



**RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS ADULTAS
CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE QUITO (ECUADOR)**

GYNA MICHELLE GALARZA SÁNCHEZ

ELIANA SOFÍA HUERTAS DELGADO

VIVIANA MICHELLE PAUCAR CHALÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES

2021

**RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS ADULTAS
CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE QUITO (ECUADOR)**

Autores

Gyna Michelle Galarza Sánchez

ELIANA SOFÍA HUERTAS DELGADO

VIVIANA MICHELLE PAUCAR CHALÁN

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Discapacidad

Directores de investigación:

Dr. JOSÉ ARMANDO VIDARTE CLAROS

Dra. CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES 2021

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación le dedico a mi madre Rosa Chalán, por ser una mujer valiente, mi fortaleza, mi gran ejemplo a seguir y la persona que me apoyo en este proceso. Sin ella nada hubiera sido posible.

A la memoria de mi padre Santos Paucar por enseñarme a ser perseverante y haberme brindado el más puro amor, siempre vivirá en mi corazón y en mis recuerdos.

VIVIANA MICHELLE PAUCAR CHALÁN

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta que los pones en frente mío para que mejore como ser humano y crezca de diversas maneras

Por eso dedico este trabajo principalmente a Dios por darme la oportunidad de reivindicarme con la vida, por darme la salud e iluminar mi camino durante el paso por la Universidad, por no dejar que me rinda ante la adversidad y poder sortear los obstáculos que se presentaron de la mejor manera y así poder cumplir esta nueva meta, ser magister en discapacidad.

De igual forma quiero dedicar este trabajo a mi familia quienes me brindaron su apoyo y me dieron la oportunidad de demostrar que si podía, a mi mamita DOLORES DELGADO, por ser incondicional y ser un ejemplo a seguir de tenacidad, amor, responsabilidad, entrega y lealtad, gracias por enseñarme lo necesario para afrontar la vida, a mi papito RENÉ HUERTAS, por ser un ejemplo de labor docente por inculcarme la responsabilidad del rol docente en la sociedad, que somos formadores de ciudadanos de bien y por enseñarme que el valor más importante es la humildad y que está me abrirá muchas puertas. A los dos, gracias por todo el amor que a diario me demuestran.

A mi hermana JENNY HUERTAS DELGADO, por su constante apoyo por compartir su experiencia de vida conmigo por ser ejemplo de responsabilidad, entrega, pulcritud y deseo de hacer las cosas de la mejor manera, además por ser la excelente profesional que todos deberíamos ser.

A la parte más importante de mi vida y por quién todo es posible, mi fuente de energía e inspiración y mi mayor felicidad, mi hija LAURA VALENTINA, mi LALA, quien es mi motivación todos los días para salir a delante, por quien mi esfuerzo vale la pena, gracias hija por tu apoyo incondicional, por tus palabras, tu compañía, por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que todo esto será para vivir tiempos mejores.

ELIANA SOFÍA HUERTAS DELGADO

El presente Proyecto de Investigación está dedicado:

A Dios quien ha sido mi guía y fortaleza durante este largo proceso, donde su mano de fidelidad, sabiduría y amor han estado conmigo hasta el presente día.

A mis padres Fabián y Gyna que sin ellos esto no habría sido posible y quienes con su infinito amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir un sueño más; gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades y por el inmenso apoyo que siempre me han brindado en cada meta que me he propuesto en la vida

A mi amado esposo Andrés que, a pesar de las dificultades, siempre fue y sigue siendo uno de mis más grandes apoyos y jamás me permitió rendirme.

A mi Christopher Alessandro, el hermoso regalo que Dios me envió y ha llegado para darle más sentido a mi existencia.

GYNA MICHELLE GALARZA SÁNCHEZ.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Manizales UAM, por habernos brindado la oportunidad de pertenecer a su gran familia, a cada uno de los docentes que aportaron un granito de arena durante nuestro proceso de formación y la construcción de bases sólidas y fundamentales para ser cada vez mejores magísteres.

A quienes desde el principio fueron nuestros asesores, los Doctores JOSÉ ARMANDO VIDARTE CLAROS y CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ, quienes aportaron desde sus conocimientos, dedicación, tiempo y sobre todo sus palabras de apoyo, todo lo necesario para sacar este proyecto adelante.

A las personas con discapacidad que participaron del estudio, por su disposición, colaboración y tiempo para la realización del mismo. Además, por la comunicación asertiva con sus pares para finalmente lograr los objetivos

RESUMEN

La presente investigación fue motivada en el análisis que surge de la observación de los procesos de adaptación existentes en la población en condición de discapacidad y como elementos y factores de carácter endógeno y exógeno inciden en el nivel de calidad de vida de estos. **Objetivo:** Determinar la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Quito. **Metodología:** estudio descriptivo transversal correlacional. En 125 personas con discapacidad, se utilizaron como instrumentos: Cuestionario sociodemográfico, escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) y la escala de satisfacción con la vida (ESV). **Resultados:** los participantes en su mayoría fueron hombres entre 58-65 años, de estrato socioeconómico entre 3 y 4, que pertenecen al sistema de seguridad social contributivo, con un nivel máximo de escolaridad entre secundaria y pregrado, se encontraban laborando con un contrato a término indefinido y no se encuentran estudiando. Se encontró asociación estadísticamente significativa $p < 0,05$ entre resiliencia y la edad, estrato socioeconómico y escolaridad de los participantes. se encontró asociación estadísticamente significativa entre la resiliencia y satisfacción con la vida de los participantes ($p = 0,000$). **Conclusiones:** el reconocimiento de las variables que configuran los factores endógenos y exógenos, los cuales inciden de manera directa en la formación resiliente y en el nivel de satisfacción de vida, tales como las condiciones sociodemográficas. La resiliencia y la satisfacción con la vida se asocian de en personas con discapacidad.

PALABRAS CLAVE: resiliencia, discapacidad, satisfacción con la vida, bienestar.

ABSTRACT

This research was motivated by the analysis that arises from the observation of the adaptation processes existing in the population with disabilities and how elements and factors of an endogenous and exogenous nature affect their quality of life level. Objective: To determine the relationship between levels of resilience and satisfaction with life in adults with disabilities in the city of Quito. Methodology: descriptive cross-sectional correlational study. In 125 people with disabilities, the following instruments were used: Sociodemographic questionnaire, Wagnild and Young (1993) resilience scale and the life satisfaction scale (ESV). Results: the majority of the participants were men between 58-65 years of age, of socioeconomic status between 3 and 4, who belong to the contributory social security system, with a maximum level of schooling between secondary and undergraduate, they were working with a contract to indefinite term and they are not studying. A statistically significant association $p < 0.05$ was found between resilience and the age, socioeconomic status and education of the participants. A statistically significant association was found between resilience and satisfaction with life of the participants ($p = 0.000$). Conclusions: the recognition of the variables that make up endogenous and exogenous factors, which have a direct impact on resilient training and on the level of life satisfaction, such as sociodemographic conditions. Resilience and life satisfaction are associated with people with disabilities.

KEYWORDS: resilience, disability, satisfaction, quality of life, well-being

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN	12
2	DATOS DE IDENTIFICACIÓN	13
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
4	JUSTIFICACIÓN	17
5	REFERENTE TEÓRICO	19
5.1	DISCAPACIDAD	19
5.2	RESILIENCIA	26
5.3	SATISFACCIÓN CON LA VIDA	33
5.4	RELACIÓN RESILIENCIA, SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y DISCAPACIDAD. ...	36
5.5	CONTEXTUALIZACIÓN	40
5.5.1	Discapacidad En El Ecuador	41
6	OBJETIVOS	46
6.1	OBJETIVO GENERAL	46
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
8	METODOLOGÍA	59
8.1	TIPO DE ESTUDIO	59
8.2	MUESTRA	59
8.3	CRITERIO DE INCLUSIÓN	60
8.4	CRITERIO DE EXCLUSIÓN	60
8.5	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	60
8.6	PROCEDIMIENTO	61

8.7	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	62
8.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	63
9	RESULTADOS	64
10	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	78
11	CONCLUSIONES.....	89
12	RECOMENDACIONES	90
13	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
14	ANEXOS.....	104

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resumen ejecutivo.....	13
Tabla 2. Visión de conjunto de la CIF.....	23
Tabla 3. Operacionalización de variables.....	47
Tabla 4. Estimadores estadísticos para la correlación a partir del test bilateral	59
Tabla 5. Distribución de la muestra según variables sociodemográficas	64
Tabla 6. Distribución de la muestra según la condición de salud.....	65
Tabla 7. Niveles de resiliencia.....	68
Tabla 8. Niveles de satisfacción con la vida.....	71
Tabla 9. Distribución de la resiliencia final en los participantes.....	72
Tabla 10. Satisfacción con la vida final.....	73
Tabla 11. Resumen de la asociación entre resiliencia y variables sociodemográficas.....	73
Tabla 12. Resumen de la asociación entre resiliencia y condición de salud	74
Tabla 13. Resumen de la asociación entre satisfacción con la vida variables sociodemográficas	75
Tabla 14. Resumen de la asociación entre satisfacción con la vida y condición de salud ...	76
Tabla 15. Asociación entre Resiliencia y satisfacción con la vida de los participantes	77

LISTA FIGURAS

Figura 1. Tipo de discapacidad. Estadísticas de discapacidad	43
Figura 2. Grado de discapacidad	44
Figura 3. Grupo Etario.....	44

1 PRESENTACIÓN

El presente informe de investigación es desarrollado para obtener el título como Magísteres en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales. Hace parte del macroproyecto titulado Resiliencia y satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad un estudio multicéntrico, 2020 - 2021, adscrito a la línea de investigación de Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud del Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento de la UAM y realizado con 10 estudiantes de la cohorte X de la Maestría en Discapacidad en tres ciudades de Colombia y una ciudad en el Ecuador.

El desarrollo teórico de la investigación giro en torno a dos categorías principales la resiliencia y la satisfacción con la vida, orientadas y definidas en personas adultas con discapacidad, abordadas éstas desde factores endógenos y exógenos sociales, cuyo norte permitió identificar aquellos elementos que propician el bienestar de estos actores. De este modo se desarrolló metodológicamente la investigación desde la descripción, se utilizaron como instrumentos de recolección de información el cuestionario sociodemográfico, la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) y la escala de satisfacción con la vida (ESV); el análisis de los resultados, no solo buscó dar respuestas a los objetivos diseñados a nivel investigativo, sino brindar insumos para estudios que se puedan realizar en instituciones de cualquier naturaleza – pública o privada – de salud, de rehabilitación que deseen medir estos dos constructos teóricos en determinados grupos poblacionales para la toma de decisiones informadas, y de esta manera aportar a la calidad de vida de esta población diferencial.

2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Tabla 1.-Resumen ejecutivo

Título: RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD: ESTUDIO MULTICÉNTRICO		
Nombre del programa Académico: Maestría de Discapacidad cohorte X		
Nombre del asesor o tutor: Jose Armando Vidarte Claros, Consuelo Vélez Álvarez		
Correo electrónico responsable: jovida@autonoma.edu.co		Teléfono: +573137371255
Dirección de correspondencia:		
Nombre de los Grupos de Investigación: (registre la información de los grupos que participan)		Total, de Investigadores: 3
1. Cuerpo - Movimiento	Código: GrupLAC _____ Reconocido SiX No	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: 4 Ciudades del país (Medellín, Tunja, Manizales y Quito Ecuador		Departamentos: Antioquia, Caldas, Boyacá en Colombia y Provincia de Quito en Ecuador
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 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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).

Por su parte, la resiliencia es entendida como la capacidad que tienen 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 (2), abarca todos los aspectos de la persona y consigue influir de manera positiva 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 (3). Así, Asensio, Magallón y García, definen esta capacidad como aquella que permite dar respuestas positivas ante situaciones estresantes, a donde incide la persona y su interacción directa con el entorno, en tanto el aumento de factores y capacidades podrían ayudar a afrontar diferentes condiciones de salud y situaciones a las que cada sujeto está expuesto a lo largo de su vida (4).

Estudios realizados por Arrebola-Moreno et al que tuvo como objetivo el relacionar la resiliencia con las condiciones de salud, concluyen que el tener un alto grado de resiliencia disminuye las posibilidades de presentar un infarto de miocardio ya que reduce la respuesta inflamatoria, configurando un efecto protector (5). Por otro lado, White y Warren encontraron que las personas con lesión medular las cuales tenían altos niveles de resiliencia presentaron una menor sintomatología depresiva y una mayor aceptación de la discapacidad (6). De esa misma manera, al analizar las relaciones sociales, diferentes estudios han evidenciado como las personas con más altos niveles de resiliencia pueden sostener

relaciones de mejor calidad, y confianza, consolidando un buen círculo familiar y de amigos, y, de igual manera se integran más fácilmente a la vida en comunidad (7,8).

La satisfacción con la vida para el presente estudio es definida como el grado con 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 (9).

Con relación a la satisfacción con la vida es importante resaltar los actuales postulados que plantean la necesidad de estudiar y evidenciar científicamente los aspectos que hacen la vida placentera y significativa para las diferentes personas (10). Al respecto Gonzáles y 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 (11), según Miller y 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 (12).

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 y Ovejero, se convierten en la posibilidad de identificar algunos de los factores protectores que acobijen está población para generar mayores niveles de resiliencia y más satisfacción vital, reforzados claramente en la interacción de estos con sus diferentes contextos, un ejemplo claro es la práctica de actividades como el deporte (13), el baile o pertenecer a grupos y asociaciones.

Así mismo, al realizar un análisis al diagnóstico emitido en gran parte por el Registro Nacional de Discapacidad (RND) permitió caracterizar los diferentes lugares donde se realizó la investigación, validadas desde instrumentos que dieran cuenta a nivel cualitativo de la resiliencia y la satisfacción con la vida, dando cuenta así mismo del recurso humano capacitado y del recurso tecnológico destinado, determinando así la viabilidad y factibilidad

en el desarrollo del proyecto.

A partir de los anteriores planteamientos la pregunta que orienta la presente investigación es: **¿Cuál es la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Quito?**

4 JUSTIFICACIÓN

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). Hasta el 12 de octubre de 2020 se registraron en Ecuador 476.360 personas con discapacidad que representa un tercio de la población ecuatoriana, y el tipo más frecuente de discapacidad es la física, ha informado el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (3).

De acuerdo a lo anterior, es indispensable realizar estudio como el presente cuya finalidad permita analizar la relación existente entre el nivel de resiliencia y satisfacción con la vida; debido a que existen pocas investigaciones realizadas en torno a describir y caracterizar el beneficio de personas con discapacidad, basados que en la ciudad de Quito se han identificado 67.222 personas con discapacidad; entre estas el 11.94% poseen discapacidad visual, 16.07% con discapacidad auditiva, 42.13% de personas presentaron discapacidad física y 7.10% con discapacidad Psicosocial en el Ecuador (4).

De esta forma, evaluar e indagar por las categorías subyacentes al planteamiento del problema – Resiliencia, calidad de vida y discapacidad –, invita a reflexionar en torno a aquellos elementos endógenos y exógenos, que pueden posibilitar dinámicas que fortalezcan la calidad de vida y las sensaciones de bienestar de la población con discapacidad. En este sentido, el trabajo desarrollado por Suria concluye 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 – políticas – para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad (12).

La pertinencia del presente trabajo radica básicamente en la necesidad de articular los tres ejes conceptuales, resiliencia, satisfacción con la vida y discapacidad los cuales al desarrollar el proyecto y a partir de sus resultados permitan a futuro enmarcar acciones en los contextos de promoción terapéutica y rehabilitación, en este mismo sentido se configura

su novedad.

5 REFERENTE TEÓRICO

A continuación, se presenta el referente teórico el cual pretende abordar inicialmente, los tópicos y categorías definidas para el desarrollo de la presente investigación, tales son: discapacidad, resiliencia, satisfacción con la vida, y, posterior a ello las relaciones existentes entre estos aspectos y categorías a partir de lo encontrado a nivel teórico.

5.1 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. De esta manera hace hincapié en aquellos aspectos negativos existentes en la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (2).

Así, el Informe Mundial de Discapacidad, señala que 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 generando un panorama en torno a la discapacidad como 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).

Por ende, las personas con discapacidad se ven inmersas en dinámicas que a nivel empírico dejan en evidencia resultados no tan alentadores a nivel sanitario, académico, y de manera consecuente en indicadores bajos de participación, pero de manera dicotómica en el campo económica describe los mayores índices de pobreza en relación a las personas que no tienen alguna discapacidad (2). Lo anterior, es resultado de las barreras que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios, en especial de salud, educación, trabajo, transporte o información. Esas dificultades se agudizan en las comunidades menos privilegiadas (2).

De esta manera, la discapacidad se presenta como una manifestación social, multidisciplinar, la cual 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 (18).

De este modo, la discapacidad se presenta como un problema de salud pública. Cuando se realizan evaluaciones globales sobre la carga de enfermedad, más de la mitad de la carga de mortalidad prematura se debe a la discapacidad total (19). Por tanto la realidad sobre la discapacidad en todo el mundo es el resultado de la perspectiva eco- sistémica a partir de un modelo biopsicosocial reflejado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF); la cual aporta un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello, un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social (20).

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. Por su parte, el segundo componente, la actividad; sugiere que la realización de una tarea o acción por una persona está dada por una serie de dificultades al momento de realizar dichas tareas, a éstas dinámicas se les ha conceptualizado como 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 para implicarse en las mismas constituyendo así, las restricciones en la participación. Estos tres componentes se integran bajo términos de funcionamiento, discapacidad e interacción con los factores personales y ambientales (19).

Aunando, 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 contextuales individuales (factores ambientales y personales) (21). Por el contrario, el funcionamiento indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, circunscribe funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación (20).

Por ende, los factores contextuales constituyen, conjuntamente el entorno completo de la vida de una persona y está compuesto de: factores ambientales y factores personales. El primero de ellos, se refiere 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. Por su parte, los 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 (22). 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” (23). De igual forma, es importante destacar como para el presente trabajo la base conceptual estará apoyada en la definición de discapacidad desarrollada por la CIF.

Además, la CIF, integra los modelos biomédicos y sociales de la discapacidad y asume el modelo biopsicosocial como marco conceptual. Igualmente, recoge factores ambientales y personales en su modelo, permite construir como éstos pueden ser un elemento clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos y las poblaciones, y como se puede adoptar cambios y medidas sociales que pueden reducir su impacto cuando este es negativo (23).

De manera análoga, 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 físicos, psicológicos y sociales desde una visión universal de la discapacidad; es decir, busca clasificar y medir la discapacidad y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y caracterizar la discapacidad (20); este modelo se basa en analizar la interacción de una persona con discapacidad con su medio ambiente. No obstante, es necesario aclarar que el funcionamiento de un sujeto se da por la interacción compleja existente 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 (24).

En este sentido desde el modelo biopsicosocial, el actor principal es la persona con discapacidad, su familia y la comunidad, esto permite diseñar y ejecutar estrategias o acciones que, a mediano y largo plazo integren la dimensión individual, familiar, comunitario y social, con el campo no solo físico sino también personal y espiritual. Del mismo modo, 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 teórico - empírico que permita atender las necesidades, expectativas, entre otros, de las personas con discapacidad (24). Es de vital importancia aclarar que la CIF no es solo aplicable a discapacidad, por el contrario, asume a las personas como sujetos de derechos desde un marco civil; así, dicha condición se asocia a cualquier persona que presente un estado determinado de salud, de este modo La CIF propone comprender la condición desde dos categorías y dos variables por cada una de estas:

- Funcionamiento y Discapacidad
- Funciones y Estructuras Corporales.
- Actividades y Participación.
- Factores Contextuales.
- Factores Ambientales.
- Factores Personales.

Tabla 2.- Visión de conjunto de la CIF

Componentes	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividad 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 la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos). Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	<i>Capacidad.</i> Realización de tareas en un entorno uniforme. <i>Desempeño/realización.</i> 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	Actividades y Participación	Facilitadores	No aplica
FUNCIONAMIENTO				
Aspecto negativo	Deficiencia	Limitación en la Actividad. Restricción en la Participación	Barreras/obstáculos	No aplica
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 dos (2), 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**. En ese orden, el constructo básico de los factores ambientales está formado por un efecto posibilitador o de obstrucción que son característicos del contexto físico, social y actitudinal (20). Así mismo, al interior de las dinámicas existentes entre funcionamiento y discapacidad, las funciones corporales hacen referencia a aquellas ligadas a los órganos de los sentidos como las visuales por ejemplo y las que están vinculadas a ojos.

De igual manera, 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 (20).

Por otra parte, 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. Es así, que se entiende el desempeño como 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 (20).

A su vez, los factores contextuales son los componentes de la vida de la persona y su estilo de vida, dentro de los que se encuentran factores ambientales y personales de vital

importancia en todos los aspectos relacionados con la salud. Asimismo, existe una amplia gama de factores personales en los que se incluyen el género, raza, edad, estilos de vida, hábitos, educación entre otros (20). No obstante, la CIF aduce que: “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”; por ende, los factores contextuales juegan un papel importante en cuanto a la discapacidad, ya que existe una constante interacción entre cada componente y cada dominio mencionado, evidenciado en los efectos que produce está en los sujetos que se encuentran inmersos, facilitando o restringiendo el desarrollo del individuo (21).

Por último, el análisis anterior permite plantear que la discapacidad es una condición que afecta a la persona que la vive, cuyos efectos son materializados en su entorno familiar y social, dado que puede llegar a limitar su capacidad para trabajar y vivir de forma independiente (25).

5.2 RESILIENCIA

Como segunda categoría teórica, la resiliencia converge y se articula en una serie de teorías o conceptos abordados según la disciplina la cual la estudia; ya que, su concepto frecuentemente es utilizado en la mecánica y la metalurgia, y es recientemente adaptada en los estudios desarrollados en las ciencias humanas (26). La resiliencia puede referirse a esa habilidad que tiene una sustancia u objeto de resistir a un golpe y volver a su forma original (26). En los estudios de las ciencias humanas, 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 (26).

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 (26). 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” (27).

A saber, los primeros estudios con respecto al tema se centraron 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; concluyendo así, que la resiliencia es responsable de: a) recuperarse de un trauma., b) hacerle frente a una situación estresante, y, además emerge de unas características que contribuyen al éxito de los niños que han crecido en circunstancias desventajosas (28,29). 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 (30).

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 (28). 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 (29).

De igual manera, un aspecto fundamental en la resiliencia es su característica dinámica; a groso modo, una persona puede ser resistente en algunas circunstancias y no puede serlo en otras (31). 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 (32,33). Dicha propuesta pone en escena la necesidad de generar un acompañamiento inteligente y afectuoso de los adultos, que, por ejemplo, favorecen la construcción y reconstrucción de las metas de desarrollo de los niños y niñas y de manera consecuente fomentar sus tejidos resilientes (34).

Así mismo, identificar los diferentes ámbitos que constituyen la resiliencia en torno a la cotidianidad que experimentan estos actores sociales en función de su vida en comunidad, permiten comprender aquellos factores endógenos y exógenos, que condicionan la forma como estos asumen sus propios retos, desafíos, expectativas e intereses; por ejemplo, en las personas con discapacidad física o motora se pueden identificar varios factores con los que de una u otra forma se mide 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 (35). Este se realizó mediante instrumentos de recolección de información sociodemográfica, denominada “la escala de resiliencia” (36, 37). El

instrumento tiene en cuenta factores como: el de la capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, adaptación o flexibilidad y 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 otro tipo de discapacidad, presentando una baja puntuación en sus niveles de resiliencia, por tanto contribuyen al conocimiento de esta capacidad y podrían resultar relevantes para el diseño y aplicación de programas de entrenamiento en habilidades sociales dirigida a personas que viven bajo la condición de discapacidad motora (35).

De esta forma, se determina la importancia de propiciar escenarios que fortalezcan 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; es decir, 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 (35).

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 (38). Lo mencionado anteriormente sugiere que el concepto dado a la discapacidad por la sociedad está relacionado directamente con el proceso de adaptación establecido por los diferentes actores sociales desde sus condiciones específicas, o, en otras palabras, por su nivel resiliencia. Así, las discapacidades que se ven más afectadas por estos elementos determinantes son la discapacidad auditiva y cognitiva y en menor porcentaje la visual y la motora, así, los jóvenes con menor resiliencia tendrán más inconvenientes con sus relaciones interpersonales (38).

Por otro lado, el contexto familiar asume un rol importante en la generación de capacidades

adaptativas que favorezcan la resiliencia; teniendo en cuenta que es en esta dimensión donde las personas con alguna condición de discapacidad se forman y se presentan de manera frecuente las relaciones interpersonales, así, 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, buscando así, la adaptación a las necesidades especiales del hijo o hija que presenta dicha condición (39).

En otras palabras, tener un hijo o hija con discapacidad involucra experimentar diversas situaciones que generan confusión, a donde se manifiestan sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad. Por lo 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, los padres que no creen en su adecuada capacidad para regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos tienden a propiciar niveles bajos de resiliencia (39). De esta manera, y, por los anteriores aportes realizados, las primeras relaciones interpersonales a las que se enfrentan 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, que permite resistir y sobreponerse a las personas o grupos en situaciones extremas por las cuales se encuentra transitando, y de esa manera proyectarse hacia el futuro. Para algunos autores se denomina como (40) “capacidad cognitiva y socioemocional de la persona o grupo para reconocer, enfrentar y transformar constructivamente situaciones de sufrimiento o daño que afectan el desarrollo”. De modo que, sí, en la cotidianidad del ser humano se generan esos mecanismos desde ciertas capacidades para enfrentarse a diferentes adversidades que podrán superar, siempre y cuando, se nutra la resiliencia desde la confianza en sí mismo, exista un acompañamiento de su núcleo familiar y el contexto social (40).

Por otro lado, ante el interrogante de ¿Cómo se puede estimular esta capacidad, para formar seres humanos fuertes y que los problemas externos no afecten sus vidas?, la respuesta debe direccionarse hacia el proceso de formación, acompañamiento y adaptación que

experimentan las familias (41); entonces, las familias son consideradas como aquel ambiente que permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras personas sus valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para un pleno desarrollo del sujeto en la sociedad.

Profundizando en lo anterior, la familia 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 que se adaptan de manera adecuada a la sociedad. 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 sentir, entender al sujeto desde todas las perspectivas, evitar juzgarlos o discriminarlos por algo inusual, brindarle confianza en todas sus decisiones, propician vivenciar la benevolencia o nocividad de sus aprendizajes generados por estas experiencias. Aunando, 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, minimizando la comparación con otros chicos (as), les generará pensamientos positivos hacia él y brindará las herramientas necesarias que les permita manejar situaciones frustrantes (41).

Adicionalmente, durante la niñez, los padres de familia por medio de su educación (42) 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. De esta forma, dicha educación, debe 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 (42).

A sí mismo, hablar de educación lleva a pensar en los diferentes procesos formativos que

atraviesa el ser humano a lo largo de la vida (43), lo anterior sugiere otro aspecto fundamental en dicha transformación cultural, educar es proveer conocimientos, valores, espíritu, que permitan el desarrollo de un ser íntegro y crítico que más adelante le permitirá a los sujetos adaptarse de manera sana a su contexto, es allí, donde se van a generar nuevas responsabilidades, disciplina, trabajo en equipo, que poco a poco le permitirán su maduración (43)

Otro elemento fundamental para comprender el desarrollo de seres resilientes es la sociedad (44); 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; el cual por ejemplo se ve materializado en 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, propiciando frustración, rechazo y depresión. A groso modo, son sujetos que no tienen un rumbo fijo de sus vidas, al presentarse un obstáculo no dudarán en huir y dejar todo a la suerte (44).

Con respecto a las personas que se encuentran en condición de discapacidad, se puede afirmar que estas son propensas a vivenciar una baja autoestima (45). El auto concepto o autoimagen es la representación que cada persona tiene de uno/a misma, en otras palabras, de las creencias que la persona tiene sobre sus propias características psicológicas, físicas, afectivas, sociales e intelectuales. A su vez, 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 el núcleo familiar, a este tipo de población; estos dos factores relacionados fomentan una carencia en bases sólidas que les permita enfrentar los diferentes retos de la vida, ya que, desde un principio se les ha inculcado la dependencia (45).

Adicionalmente, existen pocas oportunidades para estos sujetos; el contexto social se encarga de estigmatizarlos, definirlos y colocarlos en unas dinámicas de inutilidad, eliminando cualquier posibilidad y acción inclusiva. Entonces, es necesario, reafirmar la idea que esta población puede 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 desde la generación de empleo, implementación de programas de diversidad en las instituciones educativas y las adaptaciones en cada de una de sus infraestructuras (45).

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

5.3 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 (46). 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 los sujetos 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 (47- 50).

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 (50). 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 (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 (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, este 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 (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 (54).

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 la misma; 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 (55), 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 auto concepto 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 (56). 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 (57).

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 (58-60).

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 (61).

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 percepción de satisfacción con la vida (62). 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 (12, 62-64).

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.

5.4 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 (12), 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. Para contextualizar lo anterior, en un estudio cuya finalizada era analizar el bienestar subjetivo y la resiliencia en personas con discapacidad, se 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

del concepto de 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 (12).

Aunando, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (64), menciona la importancia de generar mecanismos de participación e inclusión plena, efectiva y de igualdad de condiciones a nivel social, desde la educación y la generación de oportunidades de empleo, dirigidas a personas con discapacidad, manteniendo así accesibilidad en estas personas a nivel de capacidad física, mental, social y vocacional.

Por otro lado, un estudio realizado en Chile buscó comparar personas con discapacidad motora y personas sin discapacidad, siendo la variable la 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 (66).

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, como la expresión de opiniones en situaciones sociales, defensa de los propios derechos, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hace peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, entre otros. 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 elementos significantes sólidos en la vida del sujeto (66).

En ese orden, 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; 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 (67).

Igualmente, un estudio sobre la relación entre auto concepto 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 definidas por la sociedad que 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(68).

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 (69). Los resultados evidenciaron que la categoría de discapacidad visual no determina una mejor calidad de vida (69).

Entonces, 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 motiva 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 (69).

Por su parte, 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 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 (70).

De igual forma un estudio determino 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 desarrolló 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 Rosenberg, con un total de 100 participantes.

En los resultados del estudio descrito anteriormente se encontraron dinámicas propias de la forma 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 (71).

De este modo, 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 necesario y prioritario fomentar 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 de manera asertiva a diversas dificultades. En conclusión, la autoestima de las personas con discapacidad física se ve mermada por la baja percepción de control independiente (72).

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 (73), lo anterior deja en evidencia 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, en otras palabras, 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 auto-informe 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) (37).

5.5 CONTEXTUALIZACIÓN

Ecuador o República de Ecuador es un país ubicado en la parte noroeste de América del Sur, limita al norte con Colombia, al sur y este con Perú y al oeste con el océano Pacífico. Se divide en 24 provincias y su capital es Quito, aunque la ciudad más poblada es

Guayaquil. Ecuador tiene una extensión total de 283.561 km² y dentro de sus territorios fuera del continente se encuentran las islas Galápagos, ubicadas a más de mil km de la costa pacífica (74).

Su extensión convierte a Ecuador en el cuarto país más pequeño del continente. No obstante, cuenta con 16 millones de habitantes, lo que lo ubica en el primer lugar de América del Sur en cuanto a la cantidad de habitantes en relación a la extensión de su territorio. Este es el primer país del mundo en obtener derechos de la naturaleza, que hoy están garantizados en la Constitución Nacional de Ecuador. En consecuencia, el 20% del país es una reserva ecológica (74).

Quito tiene una importancia geopolítica estratégica para el Ecuador. Cuenta con 2'239.191 habitantes (75) y ocupa una superficie de 4.235,2 km²; alberga al 15,5% de la población nacional; y es el territorio donde se encuentra la capital político-administrativa del país. Su área de influencia y representación es de alcance nacional y, además, su legado físico es Patrimonio Cultural de la Humanidad desde 1978 (76).

El Distrito Metropolitano de Quito ocupa el territorio del antiguo Cantón Quito que, en 1993, fue reconocido por el Estado como Territorio Especial (Distrito Metropolitano) por su particular condición demográfica y política. Desde entonces su administración asumió nuevas competencias y, para una mejor gestión, dividió el territorio en ocho administraciones zonales, que contienen a 65 parroquias, de las cuales 32 son urbanas y 33 rurales (76).

5.5.1 Discapacidad En El Ecuador

Realizar un análisis contextual de la discapacidad en Ecuador, invita a comprender los esfuerzos realizados por los entes gubernamentales para mejorar la calidad de vida de esta población desde la interacción de estos con sus contextos inmediatos. Un primer momento de acercamiento, trae colación la responsabilidad propia de entidades como CONADIS, que, tras la constituyente del 2008, la Ley Orgánica de Discapacidad (25 de septiembre de 2012) y la Ley Orgánica de los Consejos para la Igualdad (7 de julio de 2014), asumieron

un papel fundamental en el desarrollo investigativo en torno a la discapacidad, para así resignificar los derechos de la población que presenta algún tipo de condición de discapacidad (77).

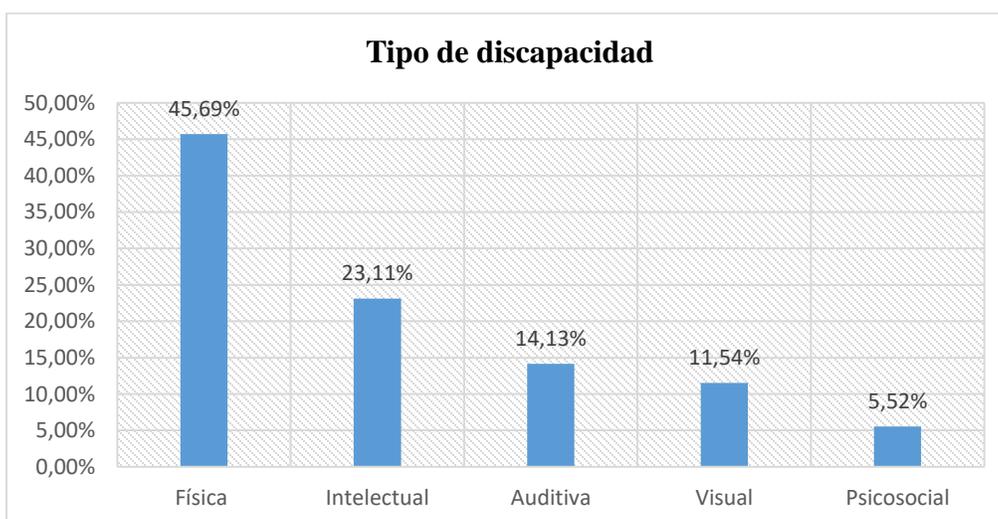
En torno a los artículos 47 y 48 de la Constitución ecuatoriana, se establecieron estrategias que permitieran diseñar y ejecutar políticas públicas que garanticen a groso modo satisfacer una serie de necesidades, enmarcadas jurídicamente a grandes rasgos en los siguientes derechos: i) Atención prioritaria y especializada gratuita por parte de las instancias públicas y privadas de salud, en el suministro de medicamentos y en procesos de rehabilitación, de manera interdisciplinaria; ii) Promover la accesibilidad y asequibilidad en procesos de formación educativa, que tengan cuenta la situación real a nivel económica, cultural y social de las personas en condición de discapacidad; iii) Generación de oportunidades laborales que potencien las diversas capacidades, habilidades y competencias en este sector poblacional; iv) Extensiones tributarias a todo nivel, y v) Generación de oportunidades y estrategias que permitan el acceso a las personas en condición de discapacidad a vivienda, potenciando la comunicación incluyente. Podría afirmarse entonces, que dicha visión definida en la política pública, es en gran medida la construcción de un proceso resiliente en promover satisfactores de vida en la población con discapacidad ecuatoriana.

Por otro lado, la construcción de la política pública – como todo proceso de andamiaje público – promovió la participación de los principales actores: **las personas en condición de discapacidad** -, obteniendo de manera paralela una serie de insumos cuantitativos y cualitativos que permitieran comprender los fenómenos que giran en torno a esta población, logrando tener una visión objetiva de las necesidades, expectativas, entre otros.

La descripción de los resultados es variada, y se hace necesaria para el desarrollo de la presente investigación, por lo que permite comprender la incidencia que tienen las estrategias propuestas desde el modelo de desarrollo ejecutado para este sector poblacional. Para septiembre del 2021, según el Registro Nacional de Discapacidad, Ecuador tiene un total de 470.820 personas con discapacidad, equivalente a un 2,8% del total de la población ecuatoriana, siendo Pichincha la segunda provincia del Ecuador con mayor cantidad de

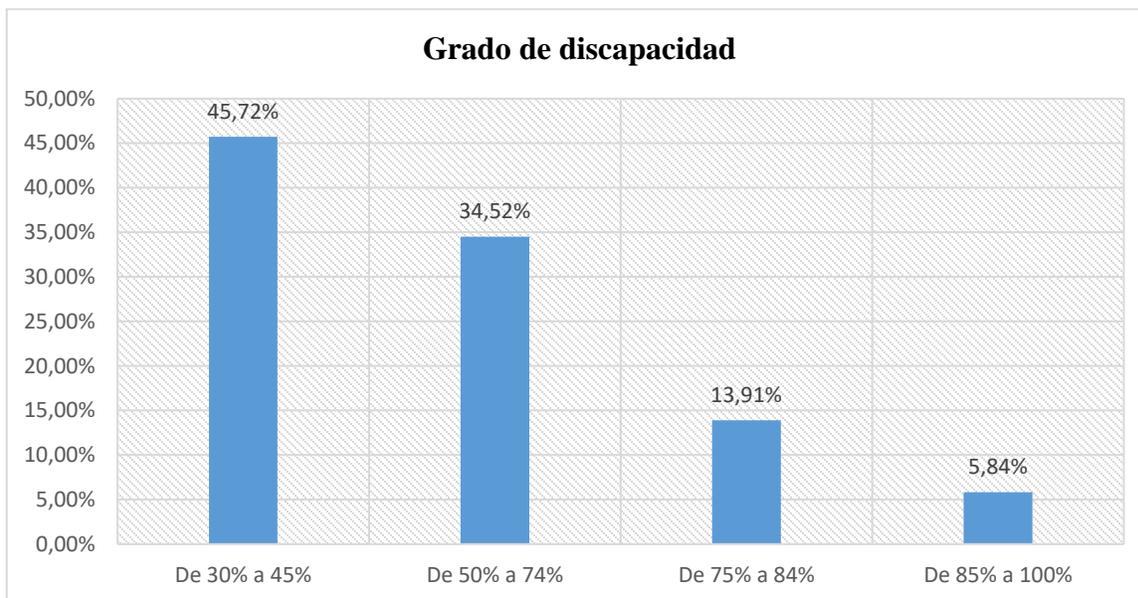
personas con discapacidad, con un total de 76.298 (4). De igual manera, se evidencia en la que el mayor tipo de discapacidad existente a septiembre del 2021 en la población ecuatoriana es la física y la intelectual correspondiente a un 69% aproximadamente del total de números de registros (figura 1). A su vez, el grado porcentual de discapacidad se ubica entre un 30 a 74%, representado un 79% aproximadamente de la muestra total (figura 3). Por último y un dato de interés en el desarrollo de la presente investigación, es que el mayor rango de edad donde se presenta algún tipo de discapacidad, está dado entre los 51 años de edad en adelante, ubicándose en el 485 total de la muestra (figura 3).

Figura 1.-Tipo de discapacidad. Estadísticas de discapacidad



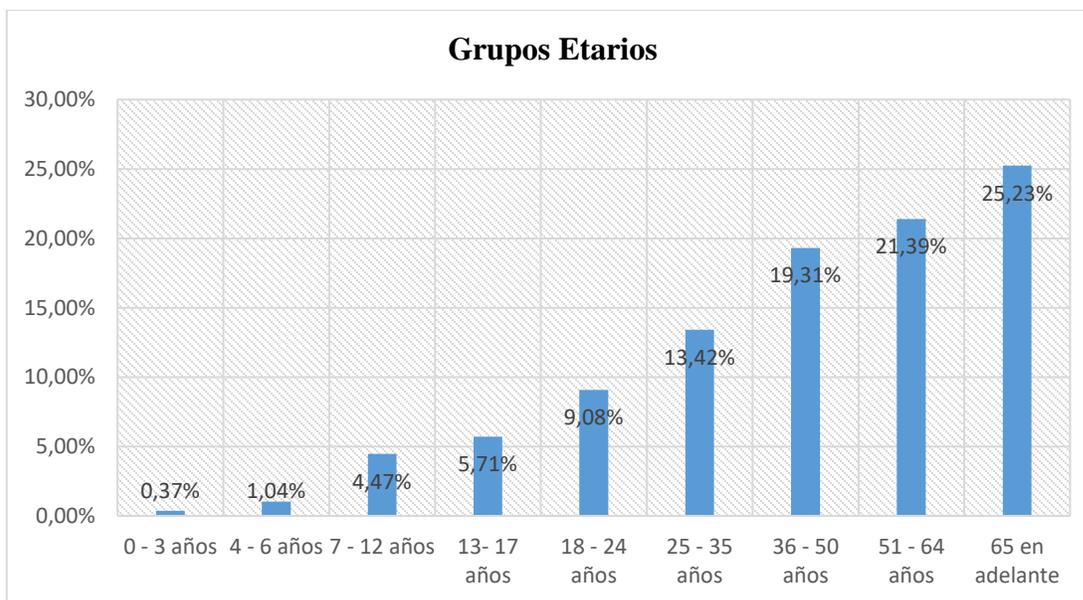
Recuperado de: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

Figura 2.-Grado de discapacidad



Recuperado de: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

Figura 3.-Grupo Etario



Recuperado de: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

Por lo citado anteriormente en donde se expone una alta incidencia de personas con

discapacidad y dando cumplimiento al reglamento legal, los organismos gubernamentales tales como el Ministerio de Inclusión económica y social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de relaciones laborales, Ministerio de educación, etc., presentan programas destinados a trabajar por y para las personas con discapacidad empleando estrategias enfocadas en mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable, cuyo resultado ha sido la formulación de políticas cuya principal característica es ser poca continúa y sostenible en el transcurso del tiempo.

Con respecto a la situación del Distrito Municipal de Quito, cabe enunciar las siguientes generalidades: Según el CONADIS, hasta julio del 2016 de las 2`239.191, censadas, 55.455 personas presentaban alguna condición de discapacidad, a esa fecha el 66% de los censado con alguna condición de discapacidad se reconocían étnicamente como blancos, la segunda y tercera muestra más significativa se reconocían como afro ecuatorianos e indígenas, ubicándose cada una de estas en un 11%. De manera contraria a las generalidades expuestas en todo el territorio del Ecuador, expuestas anteriormente, los principales grupos intergeneracionales que presentan alguna condición de discapacidad son los adultos entre 30 – 64 años representando un 44% total de la muestra, seguido de manera secuencial por los jóvenes entre 18 – 29 años con un 20% y los niños de 0 a 11 años con un 17% de los adultos mayores a 64 años, su muestra es del 7%, constituyendo así una de los, más pequeños grupos etarios de manera particular en la ciudad de Quito. Para finalizar, la mayoría de los estudios realizados en el ámbito de la resiliencia y satisfacción con la vida en personas con discapacidad se han ejecutado por separado y en diferentes provincias del Ecuador, sin haber realizado uno en la ciudad de Quito.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

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

6.2 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 y los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad.

7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ya definido conceptualmente el fenómeno a abordar se procedió a categorizar una serie de variables, estas son relacionadas en la tabla 3.

Tabla 3. 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 Socio-económico.	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 socialmente, como la salud	Cualitativa	Nominal	Contributivo	1
				Subsidiado	2
				Pobre no asegurado	3
				Régimen especial	

Nivel máximo de escolaridad	Grado máximo de escolaridad	Cualitativa	Nominal	Ninguna* Primaria	1
				Secundaria	2
				Técnica/tecnológica	3
				Universitario	4
				Posgrado	5
					6
Se encuentra laborando	Actualmente está laborando	Cualitativa	Nominal	Si No*	1
					2
Se encuentra estudiando	Actualmente está estudiando	Cualitativa	Nominal	Si No*	1
					2
Tipo de actividad laboral	Definición de la actividad que realiza	Cualitativa	Nominal	Nombre de la actividad que realiza	Dato
Tipo de contrato	¿Cómo es la vinculación al trabajo?	Cualitativa	Nominal	A termino fijo	1
				A término indefinido Sin contrato	2
					3
				otro	4
Condición de salud	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Trauma	1
				Enfermedad Lesión	2
				Disfunción	3
					4
Origen de discapacidad por condición de salud	La discapacidad se originó de condición de salud reportada	Cualitativa	Nominal	Si No*	1
					2
Categoría de discapacidad	Clasificación de la discapacidad que tiene	Cualitativa	Nominal	Si No*	1
				Física Visual Auditiva Psicosocial	0
				Sordo-ceguera	
	Cuando planeo algo lo realizo	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	
Resiliencia	Generalmente me las arreglo de una manera u otra	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	
	Dependo más de mí mismo que de otras personas	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente.	1-2-3-4 -5-6-7
				Mucho desacuerdo.	
Resiliencia				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 cosas en mi vida	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	
Usualmente veo las cosas a largo plazo	Cualitativa	Ordinal		1-2-3-4 -5-6-7

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	

Resiliencia	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	
	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	

Resiliencia	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		
		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	Cualitativo	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	Cualitativo	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	

Resiliencia	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salud	Cualitativo	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 la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	Cualitativo	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	Cualitativo	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	

Resiliencia

Satisfacción con la vida	En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal.	Cualitativo	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		
	Las condiciones de mi vida son excelentes	Cualitativo	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		
	Estoy satisfecho con mi vida	Cualitativo	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		

Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	Cualitativo	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	
Si tuviera que vivir mi vida de nuevo no cambiaría casi nada	Cualitativo	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	

Fuente y elaboración propia.

8 METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal correlacional.

8.2 MUESTRA

En la provincia de Pichincha, cantón Quito existen 67.222 personas con discapacidad, de las cuales 42.711 son personas adultas, con edad entre 18 y 65 años, inscritas en el Registro Nacional De Discapacidades (4). 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, 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 fue de 125 personas por ciudad de estudio, también expuestos en la tabla 4.

Tabla 4. Estimadores estadísticos para la correlación a partir del test bilateral

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

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 pérdida 10% (n')	125

8.3 CRITERIO DE INCLUSIÓN

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

8.4 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

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

8.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS

La técnica utilizada fue la encuesta, se administró por el investigador responsable en cada ciudad, y se utilizaron tres cuestionarios así:

- ✓ **Cuestionario sociodemográfico;** fue construido y diseñado de manera ad hoc. 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 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 2003), 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 (78).

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. Los valores mayores de 147 indicarían una alta capacidad de resiliencia; entre 121-146, resiliencia moderada; y valores menores a 121, escasa resiliencia (37).

Adicionalmente, se eligió este cuestionario siguiendo varios criterios, entre estos: su fácil aplicación, ya que, esta validado para población joven y adulta, 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 desde cinco ítems. En su versión en español, estudios recientes 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 (79). Los análisis psicométricos en muestras representativas españolas revelan una estructura unifactorial, así como una consistencia interna de 0.88 (80).

8.6 PROCEDIMIENTO

- Se solicitó al Registro Nacional de Discapacidades de la ciudad de Quito; esto posibilitó obtener el listado de aquellas personas con alguna condición de

discapacidad, edad entre 18 y 65 años, sin discapacidad cognitiva.

- Los estudiantes investigadores fueron capacitados en el manejo y aplicación de los instrumentos a utilizar.
- Una vez se obtuvo el listado, fueron seleccionados los participantes de manera aleatoria.
- Se identificó cada participante y se expuso a estos el objetivo del estudio; en primer lugar, se diligenció el consentimiento informado, posteriormente se aplicaron los instrumentos seleccionados. El procedimiento se realizó de manera virtual a través de llamadas telefónicas, uso de WhatsApp y envió de formularios Google, debido a la situación coyuntural que experimentaba el mundo; la declaración del Estado de Emergencia buscaba minimizar el impacto y contagio del virus COVID – 19, la cual restringía la movilidad, la socialización, promoviendo el aislamiento desde la estadía obligatoria en los hogares.
- Para el caso de las personas seleccionadas que no aceptaron participar en el estudio; el reemplazo se realizó por la siguiente persona existente en la lista y así sucesivamente.
- Para registrar la información se elaboró una base de datos que permitiera relacionar las variables de estudio, de manera empírica.
- Una vez que se contó con los resultados se elaboró el informe final y se socializaron los mismos.

8.7 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 uni-variados y bi-variados 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. Así mismo, al determinar la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes del análisis bi-variado posibilitó la realización de pruebas estadísticas establecidas según las características propias de las variables asumiendo una significancia estadística de un valor

de $p < 0,05$ y para ello se realizaron asociaciones usando la prueba de Chi cuadrado y como medida de asociación Tau c de Kendall.

8.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 08430 de 1993 (81) y lo establecido en el artículo 11, la presente investigación es considerada de riesgo mínimo, que se trabajará con personas con discapacidad (ver figura), es importante aclarar que en el consentimiento informado se obtendrá además de la firma y huella del participante la firma de un testigo que avale el procedimiento llevado a cabo (ver anexo 1). Se tuvieron en cuenta los parámetros de la resolución de Helsinki para investigaciones en humanos (82). Es de anotar que este proyecto fue avalado por el comité de bioética de la Universidad Autónoma de Manizales.

9 RESULTADOS

Como se presenta en la tabla 5, las características sociodemográficas de la muestra de personas con discapacidad en la ciudad de Quito en mayor porcentaje fueron hombres en edades entre 58-65 años, de estrato socioeconómico 3 y 4, que pertenecían al sistema de seguridad social contributivo, con un nivel máximo de escolaridad en secundaria y pregrado, se encontraban laborando a término indefinido y no estaban estudiando.

Un 22,4% fue población adulta - joven, edad entre los 28 y 37 años de edad. El estrato medio bajo y medio alto, fue uno de los sectores que presentó mayor índice de población con discapacidad. Así mismo, el 39% de la población con alguna condición de discapacidad es pobre y no contaban con un plan de seguridad social (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la muestra según variables sociodemográficas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	65	52,0
Femenino	60	48,0
Edad		
18 a 27 años	21	16,8
28 a 37 años	28	22,4
38 a 47 años	24	19,2
48 a 57 años	15	12,0
58 a 65 años	37	29,6
Estrato socio – económico		
1	8	6,4
2	19	15,2
3	45	36,0
4	47	37,6
5	3	2,4
6	3	2,4
Afiliación al Sistema de Seguridad Social		
Contributivo	79	63,2
Subsidiado	12	9,6
Pobre no asegurado	34	27,2
Nivel máximo de escolaridad alcanzada		
Primaria	16	12,8
Secundaria	41	32,8
Técnico – tecnología	19	15,2
Pregrado	38	30,4
Posgrado	5	4,0
Ninguno	6	4,8
Actualmente se encuentra laborando		
SI	68	54,4
No	57	45,6
¿Qué tipo de contrato tiene?		

Término Fijo	22	17,6
Término Indefinido	36	28,8
Sin Contrato	57	45,6
Otro	10	8,0
Otro tipo de contrato		
Artesano	1	0,8
Dueño	2	1,6
Independiente	3	2,4
Ocasional	1	0,8
Prestación de Servicios	2	1,6
Propio Jefe	1	0,8
Actualmente se encuentra estudiando		
Si	25	20,0
No	100	80,0

Fuente y elaboración propia.

Según la condición de salud el mayor porcentaje fue, la enfermedad como diagnóstico principal y origen de la discapacidad, también se encontró que en mayor porcentaje los participantes del estudio se auto reconocen con discapacidad física por causa adquirida, además que dentro de todo la percepción de salud actual la consideran entre regular y buena en mayor parte, que el tiempo con discapacidad de los participantes está entre 1-10 años en su gran mayoría y que las ayudas externas más utilizadas son el apoyo para deambular y silla de ruedas. Además, existe un gran porcentaje que practican deporte, y actividades como cerámica y baile tuvieron un bajo nivel de participación (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de la muestra según la condición de salud

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico Principal		
Disfunción	8	6,4
Enfermedad	46	36,8
Lesión	37	29,6
Trauma	34	27,2
Diagnóstico 2		
Amputación traumática	1	0,8
Diabetes	1	0,8
Hipotiroidismo	1	0,8
Laringitis	1	0,8
Osteo – artrosis de rodilla	1	0,8
Problemas de corazón	1	0,8
Origen de la discapacidad por enfermedad		
Si	100	80,0
No	25	20,0
Se auto reconoce discapacidad física		
Si	80	64,0
No	45	36,0
Se auto reconoce discapacidad visual		

Si	16	12,8
No	109	87,2
Se auto reconoce discapacidad auditiva		
Si	20	16,0
No	105	84,0
Se auto reconoce discapacidad intelectual		
Si	3	2,4
No	122	97,6
Se auto reconoce discapacidad psicosocial		
Si	1	0,8
No	124	99,2
Se auto reconoce discapacidad múltiple		
Si	4	3,2
No	121	96,8
Se auto reconoce discapacidad sistémica		
Si	1	0,8
No	124	99,2
Causa de la discapacidad		
Adquirida	100	80,0
Congénita	25	20,0
Percepción de salud actual		
Buena	57	45,6
Regular	62	49,6
Mala	6	4,8
Tiempo de la discapacidad		
1 a 10 años	60	48,0
11 a 20 años	24	19,2
21 a 30 años	24	19,2
31 a 40 años	10	8,0
41 a 50 años	3	2,4
51 a 63 años	4	3,2
Ayudas externas		
Si	76	60,8
No	49	39,2
Tipos de ayudas		
Apoyo para deambular	27	21,6
Audífono	8	6,4
Férula	22	1,6
Gafas	6	4,8
Prótesis	6	4,8
Sillas de ruedas	27	21,6
Participación en programas deportivos		
Si	87	69,6
No	38	30,4
Participa en actividad física		
Si	55	44,0
No	70	56,0
Participa en ejercicio físico		
Si	29	23,2
No	96	76,8
Participa en programas artísticos y culturales		
Si	66	52,8
No	59	47,2
Participa en Lectura		
Si	49	39,2
No	76	60,8
Participa en Cerámica		

Si	4	3,2
No	121	96,8
Participa en baile		
Si	20	16,0
No	105	84,0
Participa en teatro		
Si	0	0
No	125	100
Participa en arte		
Si	5	4,0
No	120	96,0

Fuente y elaboración propia

Con respecto, al nivel de resiliencia (tabla 7), se pudo observar que entre los participantes del estudio la mayoría estuvieron “totalmente de acuerdo” en las preguntas “Cuando planeo algo lo realizo”, “Generalmente me las arreglo de una manera u otra”, “Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas”, “Puedo estar solo si tengo que hacerlo”, “Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida”, “Usualmente veo las cosas a largo plazo”, “soy amigo de mí mismo”, “Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo”, “Soy decidido”, “Tomo las cosas una por una”, “Puedo afrontar las dificultades porque las he experimentado”, “Tengo autodisciplina”, “Me mantengo interesado en las cosas”, “Por lo general encuentro algo de que reírme”, “El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos”, “En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar”, “Mi vida tiene significado”, “No me lamento de las cosas por la que no puedo hacer nada”, “Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer”, “Acepto que hay personas a las que yo no les agrado. Se evidencia un alto nivel de resiliencia, debido a la significancia que le dan estos actores sociales a sus vidas y su transitar en los diferentes contextos.

Por otro lado, los participantes respondieron estar “de acuerdo” a las preguntas “Generalmente puedo ver una situación de varias maneras y Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera”; dichos hallazgos, describen a groso modo la forma como las personas en condición de discapacidad abordan ciertas dinámicas de interacción cultural y social en contextos específicos esforzándose, por un lado en lograr de procesos de adaptación óptimos, que no solo beneficien al resto de la población, sino que a nivel general les pueda generar beneficios. Por último, la mayoría estuvieron “ligeramente de acuerdo” con la pregunta “Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo”, ello a invita

a generar un tipo de sensibilización, que les permita no solo salir de las zonas de confort, sino nutrir las experiencias desde aspectos significativos.

Así mismo, la mayoría de las preguntas con el nivel más alto de resiliencia, las respuestas con más alto porcentaje en el último ítem indican que la muestra se siente orgullosa de haber logrado cosas en la vida, generado desde elemento como la autoconfianza. Mientras que se encontraron con un porcentaje respuestas que giran en torno a las dinámicas de hacer cosas que no quieren, a pesar de no generar procesos de reflexión que permitan identificar la finalidad de dichas acciones o tareas. A la pregunta “No me lamento de las cosas por la que no puedo hacer nada” tuvo el porcentaje más alto en la calificación más baja, que desde una mirada objetiva concentra un moderado y adecuado nivel de resiliencia entre la muestra seleccionada para desarrollar el presente estudio, valuando el nivel de frecuencia de las respuestas emitidas, y traducida en un margen porcentual (tabla 7).

Tabla 7. Niveles de resiliencia

Variable	Nivel de resiliencia en los participantes del estudio													
	1		2		3		4		5		6		7	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
Cuando planeo algo lo realizo	5	4,0	0	0	11	8,8	11	8,8	19	15,2	28	22,4	51	40,8
Generalmente me las arreglo de una manera u otra	3	2,4	3	2,4	4	3,2	12	9,6	18	14,4	38	30,4	47	37,6
Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas	4	3,2	2	1,6	6	4,8	6	4,8	24	19,2	31	24,8	52	41,6
Puedo estar solo si tengo que hacerlo	7	5,6	2	1,6	3	2,4	12	9,6	14	11,2	31	24,8	56	44,8
Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	3	2,4	2	1,6	0	0	8	6,4	20	16,0	21	16,8	65	52,0
Usualmente veo las cosas a largo plazo	6	4,8	3	2,4	9	7,2	12	9,6	29	23,2	32	25,6	34	27,2
Soy amigo de mi mismo	4	3,2	2	1,6	6	4,8	7	5,6	13	10,4	28	22,4	65	52,0

Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	8	6,4	5	4,0	12	9,6	11	8,8	26	20,8	27	21,6	36	28,8
Soy decidido	3	2,4	3	2,4	5	4,0	14	11,2	20	16,0	31	24,8	49	39,2
Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	7	5,6	8	6,4	8	6,4	16	12,8	31	24,8	28	22,4	27	21,6
Tomo las cosas una por una	4	3,2	8	6,4	8	6,4	12	9,6	23	18,4	29	23,2	41	32,8
Puedo afrontar las dificultades porque las he experimentado	7	5,6	2	1,6	4	3,2	11	8,8	19	15,2	37	29,6	45	36,0
Tengo autodisciplina	3	2,4	5	4,0	6	4,8	13	10,4	17	13,6	38	30,4	43	34,4
Me mantengo interesado en las cosas	5	4,0	3	2,4	3	2,4	16	12,8	21	16,8	35	28,0	42	33,6
Por lo general encuentro algo de que reírme	4	3,2	4	3,2	4	3,2	10	8,0	39	31,2	44	35,2	44	35,2
El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	6	4,8	2	1,6	2	1,6	11	8,8	18	14,4	34	27,2	52	41,6
En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	4	3,2	2	1,6	2	1,6	12	9,6	19	15,2	25	20,0	61	48,8
Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	5	4,0	2	1,6	7	5,6	17	13,6	11	8,8	43	34,4	40	32,0
Algunas veces me obligo a hacer cosas , aunque no quiera	6	4,8	5	4,0	10	8,0	14	11,2	29	23,2	34	27,2	27	21,6
Mi vida tiene significado	5	4,0	1	0,8	5	4,0	7	5,6	18	14,4	26	20,8	63	50,4
No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer	11	8,8	5	4,0	8	6,4	11	8,8	26	20,8	28	22,4	36	28,8
Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	3	2,4	4	3,2	7	5,6	15	12,0	26	20,8	31	24,8	39	31,2
Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	8	6,4	3	2,4	5	4,0	12	9,6	10	8,0	26	20,8	61	48,8

Fuente: Elaboración propia; FR= Frecuencia; %0 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.

Con respecto a los niveles de satisfacción con la vida teniendo en cuenta la escala de valoración donde 1 es “totalmente en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Ligeramente en desacuerdo”, 4 “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 5 “Ligeramente de acuerdo”, 6 “De acuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”; se pudo observar que entre los participantes del estudio el respondieron “de acuerdo” a las preguntas presentadas en la encuesta; las cuales permiten concluir que un gran porcentaje siente que le ha dado el sentido a su vida según sus expectativas o ideales, adicionalmente de manera paralela, se evidencia que la población ha materializado cosas importantes que le dan sentido a su vida, a tal punto de afirmar que no le cambiarían nada a su existencia de ser posible reconstruir está, esto sugiere, que la muestra se encuentra satisfecha con la vida. No obstante, según la escala de Diener, la mayoría de las personas se encontraron “altamente satisfechos (muy felices)” (tabla 8)

Tabla 8. Niveles de satisfacción con la vida

Nivel de satisfacción con la vida participantes del estudio														
Variable	1		2		3		4		5		6		7	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	R		R		R		R		R		R		R	
En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal	6	4,8	6	4,8	16	12,8	13	10,4	27	21,6	31	24,8	26	20,8
Las condiciones de mi vida son excelentes	7	56	7	56	11	8,8	16	12,8	34	27,2	35	28,0	15	12,0
Estoy satisfecho con mi vida	6	4,8	5	4,0	13	10,4	14	11,2	23	18,4	39	31,2	25	20,0
Hasta ahora he conseguido o las cosas importantes que quiero en	6	4,8	8	6,4	11	8,8	12	9,6	25	20,0	33	26,4	30	24,0

mi vida															
Si															
tuviera															
que vivir	25	20,	15	12,	11	8,8	10	8,0	20	16,	25	20	19	15,	
mi vida		0		0						0				2	
de															
nuevo,															
no															
cambiarí															
a casi															
nada															

Fuente: Elaboración propia. FR= Frecuencia; %0 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.

La tabla 9 muestra como la distribución de la resiliencia en los participantes evidencia como en mayor porcentaje se tiene una alta capacidad de la resiliencia

Tabla 9. Distribución de la resiliencia final en los participantes

Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Escasa resiliencia	25	20,0
Resiliencia moderada	33	26,4
Alta capacidad de resiliencia	67	53,6
Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia

La tabla 10 muestra como en mayor porcentaje los participantes en el estudio muestran en estar altamente satisfechos y satisfechos

Tabla 10. Satisfacción con la vida final

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Satisfacción con la vida	Altamente satisfecho	42	33,6
	Satisfecho	43	34,4
	Ligeramente satisfecho	26	20,8
	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	11	8,8
	Insatisfecho	2	1,6
	Muy insatisfecho	1	,8
	Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia

La tabla 11, describe la asociación estadísticamente significativa entre resiliencia y la edad, estrato socioeconómico y escolaridad de los participantes ($p=0,01$) la fuerza de esta asociación fue débil, según el coeficiente utilizado.

Tabla 11. Resumen de la asociación entre resiliencia y variables sociodemográficas.

Variable	CHI cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
Edad	16,713	0,033	0,171
Sexo	7,450	0,24	
Afiliación	10,120	0,38	
Estado Civil	14,622	0,67	
Estrato Socioeconómico	48,045	0,000	0,358
Escolaridad	41,168	0,000	0,175
Laborando	1,637	0,441	
Tipo de Contrato	7,262	0,297	
Se encuentra estudiando	4,709	0,095	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12 se presenta la asociación estadísticamente significativa entre resiliencia, y condición de salud y fonoaudiología entre los participantes de la muestra ($p=0,01$), siendo la magnitud de la fuerza según el coeficiente tau c Kendal de moderada y débil respectivamente.

Tabla 12. Resumen de la asociación entre resiliencia y condición de salud

Variable	CHI cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
Condición de salud 1	9,111	0,167	
Condición de salud 2	15,363	0,222	
Origen de discapacidad	2,977	0,226	
Discapacidad física	5,353	0,069	
Discapacidad visual	0,801	0,670	
Discapacidad auditiva	2,129	0,345	
Discapacidad psicosocial	5,051	0,080	
Discapacidad múltiple	2,493	0,287	
Discapacidad sistémica	2,810	0,245	
Percepción de Salud	19,983	0,001	0,293
Causa de discapacidad	101,576	0,052	
Ayudas externas	2,386	0,303	
Participación en programa deportivo	4,949	0,084	
Actividad Física	0,424	0,89	
Ejercicio físico	4,080	0,130	
Deporte	0,853	0,653	
Participación en programas artísticos y culturales	3,269	0,195	
Lectura	4,214	0,122	
Cerámica	1,708	0,426	
Baile	0,497	0,780	
Arte	1,800	0,407	
Participación en programa espiritual	1,587	0,452	
Ir a misa	0,261	0,878	
Ir a centros de culto	2,365	0,307	

Participación en programa de rehabilitación	0,952	0,621	
Fisioterapia	3,254	0,197	
Fonoaudiología	7,197	0,027	0,005
Terapia Ocupacional	3,642	0,162	
Psicología	2,456	0,293	
Pertenece a asociaciones de personas con discapacidad	1,565	0,457	

Fuente y elaboración propia.

Adicionalmente la tabla 13, muestra la asociación estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida, y la edad, estrato socioeconómico y escolaridad de los participantes ($p=0,01$) y la fuerza de esta asociación es baja acorde al coeficiente Tau C de Kendall

Tabla 13. Resumen de la asociación entre satisfacción con la vida variables sociodemográficas

Variable	CHI cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
Edad	38,421	0,008	0,298
Sexo	2,439	0,786	
Afiliación	5,608	0,874	
Estado Civil	17,884	0,595	
Estrato Socioeconómico	38,512	0,041	0,226
Escolaridad	43,653	0,012	0,138
Laborando	3,703	0,593	
Tipo de Contrato	19,090	0,210	
Se encuentra estudiando	9,719	0,084	

Fuente y elaboración propia

La tabla 14, presenta asociación estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida, y condición de salud de los participantes ($p=0,002$). Siendo la fuerza de esta asociación débil según el coeficiente utilizado.

Tabla 14. Resumen de la asociación entre satisfacción con la vida y condición de salud

Variable	CHI cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
Condición de salud 1	16,149	0,372	
Condición de salud 2	28,755	0,530	
Origen de discapacidad	6,997	0,221	
Discapacidad física	6,401	0,269	
Discapacidad visual	2,968	0,705	
Discapacidad auditiva	4,243	0,515	
Discapacidad psicosocial	8,685	0,112	
Discapacidad sorda – cieguera	3,659	0,599	
Discapacidad múltiple	9,992	0,075	
Discapacidad sistémica	4,242	0,515	
Percepción de Salud	28,136	0,002	0,129
Causa de discapacidad	6,997	0,221	
Ayudas externas	6,306	0,278	
Participación en programa deportivo	6,276	0,280	
Actividad Física	4,824	0,438	
Ejercicio físico	6,774	0,238	
Deporte	4,321	0,504	
Participación en programas artísticos y culturales	2,887	0,717	
Lectura	4,449	0,487	
Cerámica	3,475	0,627	
Baile	1,173	0,947	
Arte	3,339	0,801	
Participación en programa espiritual	4,343	0,501	
Ir a misa	1,711	0,888	
Ir a centros de culto	2,064	0,840	
Participación en programa de rehabilitación	7,747	0,171	
Fisioterapia	7,953	1,159	
Fonoaudiología	4,925	0,45	
Terapia Ocupacional	4,724	0,450	
Psicología	1,123	0,952	
Pertenece a asociaciones de personas con discapacidad	7,776	0,169	

Fuente. Elaboración propia.

Tal como lo evidencia la tabla 15, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la resiliencia y satisfacción con la vida de los participantes ($p=0,000$). Siendo la fuerza de la asociación según el coeficiente de tau c kendal es débil.

Tabla 15. Asociación entre Resiliencia y satisfacción con la vida de los participantes

Variable	CHI cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
Satisfacción con la vida	55,037	0,000	0,127

Fuente. Elaboración propia.

10 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las dinámicas de la vida moderna han traído consigo una serie de efectos, en la forma de concebir su condición de salud a nivel físico, mental y emocional; uno de los patrones establecido es la falta de reconocimiento de la discapacidad, que puede estar asociada al concepto reproducido culturalmente que se tiene de la discapacidad; así mismo, se identifica que lo anterior puede estar ligado a la naturaleza de ésta, es decir asociar la discapacidad con algo congénito (81), y de ciertas características específicas, así mismo, el reconocimiento hacía la condición puede mejorar sustancialmente el proceso de participación de estos actores sociales en actividades de carácter deportivo, recreativo y cultural, lo anterior propiciar escenarios ideales para desarrollar ciertas condiciones de salud que limitan el bienestar, la resiliencia y el nivel de satisfacción con la vida (83), limitando así una interacción adecuada entre los sujetos, principalmente de aquellos que presentan alguna condición de discapacidad y sus contextos.

Las manifestaciones de la discapacidad están dadas por las circunstancias del entorno en ciertos escenarios, condicionando así los procesos adaptativos de los hombres. Las personas con discapacidad experimentan este proceso de adaptación en palabras de Foucault (82) “normal”, excluyendo claramente diversos problemas emocionales que en algunos casos generan estructuras de pensamiento en torno a la insatisfacción con la vida que llevan.

Los resultados del presente estudio muestran como participación fue del sexo masculino con edades entre 58 y 65 años, a diferencia de los estudios de Rodríguez et al., quienes encontraron en su investigación un mayor porcentaje de mujeres en edades de 60 a 79 años (83). Por otro lado, Chía (84) en su estudio plantea 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.

Otro aspecto que coincide con Chia (84) 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.

El presente estudio arrojó que los participantes en mayor proporción son solteros, lo que concuerda con Rodríguez (83) 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 32,8% de los participantes habían realizado su secundaria y el 30,4% habían realizado universidad. Esto coincide con lo encontrado por Rodríguez (83), 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 se encuentra laborando sin contrato de trabajo. En este sentido Hellwig (85) halló en su estudio que los ancianos que no trabajaban también tenían 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.

Con referencia a las condiciones de salud, en este estudio se pudo evidenciar que el 64% de los participantes refirieron presentar una discapacidad física, el 80% refirió presentar una discapacidad adquirida y llevar de 1 a 10 años con su discapacidad. En este sentido, Hellwig (85) halló que la salud autopercebida 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.

En el presente estudio realizado en Quito el 49,6% de la muestra refirió tener regular percepción de salud y el 45,6 % una percepción de salud buena. Se resalta como, 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 (86).

En cuanto a la resiliencia, se pudo observar que el 53,6% de los participantes mostraron una alta capacidad de resiliencia, aspecto que al ser contrastado coincide con el estudio de Suriá (66) 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 (86) 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 (86) 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.

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 (87), 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.

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 (67) 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 (70) 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 (66).

Así mismo se describen estilos de afrontamiento a la discapacidad, siendo los más frecuentes en personas resilientes la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social donde el 72,7 % mostraron un rango alto en la expresión de la resiliencia, puntuando también como tendencia en un rango alto las dimensiones de la misma (88).

Otro estudio desarrollado con personas con discapacidad visual, determinó que la mayoría de los participantes encontraban dentro de un nivel alto de resiliencia (89). Sin embargo, en el estudio que utilizó la Escala de Wagnild y Young, los jóvenes con discapacidad física reportan un nivel moderado de resiliencia, y que existen diferentes factores psicosociales

que contribuyen al desarrollo de la resiliencia, interactuando entre sí (90).

Esto claramente, soporta los estudio bio sociales de la condición de la discapacidad en las personas, y como la transformación de estándares de calidad de vida, oportunidades, y, hasta la misma resiliencia, se convierten en factores de construcción cultural, político y económico, es decir la resiliencia como capacidad emancipadora y resignificante de las personas que poseen alguna condición de discapacidad, se convierte en un proyecto social donde cada actor social e institución tiene una tarea específica, y una visión de principios tan importantes como la inclusión y la diversidad.

En este mismo sentido, el estudio de “Resiliencia y Calidad de vida de personas con Discapacidad física congénita y/o adquirida en el cantón Cuenca – Ecuador”, indicó que mediante la versión Española del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOLBREF para identificar el nivel de calidad de vida en las personas con discapacidad, y para evaluar los niveles de resiliencia se utilizó la Escala Breve sobre Resiliencia [BRS], concluyeron que los participantes con discapacidad física que participaron en este estudio presentaron una edad media de 49 años lo que refiere el 75% de la población de estudio, los mismos refieren niveles “medios” de calidad de vida, en los dominios analizados (físico, psicológico, social y ambiental), con una media de 57.02 para el dominio “físico”; 63.05, en el dominio “psicológico”; 61.94, en el dominio “social” y un 65.20 en el dominio “ambiental”, siendo este último el nivel de más alta puntuación. En cuanto a los niveles de resiliencia el 63% de los participantes reportaron niveles medios. Finalmente se identificó una correlación moderada entre los niveles de resiliencia y los niveles de calidad de vida (88).

Así, comprender la resiliencia como una capacidad inherente al ser humano desde su proceso de adaptación, genera un panorama, por ejemplo, en el proceso de formulación de políticas públicas, en la construcción cultural desde el entorno educativo, o desde modelos de desarrollo en salud pública que permitan resignificar los derechos y calidad de vida de las personas que poseen alguna condición de discapacidad (91). Lo anterior es posible y se contempla, debido a los estudios abordados teóricamente y a los hallazgos encontrados empíricamente, los cuales sugieren que las personas con discapacidad que poseen un alto

nivel de resiliencia son personas por lo general socialmente competentes, conscientes de su identidad, capaces de tomar decisiones asertivas y socialmente adecuadas, en cuanto que fomentan una visión de transformación de sus contextos específicos, y que en un principio eran agentes de limitación; potenciando así, el método de planificación de las metas que estas personas quieren alcanzar, satisfaciendo así sus diferentes necesidades, deseos, expectativas, intereses, entre otros. Configurando así relaciones sociales que motiven desde el respeto a la diversidad elementos que en sí resignifican la existencia y dan valor humano y participativo a estos actores sociales; formando capacidades que les permiten ser personas productivas, felices y saludables (91, 92).

Se encontró Asociación estadísticamente significativa resiliencia y las variables sexo, estrato socioeconómico, escolaridad, percepción de salud y rehabilitación psicológica al contrastar estos resultados con otros estudios se puede plantear los resultados de este estudio concuerda con lo planteado por Arranz (93), quien sustenta que los escenarios donde se desarrolla mayor capacidad de resiliencia es el contexto familiar y escolar, en tanto los factores de protección aquí adquiridos estimulan esta capacidad. Se encontró asociaciones estadísticamente significativas entre resiliencia y percepción de salud. Siguen esta misma tendencia los hallazgos presentados por Tovar y García (94) quienes resaltan que las mejores condiciones de vida en los hogares están asociadas a mejores estados de salud en los participantes, por consiguiente, si las personas con discapacidad tienen un buen estilo de vida, su estado de salud mejora y su resiliencia incrementa.

De igual forma se plantean como se encontraron estudios con otras variables diferentes de los hallazgos encontrados como por ejemplo la espiritualidad y la búsqueda de apoyo en creencias religiosas, donde 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 (92).

De Brito de igual forma no encontró coincidencias en cuanto a la relación entre los niveles de resiliencia y la variable de participación en programas espirituales (95) quien concluye 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.

Da Silva (96) 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 (86) 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, datos contrarios a los hallados en la presente investigación.

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 (88).

Otros estudios como el de Álava (86) muestra como una amplia esfera de intereses permite reconocer los beneficios 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.

En cuanto al nivel de satisfacción con la vida, los resultados del presente estudio indican que el mayor porcentaje de los participantes se encuentran altamente satisfechos y satisfechos con su vida, esto coincide con los resultados García y Ovejero (16) quienes identificaron en la población con discapacidad intelectual que el deporte permite alcanzar niveles superiores de satisfacción con la vida. Sumado a ello la investigación de Tejero, et al., (97), encontraron que el efecto favorecedor de la competencia en el deporte propicia una alta satisfacción con la vida en los deportistas con discapacidad física.

En contraste con los resultados del presente estudio Alcover (98), identifica una baja satisfacción con la vida en trabajadores con discapacidad, esto asociado a una disminución de la satisfacción laboral.

En cuanto a la satisfacción con la vida y su asociación con las variables sociodemográficas, los participantes del presente estudio mostraron asociación estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida, y la edad, estrato socioeconómico, escolaridad y percepción de salud de los participantes, lo que claramente sustenta la importancia y relevancia que tiene el enfoque bio político de la condición de discapacidad.

De igual modo, un estudio realizado en una empresa industrial del cantón Durán demostró que las personas con discapacidad en relación con su nivel de instrucción el 70% tiene primaria y secundaria y de ese grupo de estudio se evidencia que la mayor parte, es decir el 80% que presentan discapacidad, encuentran un alto nivel de satisfacción con la vida (88)

Por otro lado, el estudio sobre “Satisfacción con la vida y autoeficacia en jugadores de baloncesto en silla de ruedas” muestra como la satisfacción con la vida de los jugadores de baloncesto en silla de ruedas no está relacionada ni con la edad ($r = .047$; $p = .63$) ni con la clasificación funcional de los deportistas ($r = .037$; $p = .71$); sin embargo, se observó que la satisfacción con la vida mantiene una relación estadísticamente significativa, lineal y positiva, con la variable percepción de autoeficacia de movilidad ($r = .423$; $p < .001$) (97)

Estos resultados difieren con los hallazgos de González (99) quien encuentra mayores

niveles de satisfacción con la vida en personas con discapacidad física adquirida, expresa que la capacidad que tienen estas personas para la búsqueda de apoyo social es una variable que influye de manera directa con la satisfacción con la vida.

En el presente estudio no se evidencia la existencia de la asociación entre la participación en procesos de rehabilitación (fonoaudiología, terapia ocupacional y psicología) con el nivel de satisfacción con la vida. Estos resultados son contrarios a los planteados por Gifre et al., (100), donde abordan la importancia de la rehabilitación multidimensional, como estrategia para mejorar los niveles de calidad de vida, de la población con discapacidad. De la misma manera, Botero indica que los programas de rehabilitación que integran las variables psicológicas generan un efecto muy significativo en el bienestar subjetivo y la calidad de vida de las personas, articuladas a técnicas de rehabilitación física, fonoaudiológica y ocupacional (101).

Suria plantea que la persona con algún problema en su condición de salud activará sus recursos de afrontamiento ante las situaciones que se le presentan, para superar las adversidades (12). Lo que se puede interpretar es que la satisfacción con la vida está ligada al bienestar y ese bienestar a su vez a la condición de salud. En el presente estudio se asoció estadísticamente la resiliencia y la satisfacción con la vida de manera significativa entre estas dos variables ($p=0,01$).

Al contrastar esta información se encontró un estudio de Cejudo et al., quienes muestran como la satisfacción con la vida y la resiliencia, se relacionó de manera estadísticamente significativa y positiva ($r = 0,54$; $p < 0,01$) (58).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre resiliencia y satisfacción con la vida de los participantes ($p=0,01$). Esto significa que cuanto mayor sea el nivel de resiliencia en las personas con Discapacidad, mayor será el nivel de satisfacción con la vida.

Dicho de otra forma, las personas con discapacidad son capaces de afrontar la adversidad

de forma positiva, esto es posible desde un trabajo mancomunado entre la sociedad, la familia, la Escuela, el Estado, y todos los diferentes actores sociales, cuyo campo de acción sea formar, orientar, sembrar y reproducir herramientas o instrumentos necesarios para que la persona en condición de discapacidad de manera autónoma adquiera diferentes recursos en el transcurso de su vida, que nutran sus relaciones sociales, y a nivel general su proceso de adaptación de manera bidireccional, que les permita afrontar y superar estados emocionales, mentales y físicos como el dolor, la angustia, y los diferentes problemas que se encuentran o se pueden llegar a encontrar en la cotidianidad, para salir triunfante de dichas circunstancias, siendo personas más optimistas y satisfechas con la vida.

En este sentido, diversos estudios indican que las personas que presentan mayores puntuaciones en resiliencia tendrían una mayor autoconfianza para reconducir las situaciones adversas de la vida, aspecto que implicaría una mayor sensación de bienestar (58, 102). resultado que concuerda con los hallazgos de varias investigaciones, al respecto López (102) encontró una relación positiva y significativa de estas variables expresando que, a mayor resiliencia, mayor satisfacción con la vida.

Por su parte, Limonero et al (103) en su estudio, sustentan que estas dos variables al interrelacionarse aportan de manera significativa en la vida de personas con discapacidad. Esto es confirmado por Bojórquez I et al (104), quienes determinaron que, a mayor satisfacción con la vida, mayores son los índices de capacidad de resiliencia. De la misma manera, Retamozo (105) reporta que existe una relación estadísticamente significativa entre estos dos factores.

11 CONCLUSIONES

- ✓ Estudio realizado con 125 personas con discapacidad, mayores de 18 años en la ciudad de Quito (Ecuador), los participantes en su mayoría fueron hombres entre 58-65 años, de estrato socioeconómico entre 3 y 4, que pertenecen al sistema de seguridad social contributivo, con un nivel máximo de escolaridad en secundaria y pregrado, desempeñando una actividad laboral estable; variables que inciden de manera directa en la consolidación de su resiliencia y en el nivel de satisfacción con la vida.
- ✓ La enfermedad a diferencia del trauma, la lesión o disfunción fue la causa más relevante de la discapacidad, situación que además a la gran mayoría les permite auto reconocerse con discapacidad física por causa adquirida, el período de tiempo en dicha condición oscila entre 1 – 10 años. Los participantes consideran que su estado de salud está entre regular y bueno en su gran mayoría, las ayudas externas más utilizadas son el apoyo para deambular y la silla de ruedas.
- ✓ En cuanto a los niveles de resiliencia en los participantes se encontró en mayor porcentaje alto nivel de resiliencia siendo “altamente satisfechos (muy felices)”.
- ✓ Al establecer la relación entre las variables sociodemográficas, las condiciones de salud, los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida se encontró asociación estadísticamente significativa entre resiliencia y condición de salud. Así mismo, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la vida y las variables edad, el estrato socioeconómico y la escolaridad.
- ✓ Por último, al asociar la resiliencia y la satisfacción con la vida se encontró que los participantes, son conscientes de las limitaciones y oportunidades que brinda el contexto, encontrándose satisfechos con las experiencias de vida, con las herramientas y recursos propios para sobrellevar tanto dificultades como oportunidades, en tanto, el nivel de satisfacción de vida esta es significativa, debido a la construcción resiliente que estos actores sociales poseen.

12 RECOMENDACIONES

- ✓ Considerando que a nivel local y en el Ecuador existen pocas investigaciones sobre el tema desarrollado se espera que la presente investigación sirva de referencia para nuevos estudios, y además se recomienda la posibilidad de replicar el estudio en diferentes grupos etarios.
- ✓ En el estudio realizado se encontró relación entre satisfacción y nivel de escolaridad, a partir de este resultado se recomienda a las instituciones encargadas del cumplimiento de leyes a favor de las personas con discapacidad, hacer un seguimiento a las instituciones educativas, especialmente a nivel superior para favorecer la inclusión y participación para esta población y por tanto se sugiere analizar una reestructuración tanto institucional como nacional en temas de educación para todos.
- ✓ Para mantener la inclusión, el desarrollo integral de las personas con discapacidad y la orientación del círculo familiar, se recomienda a las Instituciones públicas y privadas (MSP, CONADIS, MIESS, FENODIS), la creación de programas y centros de desarrollo integral con el apoyo de especialistas en salud mental que promuevan en las personas con discapacidad y sus familias, la potenciación de la resiliencia y satisfacción con la vida para afrontar situaciones traumáticas.
- ✓ Las familias que tienen uno o varios integrantes con discapacidad deben trabajar de forma integral, ya que son el motor para realizar procesos inclusivos, sus creencias y valores les ayudan a resolver problemas cada día y consecuentemente su nivel de resiliencia y satisfacción con la vida podría ser mejor.
- ✓ Fortalecer la oferta de programas culturales, artísticos, deporte, actividad física, ya que éstos favorecen la resiliencia y la satisfacción con la vida en las personas con discapacidad.
- ✓ Se hace importante que el sector gubernamental en el marco del Plan Obligatorio 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.
- ✓ Es necesario seguir promoviendo la inclusión de las personas con discapacidad a los

programas sociales, artísticos, culturales, deportivos, en procura que estos sean cada vez más accesibles, ya que se identifica su influencia positiva para las personas con discapacidad específicamente en el Ecuador

13 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidades. Consultado en <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
2. Masten AS. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 2007; 19, 921-30.
3. 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.
4. Sesio A, Magallón R, García J. Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. *Revista de Psicología*. 2017; 1: 231-242. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1096>
5. Arrebola Moreno AL, Garcia-Retamero R, Catena A, Marfil-Álvarez R, Melgares-Moreno R, & Ramírez-Hernández JA. On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 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)
6. 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>
7. Pidgeon AM, Rowe NF, Stapleton P, Magyar HB, & Lo BCY. Examining Characteristics of Resilience among University Students: An International Study. *Open Journal of Social Sciences*. 2014; 02(11), 14–22. <https://doi.org/10.4236/jss.2014.211003>
8. Sambu LJ. An investigation of the relationship between internal and external factors and resilience of internally displaced persons after the experience of trauma: a case study of Kiambaa Village in Eldoret East sub-county in Uasin Gishu Country, Kenya (Thesis). Retrieved from <http://uir.unisa.ac.za/handle/10500/19982.2015>.
9. Veenhoven R. El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*. 1994; 3, 87-116. Ekas N, Pruitt M, & McKay E. Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2016; 29(30), 8- 18.

10. González G, & Moreno JA. Satisfacción con la vida y ejercicio físico. *European Journal of Human Movement*. 2013; 30, 131-151.
11. Miller SM, & Chan F. Predictors of life satisfaction in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008; 52, 1039-1047.
12. 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.
13. Estadísticas de Discapacidad – Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades [Internet]. www.consejodiscapacidades.gob.ec. Disponible en: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
14. 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
15. Suria R. Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad. *Acciones e Investigaciones Sociales*; 2016; 36: 113-140.
16. *Revista de Edición Médica* [internet]; 2020 [citado 2021 jul. 07]. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-registra-476-360-personas-con-discapacidad-96819>
17. 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
18. Ministerio De Salud y Protección Social. Discapacidad. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx> Consultado enero de 2016.
19. 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

20. 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.
21. 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>
22. 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
23. 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.
24. Castellano C, Blasco S, Perez M. Making sense of resilience: A review from the field of paediatric psycho-oncology and a proposal of a model for its study. *Scielo*. [Internet] 2014. [citado 8 jun 2020]; 30 (03): 13. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n3/psicologia_clinica2.pdf
25. 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>
26. Bahadir E. Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. *Chinese Nursing Research* [Internet]. 2017. [citado 8 jun 2020]; 4:9-13. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771817300075>
27. Dongyun L, Eun-Seung Y, Nam H. Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology*. [Internet]. 2020. [citado 8 jun 2020]; 11:(1): 9. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771817300075>

28. Garmezy NA. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric*, 1991; 20, 459-466.
29. Berger K. *Psicología del Desarrollo, infancia y adolescencia*. Editorial Paramericana [Internet]. Edición 9ª. Editorial medica Paramericana 2017. [citado 8 jun 2020]
30. Gonzales M, Lacasta M, Ordoñez A. *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Edición 1º. Editorial medica paramericana. 2012. [citado 8 jun 2020].
31. Posada A, Gomez J, Ramirez H. *El niño sano, una visión integral*. Edicion 4º. Editorial medica paramericana. 2016. [citado 8 jun 2020].
32. Martínez RS, Garcia Fernandez 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.
33. Fergus S. & Zimmerman M. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 2005
34. 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.*, 2015; 2(40):103-113.
35. Heilemann MV, Lee KA, & Kury FS. Psychometric evaluation of Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2003; 11:61-72.
36. Martínez RS. Relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2016; 14(40): 450.473.
37. Salazar-Farfán M. *Padres de niños con discapacidad. Relación y diferencias entre inteligencia emocional y resiliencia*. CASUS. 2017.
38. 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.
39. 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>
40. 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>
 41. 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
 42. 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>
 43. Iniesta-Martínez A, Martínez-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
 44. 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>.
 45. Cummins RA. Objective and subjective quality of life: An interactive model. Social Indicators Research. 2000; 52: 55-72
 46. 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>
 47. 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>
 48. Bernal Romero T, Daza Pinzón C, & Jaramillo Acosta P. Satisfacción con la vida y

- resiliencia en jóvenes en extraedad escolar. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2015 8(2), 43-53. Disponible en:
<https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/749>
49. Roy C. *The Roy adaptation model*. 3rd ed. New Jersey: Pearson; 2009.
50. 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/2433/39>
51. 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>
52. 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
53. 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>
54. 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
55. 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>.
56. 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_D

- opico_Francisco.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
57. 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>.
58. 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.
59. Sinclair VG, & Wallston KA. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 2004; 11, 94-101.
<https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
60. 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.
61. 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>.
62. 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>
63. Organización De Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los derechos de las

- personas con discapacidad. 2008. 65. Saavedra E, Villalta Paucar M. Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación*, VIII (1):101- 131, 2008 101
64. Suriá 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
65. Suriá R. Relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 14(3), 450-473. 2016. 40. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.40.15150>
66. 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>
67. 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 UCBSP*. 2015; 14(2), 334-351. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200006
68. 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>.
69. 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>
70. 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>
71. Ecuador: información, economía, fauna, flora y características [Internet]. *Caracteristicas.co*. 2018 [citado 2021 jul. 07]. Available from: <https://www.caracteristicas.co/ecuador/#:~:text=Ecuador%20o%20Rep%C3%BAblica>

- %20de%20Ecuador,m%C3%A1s%20poblada%20se%20llama%20Guayaquil.
72. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito el cantón más poblado del Ecuador en el 2020 [Internet]; 2020 [citado 2021 jul. 07] Disponible:
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/quito-el-canton-mas-poblado-delcuador-en-el-2020/>
73. Barrera A, Novillo N, Albán J, et al. Plan Metropolitano de Desarrollo 2012- 2022 [Internet]. 2012 disponible en:
https://www.quito.gob.ec/documents/Plan_Metropolitano_desarrollo_2012-2022.pdf
74. Mukaka MM. Statistics Corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal* September 2012; 4(3):69-71.
75. Sánchez-Teruel, David, Robles-Bello, María Auxiliadora, 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>
76. 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.
77. Vázquez C, Duque A, & Hervás G. Escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos. Validación y datos normativos. *The Spanish Journal of Psychology*, 2013; 16. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
78. 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.
79. OMS, *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud - Banco Mundial, 2011.
80. Foucault, M. *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2008^a
81. 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. Available from:

- <https://www.scielo.br/j/reben/a/6G7Pb698YNVktB9kwdHxJMF/?lang=en>
82. 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
 83. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Síntomas depresivos en los ancianos: un estudio transversal basado en la población. Colección de ciencias de la salud. 2016; 21: 3575-84. doi: 10.1590 / 1413-812320152111.19552015 <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>
 84. Alava Vásquez ZM, Rodríguez FD, & Ferrer Lozano DM. Resiliencia en un grupo de discapacitados físico motores. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2020, vol.36, n.4, e1150. Epub 01-Dic-202
 85. 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>
 86. Dorien S., Santos B., Jhonny V. “La Resiliencia y Estilos de Afrontamiento de jóvenes estudiantes con Discapacidad”. Profesorado, Revista de currículum y formación del profesorado, [Internet]. VOL. 22, Nº 4 [octubre - diciembre, 2018]. [citado 2021 julio 14]; Disponible en:
<http://revistaseug.ugr.es/index.php/profesorado/article/view/8433/7167>Jara F, Once L. “Resiliencia y Calidad de vida de personas con Discapacidad física congénita y/o adquirida en el cantón Cuenca – Ecuador”. Universidad de Cuenca. Cuenca; 2017. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28251/1/Trabajo%20de%20Titulaci%c3%b3n.pdf>
 87. Uriarte Arciniega, JD. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. Revista de Psicodidáctica [Internet]. 2005;10(2):61-79. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17510206>
 88. Neves-Silva P, Álvarez-Martín, E. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014;19(12):4889-4898. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63032604029>

89. Verdesoto-Galeas JR, Duenas-Galarza EH, Aguirre-Alarcón MY, Piza-Burgos ND, Vaca Mendoza NJ. Resiliencia; una estrategia de afrontamiento en pacientes con enfermedades catastróficas. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores* 2018; VI (Edición especial 54):1-24.
90. Maitta Rosado I, Pinargote Ortega JM, Alcivar Medranda EE. Enseñar en la resiliencia a personas con discapacidad visual. *Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo* [Internet]. 2018 Mar 8 [citado 2021 julio 14];(marzo). Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/03/resiliencia-discapacidad.html>
91. Arranz P. La Resiliencia en Educación como elemento favorecedor del proceso de autodeterminación en las personas con discapacidad. (pp. 119-132). Universidad de Zaragoza (España). 20017.
92. Tovar L & García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia, 2003. *Lecturas de Economía*, 65, 177-208. 2006
93. de Brito H, Fleury H. Resilience of people with hiv/aids: Influence of religious coping. *Trends Psychol.* 2019;27(3):647–60.
94. 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.
95. Tejero C, De La Vega R, Vaquero M, Ruiz R. Satisfacción con la vida y autoeficacia en jugadores de baloncesto en silla de ruedas. *Universitat de les Illes Balears* [Internet]. 2016; [citado 2021 julio 31]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235143645007.pdf>
96. Alcover C, Chambel MJ, Fernández JJ, Rodríguez F. Apoyo organizacional percibido relación desgaste-satisfacción en trabajadores con discapacidad: La moderación del apoyo familiar. *Scand J Psychol* 2018 08;59(4):451-461
97. González E. Variables biopsicosociales y satisfacción con la vida en personas con discapacidad física grave adquirida. Un diseño empírico. (Estudis de Grau de Psicologia). *Universitat de les Illes Balears.* 2014.
98. Gifre M, Valle A, Yuguero M, Gil Monreal. La mejora de la calidad de vida de las

- personas con lesión medular: La transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana desde la perspectiva de los usuarios. *Athenea Digital*. 2010;(18): p. 3 - 15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3687178>
99. Botero P. Discapacidad y estilos de afrontamiento una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicología clínica, teorica y práctica*. Vol. 3 # 2. 2012. P. 196 – 214. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815156>
100. López M. Resiliencia y satisfacción con la vida en adultos mayores que asisten a CAM's en Lima Metropolitana. 2017; (Trabajo de grado) p. 1 - 64. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/622941/lopez_FC.pdf?sequence=5&isAllowed=y
101. Limonero JT, Tomás Sábado J, Gómez Romero2 J, Maté Méndez, Sinclair VG, Wallston KA, et al. Wallston KA y col. Evidencia de validez de la escala breve de afrontamiento resiliente en una muestra española joven. *Revista Española de Psicología*; p. 1 - 9. Disponible en: https://docksci.com/evidence-for-validity-of-the-brief-resilient-coping-scale-in-a-young-spanish-sam_5acc7228d64ab2a9e810910a.html
102. Bojórquez I, Velazco N, García G. Relación entre los factores resilientes: regulación emocional, resiliencia y satisfacción con la vida en estudiantes universitarios sonorenses. *Revista Inclusiones*. 2019; 6(Número especial): p. 1 - 17. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Desktop/Proyecto%20de%20investigaci%C3%B2n/Est%20resiliencia%20y%20satisfaccion%20con%20la%20vida/RELACI%C3%93N%20ENTRE%20LOS%20FACTORES%20RESILIENTES%20y%20satisfaccion%20con%20la%20vda.pdf>
103. Retamozo N, Pachao T. Calidad de vida y resiliencia en personas con discapacidad visual. Centro de rehabilitación para ciegos adultos. Arequipa 2015. 2015; p. 1 - 106. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Desktop/Proyecto%20de%20investigaci%C3%B2n/Est%20resiliencia%20y%20satisfaccion%20con%20la%20vida/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20RESILIENCIA%20EN%20PERSONAS%20CON%20discapacidad%20visual.pdf>

14 ANEXOS

Anexo 1. 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**

INVESTIGACIÓN: 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. Mi participación es completamente libre y voluntaria.
3. Estoy en libertad de retirarme en cualquier momento en la participación del programa.
4. Estoy afiliado a una EPS.
5. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.
6. 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.

7. 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.
8. Me han informado que existe riesgo mínimo al aplicar las encuestas por ser persona discapacitada

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

Anexo. 1.-Encuesta sociodemográfica y de condiciones de salud.

a. DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE				
1. Nombre:		2. Apellidos:		
3. Edad (en años):		4. Sexo:	No quiere responder	Masculino Femenino
5. Dirección:		6. Barrio:		
7. Afiliación al sistema de salud a. Contributivo__ b. Subsidiado__ c. Régimen especial ____ d. Pobre No asegurado ____	8. Estrato socioeconómico 1. ____ 4. ____ 2. ____ 5. ____ 3. ____ 6. ____	9. Estado civil 1. Soltero ____ 2. Casado ____ 3. Separado ____ 4. Unión libre ____ 5. Viudo ____		10. Nivel máximo de escolaridad alcanzado • Primaria ____ • Secundaria ____ • Técnico-tecnológico ____ • Pregrado ____ • Posgrado ____
11. Actualmente se encuentra laborando Si ____ No ____ 11.a. Actualmente se encuentra estudiando Sí ____ No ____ Si la respuesta es No labora, pase a la pregunta 14	12. Si su respuesta anterior es positiva, diga en que Actividad labora: _____	13. Qué tipo de contrato de trabajo tiene: A termino fijo ____ A término indefinido ____ Sin contrato ____ Otro: ____ Cuál: _____		
b. DATOS SOBRE DISCAPACIDAD DEL PARTICIPANTE				

<p>14. Condición de salud: Diagnóstico médico (trauma, enfermedad, lesión, disfunción)</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>16. Usted se auto reconoce como una persona con discapacidad: Categoría de discapacidad</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 70%;">1. Física</td> <td style="width: 5%;">SI</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;">NO</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>2. Visual</td> <td>SI</td> <td></td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Auditiva</td> <td>SI</td> <td></td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Intelectual(cognitiva)</td> <td>SI</td> <td></td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Psicosocial (Mental)</td> <td>SI</td> <td></td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Sordoceguera</td> <td>SI</td> <td></td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Múltiple</td> <td>SI</td> <td></td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Sistémica</td> <td>SI</td> <td></td> <td>NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Ninguna</td> <td>SI</td> <td></td> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	1. Física	SI		NO		2. Visual	SI		NO		3. Auditiva	SI		NO		4. Intelectual(cognitiva)	SI		NO		5. Psicosocial (Mental)	SI		NO		6. Sordoceguera	SI		NO		7. Múltiple	SI		NO		8. Sistémica	SI		NO		9. Ninguna	SI		NO	
1. Física	SI		NO																																											
2. Visual	SI		NO																																											
3. Auditiva	SI		NO																																											
4. Intelectual(cognitiva)	SI		NO																																											
5. Psicosocial (Mental)	SI		NO																																											
6. Sordoceguera	SI		NO																																											
7. Múltiple	SI		NO																																											
8. Sistémica	SI		NO																																											
9. Ninguna	SI		NO																																											
<p>15. ¿Cree usted que su discapacidad se originó de la(s) enfermedad(es) que reporto en el ítem anterior? Si ___ No ___</p>	<p>17. Califique la percepción de su salud actualmente:</p> <p>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>																																												
<p>21. Pertenecer y/o participa de manera activa en alguno de los siguientes programas o actividades:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Tipo de actividad o programa</th> <th style="width: 15%;">Marque con X</th> <th style="width: 55%;">Marque con una X sobre la actividad (puede marcar varias) o indique otras</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Tipo de actividad o programa	Marque con X	Marque con una X sobre la actividad (puede marcar varias) o indique otras																																									
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. 2.-Escala de resiliencia de Wagnild y Young (Versión traducida final)

ITEMES	De						
	En desacuerdo acuerdo						
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

Anexo. 3.-Escala de satisfacción con la vida. Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985).

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.

Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente	En	Ligeramente	Ni de	Ligeramente	De	Totalmente
	en	desacuerdo	en	acuerdo	de acuerdo	acuerdo	de
	desacuerdo		desacuerdo	en			acuerdo
				desacuerdo			
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.

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	15-19 puntos
SATISFACCIÓN VITAL	
INSATISFECHOS (POCO FELICES)	10-14 puntos
MUY INSATISFECHO	5-9 puntos

Interpretación de Resultados

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 ^{[[1]]}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.

Anexo 5. Tablas SPSS

Tablas de asociación entre resiliencia y variables sociodemográficas

Asociación entre Resiliencia y edad

		Edad					Total
		18 a 27 años	28 a 37 años	38 a 47 años	48 a 57 años	58 a 65 años	
Resiliencia	Escasa resiliencia	24,0%	4,0%	24,0%	4,0%	44,0%	100,0 %
	Resiliencia						100,0 %
	Moderada	12,1%	18,2%	15,2%	12,1%	42,4%	100,0 %
	Alta capacidad de Resiliencia	16,4%	31,3%	19,4%	14,9%	17,9%	100,0 %
Total		16,8%	22,4%	19,2%	12,0%	29,6%	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,713 ^a	8	,033
Razón de verosimilitud	18,894	8	,015
Asociación lineal por lineal	3,770	1	,052
N de casos válidos	125		

a. 4 casillas (26,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,00.

Medidas simétricas

		Valor	Error estandarizado	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de	-	,081	-	,034
	Kendall	,171		2,118	
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Asociación entre Resiliencia y Estrato socioeconómico

		Estrato socioeconómico						
		1	2	3	4	5	6	
RESILIENCIA	Escasa resiliencia							Total 100,0
		24,0%	32,0%	28,0%	8,0%		8,0%	%
	Resiliencia							100,0
	moderada		15,2%	57,6%	24,2%		3,0%	%
	Alta capacidad de							100,0
	Resiliencia	3,0%	9,0%	28,4%	55,2%	4,5%		%
Total								100,0
		6,4%	15,2%	36,0%	37,6%	2,4%	2,4%	%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación
			asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,045 ^a	10	,000
Razón de verosimilitud	47,856	10	,000
Asociación lineal por lineal	15,667	1	,000
N de casos válidos	125		

a. 10 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,60.

Medidas simétricas

		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,358	,080	4,480	,000
N de casos válidos		125			

- a. No se presupone la hipótesis nula.
 b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Asociación entre Resiliencia y Nivel máximo de escolaridad

	Nivel máximo de escolaridad alcanzado						Total
	Primaria	Secundaria	Técnico- tecnológico	Pregrado	Posgrado	Ninguno	
Escasa resiliencia							100,0
	32,0%	28,0%	16,0%	4,0%		20,0%	%
Resiliencia							100,0
moderada	15,2%	30,3%	24,2%	24,2%	3,0%	3,0%	%
Alta capacidad de							100,0
resiliencia	4,5%	35,8%	10,4%	43,3%	6,0%		%
Total							100,0
	12,8%	32,8%	15,2%	30,4%	4,0%	4,8%	%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,168 ^a	10	,000
Razón de verosimilitud	41,921	10	,000
Asociación lineal por lineal	,093	1	,761
N de casos válidos	125		

a. 9 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,00.

Medidas simétricas

	Error		
	estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada

		Valor			
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,175	,086	2,048	,041
N de casos válidos		125			

- a. No se presupone la hipótesis nula.
- b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Asociación entre resiliencia y condición de salud

		Percepción de salud actual			Total
		Buena	Regular	Mala	
RESILIENCIA	Escasa resiliencia	16,0%	68,0%	16,0%	100,0%
	Resiliencia moderada	39,4%	57,6%	3,0%	100,0%
	Alta capacidad de resiliencia	59,7%	38,8%	1,5%	100,0%
Total		45,6%	49,6%	4,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,983 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	19,381	4	,001
Asociación lineal por lineal	18,038	1	,000
N de casos válidos	125		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,20.

Medidas simétricas

		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,293	,067	- 4,371	,000
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Asociación entre resiliencia y fonología

		Fonología		Total
		Si	No	
RESILIENCIA	Escasa resiliencia		100,0%	100,0%
	Resiliencia moderada	18,2%	81,8%	100,0%
	Alta capacidad de resiliencia	6,0%	94,0%	100,0%

Total	8,0%	92,0%	100,0%
--------------	-------------	--------------	---------------

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica
			(bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,197 ^a	2	,027
Razón de verosimilitud	8,096	2	,017
Asociación lineal por lineal	,071	1	,790
N de casos válidos	125		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,00.

Medidas simétricas

		Error			
		Valor	estandarizado asintótico^a	T aproximada^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,005	,040	,127	,899
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Anexo. 5.-Tablas Asociación entre satisfacción con la vida y variables sociodemográficas

		EDAD					Total
		18 A 27 AÑ OS	28 A 37 AÑ OS	38 A 47 AÑ OS	48 A 57 AÑ OS	58 A 65 AÑ OS	
SATISFACCIÓN	MUY INSATISFECHO		20,0%	80,0%			100,0 %
	INSATISFECHOS (POCO FELICES)	23,1%	15,4%	30,8%		30,8%	100,0 %

LIGERAMENTE POR DEBAJO DE LA MEDIA DE SATISFACCIÓN	18,8%	18,8%	12,5%	50,0%	100,0%
VITAL LIGERAMENTE					100,0%
SATISFECHOS	25,0%	8,3%	12,5%	12,5%	41,7%
SATISFECHOS					100,0%
	3,7%	29,6%	14,8%	29,6%	22,2%
ALTAMENTE SATISFECHOS	20,0%	30,0%	17,5%	10,0%	22,5%
(MUY FELICES)					100,0%
Total	16,8%	22,4%	19,2%	12,0%	29,6%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,421 ^a	20	,008
Razón de verosimilitud	39,768	20	,005
Asociación lineal por lineal	,301	1	,583
N de casos válidos	125		

a. 21 casillas (70,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,60.

Medidas simétricas

	Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,072	,070	-
N de casos válidos	125		1,040	,298

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Asociación entre satisfacción con la vida y estrato socioeconómico

		Estrato socioeconómico						
		1	2	3	4	5	6	Total
SATISFACCIÓN	MUY INSATISFECHO	20,0 %		20,0%	40,0%		20,0 %	100,0 %
	INSATISFECHOS							
	(POCO FELICES)	23,1 %	23,1%	30,8%	15,4%		7,7 %	100,0 %
	LIGERAMENTE POR DEBAJO DE LA MEDIA DE SATISFACCIÓN							
	VITAL	12,5 %	31,3%	43,8%	6,3%		6,3 %	100,0 %
	LIGERAMENTE							
	SATISFECHOS		12,5%	41,7%	41,7%		4,2 %	100,0 %
	SATISFECHOS	3,7%	11,1%	33,3%	51,9%			100,0 %
	ALTAMENTE SATISFECHOS	2,5%	12,5%	35,0%	45,0%	5,0%		100,0 %
	(MUY FELICES)							
Total		6,4%	15,2 %	36,0 %	37,6 %	2,4%	2,4 %	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación
			asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,512 ^a	25	,041
Razón de verosimilitud	38,557	25	,041
Asociación lineal por lineal	4,183	1	,041
N de casos válidos	125		

a. 27 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,12.

Medidas simétricas

		Error		Significación aproximada
		Valor	estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,159	,071	2,223
N de casos válidos		125		,026

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Asociación entre satisfacción con la vida y nivel máximo de escolaridad

SATISFACCIÓN	Nivel máximo de escolaridad alcanzado						total
	Primaria	Secundaria	Técnico-tecnológico	Pregrado	Posgrado	Ninguno	
MUY INSATISFECHO		40,0%	40,0%	20,0%			100,0 %
INSATISFECHOS (POCO FELICES)	30,8%	38,5%	7,7%	23,1%			100,0 %
LIGERAMENTE POR DEBAJO DE LA MEDIA DE SATISFACCIÓN VITAL					3,7%		
	18,8%	25,0%	18,8%	12,5%		25,0 %	100,0 %
LIGERAMENTE SATISFECHOS SATISFECHOS	8,3%	50,0%	16,7%	16,7%		8,3%	100,0 %
ALTAMENTE SATISFECHOS (MUY FELICES)	14,8%	22,2%	18,5%	40,7%			100,0 %
	7,5%	30,0 %	10,0 %	42,5%	10,0 %	4,8 %	100,0%
Total	12,8 %	32,8 %	15,2 %	30,4%	4,0%		100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,653 ^a	25	,012
Razón de verosimilitud	41,765	25	,019
Asociación lineal por lineal	,285	1	,593
N de casos válidos	125		

a. 27 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Medidas simétricas

		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,138	,067	2,070	,038
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Anexo. 6.-Tablas de asociación entre satisfacción con la vida y condición de salud significativas

SATISFACCIÓN	Percepción de salud actual			Total
	Buena	Regular	Mala	
MUY INSATISFECHO	60,0%	40,0%		100,0%
INSATISFECHOS (POCO FELICES)	30,8%	46,2%	23,1%	100,0%
LIGERAMENTE POR DEBAJO DE LA MEDIA DE SATISFACCIÓN VITAL				
LIGERAMENTE	33,3%	62,5%	4,2%	100,0%
SATISFECHOS	48,1%	51,9%		100,0%

ALTAMENTE	67,5%	30,0%	2,5%	100,0%
SATISFECHOS (MUY FELICES)				
Total	45,6%	49,6%	4,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,136 ^a	10	,002
Razón de verosimilitud	26,483	10	,003
Asociación lineal por lineal	11,155	1	,001
N de casos válidos	125		

a. 8 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.

Medidas simétricas

		Valor	Error estandarizado	T aproximada^b	Significación aproximada
			Asintótico^a		
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,287	,076	- 3,774	,000
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.