

discapacidad motora y resiliencia: análisis en función de la edad, grado y etapa en la que se adquiere la discapacidad

[Physical Disability and Resilience: Analysis According to Age, Grade, and Stage in Which Disability is Acquired]

Raquel Suriá Martínez ■ ■ ■
Universidad de Alicante

Desde hace algunos años, el concepto de resiliencia está cobrando interés en los programas de apoyo hacia la integración psicosocial de las personas con discapacidad. Esta capacidad implica la posesión de múltiples habilidades que ayudan a las personas a afrontar la adversidad, por lo que, el desarrollo de esta capacidad puede ser prioritario entre estas personas para mejorar su calidad de vida.

Este estudio analiza la resiliencia de un grupo de personas con discapacidad motora en función de la edad, la severidad y etapa en la que se adquirió la discapacidad (del desarrollo y sobrevenida a lo largo de la vida).

Participaron 88 jóvenes con discapacidad motora. Contestaron la versión española adaptada de la *Escala de Resiliencia* de Wagnild y Young (1993) diseñada para medir esta capacidad.

Los análisis indicaron altos niveles de esta capacidad entre los participantes, observándose en mayor medida en los más mayores, con mayor severidad y con discapacidad sobrevenida.

Esto nos sugiere que esta capacidad puede evolucionar y de ahí la importancia de fomentarla en programas de intervención-acción.

PALABRAS CLAVE: discapacidad desde el nacimiento, discapacidad sobrevenida, severidad de la discapacidad, factores resilientes.

Some years ago, the concept of resilience is gaining interest in the programs of support toward the psychosocial integration of people with disabilities. This skill concept involves the possession of multiple skills that help people cope with adversity, that is why the development of resilience can be high among these people to improve their quality of life.

The study discusses the ability to resilience a group of people with physical disability in terms of age, stage in which the disability was acquired (development and occurrence throughout life) and the degree of the severity.

88 youths with motor disabilities participated and answered the Spanish version adapted *Resilience Scale* from Wagnild & Young (1993) designed to measure this ability.

The analysis indicated high levels of this capacity among participants, observed more in older with acquired disability, with more severe degrees of disability.

This suggest that this ability can vary and evolve and hence the importance of promoting it in programs encouraged in-action.

KEY WORDS: disability from birth, acquired disability, severity of disability, resilient factors.

resumen

abstract

Dirección para correspondencia:**Raquel Suriá Martínez***Universidad de Alicante. Departamento de Comunicación y Psicología Social.**Ctra. S. Vicente del Raspeig, s/n. 03690 San Vicente del Raspeig (Alicante)**E-mail: raquel.suria@ua.es*

introducción ■ ■ ■

Desde hace algunos años, se está incrementando el interés por favorecer la integración psicosocial de las personas que viven con discapacidad (López y Laviana, 2007; Losada, 2007; Martínez y Chamorro, 2004). Para ello, son diferentes los enfoques que han abordado esta temática, comenzando desde una visión crítica y negativa hasta alcanzar un punto de vista integrador (Palacios, 2008).

Por describir brevemente el recorrido, el primer modelo denominado de prescindencia, consideraba que la discapacidad tenía su origen en causas religiosas, de forma que, las personas con discapacidad eran una carga para la sociedad, sin nada que aportar a la comunidad (Garland, 1995).

Posteriormente, surgió el modelo médico, y desde éste se puso el acento en la discapacidad y en la subestimación hacia las aptitudes de este colectivo (Aguado Díaz, 1995), dirigiendo la integración hacia la rehabilitación y con ello, requiriendo esto la ayuda de servicios e instituciones especializadas (p.e. educación especial, capacitación especial en comunicación).

A partir de entonces, en los noventa, diferentes autores (Albrecht, Seelman y Bury, 2001; Barnes, Mercer y Shakespeare, 1997; Moore, Beazley y Maelzer, 1998; Oliver, 1998; por citar algunos de los más representativos), han dado un giro a los enfoques anteriores proponiendo un planteamiento de carácter psicosocial. Desde éste modelo, lo que se defiende es el derecho de personas con discapacidad y su lucha por la igualdad de oportunidades. De

forma que, la problemática de tener una discapacidad no es de la persona con discapacidad, sino más bien de la sociedad en la que vive, por no proveer las condiciones adecuadas (eliminación de barreras arquitectónicas, accesibilidad, etc.) y por tanto, siendo ésta la mayor responsable al obstaculizar la integración de este colectivo.

Por tanto, desde este último modelo, se desafía el retrato negativo de las personas con discapacidad, apuntado a visibilizar las capacidades de las personas con discapacidad, con el propósito de fomentar sus capacidades para desempeñar un papel activo en las actividades cotidianas y sociales y también el protagonismo de estas personas en la planificación de los servicios y programas en los que están involucrados.

En relación a esto, uno de los elementos que ha cobrado relevancia a partir de este enfoque es el de la resiliencia (Grotberg, 1995).

La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona que engloba factores ambientales y personales con los cuales el sujeto afronta y supera las adversidades que acontecen en su vida (Grotberg, 1995; Kotliarenko, 2000; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Saavedra y Villalta, 2008).

A partir de esta definición, Grotberg (1995), estableció tres particulares definitorias de este concepto: las relacionadas con el apoyo que la persona cree que puede recibir (yo tengo...), las que provienen de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones in-

ternas de la persona (yo soy..., yo estoy) y finalmente, las procedentes de las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo...).

De estas características se desprende que este constructo no es inherente y estático en la persona, sino que puede variar a lo largo del tiempo y de las circunstancias y por tanto, evolucionar a lo largo de la vida (Gooding, Hurst, Johnson, Tarrier, 2012; Neff y McGehee, 2010; Vinaccia, Quiceno y Moreno San Pedro, 2007).

En este sentido, la mayor parte de la literatura se ha centrado en el desarrollo de esta potencialidad en función de la edad, encontrándose mejores niveles de resiliencia en edades avanzadas con relación a poblaciones más jóvenes (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins y Netuveli, 2010; Hildon, Smith, Netuveli, Blane, 2008; Netuveli, Wiggins, Montgomery, Hildon y Blane, 2008).

Centrándonos en la discapacidad motora, la mayoría de situaciones en las que pensamos en las situaciones en que ésta aparece, suponemos que lo más frecuente es que se adquiera en el nacimiento. De esta forma, la transición de la niñez a la adolescencia y posteriormente a la adultez, pasa por unas fases de adaptación en las que de manera general, desde edades muy tempranas se aprende a convivir con esta situación, y por tanto a desarrollar los aspectos resilientes desde prácticamente el inicio de la infancia. Sin embargo, si la discapacidad se detecta o sobreviene a lo largo de la vida, el proceso de adaptación y cambio a una nueva forma de vida puede incrementar un mayor nivel de desajuste al comparar la vida antes con la de después de ese suceso traumático, desencadenando cambios en las actividades de los afectados, que pasan bruscamente de vivir de forma sana e independiente a depender de los familia-

res o de cuidadores para llevar a cabo su vida diaria, y por tanto, la necesidad de adaptación al entorno (Suriá, 2011; Wyndaele y Wyndaele, 2006).

Estas dos situaciones, es decir, tener una discapacidad motora adquirida desde el nacimiento o tenerla sobrevenida a lo largo de la vida, no van a variar el hecho de tener una discapacidad, ni tampoco la multitud de barreras tanto físicas como mentales a las que desde la discapacidad hay que solventar, pero, la capacidad para afrontarlas y sobreponerse si puede ser diferente, por tanto, ¿qué capacidad de resiliencia se presenta desde ambas etapas en las que se adquiere este tipo de discapacidad?, ¿es más influyente la edad o la etapa en la que se adquiere la discapacidad?

En cierto modo, resolver estas cuestiones se hace complejo ya que el término de discapacidad motora es muy genérico, es decir, la discapacidad motora es un concepto muy ambiguo que abarca diversos grados de severidad y cada uno de ellos va a tener unas particularidades y limitaciones, por tanto, si en líneas anteriores hemos comentado que la resiliencia va a variar según las circunstancias en las que nos encontremos, sería interesante ampliar los interrogantes y conocer si desde diferentes grados de severidad de la discapacidad se genera una capacidad resiliente distinta, en otros términos, ¿podría diferir la resiliencia en función de la severidad de la discapacidad?

Por tanto, a partir de lo anterior y dada la importancia de establecer programas que fomenten las potencialidades de las personas con discapacidad motora, el objetivo general de este trabajo consiste en describir y comparar el nivel de resiliencia en personas con discapacidad motora.

Así, este objetivo se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Medir el nivel de resiliencia de un grupo de personas con discapacidad motora.

2. Conocer si existen diferencias en la capacidad de resiliencias según la edad.

3. Examinar si existen diferencias en el nivel de esta potencialidad según la etapa en la que se adquiere la discapacidad.

4. Averiguar si existen diferencias en el nivel de resiliencia en función del grado de discapacidad.

Basándonos en la propia definición de resiliencia y aunque parezca contradictorio, debemos suponer que los obstáculos podrían proporcionar la oportunidad para desarrollar esta capacidad, por tanto, se espera que:

1. H.1.- Existan diferencias estadísticamente significativas según la edad, en concreto se espera que las personas de más edad tengan el nivel de resiliencia más elevado que los otros grupos de edad.

2. H.2.- Existan diferencias estadísticamente significativas según la etapa en la que se adquiere la discapacidad, en con-

creto, se espera que las personas con discapacidad motora sobrevenida muestren más resiliencia que desde la discapacidad desde el nacimiento.

1. H.3.- Existan diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grados de discapacidad, en concreto, se espera que las personas con mayor grado de severidad indiquen mayor capacidad resiliente que los participantes con menor grado de severidad.

método ■ ■ ■ ■

Participantes

La muestra está compuesta por 88 jóvenes con discapacidad motora, procedentes de diversas asociaciones. De ellos, el 44.3% (n=39) fueron mujeres y el 55.7% (n=49) eran varones, con edades comprendidas entre 19 y 55 años. Con respecto a la etapa en la que adquirieron la discapacidad, el 54.5% (n=48) de ellos tenían discapacidad sobrevenida y el 45.5% (n=40) discapacidad adquirida desde el nacimiento (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra

| Perfil de los participantes | N | % | |
|---------------------------------|----------------------|----|------|
| <i>Edad</i> | >25 | 6 | 6.8 |
| | 26-35 | 6 | 37.5 |
| | 36-45 | 33 | 26.1 |
| | 46-55 | 26 | 29.5 |
| <i>Género</i> | Mujer | 39 | 44.3 |
| | Varón | 49 | 55.7 |
| <i>Formación</i> | Estudios primarios | 24 | 27.3 |
| | Estudios secundarios | 42 | 47.7 |
| | Estudios superiores | 22 | 25.0 |
| <i>Etapa de la discapacidad</i> | Sobrevenida | 48 | 54.5 |
| | Desde el nacimiento | 40 | 45.5 |
| <i>Grado de discapacidad</i> | >25 | 27 | 30.7 |
| | 25-50 | 13 | 14.8 |
| | 51-75 | 23 | 26.1 |
| | <75 | 25 | 28.4 |
| | Total | 88 | 100 |

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico; se utilizó un cuestionario *ad hoc* para la recogida de los datos sociodemográficos: género, edad, nivel educativo, etapa en la que se adquirió la discapacidad y grado de ésta.

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) en su versión adaptada (Heilemann, Lee y Kury, 2003); la escala está compuesta por 25 ítems, los cuales 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 entre 25 y 175 puntos.

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 que muestra tanto la versión original (Wagnild y Young, 1993) como su versión en castellano (Heilemann et al., 2003), mostrándose unos índices de consistencia interna elevados en ambas versiones ($\alpha = .0.89$ y el $\alpha = .0.93$ respectivamente). De igual modo, a través del análisis factorial se comprobó la validez, mostrando en ambas versiones dos factores diferenciados que explican el 44% y el 42% de la varianza de las puntuaciones:

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

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

Para este estudio se evaluó la consistencia interna de la escala con base al índice

alfa de Cronbach, el cual arrojó una fiabilidad aceptable ($\alpha = .88$).

Procedimiento

El procedimiento de recogida de datos consistió en la aplicación de la escala a la muestra de participantes. La muestra procedía de diversas asociaciones integradas en la federación de COCEMFE y de PREDIF, entidades dedicadas a la atención a personas con discapacidad y sus familiares.

En el contacto inicial se les explicó el objetivo del estudio y a continuación, se les propuso su participación voluntaria y anónima en el estudio, tras la cual se procedió al pase grupal de los cuestionarios. El proceso de recolección se ajustó a criterios éticos mediados por carta de consentimiento. Asimismo, la aplicación se adaptó a las condiciones de cada participante. El tiempo estimado de aplicación fue aproximadamente de 15 minutos. Los evaluadores fueron previamente entrenados en la aplicación del instrumento. La recopilación de datos se llevó a cabo entre enero y junio del 2013.

Análisis estadísticos

Para comprobar si existían diferencias a nivel estadísticamente significativo se utilizó la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney para la variable de dos grupos, esto es, la etapa en la que se adquirió la discapacidad. Para la variable de más de 2 grupos, es decir, el grado de severidad de la discapacidad y edad, se utilizó la prueba de Kruskal Wallis. Posteriormente los contrastes *post hoc* se realizaron con la prueba *U* de Mann-Whitney, y el ajuste de Bonferroni. Se emplearon pruebas no paramétricas puesto que la prueba de Levene indicó que no se cumplía el supuesto de homocedasticidad de varianza. El nivel de confianza empleado para juzgar la significación estadística fue del 95%, en todos los análisis.

Una vez recolectados los datos se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS versión 19.0.

resultados ■ ■ ■

En primer lugar, los resultados indicaron que los participantes mostraron un nivel alto de resiliencia ($M = 138.90$, $DT = 33.98$).

1) En lo referente al grado de resiliencia según la edad (Tabla 2), los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(3, 88) = 20.720$, $p < .001$, destacando el grupo con un rango de edad de 46 y 55 años ($M = 151.69$, $DT = 27.28$), y el de 35 a 44 ($M = 149.29$, $DT = 33.53$), con respecto a los grupos más jóvenes. Al examinar los factores, se observó que en el factor 1, competencia personal, $\chi^2(3, 88) = 21.115$, $p < .001$ y en el factor 2, aceptación de sí mismo y de la vida, $\chi^2(3, 88) = 13.548$, $p < .05$, los índices medios más elevados que indicaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas fueron los participantes con más edad, esto es entre 46 y 55 años.

Al examinar los resultados de la escala en función de la etapa en la que se adquirió la discapacidad y del grado de discapacidad observamos los siguientes resultados, (ver Tabla 2):

2) Las diferencias en las puntuaciones medias en los factores en función de la etapa de discapacidad son estadísticamente significativas [$U(88) = 1.21$, $p < .05$], observándose medias superiores en los participantes con discapacidad sobrevenida ($M = 151.56$, $DT = 21.46$). Así, al observar los dos factores, competencia personal [$U(88) = 4.385$, $p < .05$], en el de aceptación de sí mismo y de la vida [$U(88) = 4.189$, $p < .001$], se encontraron puntuaciones superiores en los participantes con discapacidad sobrevenida a lo largo de la vida en ambos.

3) En lo que respecta a la resiliencia en función del grado de discapacidad se observaron niveles más elevados de esta capacidad en los participantes con grado de discapacidad del 51 a 75% ($M = 152.65$, $DT = 33.52$), y de más del 75% ($M = 148.88$, $DT = 28.16$), con respecto a los demás grados de discapacidad, $\chi^2(3, 88) = 4.997$, $p < .05$. Al examinar cada factor, se observaron diferencias entre los grupos en ambos factores, esto es, en el relativo a la competencia personal, $\chi^2(3, 88) = 4.853$, $p < .05$ y en el factor 2, el referente a en la aceptación de sí mismo y de la vida, $\chi^2(3, 88) = 5.133$, $p < .05$).

Tabla 2. Puntuaciones medias de los participantes en la escala

| Edad | N | Factor 1 | | Factor 2 | | Resiliencia | |
|--|----|----------|-------|----------|-------|-------------|-------|
| | | M | DT | M | DT | M | DT |
| >25 | 24 | 82.12ab | 26.96 | 38.79ab | 11.81 | 120.91ab | 38.56 |
| 26-35 | 14 | 87.14 | 15.09 | 41.07 | 6.29 | 128.21 | 20.73 |
| 36-45 | 24 | 101.58a | 23.75 | 47.70a | 9.90 | 149.29a | 33.53 |
| 46-55 | 26 | 103.73b | 19.10 | 47.96b | 8.31 | 151.69b | 27.28 |
| Total | 88 | 94.61 | 23.88 | 44.29 | 10.29 | 138.90 | 33.98 |
| χ^2 | | 5.260 | | 5.452 | | 5.385 | |
| Sig. | | .002 | | .002 | | .002 | |
| <i>Etapa en la que se adquiere la discapacidad</i> | | | | | | | |
| Sobrevvenida | 48 | 103.45 | 15.29 | 48.1 | 6.49 | 151.56 | 21.46 |
| Desde el nacimiento | 57 | 85.61 | 24.84 | 41.31 | 10.84 | 126.92 | 35.38 |
| U | | 837.00 | | 897.5 | | | |
| Sig. | | .001 | | .002 | | 23,3 | |
| <i>Grado de discapacidad</i> | | | | | | | 21,4 |
| >25 | 27 | 83.29ab | 26.03 | 39.29ab | 11.43 | 122.59ab | 37.26 |
| 25-50 | 13 | 87.84 | 15.46 | 41.46 | 6.37 | 129.30 | 21.15 |
| 51-75 | 23 | 103.91a | 23.80 | 48.73a | 9.85 | 152.65a | 33.52 |
| <75 | 25 | 101.80b | 19.73 | 47.08b | 8.57 | 148.88b | 28.16 |
| Total | 88 | 94.61 | 23.88 | 44.29 | 10.29 | 138.90 | 33.98 |
| χ^2 | | 4.853 | | 5.133 | | 4.997 | |
| Sig. | | .004 | | .003 | | .002 | |

(aa,bb...) Pares de letras iguales en cada columna indican diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos en cada factor; (**)= Nivel de Significación de .001; (*)= Nivel de Significación de .05.

discusión ■■■

En este trabajo se parte de la importancia de generar nuevos conocimientos sobre las personas que conviven con una discapacidad, siendo la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas una de las potencialidades que cobra mayor relevancia en los programas de intervención dirigidos a las personas que tie-

nen que vivir este suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999; Hoge, Austin y Pollack, 2007; Paton, Smith, Violanti y Eräen, 2000). En este sentido, se parte de la premisa de que la resiliencia evoluciona, por tanto, es lógico pensar que cuanto antes se desarrolle esta capacidad, más posibilidades tendrá el individuo de enfrentarse exitosamente a los múltiples obstáculos. De ahí, la necesidad de intervenir en edades tempranas para el desarrollo esta capacidad. Por ello, en este estudio se optó por explorar los

factores resilientes que pudieran desarrollar las personas con discapacidad en diferentes situaciones, la primera de ellas en función de la edad de la persona. Asimismo, de la faceta de la vida en la que se adquiere la discapacidad y por último, del grado de severidad de la discapacidad.

Así, de forma general, en los resultados se observa que los participantes mostraron una capacidad de resiliencia alta. Esto nos lleva a pensar que las experiencias y obstáculos por los que pasan estas personas, les hace que desarrollen esta capacidad en un alto grado (Calhoun y Tedeschi, 1999; Saavedra y Villalta, 2008).

Sin duda, esto no implica que las personas que tienen una discapacidad no experimenten emociones negativas (Pérez-Sales y Vázquez, 2003), sino que las emociones positivas coexisten con las negativas durante estas circunstancias adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Folkman y Moskowitz, 2000; Shuchter y Zisook, 1993) y éstas, pueden ayudar a potenciar la capacidad de afrontamiento para adaptarse adecuadamente a dichas circunstancias (Frazier et al, 2009; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Al examinar la capacidad resiliente en función de la edad, se observa que los participantes más mayores indican mayores niveles de resiliencia. Esto confirma la primera hipótesis planteada.

Estos resultados están en consonancia con los hallados por otros autores, los cuales encuentran mejores niveles de resiliencia en edades avanzadas con relación a poblaciones más jóvenes (Gooding, et al., 2012; Hildon et al., 2010; Lamond et al., 2008; Netuveli et al., 2008).

Es evidente que la transición de la niñez a la adolescencia y posteriormente a la adultez, pasa por unas fases de adaptación

en las que de manera general, permiten aprender a convivir con esta situación, y por tanto a desarrollar la capacidad para afrontarlos (Hildon et al., 2010; Netuveli et al., 2008).

Al profundizar en esta capacidad en función de la etapa en la que se adquiere la discapacidad los resultados muestran que los participantes con discapacidad sobrevenida a lo largo de la vida reflejan niveles más altos de resiliencia que el grupo con discapacidad desde el nacimiento. Esto se observa tanto a nivel general de resiliencia como en los dos factores que conforman esta capacidad, cumpliéndose por tanto la segunda hipótesis de estudio.

En línea con otros estudios (Saavedra y Villalta, 2008; Suriá y Magro, 2012), no es lo mismo afrontar la situación de discapacidad cuando ésta es de nacimiento, que cuando se adquiere posteriormente, pues en el primer caso, la persona suele establecer una relación más cercana con sus limitaciones minimizándolas tanto física como psicológicamente. Sin embargo, en el caso de las personas que adquieren la discapacidad a lo largo de la vida, las condiciones son diferentes en tanto que la asimilación se vuelve más compleja en la medida que la persona ha generado aprendizajes, adaptaciones y repertorios asociados con la presencia o funcionalidad del cuerpo pero que, tras la discapacidad se pierde. De este modo, los cambios tan bruscos que sufre el afectado requieren una capacidad resiliente, aún mayor en la medida que la situación resulta ser, en proporción mucho más difícil de asimilar que en el caso de las personas que nacen con la discapacidad (Suriá, 2012). Es por ello que, frente a estas circunstancias, es posible que surjan ideas, habilidades y conocimientos que reconduzcan a la persona con la vida con el impulso de crecer y superar la infinidad de situaciones difíciles a las que se enfrenta.

Finalmente, el último objetivo de este estudio analiza la resiliencia en función del grado de discapacidad. Es cierto que la discapacidad motora se caracteriza por limitaciones en la funcionalidad, sin embargo, pueden existir diferencias muy significativas, dentro de esta discapacidad y por tanto, llevar adheridas singularidades que dificulten en mayor medida la calidad de vida de la persona. Así, por ejemplo una discapacidad motora a consecuencia de una lesión medular puede haber afectado a los miembros inferiores y ser una paraplejía o a su vez, también a los miembros superiores y ser tetraplejía. Esto conllevaría limitaciones en la funcionalidad mucho más severas que dificultan más las actividades de la vida de la persona.

En este sentido, en los resultados se observa que los participantes con mayor grado de discapacidad muestran niveles más elevados de resiliencia, afirmándose de este modo la última hipótesis del estudio.

Podría ser plausible que perciban mayor apoyo por parte del entorno. Así, y aunque se avanza muy lentamente, desde diferentes sectores de los ámbitos sociales y políticos se está fomentando 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 de este colectivo (Chou, Lee, Chang y Yu, 2013; Contino, Sarmiento, Escarrás, Morera y González, 2013; Vega Córdova, Jerano Rio, Flores Robaina, Cruz Ortiz y Artaza, 2012; Verdugo, Arias, Ibáñez y Schallock, 2010). En referencia a la discapacidad motora, se refleja con más nitidez que otras discapacidades más invisibles la necesidad de apoyo y por tanto, que el entorno cercano del afectado se vuelque con más probabilidad a ofrecer este apoyo. Esto desemboca que, independientemente de que la persona con discapacidad utilice las ayudas disponibles, si perciba que dispone de éstas.

A su vez, si se parte de la propia definición de resiliencia y esta capacidad se desarrolla según el individuo va encontrándose obstáculos y va superándolos, es evidente que las limitaciones a las que se enfrentan las personas con esta problemática van a propiciar oportunidad para potenciar esta fortaleza, por lo que, un mayor grado de discapacidad puede generar mayor capacidad de superación (Arellano y Peralta, 2013).

Por tanto, es evidente que la situación de discapacidad es una experiencia de gran intensidad emocional e incluso traumática, a la que multitud de personas deben hacer frente de manera cotidiana, enfrentando obstáculos que en muchas ocasiones vulneran la personalidad y las condiciones de vida, y es precisamente en este contexto donde la resiliencia adquiere relevancia, no solo como elemento de superación, sino también como fenómeno en el que hay que profundizar con el objetivo de que en cualquier programa de intervención se fomente la construcción y desarrollo de esta capacidad entre las personas que conviven con esta situación.

Sin embargo, el estudio presenta algunas limitaciones que se deben mejorar:

La más importante es de índole metodológico, puesto que el número de participantes es muy reducido. Tampoco hubo una estimación de cálculo de tamaño de muestra, puesto que el muestreo no fue probabilístico, sino por conveniencia. Esto a su vez limita las pruebas psicométricas empleadas para validar el instrumento utilizado en la muestra de este estudio. Al ser un tamaño reducido de participantes no se pueden realizar pruebas psicométricas (p. ej., el análisis factorial) para comprobar su validez.

También debemos sospechar que el hecho de que los participantes pertenezcan a alguna asociación puede ser un indicio de su motivación y capacidad de superación y de percepción de apoyo.

Asimismo, los participantes de este estudio se ofrecieron voluntariamente para cumplimentar los cuestionarios por lo que éstos podrían tener diferentes expectativas para participar en comparación con los sujetos reacios a participar. Por tanto, futuras investigaciones deberían controlar este factor con el objeto de incrementar la validez interna de los resultados.

Finalmente, otras variables como el género, la edad, el nivel socioeconómico o si conviven

solos o con alguien, son factores que con una elevada probabilidad influyen en los resultados del estudio.

Por tanto, sería conveniente seguir indagando en futuros estudios que tuvieran en consideración estos aspectos con el objeto de permitir la mejora del diseño de programas y planes de intervención-acción que fomenten los factores resilientes de las personas que viven día a día con una discapacidad motora.

bibliografía
Aguado Díaz, A. (1995). *Historia de las deficiencias*, Escuela Libre Editorial. Madrid: Colección Tesis y Praxis.

Albrecht, G.L., Seelman, K.D. y Bury, M. (2001). *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Barnes, C., Mercer, G. y Shakespeare, T. (1997). *Exploring disability. A sociological introduction*. Cambridge, United Kingdom: Polity Press.

Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. New Jersey: LEA

Chou, Y.C., Lee, Y.C., Chang, S.C. y Yu, A.P.L. (2013). Evaluating the supports intensity scale as a potential assessment instrument for resource allocation for persons with intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 34(6), 2056-2063
doi: 10.1016/j.ridd.2013.03.013

Contino, M.N., Sarmiento, C.M.U., Escarrás, Y.G., Morera, N.D. y González, E.Á.G. (2013). Propuesta de sistema para la atención integral al niño discapacitado por parálisis cerebral ya su familia. *Medicentro Electrónica*, 17(2), 56-64.

Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000) Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654

doi: 10.1037/0003-066X.55.6.647

Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P. y Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, 20, 912-919.

doi: 10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x

Garland, R. (1995). *The eye of the beholder Deformity & Disability in the Graeco-Roman world*. London: Duckworth.

Gooding, P.A., Hurst, A., Johnson, J. y Tarrrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 262-270.

doi: 10.1002/gps.2712

Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. La Haya: Bernard Van Leer Foundation. Recuperado de:
<http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html>

Heilemann, M.V., Lee, K. y Kury, F.S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1), 61-72.

doi: 10.1891/jnum.11.1.61.52067

Hildon, Z., Montgomery, S.M., Blane, D., Wiggins, R.D. y Netuveli, G. (2010). Exa-

mining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *The Gerontologist*, 50, 36-47.

doi: 10.1093/geront/gnp067

Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G. y Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health & Illness*, 30, 726-740.

doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01087.x

Hoge, E.A., Austin, E.D. y Pollack, M.H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Ansiedad y Depresión*, 24, 139-152.

doi: 10.1002/da.20175

Kotliarenco, M.A. (2000). *Actualizaciones en Resiliencia*. Buenos Aires: Ediciones UNLA.

Lamond, A. J., Depp, C.A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D.J., ... y Jeste, D.V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of psychiatric research*, 43(2), 148-154.

doi: 10.1016/j.psychires.2008.03.007

López, M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223.

doi: 10.4321/S0211-57352007000100016

Losada, S.A. (2007). Recursos sanitarios para la atención a la dependencia. *Jano: Medicina y humanidades*, 1638, 28-31.

Luthar, S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562

doi: 10.1111/1467-8624.00164

Martínez, I.L. y Chamorro, M.J.M. (2004). Funcionamiento, discapacidad y rehabilitación. *Informaciones psiquiátricas*, 175, 19-21.

Recuperado de:

http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/01_175_03.htm

Moore, M., Beazley, S. y Maelzer, J. (1998). *Researching disability issues*. Buckingham: Open University Press.

Neff, K.D. y McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240.

doi: 10.1080/15298860902979307

Netuveli, G., Wiggins, R.D., Montgomery, S.M., Hildon, Z. y Blane, D. (2008). Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 987-991.

doi: 10.1136/jech.2007.069138

Netuveli G, y Blane D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113-126.

doi: 10.1093/bmb/ldn003

Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Ed.), *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58), Madrid: Morata/Fundación Paideia.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Grupo editorial CINCA.

Paton, D.G., Smith, L., Violanti, J.M. y Eräen, L. (2000). Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience. En J. M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention*:

Challenges, Issues and Perspectives. Springfield, IL: C. C. Thomas.

Arellano, A. y Peralta, F. (2013). Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual como objetivo educativo y derecho básico: estado de la cuestión. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 97-117.

doi: 10.5569/2340-5104.01.01.05

Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(3), 235-254.

Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *Escala de Resiliencia SV-RES. Para jóvenes y adultos.* Segunda Edición. Santiago: autores.

Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5

Shuchter, S.R. y Zisook, S. (1993). The course of normal grief. En: Stroebe, W., Stroebe, M.S y Hansson, R.O. (Eds.) *Handbook of Bereavement: Theory, research and intervention.* Cambridge, England: Cambridge University Press.

Suriá, R. y Magro, V. (2012). Discapacidad tras un accidente de tráfico...¿ Cómo continúa la vida después? *Tráfico y seguridad vial*, 157, 15-18.

Suriá, R. (2012). Resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Boletín de Psicología*, 105, 75-89.

Vega Córdova, V., Jerano Rio, C., Flores Robaina, N., Cruz Ortiz, M. y Artaza, C. (2012). Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile desde la perspectiva de los proveedores de servicios. *Universitas Psychologica*, 12(3), 923-932.

doi: 10.5569/2340-5104.01.01.05

Verdugo, M.A., Arias, B., Ibáñez, A. y Schachlock, R.L. (2010). Adaptation and psychometric properties of the Spanish version of the Supports Intensity Scale (SIS). *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 115(6), 496-503.

doi: 10.1352/1944-7558-115.6.496

Vinaccia, S., Quiceno, J.M. y Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139 -146.

Wagnild, G.M. y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 1, 165-174.

Wyndaele, M. y Wyndaele, J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: What learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord*, 44(9), 523-529.

doi: 10.1038/sj.sc.3101893

Recibido el 1 de marzo de 2014 y aceptado el 11 de abril de 2014

Anexo:

Versión adaptada de la Escala de resiliencia de Wagnild y Young, (1993).

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes, según esta numeración:

- Totalmente en desacuerdo: (1)
- Bastante en desacuerdo: (2)
- Dudo, pero más bien en desacuerdo: (3)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: (4)
- Algo de acuerdo: (5)
- Bastante de acuerdo: (6)
- Totalmente de acuerdo: (7)

| Ítems | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando planeo algo lo realizo | | | | | | | |
| 2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra | | | | | | | |
| 3. Dependo más de mí mismo que de otras personas | | | | | | | |
| 4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas | | | | | | | |
| 5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo | | | | | | | |
| 6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida | | | | | | | |
| 7. Usualmente veo las cosas a largo plazo | | | | | | | |
| 8. Soy amigo de mí mismo | | | | | | | |
| 9. Siento que puedo manejar vanas cosas al mismo tiempo | | | | | | | |
| 10. Soy decidido | | | | | | | |
| 11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo | | | | | | | |
| 12. Tomo las cosas una por una | | | | | | | |
| 13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado | | | | | | | |
| 14. Tengo autodisciplina | | | | | | | |
| 15. Me mantengo interesado en los cosas | | | | | | | |
| 16. Por lo general, encuentro algo de qué reírme | | | | | | | |
| 17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles | | | | | | | |
| 18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar | | | | | | | |
| 19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras | | | | | | | |
| 20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera | | | | | | | |
| 21. Mi vida tiene significado | | | | | | | |
| 22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada | | | | | | | |
| 23. En una situación difícil generalmente encuentro una salida | | | | | | | |
| 24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer | | | | | | | |
| 25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado | | | | | | | |