en otras (30). Por lo demás, la atención no sólo se centra en el reconocimiento de la situación adversa, sino también, en la calidad de los vínculos afectivos de la persona (las familias y los amigos), la sensación de control sobre los eventos desestabilizadores y el reconocimiento de los escenarios donde acontecen dichos eventos (31,32). Esta propuesta pone en escena la

necesidad de un acompañamiento inteligente y afectuoso de los adultos para favorecer la construcción y reconstrucción de las metas de desarrollo de los niños y de manera consecuente fomentar su tejido de la resiliencia (33).

La resiliencia en cuanto a la discapacidad se puede observar en los diferentes ámbitos y puntos de vista teniendo en cuenta los campos de desempeño de las personas en la vida en comunidad. En las personas con discapacidad física o motora se pueden identificar varios factores con los que de una u otra forma miden la resiliencia en diversos ámbitos de la vida del individuo; así lo afirma un estudio, cuyo objetivo fue identificar las dimensiones de resiliencia que dan lugar a perfiles, los cuales podrían definirse en función del peso que tengan cada una de las dimensiones dentro de estos (34). Este se realizó mediante instrumentos de recolección de información sociodemográfica, denominada “la escala de resiliencia” (35, 36). El instrumento tiene en cuenta factores como: la capacidad personal, la independencia, el dominio, la perseverancia, la habilidad, la adaptación o flexibilidad y la autodisciplina.

El estudio concluyó que las personas con discapacidad motora presentan un patrón caracterizado por alta resiliencia o alta competencia social y aceptación de sí mismo y de la vida; tienden a presentar puntuaciones en habilidades sociales más elevadas que las personas con discapacidad con una puntuación bajas en resiliencia, por tanto contribuyen al conocimiento de la resiliencia y podrían resultar relevantes para el diseño y aplicación de programas de entrenamiento en las habilidades sociales dedicados a personas que viven la experiencia de tener discapacidad motora (34).

De esta forma, se tiene en cuenta el auto concepto en jóvenes con discapacidad como una parte determinante en la participación, trazando metas y expectativas en ellos; dado que el auto concepto crece o se desarrolla de la misma forma en las personas sin discapacidad y considerando que este auto concepto es el resultado de la mirada externa y de cómo la sociedad mira a las personas con discapacidad, éste dependerá entonces de las personas que lo rodean y de las influencias que reciba en sus relaciones interpersonales (34).

Entre las dimensiones que conforman la resiliencia se encuentran la aceptación de la vida y de uno mismo, la competencia social y la autodisciplina, lo que significa que siempre existirá similitud entre algunas de estas dimensiones (37). Lo mencionado indica que la concepción de lo que es la discapacidad en la sociedad está relacionada directamente con la resiliencia o la aceptación de las personas con discapacidad, según el estudio las más afectadas son la discapacidad auditiva y cognitiva y en menor porcentaje la visual y la motora. Esto significa que los jóvenes con menor resiliencia tendrán más inconvenientes con sus relaciones interpersonales (37).

De igual manera, en la discapacidad se debe abordar de manera frecuente el tema familiar teniendo en cuenta que es con quienes se presentan las relaciones interpersonales más cercanas, de esta manera, los estudios señalan que ante el nacimiento de un niño con discapacidad los patrones familiares se alteran, las actividades familiares tienen que organizarse de forma diferente para adaptarse a las necesidades especiales del hijo con discapacidad (38).

Tener un hijo con discapacidad involucra diversas situaciones de confusión, en las cuales se manifiestan sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad. Por tanto, es de esperar que aquellos padres de familia que no manejen adecuadamente las propias emociones presenten también un menor nivel de resiliencia; es decir, presentan niveles bajos los padres que no creen en su adecuada capacidad para regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos (38). Por tanto y por los anteriores aportes realizados, las primeras relaciones interpersonales a las que se enfrenten las personas con discapacidad son las de la familia y esta tiene que ser el mayor apoyo para la aceptación y la construcción del autoconcepto.

En términos generales la resiliencia se considera como una fortaleza, resistencia que permite a las personas o grupos sobreponerse a situaciones extremas por las cuales se encuentra transitando, y de esa manera proyectarse hacia el futuro. Para algunos autores se denomina como (39) “capacidad cognitiva y socioemocional de la persona o grupo para reconocer, enfrentar y transformar constructivamente situaciones de sufrimiento o daño que afectan el desarrollo”. En la cotidianidad del ser humano se enfrentará a diferentes

adversidades que podrá superar, siempre y cuando confié en el mismo, exista un acompañamiento de su núcleo familiar y el contexto social (39).

Ante el interrogante de ¿Cómo se puede estimular esta capacidad?, para transformar seres humanos fuertes y que los problemas externos no afecten sus vidas, todo se debe direccionar hacia las familias (40), donde las familias son consideradas el espacio que permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras personas, los valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad.

Es la primera escuela de todos y todas, en el seno de la familia los hijos aprenden de sus padres, sus padres de sus hijos y sus hermanos se conocen unos a otros, en este ambiente se forman y comparten conocimientos, creencias, valores, costumbres, entre otros; que permiten la construcción de personas de bien. Pero ¿Cómo la familia forma sujetos resilientes?, todo inicia con una buena educación desde casa, la comprensión es el primer valor que permitirá la construcción de este ser, entender el chico (a) desde todas las perspectivas, nunca juzgarlos o discriminarlos por algo inusual, brindarle confianza en todas sus decisiones, por medio de ellas podrá vivenciar si fue benévolo o nocivo para él y que aprendizajes le generó esta experiencia.

Compartir en los hijos un pensamiento optimista – positivo acerca de las cosas que quiere, enseñarles a ser audaces, a querer siempre mejorar y nunca quedarse atrás, jamás compararlo con otros chicos (as), esto le generara pensamientos negativos hacia él y posteriormente su frustración (40).

Durante la niñez, los padres de familia por medio de su educación (41) buscan ejercitar y promover los valores con los menores a partir de la dinámica familiar y los valores que la comunidad escolar considera importantes para formar a los alumnos. Deben formar seres íntegros, críticos, con valores, esto permitirá el desarrollo de una buena autoestima que poco a poco se irá fortaleciendo y le permitirá sobreponerse a situaciones difíciles. Si por el contrario no se educan de manera correcta, no son comprendidos, menos apreciados, humillados, maltratados, serán menos propensos a enfrentarse sanamente al conflicto (41).

Hablar de educación lleva a pensar en los diferentes procesos formativos que atraviesa el ser humano a lo largo de la vida (42). Es otro aspecto fundamental en esta transformación, educar es proveer conocimientos, cultura, valores, espíritu, que permiten el desarrollo de un ser íntegro y crítico que más adelante aportará en su contexto, es allí donde se van a generar nuevas responsabilidades, disciplina, trabajo en equipo, que poco a poco le permitirán su maduración (42)

Otro elemento fundamental para el desarrollo de seres resilientes es la sociedad (43), para este autor, las funciones superiores del pensamiento son producto de la interacción cultural. Comprendida por diferentes sujetos que se encuentran relacionados bajo reglas comunes, si esta genera oportunidades para sus integrantes aumentará su participación social, exponiendo todo el aprendizaje obtenido en su educación; también, el apoyo social en la realización de proyectos y la toma de decisiones.

Si, por el contrario, la sociedad y la educación no brindan suficientes ayudas, estas personas no contarán con el soporte necesario para resistir los diferentes obstáculos que se presentarán en el transcurso de sus vidas, no tendrán otra alternativa que desistir a cada uno de sus planes a futuro, generando la frustración, rechazo y depresión. Son sujetos que no tienen un rumbo fijo de sus vidas, al presentarse un obstáculo no dudaran en huir y dejar todo a la suerte (43).

Las personas que se encuentran en situación de discapacidad son propensas a vivenciar una baja autoestima (44). El auto concepto o autoimagen es la representación que cada persona tiene de uno/a misma, las creencias que la persona tiene sobre sus propias características psicológicas, físicas, afectivas, sociales e intelectuales. La población con discapacidad ha sido discriminada por el contexto donde está inmerso, se evidencia la escasez de programas donde estimulen su colaboración, falta de eventos de inclusión social, entre otros. De este modo, se suman dos problemas, uno de ellos es su baja autoestima y el poco apoyo que le brinda su núcleo familiar; y no cuentan con una base sólida para enfrentar los diferentes retos de la vida, porque desde un principio se les ha inculcado la dependencia (44).

Además, existen pocas oportunidades para estos sujetos; el contexto social se encarga de estigmatizarlos, definirlos como seres inútiles, eliminando toda posibilidad de inclusión; ellos pueden llevar a cabo cualquier rol social, pero de manera distinta y esto debe ser comprendido por la población; el medio se debe adaptar a él (ella), concibiendo políticas de participación ciudadana, la generación de empleos, implementación de programas de diversidad en las instituciones educativas y las adaptaciones en cada de una de sus infraestructuras (44).

Para este apartado finalizar en el marco de esta propuesta se asumen la resiliencia como la capacidad de afrontar situaciones adversas, en las cuales se ve inmersa la persona con discapacidad, y en este sentido los resultados derivados de esta evaluación posibilitan la incorporación de acciones que enmarquen un trabajo intersectorial e interinstitucional para fortalecerla en el contexto de la vida de cada uno de los sujetos.

Este proyecto de investigación asume el concepto de la escala de resiliencia (Wagnild y Young) (45) quienes consideran a la resiliencia como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas, adicionalmente se toma como referente la Escala de Resiliencia (RS-25) construida por los autores y adaptada al español por, con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual de las personas (45).

4.3 SATISFACCIÓN CON LA VIDA

La calidad de vida es una categoría de múltiples dimensiones, las cuales incluyen componentes de carácter subjetivo y objetivo que se relacionan con diversos ámbitos de la vida de la persona (45). Desde lo subjetivo, da notabilidad a la importancia que las personas han dado a sentirse bien, estar felices o albergar sentimientos de alegría y destaca entre los aspectos que explican esta necesidad de sentirse bien, la percepción de un estado de bienestar propio, cumpliendo una función importante en procesos como la regulación emocional y conductual.

Es decir, son una serie de opiniones favorables o desfavorables de la persona sobre su propia vida y es una tendencia global que tienen para experimentar y valorar su vida de forma placentera. Esta valoración es realizada a partir de dos aspectos importantes; uno emocional basado en la presencia de sentimientos y emociones positivas como la alegría y el cariño; uno negativo, como la angustia y la envidia y, finalmente, un aspecto cognitivo, que específicamente incluye el concepto de satisfacción con la vida (46- 49).

El concepto de satisfacción con la vida se enmarca en el de calidad de vida; de hecho, es un proceso evaluativo cognitivo que se define como la evaluación global que hace la persona de la vida de acuerdo con sus propios estándares (49). La satisfacción con la vida se aborda como un concepto integrado del bienestar psicológico de las personas en las diferentes etapas de la vida, es decir, la satisfacción (...) y por lo tanto el bienestar es un marcador de la calidad de vida en cada una de las personas (50, 51).

Es preciso decir que la satisfacción con la vida es un concepto variable que depende de múltiples situaciones por las que se adapta un sujeto a lo largo de la vida, según lo descrito por Roy (51) en la adaptación la persona usa conscientemente su libertad para crear su integración humana y ambiental. En este punto a lo largo del ciclo vital de cada persona se generan expectativas al hacer un balance de sus logros, ganancias y pérdidas, es decir, llega a un juicio sobre su vida, que depende en gran parte, de las comparaciones que se hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera adecuado y con base en esto define si está satisfecho o no (51, 52).

La satisfacción con la vida es la evaluación global que realizan las personas al comparar las circunstancias actuales con un patrón cultural que consideran se ajusta a su condición propia. Desde otra perspectiva, la satisfacción con la vida tiene una directa relación con el estado de salud, la familia, las relaciones interpersonales y la situación socioeconómica, entre otros como lo plantea Estrada (53), quien encontró como las mujeres tienden a presentar mayor satisfacción con la vida.

Así mismo el concepto de satisfacción con la vida se puede explicar desde el grado de experiencia individual en comparación con las expectativas de vida, lo que quiere decir,

que mientras que la satisfacción con la vida se relaciona con eventos sociales que tienden a ser más estables como el nivel educativo alcanzado o los logros personales, los aspectos emocionales se refieren más a aquellas circunstancias y experiencias que se viven en medio de la cotidianidad; de esta manera, en la evaluación sobre la satisfacción con la vida que realiza una persona, intervienen elementos estables propios de cada persona como la personalidad, el estado de ánimo, el contexto de evolución que son factores situacionales, entre otros (53).

Como se ha mencionado anteriormente la satisfacción con la vida depende de múltiples factores que permiten que la persona realice un juicio sobre ella, aspectos positivos y negativos que influyen en la percepción de esta; de igual modo, es relevante mencionar que, aunque la satisfacción tiende a ser estable, se encuentra susceptible a las circunstancias cambiantes del medio, bien sea a nivel familiar, económico, académico, social y/o de salud tanto física como mental.

En un intento por mejorar la satisfacción con la vida, se debe reducir el afecto negativo y aumentar el positivo, puesto que se asume que la ausencia de afecto negativo no es lo mismo que la presencia del positivo; es decir, mientras más frecuente se sienta el uno, menos frecuente se percibe el otro (54), además de todo lo anteriormente citado, al concepto de satisfacción con la vida se le atribuye otros aspectos como la baja autoestima, el estrés, la ansiedad los cuales hacen que se tenga un autoconcepto generalmente negativo y una muy baja satisfacción con la vida, siendo este uno de los estudios psicosociales que muestra uno de los factores explicativos más importantes del comportamiento y desarrollo individual como lo es el contexto social percibido (55). Es decir, la satisfacción con la vida se entiende como una valoración global que la persona hace sobre su vida, poniendo en comparación lo que ha conseguido, con el logro de sus retos y expectativas y es uno de los indicadores de la calidad de vida (56).

La satisfacción con la vida es un concepto multidimensional, una persona esencialmente feliz responde al perfil de un individuo joven, con buena salud y educación, con ingresos económicos relativamente estables, de un carácter extrovertido y tendencialmente

optimista, sin grandes preocupaciones en su vida cotidiana, con credo religioso, casado, con elevada autoestima, moral de trabajo interiorizada, aspiraciones modestas en general, pudiendo ser mujer u hombre y presentar diversos grados de inteligencia(57-59). Por tanto, los efectos que tienen las experiencias emocionales positivas, relacionadas con la satisfacción con la vida, propician una mejora de las estrategias de afrontamiento eficaces para hacer frente a posibles dificultades en la vida y, concretamente, en los problemas de salud. Además, afirman que los estados emocionales positivos facilitan conductas más saludables, suministrando un estado de resiliencia necesario para afrontar la posibilidad de tener o desarrollar serios problemas (60).

Así mismo, se puede aseverar que existen estrategias que permiten mejorar la percepción que se tiene frente a la satisfacción con la vida, por ejemplo: a mayor resiliencia mayor satisfacción con la vida (61). Las personas que presentan estrategias resilientes estarían encaminadas a creer en sus propias habilidades para reconducir las situaciones adversas, aspecto que se traduciría en una mayor sensación de bienestar; además de lo anterior, está la inteligencia emocional entendida como la habilidad de las personas para atender, percibir los sentimientos, asimilarlos y comprenderlos de forma apropiada y adecuada y su destreza para regular el propio estado de ánimo o el de los demás (11, 61-63).

Para hablar de satisfacción con la vida se hace necesario tener presente la calidad de vida, la cual se ha enfatizado en el uso de indicadores positivos en función de la investigación, que de una u otra manera inciden en los aspectos que no solo pueden ser cuantificables como los servicios a los cuales se tiene acceso sino también en las valoraciones internas que realiza el sujeto como son los juicios, y en este sentido se habla de la satisfacción con la vida, como variable de análisis en la presente investigación se asume como la manera en que las personas con discapacidad evalúan su contexto de vida cercano y actual y los cambios que se propondrían de ser necesario.

4.4 RELACIÓN RESILIENCIA SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y DISCAPACIDAD

La resiliencia en los últimos años ha cobrado un gran interés en la investigación, en tanto representa la capacidad para superar aquellos eventos adversos que sobrevienen en la vida de un sujeto, como puede ser la ausencia y pérdida de un ser querido, el tránsito doloroso de un trauma, un evento fortuito que cambia el escenario de una rutina cotidiana, la presencia de una condición de salud, o la adquisición de una discapacidad. En este apartado se desarrollará la relación entre estos tópicos teóricos que ayudarán a concretar lo establecido para este proceso investigativo mediante una revisión de las investigaciones previas que permitan evidenciar como se ha venido comprendiendo esta temática.

Según lo planteado por Suria (11), a partir de la aplicación de diferentes escalas de resiliencia se evalúa la competencia personal, autodisciplina y aceptación de sí mismo y de la vida, en un estudio donde se quiere analizar el bienestar subjetivo y la resiliencia en personas con discapacidad, para ello utilizó escalas de resiliencia de Wagnild y Young y la versión adaptada de la escala de bienestar subjetivo de Ryff las cuales fueron administradas a una muestra de 98 personas con discapacidad. Como resultados se encontraron moderados niveles de bienestar subjetivo y resiliencia entre los participantes. Así mismo, se identificaron cuatro perfiles resilientes, que difieren en Bienestar Subjetivo. Dicha investigación sugiere la necesidad de profundizar en esta relación con objeto de diseñar programas que incrementen la resiliencia y el bienestar subjetivo en las personas con discapacidad (11).

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (64), menciona sobre la importancia de la participación e inclusión plena, efectiva y de igualdad de condiciones a nivel social, en la educación y en el empleo, para personas con discapacidad, manteniendo así una accesibilidad e independencia máxima en estas personas a nivel de capacidad física, mental, social y vocacional.

Un estudio realizado en Chile buscó comparar entre personas con discapacidad motora y personas sin discapacidad la variable resiliencia, lo anterior para ofrecer a los profesionales de la salud y la educación, una herramienta que permitiera medir niveles de resiliencia

general. Para ello se trabajó con 152 sujetos de ambos sexos y edades, 60 de ellos presentaron alguna discapacidad motora y 92 no presentan ninguna discapacidad (65). Se utilizó como instrumentos la escala CD-RISC (USA), la cual ha sido validada (índice de Cronbach de 0,75 y una confiabilidad de 0,96 (dos mitades). Los resultados que se obtuvieron no solo permitieron medir niveles de resiliencia, si no también diferenciar los factores específicos, para una mejor intervención posterior. Además, se puso en evidencia que pese a vivir una experiencia de discapacidad, la limitación puede decrecer ante la capacidad de resistencia y la posibilidad de encontrar significantes sólidos en la vida del sujeto (65).

El estudio sobre perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora, donde participaron 116 personas, pretendió identificar si existen combinaciones de factores resilientes que den lugar a diferentes perfiles de resiliencia en personas con discapacidad motora, utilizando la “Escala de resiliencia” (Resilience Scale; Wagnild y Young) para ello evaluaron la competencia personal (capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, entre otros), aceptación de sí mismo y de la vida (adaptación, flexibilidad, entre otros), y la “escala de habilidades sociales” (EHS; Gismero); esta escala evalúa la aserción y las habilidades sociales en adolescentes y adultos; y la autodisciplina; el análisis identificó cuatro perfiles resilientes: un perfil de alta resiliencia, un perfil de baja resiliencia, un grupo con un predominio de aceptación de uno mismo y de la vida y un último perfil con predominio de competencia social (66).

Igualmente, un estudio sobre la relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad, evidenció la aplicación de la escala autoconcepto F5, evaluó dimensiones académico/laboral, social, emocional, familiar, y físico; y la Escala de resiliencia en personas con tipos de discapacidad (física, intelectual, visual y auditiva), en donde se concluye que el autoconcepto, no se ve afectado por el grado de discapacidad, sino por los estereotipos y modas que marca la sociedad y alejan a las personas con discapacidad de los estándares o prototipos de la belleza, lo cual repercute en los niveles inferiores de autoconcepto entre los jóvenes(67).

Otro estudio tuvo como objetivo determinar la relación que hay entre calidad de vida y resiliencia en personas con discapacidad visual; para ello se contó con una población

constituida por 61 personas con discapacidad visual, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos el cuestionario estructurado diseñado por las investigadoras, la escala Fumat que evalúa la calidad de vida y la escala de resiliencia (Versión Argentina) que evalúa el nivel de resiliencia (68). Los resultados evidenciaron que la categoría de discapacidad visual no determina una mejor calidad de vida (68).

El concepto de calidad de vida es una variable que puede estar asociada quizás a un rasgo de personalidad o un patrón conductual, que incide en el sujeto a realizar acciones en torno a mejorar su proyección y su calidad de vida, y que quizá como las investigadoras lo hallan, el resultado no es directamente relacional con el nivel de discapacidad que puede tener un sujeto. Por otra parte, la investigación muestra que la categoría de discapacidad visual no determina una mejor resiliencia y se incita a cuestionarse sobre si la capacidad de resiliencia puede variar a lo largo del tiempo y si esta depende o no de la etapa de desarrollo alcanzada por el sujeto y con ello de los patrones de calidad de vida proyectados (68).

Otra investigación determinó en el escenario de la discapacidad física adquirida en el esquema de servicio policial los diferentes pilares de resiliencia, para observar las características que suelen ser exitosas para este tipo de servicio. Los resultados establecen como pilares de la resiliencia a la introspección o autoconocimiento, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad, autoestima consistente y, en la población adulta se podría evaluar la espiritualidad, encontrando en este artículo que al fomentarse la resiliencia; se realiza un aporte a la salud mental (69).

De igual forma el estudio sobre las diferencias o similitudes entre las personas con discapacidad y sin discapacidad en el ámbito de la inteligencia emocional, la resiliencia y la autoestima. Para ello se hizo una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, transversal, y prospectivo, utilizando las escalas de la Inteligencia emocional TMMS-24, la escala de la Resiliencia CD-RISC10 y la escala de la autoestima de Rosemberg, con un total de 100 participantes. En los resultados encontraron como las personas con discapacidad física

presentan medias estadísticamente superiores en inteligencia emocional y resiliencia, aunque en autoestima las personas sin discapacidad presentan medias superiores (70).

Algunos autores ponen de manifiesto que las emociones juegan un papel fundamental en el bienestar de los individuos, y como las condiciones de salud que implican discapacidad física afectan los diferentes aspectos de la vida de las personas, por lo tanto, se hace más necesario aún el buen manejo emocional para evitar que la persona sufra mayores consecuencias físicas y/o emocionales. Por tanto, las personas con discapacidad física presentan niveles adecuados de inteligencia emocional en sus diferentes dimensiones, desarrollando estrategias de afrontamiento que les permiten hacer frente a dichas dificultades. La autoestima de las personas con discapacidad física se ve mermada por la baja percepción de control independiente (71).

De igual forma se han realizado estudios que comparan la relación entre el nivel educativo y la resiliencia de las personas con discapacidad auditiva, encontrándose como las personas con primaria completa presentan resiliencia media, seguido de las personas con secundaria completa, quienes en su mayoría presentan una capacidad de resiliencia alta y las personas con secundaria completa presentan resiliencia media (72), dejando ver como el nivel de estudio y la capacidad de resiliencia puede llegar a ser funcionalmente equivalente, es decir entre mayor vulnerabilidad en términos del acceso a la educación o formación, menores recursos de afrontamiento podrán adquirir una persona, evidenciándose como la educación formal puede ser un recurso favorecedor en la capacidad para recuperarse y adaptarse a nuevas demandas del entorno y en la participación que traen las actividades sociales.

También se han realizado estudios sobre la relación entre inteligencia emocional, calidad de vida (criterios objetivos y subjetivos) y satisfacción vital en personas con discapacidad intelectual; donde utilizaron como instrumentos Trait Meta Mood Scale 24 (TMMS 24), Escala INICO-FEAPS (modalidad autoinforme e informe de otras personas) y Satisfaction With Life Scale (SWLS), encontrando como resultados la asociación

positiva entre inteligencia emocional (reparación) y satisfacción vital (criterios subjetivos); calidad de vida (bienestar físico y bienestar emocional) y satisfacción vital (criterios objetivos) (36, 73, 74).

4.5 CONTEXTUACIÓN DEL ESTUDIO

De acuerdo con el censo 2018 realizado por el Departamento Nacional de Estadística, DANE, Boyacá (75) cuenta con una población total de 1'135,698 personas, de las cuales se registran 42.145 personas con discapacidad correspondiente al 3.71% del total de la población Boyacense. De las 42.145 Personas con Discapacidad, el 48.4% son mujeres y el 51.5% son hombres, por último, el 0.10% de personas no reportan género. La ciudad de Tunja, capital del Departamento, cuenta con 3.487 personas con discapacidad, de las cuales el 51% son hombres y el 49 % son mujeres no reportado 0,175%, no definido 0,02%. (76).

Respecto a la relación entre ciclo vital y discapacidad se evidencia que con el paso de los años se va aumentando el número de personas con discapacidad, es así que en la etapa vital de 60 años y más equivale al 30%, seguido de la etapa vital de 27 a 44 años con 21,7% En el rango de 0 a 5 años con un porcentaje de 0.005%, (74

Frente a la distribución de las Personas con Discapacidad de acuerdo con el lugar de residencia, se identifica que el 55.6% de las personas habita las zonas rurales, seguido de un 41.2% que vive en las zonas urbanas y un 3.2% en los centros poblados (74).

Al tener en cuenta el estrato socio económico de las Personas con Discapacidad se identifica que el 36% se ubica en el estrato dos (2), seguido del 38% perteneciente al estrato uno (1), mientras que el 19% se ubica en el estrato tres (3), en el estrato cuatro (4) el 3% en el estrato cinco (5) un 1%, y finalmente sin estrato el 3%.

Por otra parte, la tabla 3, presenta la distribución de alteraciones permanentes, según la ilustración el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas es el de mayor afectación, seguido del sistema nervioso, seguido de los ojos, luego el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, el oído, el sistema metabólico, la voz y el habla son los sistemas con menor afectación en la población (76).

Tabla 3 Distribución de alteraciones permanentes

Alteraciones	Número de personas con discapacidad
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1.573
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	767
El sistema genital y reproductivo	430
El sistema nervioso	2.039
La digestión, el metabolismo, las hormonas	609
La piel	166
La voz y el habla	964
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	189
Los oídos	650
Los ojos	1.407
Total	3.487

Fuente: Elaboración propia a partir del SISPRO, Registro de Discapacidad Tunja (Boyacá)(76).

En cuanto a las categorías de discapacidad, en la tabla 3, nos permitimos disgregar las más relevantes etiquetas que presenta la población con discapacidad de Tunja, siendo las etiquetas no reportadas con un 39.4%, la movilidad con un 25.6% y la múltiple con 7,7% mostrando mayor representación entre las etiquetas.

Tabla 4 Categorías de discapacidad relevantes

Tipo de discapacidad	Número de personas con discapacidad
Enanismo	6
Mental Cognitivo	635
Mental Psicosocial	254
Movilidad	630
Múltiple	472
No la sabe nombrar	30

No reportado	808
Piel, Uñas y Cabello	2
Sensorial Auditiva	203
Sensorial Gusto-Olfato- Tacto	4
Sensorial Visual	224
Sistémica	197
Voz y Habla	26
Total	3.487

Fuente: Elaboración propia a partir del SISPRO, Registro de Discapacidad Tunja (Boyacá) (76).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Tunja Boyacá.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar en los participantes las variables sociodemográficas y de condiciones de salud.
- Establecer los niveles de resiliencia en los participantes en el estudio.
- Identificar el nivel de satisfacción con la vida en los participantes.
- Establecer la relación entre las variables sociodemográficas, las condiciones de salud, los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad.

Tabla 5 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medida	Valor	Índice
Sexo	Condición biológica que diferencia al hombre y la mujer.	Cualitativa	Nominal	Femenino	1
				Masculino	2
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos	Dato
Dirección	Nomenclatura de la vivienda	cuantitativa	ordinal	Sitio de residencia en la ciudad	Dato
Barrio	Lugar demográfico de vivienda	Cualitativo	Nominal	Nombre del barrio de residencia	Dato
Estrato Socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cualitativa	Ordinal	Estrato 1	1
				Estrato 2	2
				Estrato 3	3
				Estrato 4	4
				Estrato 5	5
				Estrato 6	6
Estado Civil	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja	Cualitativa	Nominal	Con pareja	1
				Sin Pareja	2
Afiliación al sistema de salud	La representación del afiliado ante el prestador de las necesidades reconocidas	Cualitativa	Nominal	Contributivo	1
				Subsidiado	2
				Pobre no asegurado	3
				Régimen especial	

	socialmente, como la salud				
Nivel máximo de escolaridad	Grado máximo de escolaridad	Cualitativa	Nominal	Ninguna	1
				Primaria	2
				Secundaria	3
				Técnica/tecnológica	4
				Universitario	5
				Posgrado	6
Se encuentra laborando	Actualmente está laborando	cualitativa	Nominal	Si	1
				No	2
Se encuentra estudiando	Actualmente está estudiando	cualitativa	Nominal	Si	1
				No	2
Tipo de actividad laboral	Definición de la actividad que realiza	Cualitativa	Nominal	Nombre de la actividad que realiza	Dato
Tipo de contrato	Como es la vinculación al trabajo	Cualitativa	Nominal	A termino fijo	1
				A término indefinido	2
				Sin contrato	3
				otro	4
Condición de salud	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Trauma,	1
				Enfermedad,	2
				Lesión	3
				Disfunción	4
Origen de discapacidad por condición de salud	La discapacidad se originó de condición de salud reportada	Cualitativa	Nominal	Si	1
				No	2

Categoría de discapacidad	Clasificación de la discapacidad que tiene	Cualitativa	Nominal	Si	1
				No	0
	Física				
	Visual				
	Auditiva				
	Psicosocial				
	Sordoceguera				
	Múltiple				
	Sistémica				
Causa de la discapacidad	Como se originó la discapacidad	Cualitativa	Nominal	Adquirida	1
				Congénita	2
Tiempo que tiene con la discapacidad	Tiempo en años, meses o días que tiene la discapacidad	Cuantitativa	Razón	Años con discapacidad	Dato numérico
Ayudas Externas	Productos, instrumentos, equipos utilizados por una persona para prevenir, compensar, disminuir o neutralizar una deficiencia	Cualitativa	Nominal	Anteojos	1
				Audífonos	0
				Bastón	
				Caminador	
				Muletas	
				Silla de ruedas	
				Si ____	
				No ____	
Pertenece y/o participa en programas o actividades	Deportivos	Cualitativa	Nominal	Si	1
	Artísticos y culturales			No	0
	Espirituales				

	Rehabilitación				
	Asociación de personas con discapacidad				
Consumo de Medicamentos	Informa sobre el consumo de medicamentos actualmente	Cualitativa	Nominal	Si No	1 0
Resiliencia	Cuando planeo algo lo realizo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7-
	Generalmente me las arreglo de una manera u otra	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7-
	Dependo más de mí mismo que de otras personas	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo	1-2-3-4 5-6-7-

			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Puedo estar solo si tengo que hacerlo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Me siento orgulloso de haber logrado	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	

cosas en mi vida			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Usualmente veo las cosas a largo plazo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Soy amigo de mí mismo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Soy decidido (a)	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Tomo las cosas una por una	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Tengo autodisciplina	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Me mantengo interesado en las cosas	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Por lo general encuentro algo de que reírme	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Mi vida tiene significado	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	

				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				Poco de acuerdo	
				Muy de acuerdo	
				Totalmente de acuerdo	
No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente		1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo		
			Poco desacuerdo		
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
			Poco de acuerdo		
			Muy de acuerdo		
			Totalmente de acuerdo		
Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo		1-2-3-4
			De acuerdo		5-6-7
Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente		1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo		
			Poco desacuerdo		
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
			Poco de acuerdo		
			Muy de acuerdo		
			Totalmente de acuerdo		

	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7
Satisfacción con la vida	En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal.	Cualitativa	Ordinal	Totalmente en desacuerdo En descuerdo Ligeramente en desacuerdo Ni en desacuerdo ni de acuerdo Ligeramente de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo	1 3 4 5 6 7
	Las condiciones de mi vida son excelentes	Cualitativa	Ordinal	Totalmente en desacuerdo En descuerdo Ligeramente en desacuerdo	1 3

			Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4
			Ligeramente de acuerdo	5
			De acuerdo	6
			Totalmente de acuerdo	7
Estoy satisfecho con mi vida	Cualitativa	Ordinal	Totalmente en desacuerdo	1
			En desacuerdo	
			Ligeramente en desacuerdo	3
			Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4
			Ligeramente de acuerdo	5
			De acuerdo	6
			Totalmente de acuerdo	7
Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	Cualitativa	Ordinal	Totalmente en desacuerdo	1
			En desacuerdo	
			Ligeramente en desacuerdo	3
			Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4
			Ligeramente de acuerdo	5
			De acuerdo	6

			Totalmente de acuerdo	7
Si tuviera que vivir mi vida de nuevo no cambiaría casi nada	Cualitativa	Ordinal	Totalmente en desacuerdo	1
			En desacuerdo	
			Ligeramente en desacuerdo	3
			Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4
			Ligeramente de acuerdo	5
			De acuerdo	6
			Totalmente de acuerdo	7

Fuente: Elaboración propia

6 METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Bajo un enfoque empírico analítico, estudio tipo descriptivo transversal con una fase asociativa.

6.2 POBLACIÓN

Personas adultas, con discapacidad, con edad entre 18 y 65 años, se realizó la recolección de la información de los participantes en bola de nieve.

6.3 MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta los siguientes parámetros de acuerdo a la fórmula establecida en el test Bilateral

- Nivel de confianza 95%
- Correlación lineal esperada mínima: de 0,30 según mukakka (2012), una correlación 0,30 o superior es considerada ideal (77).
- Poder del 90%

Para un total del tamaño de la muestra de 113 personas y con ajuste de porcentaje de pérdida del 10% el total de la muestra será de 125 personas por ciudad de estudio.

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

Tabla 6 Estimadores estadísticos para la correlación a partir del test bilateral

Estimadores	
Correlación lineal esperada mínima (r)	0,30
Nivel de confianza (Z Alfa)	95%
Poder Estadístico (Z Beta)	90%
Tamaño de la muestra (n)	113
Muestra ajustada a la perdida 10% (n')	125

Fuente: Elaboración propia. *Para 0,30: Mukaka MM. Statistics Corner: (77).

Se realizó un muestreo no probabilístico de bola de nieve dado que la mayoría de los participantes fueron referidos por instituciones, mesas de discapacidad, líderes sociales y asociaciones de personas con discapacidad, cada persona encuestada propuso a otro hasta lograr el total de personas requeridos para la muestra.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los participantes en el estudio debieron cumplir con los siguientes criterios:

- Edad entre 18 y 65 años
- Residir de manera habitual en el lugar de la encuesta.
- Diligenciamiento del consentimiento informado

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Tener discapacidad cognitiva u otra condición de salud que le impida comprender las preguntas de los instrumentos.

6.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica utilizada fue la encuesta, la cual se administró por los investigadores responsables de la ciudad de Tunja, se utilizaron tres cuestionarios así:

- **Cuestionario sociodemográfico;** se construyó ad hoc para la recogida de los datos

sociodemográficos: sexo, edad, tipología de la discapacidad y grado de severidad de ésta entre otras. Atendiendo a que es un estudio multicéntrico que incluye dos países (Colombia y Ecuador) se verificó que las variables de estudio que son equivalentes en todos los lugares donde se va a llevar a cabo la investigación, por ejemplo: estrato socioeconómico, afiliación al sistema de salud.

- **Escala de resiliencia de Wagnild y Young.** En su versión adaptada al español (Heilemann, Lee y Kury), el instrumento está formado por 25 ítems, que puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, y un máximo de 7 = totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor resiliencia, encontrándose el rango de puntaje de la escala total entre 25 y 175 puntos (45).

Para determinar el nivel de resiliencia entre los participantes, se siguió el mismo procedimiento realizado por Heilemann et al. Éste consistió en dividir las puntuaciones de la escala total en 3 rangos (36). Los valores mayores de 147 indicaron una alta capacidad de resiliencia; entre 121-146, resiliencia moderada; y valores menores a 121, escasa resiliencia

Se eligió este cuestionario siguiendo varios criterios: por su fácil aplicación, por estar validado para población joven y adulta y, finalmente, por las propiedades psicométricas de la versión original (Wagnild y Young) (78) y de la versión en español Heilemann, Lee y Kury) (36), mostrándose unos índices de consistencia interna elevados en ambas versiones (alfa de cronbach = 0.89 y alfa de cronbach = 0.93 respectivamente). Asimismo, la validez de ambas versiones queda explicada por dos factores diferenciados (44% y el 42% de la varianza de las puntuaciones respectivamente):

Factor 1. Competencia personal, entendida como el reconocimiento de factores de capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, etc. Éste, consiste en 17 ítems; y,

Factor 2. Aceptación de sí mismo y de la vida, como sinónimo de adaptación, flexibilidad, etc., compuesto por 8 ítems restantes.

- **La escala de satisfacción con la vida (ESV):** Evalúa el grado de satisfacción con la vida. cuenta con cinco ítems. En su versión en español, estudios recientes (Padrós, Gutiérrez y Medina) señalan el valor de alfa de Cronbach total de la escala como 0.832, valor de fiabilidad elevado, dentro del rango señalado en su versión original, los autores reportan que este instrumento presentó buenas características psicométricas (66). Los análisis psicométricos en muestras representativas españolas revelan una estructura unifactorial, así como una consistencia interna de 0.88 (79).

6.7 PROCEDIMIENTO

Se desarrolló el siguiente procedimiento, el cual es acorde a los planteamientos de los objetivos propuestos:

1. Los estudiantes investigadores fueron capacitados en el manejo y aplicación de los instrumentos a utilizar.
2. Una vez se obtuvieron los datos por medio de la técnica bola de nieve se seleccionaron los participantes.
3. Se identificó cada participante y se presentó el objetivo del estudio, se diligencio el consentimiento informado, y posteriormente se aplicaron los instrumentos seleccionados.
4. El diligenciamiento de los instrumentos se realizó de manera presencial y virtual dadas las contingencias sanitarias por el Covid-19.
5. En caso de que una persona de las seleccionadas no acepto participar en el estudio el reemplazo se realizó por la siguiente en la lista y así sucesivamente.
6. Para registrar la información se elaboró una base de datos con las variables de estudio

6.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24 (Licencia de la Universidad Autónoma de Manizales); se realizaron análisis estadísticos univariados y bivariados de los datos. Las variables categóricas se presentaron en frecuencias absolutas y relativas, y para las cuantitativas se empleó la media y la desviación estándar.

Para determinar la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes del análisis bivariado se aplicaron pruebas de normalidad y a partir de ello se definieron las pruebas estadísticas establecidas según las características propias de las variables (paramétricas o no paramétricas) asumiendo una significancia estadística de un valor de $p < 0,05$.

Como las variables del presente estudio no se comportaron de manera paramétrica, se realizaron asociaciones usando para ello el coeficiente de chi cuadrado y como medidas de asociación Tau c de Kendall

6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 08430 de 1993 (80) y lo establecido en el artículo 11, la presente investigación se consideró con riesgo mínimo, ya que se trabajó con personas con discapacidad, es importante aclarar que en el consentimiento informado se obtuvo además de la firma y huella del participante la firma de un testigo que avalara el procedimiento llevado a cabo. Se tuvieron en cuenta todas las indicaciones dadas en la resolución de Helsinki para investigaciones en humanos (81).

7 RESULTADOS

7.1 ANALISIS UNIVARIADO

A continuación, se describen los resultados encontrados en torno a la resiliencia y satisfacción con la vida en personas con discapacidad de la ciudad de Tunja.

En el presente estudio hubo participación mayoritaria de sexo masculino con edades entre 48 a 64 años, de estrato socioeconómico 1 y 2 pertenecientes al régimen subsidiado, la mayoría de los participantes refirieron estar solteros, con un nivel máximo de escolaridad en secundaria. No se encuentran actualmente cursando estudios (Tabla 7).

La mayoría de los participantes manifestaron no se estar laborando por lo tanto no presentan vinculación con algún tipo de contrato. Dentro de las actividades laborales en las que se desempeñan, algunos participantes son docentes universitarios, agricultores, comerciantes, funcionarios de la alcaldía y de la gobernación, deportistas, tiflólogos y personal de zonas azules entre otras actividades labores (Tabla 7).

Tabla 7 Distribución de la muestra según variables sociodemográficas

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	76	60,8
Femenino	49	39,2
Total	125	100,0

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
18 a 27 años	19	15,2
28 a 37 años	32	25,6
38 a 47 años	26	20,8

48 a 64 años	48	38,4
Total	125	100,0

Afiliación al sistema de seguridad social

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Contributivo	50	40,0
Subsidiado	70	56,0
Régimen especial	5	4,0
Total	125	100,0

Estrato socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	69	55,2
2	24	19,2
3	21	16,8
4	7	5,6
5	4	3,2
Total	125	100,0

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	59	47,2
Casado	41	32,8
Separado	3	2,4
Unión libre	22	17,6

Total	125	100,0
Nivel máximo de escolaridad alcanzado		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	30	24,0
Secundaria	52	41,6
Técnico- tecnológico	10	8,0
Pregrado	18	14,4
Posgrado	15	12,0
Total	125	100,0
Actualmente se encuentra laborando		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	62	49,6
No	63	50,4
Total	125	100,0
Tipo de contrato		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Término fijo	16	12,8
Término indefinido	13	10,4
Sin contrato	89	71,2
Otro	7	5,6

Total	125	100,0
Otro tipo de contrato		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Contratista	5	4,0
Libre nombramiento y remoción	2	1,6
Ninguno	118	94,4
Total	125	100,0
Actualmente se encuentra estudiando		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	7	5,6
No	118	94,4
Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia

El mayor porcentaje de los participantes de este estudio presentaron una lesión. Se auto reconocen con discapacidad física, discapacidad visual, auditiva y discapacidad psicosocial. En la mayoría de los casos la discapacidad fue adquirida, el tiempo que llevan con discapacidad los participantes predominan entre 2 a 11 años. Refieren que su percepción de salud es buena. La mayoría de los participantes utiliza ayudas externas entre ellas el uso de las sillas de ruedas, el bastón plegable, el bastón canadiense, las prótesis y los audífonos. No participan en programas deportivos, no obstante, algunos participantes realizan actividad y ejercicio físicos. No participan de programas artísticos y culturales, sin embargo, los participantes que si pertenecen refieren realizar actividades como lectura, baile, arte y música y, en cuanto a los participantes que realizan actividades religiosas el mayor porcentaje refieren ir a misa (tabla 8).

Por otro lado, la mayoría de los participantes no pertenecen a programas de rehabilitación y aquellos participantes que refirieron realizarlos se encuentran entre programas como fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional y psicología. Algunos de los participantes informan no consumir medicamentos, no pertenecer a grupos o asociaciones de discapacidad, sin embargo, los que informaron pertenecer a una asociación se encuentran en Alidysboy, Asolidesboy, Fecode, Blub Deportivo Los Búhos Y Liga Deportiva Dcf Tunja.

Tabla 8 Distribución de la muestra según la condición de salud

Condición de salud		
	Frecuencia	Porcentaje
Trauma	40	32,0
Enfermedad	20	16,0
Lesión	53	42,4
Disfunción	12	9,6
Total	125	100,0
Origen de la discapacidad por enfermedad		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	125	100,0
Se autoreconoce discapacidad física		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	74	59,2
No	51	40,8
Total	125	100,0

Se autoreconoce discapacidad visual

	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	20,0
No	100	80,0
Total	125	100,0

Se autoreconoce discapacidad auditiva

	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	12,0
No	110	88,0
Total	125	100,0

Se autoreconoce discapacidad psico-social

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	12	9,6
No	113	90,4
Total	125	100,0

Percepción de salud

	Frecuencia	Porcentaje
Buena	88	70,4
Regular	34	27,2
Mala	3	2,4
Total	125	100,0

Causa de la discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adquirida	88	70,4
Congénita	37	29,6
Total	125	100,0

Tiempo de la discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje (%)
2 a 11 Años	37	29,6
12 a 21 Años	23	18,4
22 a 31 Años	27	21,6
32 a 43 Años	22	17,6
Mayores de 44 Años	16	12,8
Total	125	100,0

Tiene ayudas externas

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	100	80,0
No	25	20,0
Total	125	100,0

Participación en programas deportivos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	29,6
No	88	70,4
Total	125	100,0

Participación en actividad física

	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	7,2
No	116	92,8
Total	125	100,0

Participa en ejercicio físico

	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	2,4
No	122	97,6
Total	125	100,0

Participa en deporte

	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	20,8
No	99	79,2
Total	125	100,0

Participa en otras actividades deportivas

	Frecuencia	Porcentaje
No	125	100,0

Participa en programas artísticos y culturales

	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	12,0
No	110	88,0
Total	125	100,0

Participa en lectura

	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	4,8
No	119	95,2
Total	125	100,0

Participa en cerámica

	Frecuencia	Porcentaje
No	125	100,0

Participa en baile

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	3,2
No	121	96,8
Total	125	100,0

Participa en teatro

	Frecuencia	Porcentaje
No	125	100,0

Participa en arte

	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	1,6
No	123	98,4
Total	125	100,0

Participa en otras actividades artísticas

	Frecuencia	Porcentaje
Música	3	2,4
Ninguno	122	97,6
Total	125	100,0

Participa en programas espirituales

	Frecuencia	Porcentaje
Si	78	62,4
No	47	37,6
Total	125	100,0

Ir a misa

	Frecuencia	Porcentaje
Si	75	60,0
No	50	40,0
Total	125	100,0

Ir a culto

	Frecuencia	Porcentaje
--	-------------------	-------------------

Si	3	2,4
No	122	97,6
Total	125	100,0

Participación en programas de rehabilitación

	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	12,8
No	109	87,2
Total	125	100,0

Fisioterapia

	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	7,2
No	116	92,8
Total	125	100,0

Fonoaudiología

	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	2,4
No	122	97,6
Total	125	100,0

Terapia ocupacional

	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	2,4
No	122	97,6
Total	125	100,0

Psicología

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	4,0
No	120	96,0
Total	125	100,0

Nutrición

	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	,8

No	124	99,2
Total	125	100,0

Participa en otro programa de rehabilitación

	Frecuencia	Porcentaje
Control técnico de prótesis	1	,8

Ninguno	124	99,2
Total	125	100,0

Pertenece a asociaciones con discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	24,0
No	95	76,0
Total	125	100,0

Consumo de medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	4,0
No	120	96,0
Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los niveles de resiliencia de este estudio, el 41,6 % de los participantes refirieron estar totalmente de acuerdo de realizar algo cuando lo planean, del mismo modo, el 50,4% están totalmente de acuerdo en generalmente arreglársela de una manera u otra. El 49,6% afirman que dependen más de ellos que de otras personas (Tabla 9).

Con relación al ítem de mantener interesado en las cosas, el 52,0% de los participantes respondieron estar totalmente de acuerdo, ningún participante respondió estar en desacuerdo. También, el 61,6% de los participantes respondieron estar totalmente de acuerdo a si pueden estar solos si tienen que hacerlo, sólo el 0,8% refirió estar totalmente en desacuerdo en cuanto a este aspecto (tabla 9).

El 68% de los participantes de la población evaluada está totalmente de acuerdo al sentirse orgullosos de haber logrado cosas en la vida y ninguno de ellos refirió estar totalmente en desacuerdo. El 36,8% estuvieron totalmente de acuerdo con el manifestar que usualmente pueden ver las cosas a largo plazo, igualmente, el 52% de la muestra están totalmente de acuerdo que son amigos de ellos mismos. De acuerdo con la pregunta: siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo, el 38,4% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo y ningún participante estuvo totalmente en desacuerdo. Así mismo, el mayor porcentaje de los participantes evaluados estaban totalmente de acuerdo en que son decididos y que rara vez se preguntan cuál es la finalidad de todo (tabla 9).

Un mayor porcentaje de los participantes de la muestra manifestaron estar totalmente de acuerdo en tomar las cosas una por una. De manera semejante, el 50,4% los participantes están totalmente de acuerdo en poder afrontar las dificultades porque las han experimentado anteriormente. El mayor porcentaje de los participantes refirieron estar totalmente de acuerdo en tener autodisciplina, del mismo modo el 50,4% de los participantes de la muestra mostraron estar totalmente de acuerdo en mantenerse interesados en las cosas. Así mismo, el 63,2% de los participantes de la muestra manifestaron estar totalmente de acuerdo en que por lo general encuentran algo de que reírse, ningún participante refirió sentirse totalmente en desacuerdo. De manera similar, el mayor porcentaje de la muestra manifestaron estar totalmente de acuerdo que el creer en ellos mismos les permitía atravesar tiempos difíciles (tabla 9).

De la población evaluada, un mayor porcentaje respondió estar totalmente de acuerdo ante una emergencia ser una persona en la que se puede confiar y el 48,8% de los participantes están totalmente de acuerdo que generalmente puede ver una situación de varias maneras. Ninguno de los participantes respondió estar totalmente en desacuerdo. En general, el mayor porcentaje de los participantes refirieron estar totalmente de acuerdo que en algunas veces se obligan a hacer cosas, aunque no quieran. El 71, 2% de la muestra manifestaron estar totalmente de acuerdo que su vida tiene significado y ningún participante manifestó estar totalmente desacuerdo. Así mismo, el mayor porcentaje de los participantes

presentaron estar totalmente de acuerdo en no lamentarse de las cosas por las cuales no pueden hacer nada (tabla 9).

De los participantes, el 52, 0% de la muestra manifestó sentirse totalmente de acuerdo cuando están en una situación difícil, generalmente encuentran una salida, también el mayor porcentaje de la muestra manifestó estar totalmente de acuerdo en tener la energía suficiente para hacer lo que debe de hacer. Finalmente, el 64, 0% de la muestra reporto que aceptan estar totalmente de acuerdo en que hay personas a las que ellos no les agrada.

Tabla 9 Distribución de los Niveles de resiliencia de los participantes en el estudio

Ítem	1		2		3		4		5		6		7	
	fcia	%	fcia	%	fcia	%								
Cuando planeo algo lo realizo	1	,8	1	,8	6	4,8	9	7,2	26	20,8	30	24,0	52	41,6
Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	,8	2	1,6	3	2,4	2	1,6	18	14,4	36	28,8	63	50,4
Dependo más de mí mismo que de otras personas	2	1,6	2	1,6	6	4,8	9	7,2	19	15,2	25	20,0	62	49,6
Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas			1	,8	4	3,2	4	3,2	19	15,2	32	25,6	65	52,0
Puedo estar	1	,8	2	1,6	3	2,4	4	3,2	15	12,0	23	18,4	77	61,6

solo si tengo que hacerlo															
Me siento orgullos o de haber logrado cosas en mi vida			1	,8	4	3,2	2	1,6	11	8,8	22	17,6	85	68,0	
Usualmente veo las cosas a largo plazo	4	3,2	2	1,6	6	4,8	16	12,8	25	20,0	26	20,8	46	36,8	
Soy amigo de mí mismo	2	1,6	1	,8	2	1,6	6	4,8	13	10,4	36	28,8	65	52,0	
Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo			4	3,2	6	4,8	12	9,6	29	23,2	26	20,8	48	38,4	
Soy decidido	1	,8	1	,8	6	4,8	7	5,6	19	15,2	30	24,0	61	48,8	
Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	2	1,6	6	4,8	12	9,6	24	19,2	22	17,6	25	20,0	34	27,2	
Tomo las cosas una por una	2	1,6	5	4,0	10	8,0	7	5,6	26	20,8	21	16,8	54	43,2	
Puedo afrontar	2	1,6	1	,8	7	5,6	8	6,4	20	16,0	24	19,2	63	50,4	

las dificultades porque las he experimentado															
Tengo autodisciplina	3	2,4	3	2,4	7	5,6	10	8,0	13	10,4	31	24,8	58	46,4	
Me mantengo interesado en las cosas	1	,8	1	,8	5	4,0	7	5,6	16	12,8	32	25,6	63	50,4	
Por lo general encuentro algo de que reírme			3	2,4	3	2,4	3	2,4	10	8,0	27	21,6	79	63,2	
El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos	1	,8	2	1,6	2	1,6	5	4,0	16	12,8	23	18,4	76	60,8	
En una emergencia soy una Persona en quien se puede confiar	3	2,4	3	2,4	3	2,4	6	4,8	23	18,4	23	18,4	64	51,2	
Generalmente puedo ver una situación de varias maneras					4	3,2	5	4,0	25	20,0	30	24,0	61	48,8	

Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera	1	,8	4	3,2	8	6,4	13	10,4	13	10,4	35	28,0	51	40,8
Mi vida tiene significado			1	,8	4	3,2	3	2,4	10	8,0	18	14,4	89	71,2
No me lamento de las cosas por la que no puedo hacer nada	2	1,6	3	2,4	7	5,6	12	9,6	20	16,0	27	21,6	54	43,2
Cuando estoy en situación difícil generalmente encuentro salida			2	1,6	8	6,4	2	1,6	18	14,4	30	24,0	65	52,0
Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer			3	2,4	6	4,8	4	3,2	10	8,0	24	19,2	78	62,4
Acepto que hay personas a las que yo no les agrado			1	,8	2	1,6	5	4,0	5	4,0	32	25,6	80	64,0

Fuente: Elaboración propia. Fcia= Frecuencia; %=Porcentaje; 1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ligeramente en desacuerdo, 4: ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5: ligeramente de acuerdo, 6: de acuerdo, 7: totalmente de acuerdo.

En el estudio se encontró que el 64% de los participantes presentan una alta capacidad de resiliencia, por su parte, el 9,6% de los participantes presentaron una escasa resiliencia (tabla 10).

Tabla 10 Distribución de la resiliencia en los participantes en el estudio

Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Escasa resiliencia	12	9,6
Resiliencia moderada	33	26,4
Alta capacidad de resiliencia	80	64,0
Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia

De otro lado, el 40% de los participantes de este estudio manifestaron estar de acuerdo que en la mayoría de los sentidos su vida se acerca a su ideal, así mismo, el mayor porcentaje de los participantes de la muestra refirieron estar de acuerdo en que las condiciones de su vida son excelentes (tabla 11).

En mayor porcentaje, la muestra refirió estar totalmente de acuerdo si estaba satisfecho con la vida. El 32, 8% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo que hasta el momento ha conseguido las cosas importantes que quiere en la vida y finalmente, en mayor porcentaje de los participantes están totalmente de acuerdo en que si tuvieran que vivir la vida de nuevo no cambiarían casi nada (tabla 11).

Tabla 11 Niveles de satisfacción con la vida en los participantes en el estudio

Ítem	1		2		3		4		5		6		7	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal	2	1,6	5	4,0	8	6,4	8	6,4	25	20,0	50	40,0	27	21,6
Las condiciones de mi vida son excelentes	3	2,4	13	10,4	10	8,0	10	8,0	31	24,8	32	25,6	26	20,8
Estoy satisfecho con mi vida	2	1,6	3	2,4	9	7,2	5	4,0	19	15,2	37	29,6	50	40,0
Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	2	1,6	3	2,4	4	3,2	9	7,2	25	20,0	41	32,8	41	32,8
Si tuviera que vivir mi vida de nuevo no cambiaría casi nada	5	4,0	11	8,8	13	10,4	15	12,0	27	21,6	40	32,0	14	11,2

Fuente: Elaboración propia; Fr= frecuencia; % = Porcentaje; 1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ligeramente en desacuerdo, 4: ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5: ligeramente de acuerdo, 6: de acuerdo, 7: totalmente de acuerdo.

En la tabla 12 se puede observar que el mayor porcentaje de los participantes evaluados refieren estar altamente satisfechos con la vida, solo el 1,6% de los participantes manifestaron estar muy insatisfechos.

Tabla 12 Distribución de la satisfacción con la vida en los participantes en el estudio

Satisfacción con la vida	Frecuencia	Porcentaje
Altamente satisfecho	50	40,0
Satisfecho	38	30,4
Ligeramente satisfecho	19	15,2
Ligeramente por debajo de la media	13	10,4
Insatisfecho	3	2,4
Muy insatisfecho	2	1,6
Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia

7.2 ANALISIS BIVARIADO

En la tabla 13 se observa que se encontró asociación estadísticamente significativa entre la variable resiliencia y el estado civil de los participantes ($p = 0,02$) con una fuerza de asociación moderada.

Tabla 13 Resumen de la asociación entre variables sociodemográficas y nivel de resiliencia

Variable	Chi cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
Edad	7,659	0,264	
Sexo	0,164	0,921	
Estrato	4,997	0,758	
Afiliación sistema de salud	1,115	0,892	
Estado civil	21,461	0,002	0,544
Escolaridad	8,466	0,389	

Esta laborando	5, 792	0,055
Tipo de contrato	7,634	0,266
Está estudiando	1,448	0,485

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 14 se observa la asociación estadísticamente significativa entre la percepción de salud ($p = 0,026$), el participar a programas espirituales ($p = 0,009$), en especial ir a misa, participar en programas de nutrición ($p = 0,009$) y el consumo de medicamentos ($p = 0,031$).

Tabla 14 Resumen de la asociación entre variable condición de salud y niveles de resiliencia

Variable	Chi cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
Condición de salud	5, 810	0,445	
Se auto reconoce con discapacidad física	0,592	0,743	
Se auto reconoce discapacidad visual	4,091	0,129	
Se auto reconoce discapacidad auditiva	0,172	0,918	
Se auto reconoce discapacidad psicosocial	3,696	0,158	
Percepción de salud	11,026	0,026	0,003
Causa de la discapacidad	2,652	0,266	
Tiempo de la discapacidad	3, 529	0,897	
Ayudas externas	0,750	0,687	
Participación en programas deportivos	3,999	0,135	
Participación en actividad física	1,283	0,527	
Participación en ejercicio físico	0,354	0,838	
Participación en deporte	4,277	0,118	
Participación en otras actividades deportivas	1, 143	0,887	
Participación en programas artísticos y culturales	2, 583	0,275	
Participación en lectura	1,199	5,49	

Participación en baile	2,324	0,313	
Participación en arte	0,686	0,710	
Participación en otras actividades artísticas (música)	0,354	0,838	
Participación en programas espirituales	9,451	0,009	0,009
Ir a misa	8,409	0,015	0,010
Participación en programas de rehabilitación	2, 013	0,365	
Participación en fisioterapia	2,479	0,290	
Participación en fonoaudiología	2,618	0,270	
Participación Terapia ocupacional	2,618	0,270	
Participación en psicología	1,420	0,492	
Participación nutrición	9,493	0,009	0,312
Participación en otro programa de rehabilitación	0,567	0,753	
Pertenece a asociaciones con discapacidad	2,284	0,319	
Consumo de medicamentos	6,954	0,031	0,084

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15 se evidencia que en los participantes que presentaron un nivel escaso de resiliencia ninguno de ellos se encuentra altamente satisfechos con su vida, sin embargo, el mayor porcentaje manifestó estar en un nivel de satisfacción con la vida ligeramente por debajo de la media. En cuanto a los niveles moderados de resiliencia, los participantes manifestaron estar en mayor porcentaje satisfechos con su vida, solo 3,0% de la muestra refirió estar muy insatisfecho con su vida.

Referente a los participantes que reportaron un nivel de alta capacidad de resiliencia, se evidencio que, en mayor porcentaje se encuentran en un nivel altamente satisfechos con la vida, ningún participante de la muestra refirió estar muy insatisfecho con su vida. Al establecer la asociación entre niveles de resiliencia y satisfacción con la vida de los

participantes se identificó una asociación significativamente estadística entre las mismas (p=0,000).

Tabla 15 Asociación entre niveles de resiliencia y satisfacción con la vida

		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Escasa resiliencia	Fcia %	0 0,0	3 25,0	3 25,0	3 25,0	2 16,7	1 8,3
Resiliencia moderada	Fcia %	8 24,2	10 30,3%	7 21,2%	6 18,2%	1 3,0%	1 3,0%
Alta capacidad de resiliencia	Fcia %	42 52,5	25 31,3%	9 11,3%	4 5,0%	0 0,0%	0 0,0%
Total	Fcia %	50 40,0	38 30,4%	19 15,2%	13 10,4%	3 2,4%	2 1,6%

Fuente: Elaboración propia; Fcia= Frecuencia; %= Porcentaje

La tabla 16 evidencia que NO se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y satisfacción con la vida

Tabla 16 Resumen de la asociación entre variable sociodemográfica y satisfacción con la vida

Variable	Chi cuadrado	Significancia
Edad	20,596	0,150
Sexo	2,632	0,757
Estrato	17,262	0,636
Afiliación sistema de salud	12,004	0,285
Estado civil	22,663	0,092
Escolaridad	21,972	0,342
Esta laborando	4,263	0,512

Tipo de contrato	17,019	0,318
Está estudiando	4,259	0,513

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la tabla 17, al comparar la condición de salud y satisfacción con la vida, se encontró asociación estadísticamente significativa con las variables condición de salud ($p=0,07$), auto reconocimiento como persona con discapacidad psicosocial ($p=0,002$), la percepción de salud ($p=0,000$); participación en arte ($p=0,000$) y consumo de medicamentos ($p=0,016$).

Tabla 17 Resumen de asociación entre condición de salud y satisfacción con la vida

Variable	Chi cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
Condición de salud	31,635	0,07	,003
Se auto reconocen con discapacidad física	4,471	0,484	
Se auto reconocen discapacidad visual	4,298	0,507	
Se auto reconocen discapacidad auditiva	3,057	0,691	
Se auto reconocen discapacidad psicosocial	19,278	0,002	0,008
Percepción de salud	36,895	0,000	0,003
Causa de la discapacidad	5,643	0,343	
Tiempo de la discapacidad	13,653	0,848	
Ayudas externas	6,414	0,268	
Participación en programas deportivos	7,192	0,207	
Participación en actividad física	2,117	0,833	
Participación en ejercicio físico	1,465	0,917	
Participación en deporte	5,704	0,336	
Participación en otras actividades deportivas	4,653	0,913	

Participación en programas artísticos y culturales	6,500	0,261	
Participación en lectura	1,048	0,959	
Participación en baile	6,198	0,287	
Participación en arte	31,397	0,000	0,262
Participación en otras actividades artísticas (música)	1,465	0,917	
Participación en programas espirituales	9,557	0,089	
Ir a misa	7,717	0,173	
Ir al culto	1,465	0,917	
Participación en programas de rehabilitación	2,176	0,824	
Participación en fisioterapia	7, 647	0,177	
Participación en fonoaudiología	3, 625	0,604	
Participación Terapia ocupacional	1,150	0,950	
Participación en psicología	5,019	0,414	
Participación nutrición	5,624	0,345	
Participación en otro programa de rehabilitación	1,512	0,912	
Pertenece a asociaciones con discapacidad	2,116	0,833	
Consumo de medicamentos	13,928	0,016	0,055

Fuente: Elaboración propia

Cómo se observa en la tabla 18, los participantes que reportaron un nivel altamente de satisfacción con la vida presentaron mayoritariamente una alta capacidad de resiliencia. Ningún participante reportó un nivel escaso de resiliencia. En cuanto al nivel de satisfecho con la vida se evidenció que el 65,8% de los participantes tienen una alta capacidad de resiliencia y solo el 7,9% presentó niveles escasos de resiliencia.

Desde el nivel ligeramente satisfecho con la vida, el 47,4% de los participantes refirieron tener una alta capacidad de resiliencia, así mismo, el 15,8% de los participantes refirieron

presentar un nivel escaso de resiliencia respecto a este nivel de satisfacción con la vida. En cuanto a los participantes que se encuentran ligeramente por debajo de la media, se evidencio que en mayor porcentaje presenta niveles moderados de resiliencia.

Finalmente se halló que los participantes que representaron el nivel de insatisfechos presentaron en mayor porcentaje niveles escasos de resiliencia y ningún participante insatisfecho presentó una alta capacidad de resiliencia. En relación con los participantes que mostraron niveles de muy insatisfecho, el 50% manifestó tener niveles escasos de resiliencia y ningún participante mostró tener una alta capacidad de resiliencia. Al establecer la asociación entre satisfacción con la vida y niveles de resiliencia de los participantes, se identificó una asociación significativamente estadística entre las mismas ($p = 0,000$), con una fuerza de asociación según el tau c de Kendal de nulo.

Tabla 18 Asociación entre satisfacción con la vida y niveles de resiliencia

		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Chi cuadrado	Significancia	Tau C Kendal
Altamente Satisfecho	Fcia %	0 0,0%	8 16,0%	42 84,0%	36,350	,000	,000
Satisfecho	Fcia %	3 7,9%	10 26,3%	25 65,8%			
Ligeramente satisfecho	Fcia %	3 15,8%	7 36,8%	9 47,4%			
Ligeramente por debajo de la media	Fcia %	3 23,1%	6 46,2%	4 30,8%			
Insatisfecho	Fcia %	2 66,7%	1 33,3%	0 0,0%			
Muy insatisfecho	Fcia %	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%			
Total	Fcia %	12 9,6%	33 26,4%	80 64,0%			

Fuente: Elaboración propia; Fcia= Frecuencia; %= Porcentaje

8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los hallazgos de este estudio demuestran que la mayor participación fue del sexo masculino con edades entre 48 a 64 años, a diferencia de los estudios de Rodríguez en el 2021 quienes encontraron en su investigación un mayor porcentaje de mujeres en edades de 60 a 79 años (82,83).

En cuanto al estrato socioeconómico, el mayor porcentaje de los participantes refirieron pertenecer al estrato 1 y 2 conviniendo con la investigación de Hellwig (84) quien encontró que el nivel socioeconómico bajo generalmente se asocia con una alta morbilidad psiquiátrica, discapacidad y falta de acceso a la atención médica, pues las dificultades económicas pueden generar ansiedad y preocupaciones que, sumadas a las dificultades para acceder a los servicios de salud, pueden contribuir tanto a la aparición como al mantenimiento de condiciones depresivas.

El presente estudio arrojó que los participantes en mayor proporción son solteros, lo que concuerda con Rodríguez (85), que, de manera similar a este estudio, determina que la ausencia de pareja predominó en esta investigación. Este dato expresa la necesidad del profesional de la salud de obtener esta información en la práctica clínica, ya que investigaciones han encontrado que las personas mayores y sin pareja tienen una mayor tendencia a la discapacidad funcional.

Con respecto a los niveles de educación de esta investigación, se encontró que el 41,6% de los participantes habían realizado su secundaria y el 24% solo habían realizado primaria. Esto coincide nuevamente con Rodríguez (85), donde identificaron que los participantes tenían al menos uno o más años de estudio, lo que confirma que el bajo nivel educativo puede incrementar la vulnerabilidad de las personas mayores en cuanto a la comprensión de los lineamientos para el autocuidado en salud, tales como manejo de medicamentos, seguimiento de dietas, prescripciones, entre otros aspectos.

Por otra parte, la presente investigación arrojó como resultado que el mayor porcentaje de la muestra no se encuentra laborando ni presenta una vinculación a un contrato de trabajo. De manera similar Hellwig (84) halló en su estudio que los ancianos que no trabajaban

también tenían una mayor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con los que trabajaban. Existe una fuerte evidencia de bidireccionalidad en esta asociación, ya que la depresión es una de las enfermedades crónicas más discapacitante del mundo.

Desde su investigación, destacan los resultados observados en un estudio realizado por Cortés et al., quienes identificaron una mayor ocurrencia promedio de síntomas depresivos en personas mayores sin trabajo remunerado y lo atribuyó a la devaluación que sufre la persona mayor en la sociedad. Especialmente en los países de ingresos bajos y medios es posible que las personas que permanecen en el mercado laboral se sientan más útiles para la sociedad (86).

Con referencia a las condiciones de salud, en este estudio se pudo evidenciar que el 58,4% de los participantes refirieron presentar una discapacidad física, el 70,4% refirió presentar una discapacidad adquirida y llevar de 2 a 11 años con su discapacidad. En cuanto a la percepción de salud, Hellwig (84) halló que la salud auto percibida también se asoció con la ocurrencia de síntomas depresivos entre los ancianos de Pelotas (Brasil), siendo los más deprimidos los que informaron tener peor estado salud. Aunque subjetiva, la autopercepción de la salud incluye dimensiones biológicas, psicológicas y sociales y está estrechamente asociada con la aparición de depresión. Lo que no coincide con este estudio realizado en Tunja ya que el 70,4% de la muestra refirió tener buena salud y el 27,2 % una percepción de salud regular.

Sin embargo, este es uno de los indicadores más utilizados en estudios epidemiológicos y con ancianos, siendo señalado como un buen indicador de bienestar. Desde aquí, la salud autoevaluada puede reflejar una comprensión de los cambios biológicos y fisiológicos sutiles que conducen a la autopercepción de la salud, ya sea de manera más positiva o negativa y pueden representar mejor el estado de salud, esta fuerte asociación con síntomas depresivos se justifica ya que la pérdida de funciones cognitivas, sexuales y laborales, la disminución de las relaciones sociales y el sentimiento de discapacidad, entre otros elementos, influyen tanto en una peor percepción de la salud como en la ocurrencia de síntomas depresivos (82, 85,86).

Por lo que se refiere a la variable resiliencia, se pudo observar que el 64% de los participantes mostraron una alta capacidad de resiliencia, lo que coincide con Suriá (68) que describe desde su investigación que la discapacidad tras un accidente de tráfico puede permitir desarrollar patrones diferentes de resiliencia. Entre estos se refleja un perfil de resiliencia alta, así como un perfil con altos niveles de aceptación de uno mismo, de la vida y de competencia social. Del mismo modo Álava (87) en el análisis de la Escala de Resiliencia el 72,7 % de las personas estudiadas mostraron un rango alto en la expresión de la resiliencia, puntuando también como tendencia en un rango alto las dimensiones de esta.

La resiliencia es la capacidad que tiene una persona de afrontar un hecho trágico utilizando recursos psicológicos e incluso redes de apoyo que le permiten seguir ajustándose funcionalmente después de ese hecho (25). La resiliencia es un factor protector y modificador de donde se debe partir para lograr el éxito de una intervención psicológica, en tanto en ella subyace el reconocimiento de las propias habilidades y fortalezas, el mejoramiento de las relaciones personales, la capacidad de adaptación, la perspectiva optimista de la vida y un buen funcionamiento psicológico (27). De igual manera, es el esfuerzo del individuo para recuperarse o adaptarse sin perder su fe y esperanza, como también, de hacer uso de sus recursos sociales para hacerle frente a una situación de adversidad (28).

Por otro lado, Álava (87) esboza que la resiliencia no implica ausencia del sufrimiento o de esfuerzo para la adaptación a las circunstancias vitales; al contrario, es precisamente la conciencia y aceptación de la adversidad lo que impulsa a poner en marcha mecanismos de comprensión, y en este proceso la autoestima y, especialmente, la autoconfianza que implica la capacidad de crecer en el propio potencial para lograr metas y superar las dificultades, se relaciona con la resiliencia en cuanto a superación cotidiana de los problemas y adversidades.

En términos generales la resiliencia se considera como una fortaleza, resistencia que permite a las personas o grupos sobreponerse a situaciones extremas por las cuales se encuentra transitando, y de esa manera proyectarse hacia el futuro. Para algunos autores se

denomina como (39) “capacidad cognitiva y socioemocional de la persona o grupo para reconocer, enfrentar y transformar constructivamente situaciones de sufrimiento o daño que afectan el desarrollo”.

En la cotidianidad del ser humano se enfrentará a diferentes adversidades que podrá superar, siempre y cuando confíe en el mismo, exista un acompañamiento de su núcleo familiar y el contexto social (39). Las personas que se encuentran en situación de discapacidad son propensas a vivenciar una baja autoestima (44). El auto concepto o autoimagen es la representación que cada persona tiene de uno/a misma, las creencias que la persona tiene sobre sus propias características psicológicas, físicas, afectivas, sociales e intelectuales. Por ejemplo, Álava (87) plantea en su estudio que las diferencias encontradas en su investigación se aprecian en las mujeres una evidente preocupación por la imagen corporal y daños sufridos en esta, mientras que, en el caso de los hombres, sus preocupaciones se derivan en torno a su rol familiar y las posibilidades de cumplir con sus obligaciones en este sentido (el sustento familiar), aspectos en lo que los estereotipos de género han dejado huella.

Un aspecto fundamental en la resiliencia es su característica dinámica; en otras palabras, una persona puede ser resistente en algunas circunstancias y no puede serlo en otras (30). Por lo demás, la atención no sólo se centra en el reconocimiento de la situación adversa, sino también, en la calidad de los vínculos afectivos de la persona (las familias y los amigos), la sensación de control sobre los eventos desestabilizadores y el reconocimiento de los escenarios donde acontecen dichos eventos (31,32).

Lo anteriormente mencionado, concuerda con este estudio realizado en la ciudad de Tunja, ya que solo el 9,6% de los participantes reportaron una escasa resiliencia, lo que coincide con el estudio de Suriá (68) en el que se identificó un tercer perfil de baja resiliencia en las tres dimensiones, este perfil estaría relacionado con déficits en el ajuste psicológico y en la calidad de vida en general, y por tanto con el hecho de que no todas las personas que viven con una lesión medular tras un accidente de tráfico tienen ese buen ajuste y adaptación a la

experiencia de vivir con discapacidad, por eso no todas las dimensiones de resiliencia cobran el mismo peso en el desarrollo de esta capacidad resiliente.

En los resultados encontrados entre las asociaciones de resiliencia y variables sociodemográficas de los participantes, se logra apreciar que no hubo relación estadísticamente significativa con la edad y el sexo lo que no coincide con Gómez (72) cuando citan a Lamond et al, quienes demostraron en su estudio que las mujeres presentan mejores niveles de resiliencia respecto a los hombres, pero en los resultados de su estudio los hombres presentan mejores niveles de resiliencia respecto a las mujeres.

Por otro lado, un estudio realizado por Chía et al., (88) arrojó que las mujeres presentan discapacidad en una mayor proporción que los hombres, menciona que la mujer con discapacidad debe enfrentar desde una mayor complejidad su condición y situación. Además, debe enfrentar al mundo masculino con menos armas, con menos herramientas, cuando la hostilidad exige estar plenamente equipados y sobre todo competir bajo mínimos de equidad, equilibrio y dignidad en todos los aspectos de la vida lo que tampoco coincide con el presente estudio realizado en Tunja, ya que no se presentó relación significativa con la variable de sexo y los niveles de resiliencia.

En cuanto a la edad no se presentó relación alguna sobre los niveles de resiliencia. El mayor porcentaje de los participantes del presente estudio se encuentran en edades entre 48 a 64 años. Los estudios de Ángel (89) afirman con respecto a la edad que el 40,7% de la población es mayor de 65 años, lo cual es relevante si se tiene en cuenta que se incluyeron personas desde los 18 años, los datos sugieren que la discapacidad se centraliza en el grupo de mayores de la adultez media y la vejez, lo cual podría responder a la transformación poblacional en términos del aumento paulatino que ha tenido este grupo etario en las últimas décadas. Lo que también coincide con Chía (88) en su estudio cuando cita datos de la Fundación Saldarriaga Concha para Colombia presentando que, a medida que aumenta la edad de las personas, se presenta una mayor prevalencia de la discapacidad.

En relación con el nivel educativo en el estudio de Ángel (89). las personas con discapacidad en un porcentaje considerable no tenían ningún nivel educativo y han

realizado primaria incompleta, lo que difiere del presente estudio donde el 41,6% de los participantes refirió haber realizado secundaria y un 14,4% haber realizado un pregrado, esto coincide en mayor porcentaje con los estudios realizados por Gil et al., (90) quienes reportan que la mayor proporción en su población estudiada alcanzó estudios profesionales.

De la misma manera se han realizado estudios que comparan la relación entre el nivel educativo y la resiliencia de las personas con discapacidad auditiva, encontrándose como las personas con primaria completa presentan resiliencia media, seguido de las personas con secundaria completa, quienes en su mayoría presentan una capacidad de resiliencia alta y las personas con secundaria completa presentan resiliencia media (72), dejando ver como el nivel de estudio y la capacidad de resiliencia puede llegar a ser funcionalmente equivalente, es decir, entre mayor vulnerabilidad en términos del acceso a la educación o formación, menores recursos de afrontamiento podrá adquirir una persona, evidenciándose como la educación formal puede ser un recurso favorecedor en la capacidad para recuperarse y adaptarse a nuevas demandas del entorno y en la participación que traen las actividades sociales.

Un hallazgo que considerar en este estudio en cuanto al estado civil encontró que la mayoría de los participantes se encontraban solteros, coincidiendo con los estudios de Gil (90) y Ángel (89) donde hallaron que el 35,6% nunca ha estado casado y donde el 59,8% de la población con discapacidad es soltera. Por otro lado, de manera similar al presente estudio, la ausencia de pareja predominó en la investigación, este dato expresa la necesidad del profesional de la salud de obtener esta información en la práctica clínica, ya que investigaciones han encontrado que las personas mayores sin pareja tienen una mayor tendencia a la discapacidad funcional lo que coincide con Rodríguez (85) quien encontró que las personas mayores que tienen apoyo familiar tienen una mejor estructura de afrontamiento en comparación con las que no lo tienen, de manera especial el presente estudio reveló que existe una relación estadísticamente significativa con el estado civil y los niveles de resiliencia de los participantes.

En esta investigación no se encontró relación estadísticamente significativa entre la variable resiliencia y el estado laboral, sin embargo, Álava (87) encontró que en los casos que obtuvieron una puntuación media o baja en la escala de resiliencia 27,3 % se presentó como área de conflicto reiterada la esfera laboral pues estos no refirieron vínculo laboral y expusieron haber encontrado en la discapacidad un freno para ello.

Otros casos plantearon haberse sentido limitados ante la negación de desempeñar determinados trabajos debido a la discapacidad, ya que existen pocas oportunidades para estos sujetos; el contexto social se encarga de estigmatizarlos, definirlos como seres inútiles, eliminando toda posibilidad de inclusión; ellos pueden llevar a cabo cualquier rol social, pero de manera distinta y esto debe ser comprendido por la población; el medio se debe adaptar a él (ella), concibiendo políticas de participación ciudadana, la generación de empleos, implementación de programas de diversidad en las instituciones educativas y las adaptaciones en cada de una de sus infraestructuras (44).

De manera similar Chía (88) en su estudio realizado en la ciudad de Tunja afirma que un 86,3% de las personas registradas con discapacidad no tienen trabajo y un 9,8% de los que trabajan lo hacen sin contrato, dice que el 73,9% de las personas refieren que la discapacidad afecta la capacidad de trabajar, el 79% no tienen ingresos mensuales y refiere que las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas que las personas sin discapacidad según datos mundiales.

Lo que coincide con Ángel (89). Cuando habla en su estudio de las condiciones laborales, el 15% de la población se encuentra laborando sin contrato, el 96,3% de la población no tiene pensión por discapacidad, 46 % se encontraba laborando antes de la discapacidad y el 85% no se desplaza a sus lugares de trabajo por no tener empleo a pesar de que existen leyes que fomentan la inclusión laboral.

Simultáneamente el mayor porcentaje de participantes presentaron discapacidad física, no obstante, la condición de salud no mostró relación estadísticamente significativa con la resiliencia en este estudio. Por su parte, la resiliencia en cuanto a la discapacidad se puede observar en los diferentes ámbitos y puntos de vista teniendo en cuenta los campos de

desempeño de las personas en la vida en comunidad. En las personas con discapacidad física o motora se pueden identificar varios factores con los que de una u otra forma miden la resiliencia en diversos ámbitos de la vida del individuo; así lo afirma un estudio, cuyo objetivo fue identificar las dimensiones de resiliencia que dan lugar a perfiles, los cuales podrían definirse en función del peso que tengan cada una de las dimensiones dentro de estos (34).

En el estudio realizado por Suria (11) al examinar los resultados de resiliencia en función de la tipología de la discapacidad, los resultados indican que las puntuaciones más altas las mostraron los participantes con discapacidad motora y visual, mientras que desde la discapacidad auditiva e intelectual se revelaron puntuaciones inferiores. Esto presenta similitud con esta investigación, pues este estudio mostró que hay mayor porcentaje de participantes con discapacidad física y visual y en menor porcentaje los participantes refirieron presentar discapacidad auditiva y psicosocial.

De manera similar, Gómez y Jiménez (72) atendiendo a los resultados obtenidos en su estudio, pudieron apreciar medias superiores en el nivel de resiliencia en las personas con discapacidad física y manifiestan que el desarrollo de la resiliencia es multifactorial e implica factores tanto de la personalidad del individuo, como de las experiencias vitales experimentadas, como es el caso de las personas con discapacidad física, que muestran diferentes valores de resiliencia en función del tipo de discapacidad.

La resiliencia cobra un papel fundamental en la vida de las personas que experimentan adversidades, como vivir con discapacidad motora tras un accidente de tráfico, Por tanto, es lógico encontrar relación entre las dimensiones que componen la resiliencia y la calidad de vida como lo propone Suria (68).

Un buen nivel de resiliencia da más oportunidades para conseguir la readaptación de los niveles de funcionamiento, así como de mantener la homeostasis psicológica y presenta que ha quedado demostrado que las consecuencias derivadas de las discapacidades hacen que sean necesarios importantes cambios en la vida, permitiéndole a las personas con discapacidad, desarrollar patrones diferentes de resiliencia.

En las actividades de participación se encontró mayor porcentaje en programas espirituales, con mayor relación en asistir a misa, igualmente se encontró correlación estadísticamente significativa entre asistir a misa y los niveles de resiliencia de los participantes de la ciudad de Tunja. Con relación a la espiritualidad y la búsqueda de apoyo en creencias religiosas, algunos investigadores plantean que el enfrentamiento a un evento devastador generalmente hace que la persona reevalúe muchas de sus actitudes. Tales cambios pueden apreciarse en el reordenamiento de sus prioridades en la vida, en el disfrute y mayor apreciación que hace de esta, o incluso en los cambios relacionados con la espiritualidad que la persona construye después del evento traumático, lo que algunos autores han llamado también crecimiento postraumático (87).

No se encuentran coincidencias en cuanto a la relación entre los niveles de resiliencia y la variable de participación en programas espirituales en el estudio de Brito (91) pues estas refieren que las asociaciones entre afrontamiento religioso y resiliencia respaldan los hallazgos con respecto a las implicaciones de este constructo para los comportamientos y resultados de salud. Sin embargo, el tamaño del efecto fue estadísticamente pequeño: el afrontamiento religioso parece ser solo uno de los muchos factores que afectan la capacidad de las personas para superar las adversidades derivadas de la infección por el VIH.

Da Silva (92) encontró una asociación significativa entre la resiliencia y la variable religión, en la que se observó un mayor número de ancianos con alta capacidad de resiliencia entre los que tenían una religión. los autores discuten el papel potencial de la espiritualidad / religiosidad en la promoción de un envejecimiento exitoso. Álava (87) muestra que la dimensión espiritualidad se reveló en un rango medio o bajo, existiendo en la totalidad de las mujeres mayor tendencia a la religiosidad o a buscar apoyo en fuentes externas y creencias, ante las dificultades.

Otro estudio, desarrollado con ancianos mexicanos, reveló que las creencias espirituales y religiosas se identificaron como estrategias de afrontamiento de las condiciones de sufrimiento y también se asociaron con una mejor percepción de la salud y explica que la religión, la espiritualidad y la resiliencia pueden tomarse como dominios íntimamente

interconectados, en vista de su relación con las condiciones que denotan medidas para afrontar las adversidades de la vida. Estos dominios también podrían estar conectados entre sí por la idea de significado y un propósito mayor en la vida, por lo que se destacan como posibilidades para que las personas superen las dificultades y desafíos vividos (93).

Referente a la participación de la muestra se logró observar que se encuentra una relación estadísticamente significativa en la variable nutrición y resiliencia al igual que consumo de medicamentos. Difiriendo con el estudio de Álava (87) donde los casos de los participantes con una amplia esfera de intereses reconocieron lo beneficioso que había sido para su desarrollo personal las actividades recreativas como: practicar deportes, en el caso de los hombres fundamentalmente, bailar y visitar nuevos lugares. Las personas que manifestaron estas necesidades (72,7 %) evidenciaron una valoración esencialmente adecuada en la escala de autovaloración y obtuvieron una puntuación alta en la escala de resiliencia.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables percepción de salud y niveles de resiliencia. Los participantes de Tunja (Boyacá) mostraron en mayor porcentaje una inclinación a una buena percepción de salud. De otro lado (94-96), quienes concluyen que el hecho de aceptar la condición de salud genera cooperación y seguimiento de las indicaciones médicas y psicológicas, es decir adherencia al tratamiento; además contribuye a que se conserve la esperanza de un estilo de vida normal, a pesar de las dificultades de salud existentes. La resiliencia aporta en cuanto a incrementar el grado en que el paciente afronta su afectación de salud como un proceso tolerable; este soporte más resiliente se torna extensivo al sistema familiar y social, lo cual potencia el prevenir periodos de desesperanza cuando se presentan alteraciones en la salud.

Diversas investigaciones y publicaciones confirman la relevancia del concepto de resiliencia aplicado a la salud, dado que viabiliza afrontar la existencia desde una perspectiva activa, optimista y entusiasta, acompañada de una sana curiosidad y de una actitud dispuesta a nuevas vivencias, con altos niveles de emocionalidad positiva pues la asociación entre presentar niveles altos de resiliencia y niveles bajos de trastornos psicopatológicos, evidencia ante la cual concluyen que la resiliencia contribuye en la

protección y adecuado afrontamiento del estrés, es benéfica para prevenir estados depresivos, ansiosos y situaciones traumáticas; valores mayores de resiliencia se asocian con un afrontamiento más efectivo ante la adversidad y enfermedades físicas. Sugieren, por tanto, tener en cuenta la resiliencia en los procesos de salud y en el pronóstico ante situaciones de enfermedad (94).

Asensio (6) efectúan una revisión acerca del efecto positivo de la resiliencia en la salud, para concluir que existe mayor evidencia a nivel de salud mental, y refieren investigaciones que confirman esta relación benéfica de la resiliencia al aportar a la disminución del infarto del miocardio, al control glicémico y a la disminución de los niveles de colesterol; igualmente incide de manera positiva en el bienestar subjetivo y en la calidad de vida. A sí mismo, Páez (93) manifiesta en su estudio que la resiliencia igualmente reduce la sintomatología depresiva, el surgimiento de sintomatología ansiosa, equilibra la tensión arterial y refuerza el sistema inmune. El factor clave está en contar con mejores estrategias de afrontamiento ante el estrés, recuperar los aspectos positivos en medio de la adversidad, y en general una actitud positiva ante el futuro todo lo anterior aporta a la construcción de la resiliencia desde la salud.

Este estudio que se realizó en la ciudad de Tunja (Boyacá), arrojó que el 40,0% de los participantes se muestran altamente satisfechos y el 30,4% de los participantes se mostraron satisfechos con su vida. Se comprende entonces que, el concepto de satisfacción con la vida se enmarca en el de calidad de vida; de hecho, es un proceso evaluativo cognitivo que se define como la evaluación global que hace la persona de la vida de acuerdo con sus propios estándares (49). La satisfacción con la vida se aborda como un concepto integrado del bienestar psicológico de las personas en las diferentes etapas de la vida, es decir, la satisfacción (...) y por lo tanto el bienestar es un marcador de la calidad de vida en cada una de las personas (50).

La calidad de vida es una categoría de múltiples dimensiones, las cuales incluyen componentes de carácter subjetivo y objetivo que se relacionan con diversos ámbitos de la

vida de la persona (45). Desde lo subjetivo, da notabilidad a la importancia que las personas han dado a sentirse bien, estar felices o albergar sentimientos de alegría y destaca entre los aspectos que explican esta necesidad de sentirse bien, la percepción de un estado de bienestar propio, cumpliendo una función importante en procesos como la regulación emocional y conductual.

Es decir, son una serie de opiniones favorables o desfavorables de la persona sobre su propia vida y es una tendencia global que tienen las personas para experimentar y valorar su vida de forma placentera, esta valoración es realizada a partir de dos aspectos importantes; uno emocional basado en la presencia de sentimientos y emociones positivas como la alegría y el cariño; uno negativo, como la angustia y la envidia y, finalmente, un aspecto cognitivo, que específicamente incluye el concepto de satisfacción con la vida (46-49).

Para Marrero (97) la satisfacción con la vida es la evaluación global que realizan las personas al comparar las circunstancias actuales con un patrón cultural que consideran se ajusta a su condición propia percibida en la que se encuentran otras personas que nos sirven de referencia, nuestros propios estados en el pasado y nuestros ideales, necesidades o aspiraciones de satisfacción. Desde otra perspectiva, la satisfacción con la vida tiene una directa relación con el estado de salud, la familia, las relaciones interpersonales y la situación socioeconómica, entre otros aspectos.

En el estudio de Méndez y Navarro (46), el primer resultado a destacar es que ni la edad ni el género tienen una influencia determinante sobre la satisfacción vital. Con respecto a la edad, si bien en diferentes trabajos se observa que puede existir una ligera disminución lineal según aumenta la edad, esta relación es baja, reafirmando la idea de que la satisfacción vital, como medida, parece ser bastante estable con la edad, especialmente a partir de la adultez y concretamente en el grupo de mayores de 65 años. De manera que no coincide con la investigación en Tunja, pues no se presentó una relación significativa de la edad y el género entre la variable de satisfacción con la vida.

Del mismo modo ellos plantean que en este sentido la reevaluación, el cambio o el escalamiento de metas en la vejez puede ser uno de los mecanismos de mantenimiento que expliquen, en parte, por qué permanece esta medida constante a lo largo de los años, incluso cuando las condiciones vitales se tornan cada vez más amenazantes y las pérdidas superan a las ganancias (46).

Con respecto al género y satisfacción vital, en nuestro estudio, al comparar la puntuación total del índice de satisfacción vital entre hombres y mujeres no se produjeron resultados significativos. Lo que no concuerda con el estudio de Estrada (53), quien encontró como las mujeres tienden a presentar mayor satisfacción con la vida. Del mismo modo Méndez y Navarro (46) no observaron mediante modelos de ecuaciones estructurales relación entre la medida de satisfacción vital y el género.

En el contexto internacional, diferentes trabajos indican que no existen diferencias significativas en función de esta variable, si bien muestran que existe una interacción entre la edad y el género de manera que las mujeres más jóvenes tienen una satisfacción más alta que los hombres, mientras que en las mayores se observa el patrón contrario, lo cual parece estar explicado porque las mujeres mayores generalmente informan de una peor salud que los hombres, lo que repercute negativamente en las puntuaciones (46).

En cuanto al estado civil, en este estudio no se observa la relaciones significativas con la variable satisfacción con la vida, difiriendo con el estudio de Meléndez y Navarro (46), quienes hallaron que existen diferencias significativas, siendo el grupo de los viudos el que menor satisfacción obtenía, resultados que corroboran con numerosos estudios que han mostrado una mayor prevalencia e incidencia de muchos desórdenes tanto físicos como psicológicos, así como una menor esperanza de vida entre las personas sin pareja, mientras que el matrimonio es uno de los mayores predictores de satisfacción con la vida si bien el matrimonio incrementa la percepción de bienestar personal tanto en hombres como en mujeres, las mujeres casadas expresan una mayor satisfacción que sus compañeros pues la presencia del cónyuge es fundamental en la vejez por ser uno de los principales dadores de

apoyo junto a los hijos, de ahí podría derivarse que las personas casadas tengan una mayor percepción de satisfacción vital.

Cuando hablamos de satisfacción con la vida tendrá que tener en cuenta cuestiones tan esenciales como su salud y la percepción que los individuos tienen de la misma o el valor que dan a la propia salud en virtud del concepto que aplican a la propia interpretación de sus vidas (46).

En esta investigación se encuentra de manera especial una relación significativa entre satisfacción con la vida y condición de salud y percepción de salud, el mayor porcentaje de los individuos refirió tener una buena salud. Pues es un factor fundamental, el valor de la salud es esencial a todas luces y podrá ser analizado desde diversas perspectivas desde su aspecto más material, la salud física, como la menos tangible y psicológica, guarda una estrecha relación con la satisfacción vital por la propia naturaleza de la vida. Sin ella, no hay opción de plantear siquiera la valoración de la felicidad o de la satisfacción con la vida (57).

Por otro lado, Ángel (89). expone que la satisfacción con la vida depende de más factores, el ámbito laboral es uno de los que más contribuye al bienestar y la salud de las personas, ya que el trabajo proporciona los ingresos necesarios para la vida independiente o el logro de un estatus socioeconómico que permita el acceso a otros recursos como préstamos bancarios, prestaciones y seguros sanitarios, etc. así como el desarrollo personal, el establecimiento de vínculos inter personales y la incorporación a redes sociales. Sin embargo, en esta investigación no hubo relación significativa entre la variable de satisfacción con la vida y un estado laboral.

En relación con las variables de participación solo se encuentra relación significativa entre la satisfacción con la vida la participación en arte y consumo de medicamentos en comparación a las demás variables. Desde el valor de la religión como elemento que puede reforzar la satisfacción vital de los individuos para con sus vidas se podría destacar que gran parte de la literatura confirma que aquellas personas con creencias religiosas tienden a

presentar valores de felicidad para con sus vidas más elevados que aquellos que no profesan religión alguna (58).

Resultan interesantes en este ámbito estudios que vinculan la religión y la educación en términos de valoración de la satisfacción vital, sin embargo, nuestro estudio no presenta asociación significativa entre la religión y la satisfacción la vida en los participantes de Tunja (Boyacá), del mismo modo que son numerosos los estudios que trabajan sobre la evolución del peso de la religión sobre la felicidad conforme avanza la edad del individuo. Es por ello que la doctrina religiosa que pueda profesar un individuo, a pesar de su intrínseca espiritualidad, se muestra como un valor sólido (58).

Se pudo evidenciar en esta investigación que la relación que existe entre la resiliencia y la satisfacción con la vida son estadísticamente significativas. Lo que coincide con el estudio de Cejudo et al (59). que evidencian que la resiliencia se asocia con una mayor satisfacción con la vida. En este sentido, se observa una relación positiva entre ambas variables. En concreto se confirma que a mayor grado de resiliencia se obtendrá una mayor satisfacción con la vida. Las personas que presentan estrategias resilientes estarían encaminadas a creer en sus propias habilidades para reconducir las situaciones adversas, aspecto que se traduciría en una mayor sensación de bienestar; además de lo anterior, está la inteligencia emocional entendida como la habilidad de las personas para atender, percibir los sentimientos, asimilarlos y comprenderlos de forma apropiada y adecuada y su destreza para regular el propio estado de ánimo o el de los demás (11, 61-63).

Además, afirman que los estados emocionales positivos facilitan conductas más saludables, suministrando un estado de resiliencia necesario para afrontar la posibilidad de tener o desarrollar serios problemas (60). Los resultados de esta investigación sugieren que existe relación entre las variables niveles de resiliencia y satisfacción de los participantes de la ciudad de Tunja, con una significancia estadística. Además, los resultados mostraron, en los niveles de resiliencia predominio de alta capacidad de resiliencia y resiliencia moderada, y en lo que concierne a satisfacción con la vida, en mayor porcentaje se observó altamente satisfecho y satisfecho.

Se evidencia entonces, la relación fundamental de la resiliencia para los diferentes grados de satisfacción con la vida. Coincidiendo con Suria (11) quien, a partir de los resultados obtenidos, dedujo que la resiliencia guarda una estrecha relación con características que conforman el bienestar subjetivo, aunque el peso de cada componente de resiliencia cobra un peso diferente, observándose que el principal protagonismo en el bienestar subjetivo es de la Competencia social y de Aceptación de uno mismo y de la vida. Esto sugiere la importancia de seguir profundizando en esta asociación puesto que con ello se va a favorecer una adaptación e integración exitosa al medio.

9 CONCLUSIONES

El presente estudio se desarrolló en la ciudad de Tunja (Boyacá) contando con la participación de 125 personas con discapacidad, la mayoría eran del sexo masculino de 48 a 64 años, solteros correspondientes al estrato socioeconómico 1 y 2 que pertenecen al régimen subsidiado, del mismo modo se evidencio que en mayor porcentaje de los participantes no se encuentran laborando ni presentan una vinculación a un contrato laboral. Así mismo en mayor porcentaje de los participantes de la muestra no se encuentran cursando algún periodo académico.

Los participantes manifestaron presentar discapacidad física, discapacidad visual, discapacidad auditiva y discapacidad psicosocial, en mayor porcentaje los participantes refirieron haber adquirido su discapacidad con un tiempo entre 2 a 11 años manifestando presentar una buena percepción de salud. Igualmente, la mayoría de los participantes de la muestra manifestaron necesitar ayudas externas como la silla de ruedas, los bastones plegables, bastones canadienses y prótesis.

En cuanto a los niveles de resiliencia se halló que la mayoría de los participantes de la muestra presentan una alta capacidad de resiliencia y niveles moderados de la misma, solo el 9,6% de los participantes presentaron un escaso nivel de resiliencia.

Desde la satisfacción con la vida, en este estudio se logró evidenciar que los participantes con discapacidad de la ciudad de Tunja se presentaron altamente satisfechos y satisfechos con su vida, según la escala la gente que puntúa en este rango está encantada con su vida y siente que las cosas les van muy bien comprenden que su vida no es perfecta, pero siente que está sacando a la vida todo el jugo que puede dar. Para la mayoría de la gente de este rango la vida es estupenda, y los diferentes ámbitos de la vida van bien, así mismo solo el 1,6% de la muestra refirió estar muy insatisfecho con la vida, lo que indica que se sienten extremadamente infelices con su vida actual.

La relación de las variables sociodemográficas entre los niveles de resiliencia se pudo encontrar que no hubo relación estadísticamente significativa entre las variables de edad, sexo, nivel educativo, estado laboral y estrato socioeconómico, sin embargo, si se presentó

una relación significativa entre el estado civil de los participantes y los niveles de resiliencia, lo que hace relevante este hallazgo, ya que se ha encontrado que las personas mayores sin pareja tienen una mayor tendencia a la discapacidad funcional.

Por otro lado, se mostró una asociación significativa entre la condición de salud y los niveles de resiliencia en cuanto a la percepción de salud, los participantes refirieron tener una buena percepción de salud, pues el hecho de aceptar la condición de salud genera adherencia a todo lo que esta implica y simultáneamente además contribuye a que se conserve una normalidad en su vida a pesar de las dificultades presentes. También se encontró relación significativa con la participación de la muestra en programas espirituales, en especial ir misa, programas de nutrición y consumo de medicamentos.

Se encontró una relación significativa entre las variables de condición de salud, percepción de salud y auto reconocimiento de discapacidad psicosocial, pues la salud en sus aspectos físicos, materiales y psicológicos guarda una relación con la satisfacción con la vida por su propia naturaleza de la vida, desde esto investigadores plantean que sin la salud no se puede realizar una valoración de la felicidad o que tan satisfechos estamos con la vida. Así mismo, se encontró que existe una relación significativa con las variables de participación en programas de arte y en consumo de medicamentos con los niveles de satisfacción con la vida en los participantes de la ciudad de Tunja. Boyacá.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y los niveles de satisfacción en los participantes de la muestra, los participantes que presentaron un nivel de escasa resiliencia tuvieron mayor relación con los niveles de satisfacción con la vida ligeramente por debajo de la media. Los niveles moderados de resiliencia refirieron una relación en mayor porcentaje con respecto al nivel satisfecho y finalmente se observó que los participantes que presentan una alta capacidad de resiliencia presentan en mayor porcentaje un nivel de altamente satisfechos.

De manera muy similar, las relaciones de satisfacción con la vida en cuanto a los niveles de resiliencia evidencian que, los participantes que refirieron estar muy insatisfechos presentan en mayor porcentaje escasos niveles de resiliencia, en cuanto a los participantes que están

ligeramente por debajo de la media presentan un nivel moderado de resiliencia y en concordancia con lo anterior en las asociaciones de satisfacción con la vida y resiliencia se encontró que los participantes que están altamente satisfechos presentan relación con una alta capacidad de resiliencia.

Lo anterior, evidencia entonces, la relación fundamental de la resiliencia para los diferentes grados de satisfacción con la vida en los participantes concluyendo que entre más alto nivel de resiliencia se tenga, mayor serán los niveles de satisfacción con la vida. Además de esta estrecha relación se evidencia que la resiliencia juega de manera diferente en cada variable en los participantes de Tunja (Boyacá).

10 RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos después de ser analizadas las variables del estudio, se plantean las siguientes recomendaciones:

- El análisis de los datos obtenidos en esta investigación muestra la asociación que existe entre las personas con discapacidad y las condiciones laborales por tal motivo se sugiere a las entidades gubernamentales, Instituciones públicas y privadas que de manera intersectorial e interdisciplinar fomenten dentro de sus planes de desarrollo programas de inclusión socio laboral que cumplan con las normativas vigentes para la población con discapacidad.
- De igual modo, se sugiere que los representantes de las asociaciones de Tunja realicen una divulgación desde su compromiso ético y normativo las respectivas funciones de estos grupos focales. Esto con el fin de que las personas con discapacidad de la ciudad que no tienen conocimiento de ellas tengan la posibilidad de participar activamente de programas y beneficios y de esta manera fomentar la inclusión social desde sus realidades comunes.
- Se propone de manera especial la creación de un programa que garantice los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, en especial el derecho a una educación integral, de esta manera priorizar aquellos que se encuentran en estratos socioeconómicos bajos y así disminuir los índices de pobreza garantizando el goce pleno de su derecho.
- También se sugiere otros estudios que relacionen las variables resiliencia y satisfacción con la vida con otros factores como los socioemocionales y la salud mental y su influencia en varias dimensiones de la vida de personas con discapacidad, cuidadores familiares y sociedad civil.
- Se hace importante que el sector gubernamental en el marco del Plan de Beneficios de Salud contributivo y subsidiado para la atención a la discapacidad y la rehabilitación, siga avanzando en el acceso frente a servicios, intervenciones y procedimientos integrales de acuerdo a las necesidades de la población con discapacidad. Se hace necesario continuar investigado en esta población, anudado a otros factores que pueden

ser protectores como la familia y los vínculos psicosociales, para que puedan ser reforzados los niveles de bienestar subjetivo, sus sistemas y a su vez las redes de apoyo.

- Fomentar en los ámbitos sociales y políticos el derecho de las personas con discapacidad a la inclusión social y con ello, a que la sociedad tome mayor conciencia en ofrecer apoyo para la plena integración psicosocial hacia las personas que viven esta situación.

11 REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidades. Consultado en
2. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad [internet]; 2011 [citado 2020 sep. 11]. Disponible en:
https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [internet]; 2018 [citado 2020 sep. 11]. Disponible en:(<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>)
4. Masten AS. Resiliencia en los sistemas en desarrollo: progreso y promesa a medida que asciende la cuarta ola. *Desarrollo y psicopatología*,2007; 19, 921-30.
5. García del Castillo JA, García del Castillo A, López-Sánchez C, Días P. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions*, 2016; 16 (1), 59-68.
6. Asensio A, Magallón R, García J. Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. *Revista de Psicología*. 2017; 1: 231-242. OI:
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1096>
7. Arrebola-Moreno AL, Garcia-Retamero R, Catena A, Marfil-Álvarez R, Melgares-Moreno R, & Ramírez-Hernández JA. Sobre el efecto protector de la resiliencia en pacientes con síndrome coronario agudo. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2014; 14(2), 111–119. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70044-4](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70044-4)
8. White B, Driver S, & Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 2010; 55(1), 23–32. <https://doi.org/10.1037/a0018451>
9. Pidgeon AM, Rowe NF, Stapleton P, Magyar HB, & Lo BCY. Examinando las características de la resiliencia entre los estudiantes universitarios: un estudio internacional. *Revista Abierta de Ciencias Sociales*. 2014; 02(11), 14–22.
<https://doi.org/10.4236/jss.2014.211003>
10. Sambu LJ. Una investigación de la relación entre los factores internos y externos y la resiliencia de los desplazados internos después de la experiencia del trauma: un estudio de caso de la aldea de Kiambaa en el subcondado de Eldoret East en el país de

- Uasin Gishu, Kenia (Tesis). Obtenido de <http://uir.unisa.ac.za/handle/10500/19982.2015>.
11. Suria R. Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad. *Acciones e Investigaciones Sociales*; 2016; 36: 113-140.
 12. Veenhoven R. El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*. 1994; 3, 87-116.
 13. Ekas N, Pruitt M, & McKay E. Esperanza, relaciones sociales y síntomas depresivos en madres de niños con trastorno del espectro autista. *Investigación en trastornos del espectro autista*. 2016; 29(30), 8-18.
 14. González G, & Moreno JA. Satisfacción con la vida y ejercicio físico. *European Journal of Human Movement*. 2013; 30, 131-151.
 15. Miller SM, & Chan F. Predictores de satisfacción con la vida en personas con discapacidad intelectual. *Revista de investigación sobre discapacidad intelectual*. 2008; 52, 1039-1047.
 16. García A, Ovejero M, Satisfacción vital, autodeterminación y práctica deportiva en las personas con discapacidad intelectual. *Revista de Psicología del Deporte [Internet]*. 2017;26(2):13-19.
 17. Pelagallo N. Evaluación del perfil de discapacidad desde la perspectiva de las limitaciones en la actividad en personas con trastornos mentales graves en Quito. Universidad Central del Ecuador. 2019.
 18. Fernández JA, Fernández M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y Discapacidad: La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83 (6): 775-78. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S113557272010000200005&script=sci_arttext
 19. Ministerio De Salud y Protección Social. Discapacidad. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx> Consultado. Enero de 2016.
 20. Organización Mundial De La Salud, Organización Panamericana De La Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

- Versión abreviada. 2002.http://aspacenet.aspace.org/images/doc/cif_2001-abreviada.pdf
21. Vanegas JH, Gil LM. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial, *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007; 12(1): 51- 61.
 22. Padilla A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*. 2010; 16 (1): 381-414. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
 23. Organización Mundial De La Salud. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. 2011. Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=870&Itemid=324
 24. Departamento Administrativo Nacional De Estadística (DANE). Dirección de censos y demografía. Base de datos de registro de localización y caracterización de personas con discapacidad. Bogotá; 2005.
 25. Castellano C, Blasco S, Pérez M. Dar sentido a la resiliencia: una revisión desde el campo de la psicooncología pediátrica y una propuesta de modelo para su estudio. *Scielo*. [Internet] 2014. [citado 8 jun 2020]; 30 (03): 13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n3/psicologia_clinica2.pdf
 26. Granados L, Alvarado S, Carmona J. El camino de la resiliencia: del sujeto individual al sujeto político. *magis, Revista Internacional de Investigación en Educación* [Internet] 2017. [citado 8 jun 2020];10 (20), 49-68 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6230814>
 27. Bahadir E. La resiliencia como estrategia para luchar contra los desafíos relacionados con la profesión de enfermería. *Investigación en enfermería china* [Internet]. 2017. [citado 8 jun 2020];4:9-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771817300075>
 28. Dongyun L, Eun-Seung Y, Nam H. La resiliencia como mediadora en la relación entre el estrés postraumático y el crecimiento postraumático entre las víctimas adultas de accidentes o delitos: el efecto mediador moderado del trauma infantil. *Revista*

- europea de psicotraumatología. [Internet]. 2020. [citado 8 jun 2020]; 11:(1): 9.
 Disponible en:
 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771817300075>
29. Garmezy NA. Resiliencia en la adaptación de los niños a eventos vitales negativos y entornos estresados. *Pediátrico*, 1991; 20, 459-466.
 30. Berger K. *Psicología del Desarrollo, infancia y adolescencia*. Editorial Panamericana [Internet]. Edición 9ª. Editorial medica panamericana 2017. [citado 8 jun 2020]
 31. Gonzales M, Lacasta M, Ordoñez A. El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología. Edición 1º. Editorial medica panamericana. 2012. [citado 8 jun 2020].
 32. Posada A, Gómez J, Ramírez H. *El niño sano, una visión integral*. Edición 4º. Editorial medica panamericana. 2016. [citado 8 jun 2020].
 33. Martínez RS, García Fernández JM, Ortigosa Quiles JM. Perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 2015; 23 (1):35-49.
 34. Fergus S. & Zimmerman M. Adolescent resilience: Un marco para entender el desarrollo saludable frente al riesgo. *Revisión anual de salud pública*. 2005
 35. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2015; 2(40):103-113.
 36. Heilemann MV, Lee KA, & Kury FS. Evaluación psicométrica de la versión española de la Escala de Resiliencia. *Revista de medición de enfermería*, 2003; 11:61-72.
 37. Martínez RS. Relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Revista Electrónica de Investigación en Psicología de la Educación*. 2016; 14(40): 450.473.
 38. Salazar-Farfán M. Padres de niños con discapacidad. Relación y diferencias entre inteligencia emocional y resiliencia. *CASUS*. 2017.
 39. Vásquez-Campo R, Granados-Ospina LF, Muñoz-Ortega L, Rodríguez-Arenas MS, Trujillo-García S. Caracterización del avance teórico, investigativo y/o de

- intervención en resiliencia desde el ámbito de las universidades en Colombia. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2011. [Citado 15 mayo 2020]. 11(2): 545-557.
40. Villa-Guardiola VJ, Oliva-Gómez E. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris* [Internet]. 2014. [citado 2 jun 2020]. 10 (1): 11-20; disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
 41. Pinto-Archundia R. La importancia de promover los valores del hogar hacia las escuelas primaria. *Ra Ximhai* [Internet]. 2016. [Citado 2 jun 2020]. 12 (3): 271-283. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46146811018.pdf>
 42. Suarez-Ortiz JL, Urrego-Murillo LM. Relación familia-escuela: una mirada desde las prácticas pedagógicas rurales en anserma, caldas. *latinoam.estud.fam* [Internet]. 2014. [Citado 3 jun 2020]. 6: 97-113. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/co/co-035/index/assoc/D14046.dir/RLEF6_Completa.pdf#page=98
 43. Chavas-Salas AL. Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de vigotsky. *Revista educación* [Internet]. 2001. [Citado 4 junio 2020]; 25 (2): 59-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44025206.pdf>
 44. Iniesta-Martinez A, Martinez-Sanz A, Mañas-Viejo C. Autoestima y diversidad funcional. *Infad* [Internet]. 2014. [Citado 1 jun 2020]. 2 (1): 439-446. Disponible en: http://dehesa.unex.es/static/flexpaper/template.html?path=/bitstream/handle/10662/1642/0214-9877_2014_1_2_439.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=1
 45. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica* [Internet]. 2015;2(40):103-113. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645432011>
 46. Méndez J, Navarro A & Al. La satisfacción vital en los mayores Factores sociodemográficos. 2009. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N95-2.pdf>.
 47. Cummins RA. Calidad de vida objetiva y subjetiva: un modelo interactivo. *Investigación de indicadores sociales*. 2000; 52: 55-72

48. Marrero RJ, Carballeira M & González JA. Relación entre bienestar subjetivo, optimismo y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de la Universidad de San Luis Potosí en México. *Universitas Psychologica*, 2014; 13(3). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.rbso>
49. Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ, Colomer-Diago C, Roselló B. Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Rev Neurol* 2011; 52 (Supl 1): S119-26. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2010791>
50. Bernal Romero T, Daza Pinzón C, & Jaramillo Acosta P. Satisfacción con la vida y resiliencia en jóvenes en extra edad escolar. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2015 8(2), 43-53. Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/749>
51. Roy C. El modelo de adaptación de Roy. 3ª ed. Nueva Jersey: Pearson; 2009.
52. Kantún Marín MA, Moral de la Rubia J, Gómez Meza MV, Salazar González B C. Validación del índice de satisfacción con la vida en la tercera edad. *Aquichan*. Vol. 13, No. 2, 2013 148-158. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2433/3219>
53. Estrada A. La relación entre la percepción de estrés y satisfacción con la vida de morbilidad. *Psicología Iberoamericana*, 16 (1), 2008, 52-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922008>
54. Vinaccia S, Quiceno JM, Medina A, Castañeda B, Castelblanco P. Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 2014; 17 (1), 61-70. doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.7
55. Hernández L, Salamanca S, Umbarila L, Venegas C, Rivieros F. Validez de constructo y confiabilidad de la escala de satisfacción con la vida, en escolares de zonas rurales y urbanas de Cundinamarca. *Actualidades en Psicología*. 2018; Vol. 32 (125). 71-78. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ap/v32n125/2215-3535-ap-32-125-71.pdf>

56. Povedano A, Hendry L, Ramos M, Varela R. Victimización escolar: clima familiar, autoestima y satisfacción con la vida desde una perspectiva de género. *Psychosocial Intervention*. 2011; 20 (1): 5-12
57. López-Cassá E, Pérez-Escoda N, & Alegre A. Competencia emocional, satisfacción en contextos específicos y satisfacción con la vida en la adolescencia. *Revista de Investigación Educativa*, 2018; 36(1), 57-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.1.273131>.
58. Orozco F. Hacia una mejor comprensión de la satisfacción vital percibida: una revisión de la literatura sobre los factores asociados a la satisfacción vital de los inmigrantes. Instituto Universitario de desarrollo local 2014 .07. (64) disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/113605/TFM_Orozco_Dopico_Francisco.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
59. Cejudo J, Delgado L, Rubio J. Inteligencia emocional y resiliencia: su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*. 2016; 46: 51-57. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0066512616300071?via%3Dihub>.
60. León J, Núñez J, Domínguez E, Martín J. Motivación intrínseca, autoconcepto físico y satisfacción con la vida en practicantes de ejercicio físico: análisis de un modelo de ecuaciones estructurales en el entorno de programación R. *revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y del Deporte*. 2012; 8 (1): 39-58.
61. Sinclair VG, & Wallston KA. El desarrollo y evaluación psicométrica de la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente. *Evaluación*, 2004; 11, 94-101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
62. Limonero J. Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 2014, 20 (1): 183-196. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/234139556_Resilient_coping_strategies_and_emotion_regulation_predictors_of_life_satisfaction_Estrategias_de_afrontamiento_resilientes_y_regulacion_emocional_predictores_de_satisfaccion_con_la_vida.

63. Luna Bernal AC, Laca Arocea FA, Mejía Ceballos JC. Bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de familia en adolescentes Mexicanos de Bachillerato. *Psicología Iberoamericana*. 2011; 19 (2) disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440003>.
64. Castro M, Barrientos Delgado J, Bilbao Ramírez Á, Páez Rovira, D, Gómez Ojeda F, Asún Salazar D. Estructura factorial de la escala de satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Revista Mexicana de Psicología [Internet]*. 2012;29(2):157-164. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243030190006>
65. Organización De Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2008.
66. Padrós F, Gutiérrez C, & Medina M. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2015; 33(2), 223-232.
67. Saavedra E, Villalta Paucar M. Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación*, VIII (1):101-131, 2008 101
68. Suria R, García JM, Ortigosa JM. Perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, vol. 23, (1), 2015: 35-49
69. Suria R. Relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Revista Electrónica de Investigación en Psicología de la Educación*, 14(3), 450-473. 2016. 40. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.40.15150>
70. Neyra Retamozo JE, Pachao Garcia FT. Calidad de vida y resiliencia en personas con discapacidad visual, centro de rehabilitación para ciegos adultos, Arequipa 2015. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/373>
71. Losada AV, Otero MV. Pilares de resiliencia en policías, ante una discapacidad física adquirida en acto de servicio. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*. 2015; 14(2), 334-351. Disponible en:

- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200006
72. Gómez Díaz M, Jiménez -García M. Inteligencia emocional, resiliencia y autoestima en personas con discapacidad y sin discapacidad. *Enferm. glob.* [online]. 2018, 17 (50): 263-283. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.291381>.
 73. Gavín-Chocano Ó, & Molero D. Valor predictivo de la Inteligencia Emocional Percibida y Calidad de Vida sobre la Satisfacción Vital en personas con Discapacidad Intelectual. *Revista De Investigación Educativa*, 38(1), 2019:131-148. <https://doi.org/10.6018/rie.331991>
 74. Díaz- Llerena KM, Flores LK. Resiliencia y habilidades sociales en personas con discapacidad auditiva de la Asociación de Sordos de Arequipa, 2019, <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9077>
 75. Alcaldía de Tunja. Consultado en <https://www.Tunja.gov.co/irj/portal/Tunja?NavigationTarget=navurl://6488ef50a6787e1fdb4e42e62a46a67>
 76. Sistema integrado de información de la protección social. SISPRO. Reporte de información. Agosto 2020. [citado el 21 de noviembre del 2020]
 77. Mukaka MM. Rincón de las estadísticas: una guía para el uso apropiado del coeficiente de correlación en la investigación médica. *Malawi Medical Journal* septiembre 2012; 24(3):69-71.
 78. Wagnild, G. M., & Young, H. M. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1993 (1), 165-178
 79. Vázquez C, Duque A, & Hervás G. Escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos. Validación y datos normativos. *La Revista Española de Psicología*, 2013; 16. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
 80. Resolución No. 8430 de 1993. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, D.C.;1993. 1–19
 81. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2013 p. 5.

82. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. 2013. Consultado en <http://www.discapacidadcolombia.com/index.php/estadisticas/154-estadisticas-en-discapacidad>
83. Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad -PCD1 Oficina de Promoción Social. Ministerio de salud. Junio 2020.
84. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Síntomas depresivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3575–3584, nov. 2016
85. Rodrigues FR, Tavares DM dos S. Resilience in elderly people: factors associated with sociodemographic and health conditions. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021;74(suppl 2):1–7.
86. Cortés-Reyes, E., Moreno-Angarita, M., Cárdenas-Jiménez, A., Mena-Ortiz, L. Z., & Giraldo-Rativa, Z. Estado del arte en certificación de discapacidad. Bogotá: 2014; Universidad Nacional de Colombia
87. Álava Z, Rodríguez F, Ferrer D. Resilience in a group of people with physical-motor handicaps. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2020;36(4):1–12
88. Chia S, Hormaza M, Ruiz O. determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad en la ciudad de tunja 2012. 2013;1–173
89. Angel M. Determinantes Sociales de la salud predictores el grado de discapacidad en personas mayores de 18 años del municipio de Corozal - Sucre 2018 Melisa. *NASPA J* 2005;42(4):1
90. Gil Obando LM, López-López A, Ávila-Rendón CL, Criollo-Castro CH, Canchala Obando AM, Serrato-Mendoza MP. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto – Nariño. *Rev Univ. Salud*. 2016; 18(3):505-513. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.55>
91. de Brito H, Fleury H. Resilience of people with hiv/aids: Influence of religious coping. *Trends Psychol*. 2019;27(3):647–60

92. da Silva J, Eulálio M, Souto R, Santos K, de Melo P, Lacerda A. The capacity for resilience and social support in the urban elderly. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(1):7–16
93. Páez Cala ML. La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Arch Med*. 2020 20(1); 201-16
94. Verdesoto J, Duenas E, Aguirre M, Piza N, Vaca N. Resiliencia; una estrategia de afrontamiento en pacientes con enfermedades catastróficas. *Biomass Chem Eng [Internet]*. 2018;3(2).

12 ANEXOS

Anexo 1 Asentimiento y consentimiento informado

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES	CÓDIGO: GIN-FOR-016
		VERSIÓN: 1
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO: 04/JUN/2015

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INVESTIGACION: RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS
ADULTAS CON DISCAPACIDAD: ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de evaluación y de intervención que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____ y _____ estudiantes de la maestría de discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos, según las pruebas e instrumentos de evaluación a mí explicados:

1. Diligenciamiento de la encuesta para resolver variables de índole sociodemográficos y de condiciones de salud
2. Registro de datos de la encuesta de resiliencia
3. Registro de datos de la encuesta de satisfacción con la vida

Adicionalmente se me informó que:

2. Estoy en libertad de retirarme en cualquier momento en la participación del programa.
3. Estoy afiliado a una EPS.
4. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.
5. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo

del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad del director de investigación.

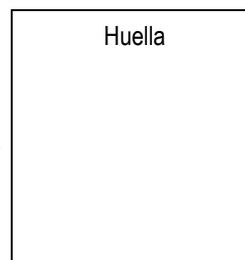
6. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia.
7. Me han informado que existe riesgo mínimo al aplicar las encuestas por ser persona con discapacidad.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma de la persona con discapacidad

Cedula de ciudadanía No. _____ de _____

Aprobado por el Comité de Bioética de la UAM: según acta 17107 del 23 de septiembre de 2020.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

INVESTIGACION: RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Objetivo General: Determinar la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad.

Justificación

Los resultados que salgan de esta investigación serán un aporte a las ciencias de la salud y la discapacidad, convirtiéndose en un referente para fortalecer acciones de intervención integral, políticas públicas para las personas con discapacidad.

Procedimiento y riesgos esperados

- Aleatorización y reclutamiento de las personas con discapacidad
- Aceptación y firma del consentimiento informado por parte de los participantes
- Diligenciamiento de las encuestas de las variables sociodemográficas de resiliencia y satisfacción con la vida
- Sistematización, tabulación y graficación.

- Análisis de información, discusión de resultados y realización del informe final.

Riesgos

El presente estudio se considera como “investigación de riesgo mínimo “de acuerdo al artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, ya que se empleará el diligenciamiento de encuestas. La participación en el estudio es totalmente voluntaria, previa autorización a través de la aceptación y firma de un consentimiento informado.

Beneficios

Esta investigación tributa en conocimiento y beneficio, no solo de la comunidad académica, sino a las personas con discapacidad permitirá reformular programas de intervención y la posibilidad de identificar algunos de los factores protectores que esta población pueda tener que le generan mayores niveles de resiliencia y más satisfacción vital, para ser reforzados en diferentes contextos.

Anexo 2 Formato de recolección de la información

a. DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE				
1. Nombre:		2. Apellidos:		
3. Edad (en años):		4. Sexo:	No quiere responder	Masculino o Femenino
5. Dirección:		6. Barrio:		
7. Afiliación al sistema de salud	8. Estrato socioeconómico		9. Estado civil	10. Nivel máximo de escolaridad alcanzado
a. Contributivo —	1. ____	4. ____	1. Soltero _____	• Primaria _____
b. Subsidiado_ —	2. ____	5. ____	2. Casado _____	• Secundaria _____
c. Régimen especial _____	3. ____	6. ____	3. Separado____ _____	• Técnico-tecnológico _____
d. Pobre No asegurado _____			4. Unión libre_____ _____	• Pregrado _____
			5. Viudo _____	• Posgrado _____

<p>11. Actualmente se encuentra laborando Si___ No___</p> <p>11.a. Actualmente se encuentra estudiando Sí___ No___</p> <p>Si la respuesta es No labora, pase a la pregunta 14</p>	<p>12. Si su respuesta anterior es positiva, diga en que Actividad labora:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>13. Qué tipo de contrato de trabajo tiene: A termino fijo ___ A término indefinido ___ Sin contrato ___ Otro:_____ Cuál:_____</p>										
<p>b. DATOS SOBRE DISCAPACIDAD DEL PARTICIPANTE</p>												
<p>14. Condición de salud: Diagnóstico médico (trauma, enfermedad, lesión, disfunción)</p> <p>a. _____</p> <p>—</p> <p>b. _____</p> <p>—</p> <p>c. _____</p> <p>—</p>	<p>16. Usted se auto reconoce como una persona con discapacidad: Categoría de discapacidad</p> <table border="1" data-bbox="1066 974 1864 1177"> <tr> <td data-bbox="1066 974 1671 1075">1. Física</td> <td data-bbox="1671 974 1730 1075">S I</td> <td data-bbox="1730 974 1764 1075"></td> <td data-bbox="1764 974 1822 1075">N O</td> <td data-bbox="1822 974 1864 1075"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1066 1075 1671 1177">2. Visual</td> <td data-bbox="1671 1075 1730 1177">S I</td> <td data-bbox="1730 1075 1764 1177"></td> <td data-bbox="1764 1075 1822 1177">N O</td> <td data-bbox="1822 1075 1864 1177"></td> </tr> </table>		1. Física	S I		N O		2. Visual	S I		N O	
1. Física	S I		N O									
2. Visual	S I		N O									

<p>15. ¿Cree usted que su discapacidad se originó de la(s) enfermedad(es) que reporto en el ítem anterior? Si ___ No ___</p>	3. Auditiva		S I	N O	
	4. Intelectual(cognitiva)		S I	N O	
	5. Psicosocial (Mental)		S I	N O	
	6. Sordoceguera		S I	N O	
	7. Múltiple		S I	N O	
	8. Sistémica		S I	N O	
	9. Ninguna		S I	N O	
<p>17. Califique la percepción de su salud actualmente: Buena ___ Regular ___ Mala ___</p>	<p>18. La causa de su discapacidad fue: Adquirida ___ Congénita ___</p>	<p>19. ¿Hace cuánto tiempo tiene la discapacidad? ___ años</p>	<p>20. ¿Utiliza ayudas externas, productos o dispositivos de asistencia? Si ___ No ___ ___ ¿Cuál?</p>		

21. Pertenece y/o participa de manera activa en alguno de los siguientes programas o actividades:

Tipo de actividad o programa	Marque con X			Marque con una X sobre la actividad (puede marcar varias) o indique otras
1. Deportivos	SI		NO	¿Actividad física__ ejercicio físico__ Deporte__ Otro? __ Cual(es) _____
2. Artísticos y culturales	SI		NO	¿Lectura__ Cerámica __ Baile __ Teatro __Arte __ Otra? __ Cual(es)_____
3. Espirituales	SI		NO	¿Ir a misa__ Ir a centros de culto__ otro? __ Cual(es) _____
4. Rehabilitación	SI		NO	¿Fisioterapia__ Fonoaudiología__ Terapia Ocupacional__ Psicología__ Nutrición__ Otro? __ Cual_____
5. Asociación de Personas con discapacidad	SI		NO	Nombre de la Asociación:
6. Consumo de Medicamentos	SI		NO	

Anexo 3 Escala de resiliencia de Agnild y Young (Versión traducida final)

ITEMES	En desacuerdo				De acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1- Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2- Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
3- Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
4- Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5- Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6- Me siento orgulloso de haberlo logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7- Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8- Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
9- Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10- Soy decidido – a.	1	2	3	4	5	6	7
11- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
12- Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7
13- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
14- Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15- Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16- Por lo general, encuentro algo de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17- El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7

20- Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
21- Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
22- No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

Aspectos generales

El objetivo de la escala es evaluar los aspectos cognitivos del bienestar. El modelo usado para la medición es la versión en castellano de la SWLS de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985) escala que según Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, (1991) se puede utilizar con jóvenes y adultos.

Encuesta

A continuación, se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder. El tiempo de aplicación recomendado para realizar la prueba es de 2 minutos.

Anexo 4 Escala de satisfacción con la vida. Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985)

Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal.							
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.							
3. Estoy satisfecho/a con mi vida.							
4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.							
5. Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.							

Fuente: Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985)

Para obtener la puntuación total de la escala de Diener, debe sumarse la puntuación de cada una de las cinco afirmaciones, obteniéndose un índice de felicidad subjetiva en función de los siguientes tramos:

NIVEL DE BIENESTAR SUBJETIVO	PUNTUACIÓN
ALTAMENTE SATISFECHOS (MUY FELICES)	30-35 puntos
SATISFECHOS	25-29 puntos
LIGERAMENTE SATISFECHOS	20-24 puntos

LIGERAMENTE POR DEBAJO DE LA MEDIA DE SATISFACCIÓN VITAL	15-19 puntos
INSATISFECHOS (POCO FELICES)	10-14 puntos
MUY INSATISFECHO	5-9 puntos

Fuente: Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985)

Anexo 5 Interpretación de resultados de las escalas

30-35 Altamente satisfecho: La gente que puntúa en este rango está encantada con su vida y siente que las cosas les van muy bien. Su vida no es perfecta, pero siente que está sacando a la vida todo el jugo que puede dar. Además, sólo porque esté satisfecho no significa que sea complaciente. De hecho, el crecimiento y los retos que hay ahora en su vida podrían estar alimentando su satisfacción. Para la mayoría de la gente de este rango la vida es estupenda, y los diferentes ámbitos de la vida van bien.

25-29 o Satisfecho: Las personas que puntúan en este rango están a gusto con sus vidas y creen que las cosas les van bien. Naturalmente sus vidas no son perfectas, pero sienten que la mayoría de las cosas de la vida son en general buenas. Además, el hecho de que esté satisfecho no significa que sea necesariamente complaciente. Es probable que el crecimiento y los retos estén presentes en su vida y quizá por eso está satisfecho/a. Para la mayoría de la gente de este rango la vida es agradable, y los diferentes ámbitos de la vida van razonablemente bien.

20-24 o Ligeramente satisfecho: Las personas que puntúan en este rango tienen una puntuación intermedia. La media de la satisfacción vital en los países desarrollados está en este rango -la mayoría de la gente está en general satisfecha, pero tienen algunas áreas vitales en las que desearían una mejora. Algunas personas puntúan en este rango porque están en general satisfechos con la mayoría de las áreas de sus vidas, pero sienten que necesitan mejorar en cada una de ellas. Otras personas puntúan en este rango porque aun estando muy satisfechos con la mayoría de las áreas, hay una o dos en las cuales les gustaría mejorar de forma considerable. En general, la gente que puntúa en este rango presenta áreas que necesitan un mayor desarrollo, y les gustaría dar un paso más realizando algún cambio vital.

15-19 o Ligeramente por debajo de la media en satisfacción vital: Las personas que puntúan en este rango normalmente tienen problemas que son pequeños pero significativos en varias áreas de sus vidas, o tienen un problema importante en una de ellas. Si usted ha bajado a este nivel de forma temporal desde niveles más altos de satisfacción a causa de

algún suceso reciente, es probable que las cosas mejoren y que la satisfacción vuelva al estado previo. Por otra parte, si usted está de forma continua insatisfecho con muchas áreas de su vida, podrían ser necesarios algunos cambios para conseguir una mayor satisfacción. Es decir, mientras que una insatisfacción temporal es común y normal, un nivel continuo de insatisfacción en diversas áreas vitales puede significar la necesidad de una reflexión más profunda. Algunas personas pueden sentirse motivadas gracias a un nivel pequeño de insatisfacción, pero a menudo la insatisfacción en muchas áreas puede actuar como una distracción, además de ser desagradable.

0-14 o Insatisfecho: Las personas que puntúan en este rango están en gran medida insatisfechas con sus vidas. Las personas de este rango pueden sentir que una buena parte de sus áreas vitales no van bien, o bien, que una o dos áreas van muy mal. Si la insatisfacción vital es una respuesta a un suceso reciente como un divorcio o una viudedad, o un problema significativo en el trabajo; usted probablemente volverá a sus niveles iniciales de satisfacción. Sin embargo, si los bajos niveles de insatisfacción que siente están ahí desde hace tiempo, podría significar que necesita algunos cambios tanto en actitudes como en patrones de pensamiento, y probablemente también en actividades vitales. Además, una persona con un bajo nivel de satisfacción no suele “funcionar” correctamente, porque la infelicidad actúa como distractor. Hablar con un amigo, un consejero u otro especialista, le pueden ayudar a caminar en la dirección correcta, aunque en todo caso conseguir cambios positivos dependerá de usted.

5-9 o Muy Insatisfecho: Las personas que puntúan dentro de este rango se sienten extremadamente infelices con su vida actual. En algunos casos, esto es una reacción a algún suceso reciente negativo como la muerte de un ser querido o situaciones importantes como el desempleo. La insatisfacción puede ser también una respuesta a un problema continuado, como un caso de alcoholismo o una adicción. Sin embargo, la insatisfacción en este rango es a menudo debida al mal funcionamiento en muchas áreas de su vida. Cualesquiera que sean las razones para su bajo nivel de satisfacción, es posible que se pueda beneficiar de la ayuda de otras personas -amigos, familiares, consejeros o psicólogos. Si la insatisfacción persiste, usted necesitará cambiar y, generalmente, otras

personas le pueden ayudar. Hable con su médico o contacte con algún psicólogo.