



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

CÓDIGO 713-110

Autores

YOLANDA MAGALY BOTINA CAICEDO

SANDRA CATALINA RODRIGUEZ TORRES

JOSE LUIS TAMAYO BARRERA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES

2021

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

Autores

YOLANDA MAGALY BOTINA CAICEDO

SANDRA CATALINA RODRIGUEZ TORRES

JOSE LUIS TAMAYO BARRERA

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Discapacidad

Directores

Dr. JOSÉ ARMANDO VIDARTE CLAROS

Dra CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES

2021

DEDICATORIA

A Dios.

Por habernos acompañado en este camino, por brindarnos salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinitas bendiciones y amor.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestra gratitud a Dios quien nos brindó fortaleza y voluntad para asumir este proyecto.

A los directores José Armando Vidarte Claros y Consuelo Vélez Álvarez por el acompañamiento y conocimiento compartido.

De manera especial a las personas con discapacidad de la ciudad de Medellín, que nos apoyaron e hicieron posible este trabajo.

Así mismo a nuestras familias por ser el pilar fundamental de cada meta.

Finalmente, a nuestros amigos que nunca dudaron de nuestra capacidad y nos animaron a seguir.

RESUMEN

Introducción: Identificar niveles de resiliencia y satisfacción con la vida en personas con discapacidad, podría aportar no solo a reformular programas de intervención, sino que se convierten en la posibilidad de identificar algunos factores protectores en la población.

Objetivo: Determinar la relación entre niveles de resiliencia y satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Medellín. **Metodología:** Estudio

descriptivo transversal correlacional; se realizó muestreo no probabilístico por bola de nieve a población con discapacidad entre 18 a 65 años. Muestra de 125 participantes, se usaron como instrumentos: Cuestionario sociodemográfico, escala de resiliencia de

Wagnild y Young (1993) y la escala de satisfacción con la vida (ESV). **Resultados:** Se identificó correlación estadísticamente significativa entre resiliencia y estado civil, nivel de escolaridad, auto-reconocimiento de discapacidad visual y psico-social, percepción de la salud actual, ayudas externas, participación en actividad física, en otros programas de rehabilitación y consumo de medicamentos. Al igual se halló correlación directa entre satisfacción con la vida y se encuentra laborando, auto reconocimiento con discapacidad visual y psico – social, participación en otros programas deportivos, teatro y programas de rehabilitación. Entre calidad de vida y resiliencia hay una relación estadísticamente significativa. **Conclusiones:** Los participantes en su mayoría fueron mujeres, solteras, en edades entre 18 y 27 años. Las asociaciones entre resiliencia y satisfacción con la vida con variables sociodemográficas y condiciones de salud muestran una alta capacidad de resiliencia y satisfacción con la vida.

Palabras Claves: Resiliencia, discapacidad, satisfacción con la vida, intervención.

ABSTRACT

Introduction: identify resilience and satisfaction levels in people with disabilities could contribute not only to reformulate intervention programs, but they become the possibility of identifying some protective factors in the population. **Objective:** To determine the relationship between levels of resilience and satisfaction with life among adult people with disabilities of Medellin city. **Methodology:** Descriptive cross-sectional correlational study; A non-probabilistic snowball sampling was carried out in a population with disabilities between 18 and 65 years of age. A sample of 125 students, were used as instruments: sociodemographic questionnaires Wagnild and Young resilience scale (1993) and life satisfaction scale (ESV). **Results:** Statistically significant correlation was identified between resilience and civil status, scholarship levels, self-recognition of visual and psychosocial disability, perception of current health, external aid, physical activity participation, in other drug use and rehabilitation programs. Likewise, a direct correlation was found between life satisfaction and is working, self-recognition with a visual and psycho-social disability, participation in other sports programs, theater, and rehabilitation programs. There is a statistically significant relationship between quality of life and resilience. **Conclusions:** The majority of the participants were single women, in ages between 18 and 27 years. Associations between resilience and satisfaction with life with socio-demographic variables and health conditions show a high capacity for resilience and satisfaction with life.

Keywords: resilience, disability, satisfaction with life, intervention; (Source: Dec's).

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN.....	11
2	DATOS DE IDENTIFICACIÓN	12
3	ÁREA PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN	13
4	REFERENTE TEÓRICO.....	16
4.1	DISCAPACIDAD.....	16
4.2	RESILIENCIA.....	21
4.3	SATISFACCIÓN CON LA VIDA	27
4.4	RELACIÓN RESILIENCIA SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y DISCAPACIDAD.....	30
4.5	CONTEXTUACIÓN DEL ESTUDIO	34
5	OBJETIVOS.....	38
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	38
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
6	METODOLOGÍA	55
6.1	TIPO DE ESTUDIO	55
6.2	POBLACIÓN.....	55
6.3	MUESTRA	55
6.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	56
6.5	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	56
6.6	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	57

6.7	PROCEDIMIENTO.....	58
6.8	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	59
6.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS	59
7	RESULTADOS.....	60
7.1	ANÁLISIS UNIVARIADO.....	60
7.2	ANÁLISIS BIVARIADO.....	71
8	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	80
9	CONCLUSIONES	89
10	RECOMENDACIONES	91
11	REFERENCIAS	94
12	ANEXOS.....	108

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Resumen ejecutivo.....	12
Tabla 2 Clasificación internacional del funcionamiento y discapacidad	19
Tabla 3 Operacionalización de variables.....	39
Tabla 4 Estimadores estadísticos para la correlación a partir del test bilateral	56
Tabla 5 Distribución de la muestra según variables sociodemográficas	60
Tabla 6 Distribución de la muestra según la condición de salud	62
Tabla 7 Niveles de resiliencia de los participantes en el estudio.....	64
Tabla 8 Escala de Resiliencia de los participantes en el estudio	69
Tabla 9 Niveles de satisfacción con la vida de los participantes en el estudio.....	69
Tabla 10 Satisfacción con la vida final.....	71
Tabla 11 Resumen de la asociación entre variables sociodemográficas y nivel de resiliencia	71
Tabla 12 Resumen de la asociación entre variables de condición de salud y nivel de resiliencia.....	72
Tabla 13 Asociación entre nivel de satisfacción con la vida y nivel de resiliencia.....	75
Tabla 14 Resumen de la asociación entre variables sociodemográficas y nivel de satisfacción con la vida.....	76
Tabla 15 Resumen de la asociación entre variables de condición de salud y nivel de satisfacción con la vida.....	77

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Asentimiento y consentimiento informado	108
Anexo 2 Formato de recolección de la información.....	111
Anexo 3 Escala de resiliencia de Agnild y Young (Versión traducida final).....	115
Anexo 4 Escala de satisfacción con la vida. Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985)	116
Anexo 5 Interpretación de resultados de las escalas.....	119
Anexo 6 Tablas derivadas del análisis de SPSS	122

1 PRESENTACIÓN

Se presenta el informe final de investigación para obtener el título como Magister en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales. Este trabajo forma parte del macroproyecto resiliencia y satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad 2019 - 2021; el macroproyecto se encuentra adscrito a la línea de investigación de Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la salud del grupo de Investigación Cuerpo Movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales y desarrollado con 10 maestrantes de la cohorte X de la Maestría en Discapacidad, en tres ciudades de Colombia (Tunja, Bello y Medellín) y en una ciudad de Ecuador (Quito), para este caso corresponde al municipio de Medellín. Para el desarrollo de la investigación se utilizaron como instrumentos: el cuestionario sociodemográfico, la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993). En su versión adaptada al español (Heilemann, Lee y Kury, 2003) y la escala de satisfacción con la vida (ESV).

Los resultados se presentan en tres momentos: inicialmente se realiza la caracterización de las variables sociodemográficas y las condiciones de salud de los participantes, se establecen los niveles de resiliencia y satisfacción en la vida de los encuestados, y finalmente se realiza la relación entre las variables sociodemográficas, las condiciones de salud y los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida de las personas adultas con discapacidad participantes.

Se espera que los hallazgos expuestos en términos de resultados, conclusiones y recomendaciones de la investigación contribuyan tanto al fortalecimiento de los programas de intervención integral que estimulen el desarrollo de factores relacionados con capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, aceptación y satisfacción con la vida.

2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Tabla 1 Resumen ejecutivo

Título: Resiliencia y satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Medellín		
Nombre del programa Académico: Maestría de Discapacidad cohorte X		
Nombre del asesor o tutor: José Armando Vidarte Claros, Consuelo Vélez Alvarez		
Nombre de los Grupos de Investigación: Yolanda Magalv Botina Caicedo, Sandra Catalina Rodríguez Torres, José Luis Tamayo Barrera		Total, de Investigadores (3)
Cuerpo - Movimiento	Código GrupLAC _____ Reconocido Si X 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: Medellín		Departamento: Antioquia
Duración del Proyecto (en meses): 18 meses		
Tipo de Proyecto:		
Investigación Básica:	Investigación Aplicada: X	Desarrollo Tecnológico o Experimental:
Descriptor / Palabras clave: resiliencia, discapacidad, satisfacción con la vida, intervención		

3 ÁREA PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (1) El término discapacidad abarca las deficiencias, las limitaciones de las actividades y las restricciones de la participación. Las deficiencias se definen como problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad se refieren a las dificultades para ejecutar acciones o tareas; por último, las restricciones de la participación son problemas para interactuar en situaciones vitales (1).

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

La resiliencia es entendida como la capacidad de las personas para hacer frente y superar de manera adecuada situaciones consideradas adversas, lo cual permite un crecimiento personal positivo y además brinda herramientas para afrontar desafíos en la vida (4), abarca todos los aspectos de la persona y consigue influir positivamente en la resolución de los problemas de una forma exitosa. En relación con la salud es fundamental tanto en la prevención de comportamientos de riesgo de salud, como en el afrontamiento de condiciones de salud agudas y crónicas, y en este caso en el afrontamiento de la condición de discapacidad (5).

Tal como lo describe Asensio, Magallón & García, la resiliencia permite la respuesta positiva ante situaciones estresantes, depende de la persona y de su interacción con el entorno, en tanto el aumento de factores resilientes y de la capacidad resiliente podría

ayudar a afrontar diferentes condiciones de salud y situaciones a las que cada sujeto está expuesto a lo largo de su vida (6).

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

En este mismo sentido el trabajo desarrollado por Suria, concluyó como la resiliencia se relaciona con un mejor ajuste de las personas con discapacidad a su desarrollo interpersonal y social, por lo anterior se resalta la importancia de conocer los niveles de resiliencia para establecer programas y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad (11). La satisfacción con la vida se define como el grado con el que una persona evalúa la calidad global de sus vivencias de forma positiva. De esta manera, lo bueno se sopesa contra lo malo, se realizan comparaciones y se llega a un juicio final (12).

Con relación a la satisfacción con la vida es importante resaltar como los actuales postulados plantean la necesidad de estudiar y evidenciar científicamente los aspectos que hacen la vida placentera y significativa para las diferentes personas (13). Al respecto Gonzáles & Moreno, plantean que el bienestar de los sujetos se encuentra integrado por la felicidad, la cual hace relación al componente afectivo, en tanto la satisfacción con la vida, que se relaciona con el componente cognitivo (14), según Miller & Chan, los factores que predicen mayor satisfacción vital en las personas con discapacidad intelectual son las habilidades para la vida (interpersonales, instrumentales y el ocio), el apoyo social, la productividad y la autodeterminación (15).

Evaluar los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas con discapacidad, podría aportar no solo a reformular programas de intervención como se

mencionó anteriormente, sino, además como lo resalta el estudio realizado por García & Ovejero (16), se convierten en la posibilidad de identificar algunos factores protectores en la población que le generen mayores niveles de resiliencia y más satisfacción vital, para ser reforzados en diferentes contextos, como podría ser la práctica de actividades como el deporte (16), el baile o pertenecer a grupos y asociaciones.

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

El contar con el registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RCLP) en el Municipio de Medellín, con instrumentos validados para evaluar la resiliencia y la satisfacción con la vida, además con el recurso humano capacitado y recurso tecnológico hacen viable y factible el desarrollo del proyecto.

A partir de los anteriores planteamientos la pregunta que orienta esta investigación es:

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

4 REFERENTE TEÓRICO

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

4.1 DISCAPACIDAD

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

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

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

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

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

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

Desde la conceptualización de la CIF, la discapacidad, es un término genérico que aborda deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Esto implica el abordaje de aspectos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores del contexto (factores ambientales y personales) (20). Por el contrario, el funcionamiento indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales que posibilita el desarrollo de actividades y participación en comunidad (19).

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

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

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

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

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

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

Tabla 2 Clasificación internacional del funcionamiento y discapacidad

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

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

Fuente: Clasificación internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF) OMS (2001) .Disponible en:

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

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

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

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

Los factores contextuales son los componentes de la vida de la persona, dentro de los que encontramos factores ambientales y personales de vital importancia en todos los aspectos relacionados con la salud. Existe una amplia gama de factores personales en los que se incluyen el género, raza, edad, estilos de vida, hábitos, educación entre otros (19).

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

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

4.2 RESILIENCIA

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

Es cierto, que su conceptualización diverge en el sentido de que no hay un solo y coherente marco de referencia; sin embargo, en las diferentes definiciones aparecen dos elementos comunes: la presencia de un riesgo de adversidad, y una situación estresante o amenaza que conlleva al individuo, con una alta probabilidad, a la inadaptación. El otro elemento en común es la adaptación positiva, definida como ese comportamiento cognitivo reflejado en la capacidad de recuperarse de un trauma (25). De acuerdo con los elementos evocados, la resiliencia emerge de factores exógenos: la relación que construye el sujeto con su entorno, y endógenos: inherentes a la personalidad y/o temperamento; de ahí que “tanto la escuela

anglosajona, como la europea han situado el tema de la resiliencia desde una perspectiva psicosocial” (26).

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

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

Un aspecto fundamental en la resiliencia es su característica dinámica; en otras palabras, una persona puede ser resistente en algunas circunstancias y no puede serlo en otras (30). Por lo demás, la atención no sólo se centra en el reconocimiento de la situación adversa, sino también, en la calidad de los vínculos afectivos de la persona (las familias y los amigos), la sensación de control sobre los eventos desestabilizadores y el reconocimiento de los escenarios donde acontecen dichos eventos (31) (32). Esta propuesta pone en escena la necesidad de un acompañamiento inteligente y afectuoso de los adultos para favorecer la construcción y reconstrucción de las metas de desarrollo de los infantes y de manera consecuente fomentar su tejido de la resiliencia (33).

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

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

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

Entre las dimensiones que conforman la resiliencia se encuentran la aceptación de la vida y de uno mismo, la competencia social y la autodisciplina, lo que significa que siempre existirá similitud entre algunas de estas dimensiones (37). Lo mencionado indica que la concepción de lo que es la discapacidad en la sociedad está relacionada directamente con la resiliencia o la aceptación de las personas con discapacidad, según el estudio las

discapacidades que se ven más afectadas son la discapacidad auditiva y cognitiva y en menor porcentaje la visual y la motora. Esto significa que los jóvenes con menor resiliencia tendrán más inconvenientes con sus relaciones interpersonales (37).

De igual manera, al abordar la discapacidad se debe considerar al núcleo familiar teniendo en cuenta que representan las relaciones interpersonales más cercanas, articulado a lo anterior, los estudios señalan que ante el nacimiento de un niño con discapacidad los patrones familiares generalmente se alteran, y las actividades del hogar tienen que organizarse de forma diferente para adaptarse a las necesidades especiales del hijo con discapacidad (38).

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

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

Ante el interrogante de ¿Cómo se puede estimular esta capacidad?, para transformar seres humanos fuertes y que los problemas externos no afecten sus vidas, todo se debe direccionar hacia las familias (40), donde las familias son consideradas el espacio que permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras

personas, los valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad.

Es la primera escuela de todos y todas, en el seno de la familia los hijos aprenden de sus padres, sus padres de sus hijos y sus hermanos se conocen unos a otros, en este ambiente se forman y comparten conocimientos, creencias, valores, costumbres, entre otros; que permiten la construcción de personas de bien. Pero ¿Cómo la familia forma sujetos resilientes?, todo inicia con una buena educación desde casa, la comprensión es el primer valor que permitirá la construcción de este ser, entender a el chico (a) desde todas las perspectivas, nunca juzgarlos o discriminarlos por algo inusual, brindarle confianza en todas sus decisiones, por medio de ellas podrá vivenciar si fue benévolo o nocivo para él y que aprendizajes le generó esta experiencia. Compartir en los hijos un pensamiento optimista – positivo acerca de las cosas que quiere, enseñarles a ser audaces, a querer siempre mejorar y nunca quedarse atrás, jamás compararlo con otros chicos (as), esto le generara pensamientos negativos hacia él y posteriormente su frustración (40).

Durante la niñez, los padres de familia por medio de su educación (41) buscan ejercitar y promover los valores a partir de la dinámica familiar y la cultura en la comunidad donde se empiezan a formar seres íntegros y críticos. Además, permitirá el desarrollo de una buena autoestima que poco a poco se irá fortaleciendo, facilitándole sobreponerse a situaciones difíciles. Si por el contrario no se educan de manera correcta, no son comprendidos, menos apreciados, maltratados, serán menos propensos a la resolución de problemas (41).

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

Otro elemento fundamental para el desarrollo de seres resilientes es la sociedad (43), como lo referencia Chavas, citando a Vygotsky, las funciones superiores del pensamiento son producto de la interacción cultural. Comprendida por diferentes sujetos que se encuentran

relacionados bajo reglas comunes, si esta genera oportunidades para sus integrantes aumentará su participación social, exponiendo todo el aprendizaje obtenido en su educación; también, el apoyo social en la realización de proyectos y la toma de decisiones. Si, por el contrario, la sociedad y la educación no brindan suficientes ayudas, estas personas no contarán con el soporte necesario para resistir los diferentes obstáculos que se presentarán en el transcurso de sus vidas, no tendrán otra alternativa que desistir a cada uno de sus planes a futuro, generando la frustración, rechazo y depresión. Son sujetos que no tienen un rumbo fijo de sus vidas, al presentarse un obstáculo no dudaran en huir y dejar todo a la suerte (43).

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

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

En el marco de esta propuesta se asumen la resiliencia como la capacidad de afrontar situaciones adversas, en las cuales se ve inmersa la persona con discapacidad, y en este sentido los resultados derivados de esta investigación posibilitan la incorporación de

acciones que enmarquen un trabajo intersectorial para fortalecer la resiliencia en el contexto de la vida de cada uno de los sujetos.

Este proyecto de investigación asume el concepto de Wagnild y Young (1987, 1993) quienes consideran a la resiliencia como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas, adicionalmente se toma como referente la Escala de Resiliencia (RS-25) construida por los autores y adaptada al español por (Heilemann, Lee y Kury 2003), con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual de las personas (45).

4.3 SATISFACCIÓN CON LA VIDA

La calidad de vida es una categoría de múltiples dimensiones, las cuales incluyen componentes de carácter subjetivo y objetivo que se relacionan con diversos ámbitos de la vida de la persona (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 las personas para experimentar y valorar su vida de forma placentera, esta valoración es realizada a partir de dos aspectos importantes; uno emocional basado en la presencia de sentimientos y emociones positivas como la alegría y el cariño; uno negativo, como la angustia y la envidia y, finalmente, un aspecto cognitivo, que específicamente incluye el concepto de satisfacción con la vida (47) (48) (49) (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, según lo descrito por Roy (51) en la adaptación la persona usa conscientemente su libertad para crear su integración humana y ambiental. En este punto a lo largo del ciclo vital de cada persona se generan expectativas al hacer un balance de sus logros, ganancias y pérdidas, es decir, llega a un juicio sobre su vida, que depende en gran parte, de las comparaciones que se hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera adecuado y con base en esto define si está satisfecho o no (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, comparando 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, estado civil, con elevada autoestima, moral de trabajo interiorizada, aspiraciones modestas en general, independientemente de su género e inteligencia (58) (59) (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, como es la resiliencia a mayor resiliencia mayor 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 su destreza para regular el propio estado de ánimo o el de los demás (11) (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, y se asume como en la manera en que las personas con discapacidad evalúan su contexto de vida.

La definición de satisfacción con la vida como referente para este proyecto es el propuesto por Padrós, quien cita a Veenhoven quien refiere que es el concepto positivo sobre la calidad de vida global y el gusto que encuentra en su vida (65).

4.4 RELACIÓN RESILIENCIA SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y DISCAPACIDAD

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

Según lo planteado por Suria (11), a partir de la aplicación de diferentes escalas de resiliencia se evalúa la competencia personal, autodisciplina y aceptación de sí mismo y de la vida, en un estudio donde se quiere analizar el bienestar subjetivo y la resiliencia en personas con discapacidad, para ello utilizó escalas de resiliencia de Wagnild y Young y la

versión adaptada de la escala de bienestar subjetivo de Ryff las cuales fueron administradas a una muestra de 98 personas con discapacidad. Como resultados se encontraron moderados niveles de bienestar subjetivo y resiliencia entre los participantes. Así mismo, se identificaron cuatro perfiles resilientes, que difieren en Bienestar Subjetivo. Dicha investigación sugiere la necesidad de profundizar en esta relación con objeto de diseñar programas que incrementen la resiliencia y el bienestar subjetivo en las personas con discapacidad (11).

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (66), menciona sobre la importancia de la participación e inclusión plena, efectiva y de igualdad de condiciones a nivel social, en la educación y en el empleo, para personas con discapacidad, manteniendo así una accesibilidad e independiente máxima en estas personas a nivel de capacidad física, mental, social y vocacional.

Un estudio realizado en Chile buscó comparar entre personas con discapacidad motora y personas sin discapacidad la variable resiliencia, lo anterior para ofrecer a los profesionales de la salud y la educación, una herramienta que permitiera medir niveles de resiliencia general. Para ello se trabajó con 152 sujetos de ambos sexos y edades, 60 de ellos presentaron alguna discapacidad motora y 92 no presentan ninguna discapacidad (67). 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, sino también diferenciar los factores específicos, para una mejor intervención posterior. Además, se puso en evidencia que pese a vivir una experiencia de discapacidad, la limitación puede decrecer ante la capacidad de resistencia y la posibilidad de encontrar significantes sólidos en la vida del sujeto (67).

El estudio sobre perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora, donde participaron 116 personas, pretendió identificar si existen combinaciones de factores resilientes que den lugar a diferentes perfiles de resiliencia en personas con discapacidad motora, utilizando la “Escala de resiliencia” (Resilience Scale; Wagnild y Young) para ello evaluaron la competencia personal (capacidad personal,

independencia, dominio, perseverancia, habilidad, entre otros), aceptación de sí mismo y de la vida (adaptación, flexibilidad, entre otros), y la “escala de habilidades sociales” (EHS; Gismero); esta escala evalúa la aserción y las habilidades sociales en adolescentes y adultos; y la autodisciplina; el análisis identificó cuatro perfiles resilientes: un perfil de alta resiliencia, un perfil de baja resiliencia, un grupo con un predominio de aceptación de uno mismo, de la vida y un último perfil con predominio de competencia social (68).

Igualmente, un estudio sobre la relación entre auto concepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad, evidenció la aplicación de la escala auto concepto 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 auto concepto, no se ve afectado por el grado de discapacidad, sino por los estereotipos y modas que marca la sociedad y alejan a las personas con discapacidad de los estándares o prototipos de la belleza, lo cual repercute en los niveles inferiores de auto concepto entre los jóvenes(69).

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 (70). Los resultados evidenciaron que la categoría de discapacidad visual no determina una mejor calidad de vida (70).

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

desarrollo alcanzada por el sujeto y con ello de los patrones de calidad de vida proyectados (70).

Otra investigación determinó en el escenario de la discapacidad física adquirida en el esquema de servicio policial los diferentes pilares de resiliencia, para observar las características que suelen ser exitosas para este tipo de servicio. Los resultados establecen como pilares de la resiliencia a la introspección o autoconocimiento, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad, autoestima consistente y, en la población adulta se podría evaluar la espiritualidad, encontrando en este artículo que al fomentarse la resiliencia; se realiza un aporte a la salud mental (71).

De igual forma, el estudio sobre las diferencias o similitudes entre las personas con discapacidad y sin discapacidad en el ámbito de la inteligencia emocional, la resiliencia y la autoestima. Para ello se hizo una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, transversal, y prospectivo, utilizando las escalas de la Inteligencia emocional TMMS-24, la escala de la Resiliencia CD-RISC10 y la escala de la autoestima de Rossemberg, con un total de 100 participantes. En los resultados encontraron como las personas con discapacidad física presentan medias estadísticamente superiores en inteligencia emocional y resiliencia, aunque en autoestima las personas sin discapacidad presentan medias superiores (72).

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 aún el buen manejo emocional para evitar que la persona sufra mayores consecuencias físicas y/o emocionales. Por tanto, las personas con discapacidad física presentan niveles adecuados de inteligencia emocional en sus diferentes dimensiones, desarrollando estrategias de afrontamiento que les permiten hacer frente a dichas dificultades. La autoestima de las personas con discapacidad física se ve mermada por la baja percepción de control independiente (73).

De igual forma, se han realizado estudios que comparan la relación entre el nivel educativo y la resiliencia de las personas con discapacidad auditiva, encontrándose como las personas con primaria completa presentan resiliencia media, seguido de las personas con secundaria

completa, quienes en su mayoría presentan una capacidad de resiliencia alta y las personas con secundaria completa presentan resiliencia media (74), 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, menores recursos de afrontamiento podrá adquirir una persona, evidenciándose como la educación formal puede ser un recurso que favorece la capacidad para recuperarse y adaptarse a nuevas demandas del entorno y en la participación social.

También se han realizado estudios sobre la relación entre inteligencia emocional, calidad de vida (criterios objetivos y subjetivos) y satisfacción vital en personas con discapacidad intelectual; donde utilizaron como instrumentos Trait Meta Mood Scale 24 (TMMS 24), Escala INICO-FEAPS (modalidad autoinforme e informe de otras personas) y Satisfaction With Life Scale (SWLS), encontrando como resultados la asociación positiva entre inteligencia emocional (reparación) y satisfacción vital (criterios subjetivos); calidad de vida (bienestar físico y bienestar emocional) y satisfacción vital (criterios objetivos) (36).

4.5 CONTEXTUACIÓN DEL ESTUDIO

El Municipio de Medellín, está localizado en el Valle de Aburra, en el centro del departamento de Antioquia. Junto con otros nueve municipios (Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Itagüí, Sabaneta, Envigado, La Estrella y Caldas) conforman el Área Metropolitana. La ciudad se extiende longitudinalmente sobre el eje natural del río Medellín enmarcada en dos ramales de la cordillera central, con altitud variable entre 1.460 m.s.n.m. en la confluencia de las quebradas La Iguana, Santa Elena y el río Medellín, y 3.200 m.s.n.m. en los Altos del Romeral, Padre Amaya y Las Baldías al occidente. (75)

• Límites municipales (75)

-Por el norte con: Bello, Copacabana y San Jerónimo.

-Por el sur con: Envigado, Itagüí, La Estrella y El Retiro.

-Por el oriente con: Guarne y Rionegro.

-Por el occidente con: Angelópolis, Ebéjico y Heliconia.

• **Aspectos generales (75)**

-Extensión: (Kms²) (a) 376,4.

--- Suelo Urbano: 111,61.

--- Suelo de Rural: 263,04.

--- Suelo de Expansión: 1,75.

-Temperatura Promedio: 24 ° C.

-Ubicada a 1.479 metros sobre el nivel del mar

• **Distribución político – administrativa (75)**

El Municipio de Medellín cuenta con 16 Comunas en su zona urbana (Popular, Santa cruz, Manrique, Aranjuez, Castilla, Doce de Octubre, Robledo, Villa Hermosa, Buenos Aires, La Candelaria, Laureles, La América, San Javier, El Poblado, Guayabal, Belén), en su zona rural se encuentran 5 Corregimientos (San Sebastián de Palmitas, San Cristóbal, Altavista, San Antonio de Prado, Santa Elena), tiene 249 Barrios urbanos oficiales, 52 Veredas rurales oficiales, 20 áreas Institucionales urbanas y 7 áreas de expansión urbano – rural.

• **Economía de Medellín**

-Economía Regional: El alto desarrollo económico regional está orientado por los sectores del comercio, la construcción de vivienda, las obras públicas, la intermediación financiera, y las actividades agrícolas y pecuarias. La industria concentrada en Medellín y su área metropolitana contribuye con el 60% de la economía del Departamento. Es el segundo centro industrial de Colombia. La producción textil es la actividad emblemática de la región y genera el 53% del empleo; el avance en este sector convierte a Medellín en la capital de la moda en Latinoamérica. (75)

-Competitividad: La ubicación de la ciudad en un punto intermedio entre el centro del país y las regiones del Pacífico y el Caribe, colocan a Medellín en una posición privilegiada para desarrollar programas de inversión económica con propósitos de exportación. Esta ventaja de competitividad la refuerza el hecho de ser la capital latinoamericana con la mejor infraestructura de servicios públicos. (75)

• Población

Según el Perfil Demográfico de Medellín del año 2016 al 2020 (76), se cuenta con una población de 2.569.007 habitantes, de ellos 1.206.023 son hombres y 1.362.984 mujeres, lo que la hace la segunda ciudad más poblada de Colombia. En cuanto a la población con discapacidad, Medellín ha logrado grandes avances, sin embargo, aún cuenta con una deuda histórica y diversos retos frente a esta población. Según el Registro de Localización y Caracterización para Personas con Discapacidad (RLCPD), a febrero del 2020, en Medellín hay 63.637 personas con discapacidad con registro activo, de las que 32.383 son hombres y 31.254 son mujeres; no obstante, es importante tener en cuenta que, aunque esta es la herramienta más confiable con la que se cuenta, es alto el nivel de subregistro, pues la cobertura es aún limitada. De estas 63.637 personas, cerca del 31 % tiene discapacidad física, el 22 % mental cognitiva y el 21 % múltiple. Del total, el 85 % requiere ayuda permanente.

Las comunas en las que más se registran personas con discapacidad son: comuna 3-Manrique (12.5 %), comuna 1-Popular (10.3 %), comuna 13-San Javier (7.4 %) y comuna 7-Robledo (7.3 %). En relación al origen de la discapacidad, se reportó que en mayor porcentaje esta fue adquirida siendo en un 40% consecuencia de accidentes de tránsito (76).

Según reportan las personas registradas, las barreras más comunes que les impide desarrollar actividades de su vida diaria están en las calles y vías con el 53 %; el transporte público con el 48 %, y escaleras, con el 47 %. Además, la media de las personas registradas encuentra barreras en parques, plazas, estadios y teatros, en paraderos y terminales de transporte, así como en sus lugares de trabajo y centros de comercio y mercado. Solo el 26 % no encuentra barreras en ningún lugar. Aunque Medellín ha hecho esfuerzos y avances importantes, aún se presentan diversos retos sobre los cuales trabajar, entre los que resaltan:

continuar con la eliminación de barreras físicas, comunicacionales y actitudinales, acceso y permanencia a educación de calidad, servicios de salud adecuados, la habilitación y rehabilitación, el fomento del autocuidado y estilos de vida saludable, la generación de ingresos en igualdad de condiciones y oportunidades para las personas con discapacidad, el cambio de imaginario social frente a la discapacidad, la promoción y fortalecimiento de su participación ciudadana, así como la recolección y generación de información de caracterización y evaluación de la situación de las personas con discapacidad en Medellín para la toma de decisiones (76).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

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

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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 Socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cualitativa	Ordinal	Estrato 1	1
				Estrato 2	2
				Estrato 3	3
				Estrato 4	4
				Estrato 5	5
				Estrato 6	6
Estado Civil	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja	Cualitativa	Nominal	Con pareja	1
				Sin Pareja	2
Afiliación al sistema de salud	La representación del afiliado ante el prestador de	Cualitativa	Nominal	Contributivo	1
				Subsidiado	2
				Pobre no asegurado	3

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

por condición de salud	condición de salud reportada			No	2				
Categoría de discapacidad	Clasificación de la discapacidad que tiene Física Visual Auditiva Psicosocial Sordoceguera Múltiple Sistémica	Cualitativa	Nominal	Si	1				
				No	0				
				Causa de la discapacidad	Como se originó la discapacidad	Cualitativa	Nominal	Adquirida	1
								Congénita	2
				Tiempo que tiene con la discapacidad	Tiempo en años, meses o días que tiene la discapacidad	Cuantitativa	Razón	Años con discapacidad	Dato numérico
				Ayudas Externas	Productos, instrumentos, equipos utilizados por una persona para prevenir, compensar, disminuir o neutralizar	Cualitativa	Nominal	Anteojos	1
								Audífonos	0
								Bastón	
Caminador									
				Muletas					

	una deficiencia			Silla de ruedas Si ___ No ___	
Pertenece y/o participa en programas o actividades	Deportivos	Cualitativa	Nominal	Si	1
	Artísticos y culturales			No	0
	Espirituales				
	Rehabilitación				
	Asociación de personas con discapacidad				
Consumo de Medicamentos	Informa sobre el consumo de medicamentos actualmente	Cualitativa	Nominal	Si	1
				No	0
Resiliencia	Cuando planeo algo lo realizo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4
				Mucho desacuerdo	5-6-7-
				Poco desacuerdo	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				Poco de acuerdo	
				Muy de acuerdo	
				Totalmente de acuerdo	
	Generalmente me las arreglo de una manera u otra	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4
				Mucho desacuerdo	5-6-7-

			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
			Mucho desacuerdo	5-6-7-
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4
			Mucho desacuerdo	5-6-7
			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 Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7
Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7
Usualmente veo las cosas a largo plazo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo	1-2-3-4 5-6-7

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Soy amigo de mí mismo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4
			Mucho desacuerdo	5-6-7
			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
			Mucho desacuerdo	5-6-7
			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
			Mucho desacuerdo	5-6-7
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4
			Mucho desacuerdo	5-6-7
			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
			Mucho desacuerdo	5-6-7
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	

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

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

En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7
Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7
Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo	1-2-3-4 5-6-7

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Mi vida tiene significado	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4
			Mucho desacuerdo	5-6-7
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4
			Mucho desacuerdo	5-6-7
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	

Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo De acuerdo	1-2-3-4 5-6-7
Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7
Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7

Satisfacción con la vida	En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal.	Cualitativa	Ordinal	Totalmente en desacuerdo	1
				En desacuerdo	
				Ligeramente en desacuerdo	3
				Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4
				Ligeramente de acuerdo	5
				De acuerdo	
				Totalmente de acuerdo	6 7
	Las condiciones de mi vida son excelentes	Cualitativa	Ordinal	Totalmente en desacuerdo	1
				En desacuerdo	
				Ligeramente en desacuerdo	3
				Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4
				Ligeramente de acuerdo	5
				De acuerdo	
				Totalmente de acuerdo	6 7

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

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

Fuente: Elaboración propia

6 METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

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

6.2 POBLACIÓN

Personas adultas, con discapacidad en Medellín 10.481 (3), con edad entre 18 y 65 años, inscritas en el registro de caracterización y localización de personas con discapacidad (RCLPD) de cada ciudad participante en el estudio.

6.3 MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se tuvieron 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.

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

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

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

Fuente: Elaboración propia. *Para 0,30: Mukaka MM. Statistics Corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. Malawi Medical Journal September 2012; 24(3):69; 71- 57.

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

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

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

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

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

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

6.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

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

- **Cuestionario sociodemográfico;** se construyó ad hoc para la recogida de los datos sociodemográficos: sexo, edad, tipología de la discapacidad y grado de severidad de ésta entre otras. Atendiendo a que es un estudio multicéntrico que incluye dos países (Colombia y Ecuador) se verificó que las variables de estudio que son equivalentes en todos los lugares donde se va a llevar a cabo la investigación, por ejemplo: estrato socioeconómico, afiliación al sistema de salud.
- **Escala de resiliencia de Wagnild y Young.** En su versión adaptada al español (Heilemann, Lee y Kury), el instrumento está formado por 25 ítems, que puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, y un máximo de 7 = totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor resiliencia, encontrándose el rango de puntaje de la escala total entre 25 y 175 puntos (45).

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

Se eligió este cuestionario siguiendo varios criterios: por su fácil aplicación, por estar validado para población joven y adulta y, finalmente, por las propiedades psicométricas de la versión original (Wagnild y Young) (76) y de la versión en español Heilemann, Lee y Kury) (36), mostrándose unos índices de consistencia interna elevados en ambas versiones (alfa de cronbach = 0.89 y alfa de cronbach = 0.93 respectivamente). Asimismo, la validez de ambas versiones queda explicada por dos factores diferenciados (44% y el 42% de la varianza de las puntuaciones respectivamente):

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

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

- **La escala de satisfacción con la vida (ESV):** Evalúa el grado de satisfacción con la vida. cuenta con cinco ítems. En su versión en español, estudios recientes (Padrós, Gutiérrez y Medina) señalan el valor de alfa de Cronbach total de la escala como 0.832, valor de fiabilidad elevado, dentro del rango señalado en su versión original, los autores reportan que este instrumento presentó buenas características psicométricas (65). Los análisis psicométricos en muestras representativas españolas revelan una estructura unifactorial, así como una consistencia interna de 0.88 (78).

6.7 PROCEDIMIENTO

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

1. Los estudiantes investigadores fueron capacitados en el manejo y aplicación de los instrumentos a utilizar.
2. Se realizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve, para ello se establecieron conversaciones con organizaciones de personas con discapacidad, y personas naturales que tuvieran contacto y acceso a población con discapacidad entre 18 a 65 años.
3. Las personas que accedieron a participar en este proceso fueron contactadas telefónicamente y realizaron audios de aceptación, donde aprobaban la lectura y validación del consentimiento informado diseñado para tal fin.
4. La recolección de los datos se realizó mediante el diligenciamiento de un cuestionario sociodemográfico desarrollado a partir de un guion con 21 preguntas de información básica. 25 ítems de preguntas orientadoras del tema de resiliencia propuestas en la escala de resiliencia de Wagnild y Young y 5 ítems comprendidos en la escala de satisfacción con la vida (ESV).

5. Todas las entrevistas fueron registradas en formatos en físicos que fueron escaneados y organizados en una plataforma digital (drive) para su posterior transcripción en el programa SPSS versión 24.
6. Con los resultados del análisis de la información se elaboró el informe final y se socializaron los resultados

6.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS versión 27 (Statistical Package for the Social Science), licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales, planteando análisis univariado y bivariado.

Las variables categóricas se presentaron en frecuencias absolutas y relativas, y para las cuantitativas se empleó la media y la desviación estándar. Para determinar la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes del análisis bivariado se aplicaron pruebas de normalidad y a partir de ello se definieron las pruebas estadísticas establecidas según las características propias de las variables (paramétricas o no paramétricas) asumiendo una significancia estadística de un valor de $p < 0,05$. Como las variables de estudio no se comportaron de manera paramétrica, se realizaron asociaciones usando para ello el coeficiente de chi cuadrado y como medidas de asociación Tau c de Kendall.

6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 08430 de 1993 (79) y lo establecido en el artículo 11, la presente investigación fue considerada como riesgo mínimo, una vez que la población abordada fueron personas con discapacidad. Es importante aclarar que en el consentimiento informado se obtuvo un audio como testimonio que avaló el procedimiento llevado a cabo. Se tuvieron en cuenta todas las indicaciones dadas en la resolución de Helsinki para investigaciones en humanos (80).

7 RESULTADOS

7.1 ANALISIS UNIVARIADO

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

Tabla 5 Distribución de la muestra según variables sociodemográficas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	61	48,8
Femenino	64	51,2
Edad		
18 a 27 años	39	31,2
28 a 37 años	37	29,6
38 a 47 años	26	20,8
48 a 63 años	23	18,4
Afiliación general al sistema general de salud		
Contributivo	38	30,4
Subsidiado	81	64,8
Régimen especial	5	4,0
Pobre no asegurado	1	,8
Estrato socioeconómico		
1	31	24,8
2	53	42,4
3	36	28,8
4	4	3,2
5	1	,8
Estado civil		
Soltero	96	76,8

Casado	17	13,6
Separado	1	,8
Unión libre	10	8,0
Viudo	1	,8
Nivel máximo de escolaridad		
Primaria	25	20,0
Secundaria	49	39,2
Técnico-tecnológico	28	22,4
Pregrado	21	16,8
Actualmente se encuentra laborando		
Si	31	24,8
No	94	75,2
Actualmente se encuentra estudiando		
Si	38	30,4
No	87	69,6

Fuente: Elaboración propia

Tal como se presenta en la tabla 5 el mayor porcentaje de los participantes fue de sexo femenino, estado civil solteras, con edades entre 18 a 27 años; el régimen de seguridad social subsidiado fue el de mayor frecuencia, pertenecen a un estrato socioeconómico 2, y con un nivel máximo de escolaridad en secundaria.

En cuanto a la situación laboral la mayoría las personas reportaron no estar laborando y un bajo número estaban vinculados a término fijo, en áreas ocupacionales relacionadas con labores administrativas, de atención al público, docencia, en área de la salud y procesos de emprendimiento.

Tabla 6 Distribución de la muestra según la condición de salud

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico médico		
Disfunción	27	21,6
Enfermedad	61	48,8
Lesión	16	12,8
Trauma	21	16,8
Origen de la discapacidad		
Si	114	91,2
No	11	8,8
Se auto reconoce con discapacidad física		
Si	45	36,0
No	80	64,0
Se auto reconoce con discapacidad visual		
Si	30	24,0
No	95	76,0
Se auto reconoce con discapacidad auditiva		
Si	8	6,4
No	117	93,6
Se auto reconoce con discapacidad psico-social		
Si	47	37,6
No	78	62,4
Se auto reconoce con discapacidad múltiple		
Si	3	2,4
No	122	97,6
Tiempo de la discapacidad		
2 a 11 años	37	29,6
12 a 21 años	35	28,0
22 a 31 años	22	17,6

32 a 41 años	14	11,2
42 a 63 años	17	13,6
Percepción de la Salud actual		
Buena	95	76,0
Regular	28	22,4
Mala	2	1,6
Causa de la discapacidad		
Adquirida	89	71,2
Congénita	36	28,8
Tiene ayudas externas		
Si	60	48,0
No	65	52,0
Participación en programas deportivos		
Si	80	64,0
No	45	36,0
Participación en programas artísticos y culturales		
Si	65	52,0
No	60	48,0
Participación en actividades espirituales		
Si	85	68,0
No	40	32,0
Participación en programas de rehabilitación		
Si	63	50,4
No	62	49,6
Pertenece a asociaciones con discapacidad		
Si	45	36,0
No	80	64,0
Consume Medicamentos		
Si	86	68,8

No	39	31,2
----	----	------

Fuente: Elaboración propia

Como se evidencia en la tabla 6, los tipos de discapacidad con la que más se auto reconocieron fueron psicosocial y física. Los participantes refirieron haber adquirido su discapacidad, en un tiempo entre 2 a 11 años, el mayor porcentaje de la población relaciona la etiología de su diagnóstico primario a los estados de salud como la enfermedad y disfunción, no obstante, refieren que su percepción de salud es buena.

La mayoría de los participantes informaron utilizar ayudas externas, entre ellas aditamentos de movilidad segura como uso de silla de ruedas, caminadores, bastones, perro guía, muletas, prótesis y órtesis; en cuanto a las ayudas para el acceso a la comunicación reportan el manejo de braille, lectores de pantallas, lentes, audífonos y herramientas hacer accesible el uso del celular.

Respecto a la participación en comunidad, se encontró una mayor vinculación en programas espirituales como ir a misa, seguido de programas deportivos como jugar fútbol, natación, montar bicicleta, caminata y gimnasia; y también reportaron inscripciones en programas artísticos y culturales como lectura, canto, baile, música y pintura. La mayoría de los participantes pertenecen a programas de rehabilitación relacionados con psiquiatría, psicología y fisioterapia, refirieron consumir medicamentos y no pertenecer a asociaciones o grupos de personas con discapacidad.

Tabla 7 Niveles de resiliencia de los participantes en el estudio

Ítem	1		2		3		4		5		6		7	
	Fci a	%	Fci a	%	Fci a	%	Fci a	%	Fci a	%	Fci a	%	Fci a	%
Cuando planeo algo lo realizo	1	,8	3	2,4	4	3,2	3	2,4	16	12,8	47	37,6	51	40,8

Generalmente me las arreglo de una manera u otra	2	1,6	0	0	1	,8	4	3,2	12	9,6	58	46,4	48	38,4
Dependo más de mí mismo que de otras personas	7	5,6	10	8,0	6	4,8	10	8,0	25	20,0	38	30,4	29	23,2
Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	2	1,6	3	2,4	1	,8	0	0	8	6,4	43	34,4	68	54,4
Puedo estar solo si tengo que hacerlo	5	4,0	1	,8	3	2,4	0	0	9	7,2	30	24,0	77	61,6
Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	2	1,6	1	,8	1	,8	2	1,6	3	2,4	24	19,2	92	73,6
Usualmente veo las cosas a largo plazo	10	8,0	6	4,8	5	4,0	8	6,4	33	26,4	32	25,6	31	24,8
Soy amigo de mí mismo	1	,8	0	0	1	,8	4	3,2	10	8,0	35	28,0	74	59,2
Siento que puedo manejar varias	8	6,4	18	14,4	6	4,8	14	11,2	22	17,6	28	22,4	29	23,2

cosas al mismo tiempo														
Soy decidido	2	1,6	5	4,0	2	1,6	7	5,6	19	15,2	36	28,8	54	43,2
Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	10	8,0	14	11,2	8	6,4	10	8,0	31	24,8	38	30,4	14	11,2
Tomo las cosas una por una	2	1,6	7	5,6	4	3,2	7	5,6	12	9,6	34	27,2	59	47,2
Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado	1	,8	4	3,2	3	2,4	4	3,2	17	13,6	49	39,2	47	37,6
Tengo autodisciplina	1	,8	4	3,2	4	3,2	6	4,8	11	8,8	31	24,8	31	24,8
Me mantengo interesado en las cosas	2	1,6	1	,8	0	0	6	4,8	11	8,8	40	32,0	65	52,0
Por lo general encuentro algo de que reírme	2	1,6	1	,8	1	,8	6	4,8	12	9,6	43	34,4	60	48,0
El creer en mí mismo me permite atravesar	1	,8	0	0	3	2,4	4	3,2	10	8,0	40	32,0	67	53,6

tiempos difíciles														
En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	,8	4	3,2	1	,8	4	3,2	19	15, 2	34	27, 2	62	49, 6
Generalme nte puedo ver una situación de varias maneras	1	,8	3	2,4	4	3, 2	3	2,4	19	15, 2	46	36, 8	49	39, 2
Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera	24	19, 2	15	12, 0	6	4, 8	10	8,0	23	18, 4	27	21, 6	20	16, 0
Mi vida tiene significado	4	3,2	0	0	0	0	0	0	6	4,8	25	20, 0	90	72, 0
No me lamento de las cosas por la que no puedo hacer nada	16	12, 8	22	17, 6	12	9, 6	10	8,0	22	17, 6	17	13, 6	26	20, 8
Cuando estoy en una situación difícil generalme nte	5	4,0	3	2,4	1	,8	7	5,6	12	9,6	45	36, 0	52	41, 6

encuentro una salida															
Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	,8	4	3,2	8	6,4	10	8,0	5	4,0	43	34,4	54	43,2	
Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	2	1,6	1	,8	0	0	3	2,4	8	6,4	26	20,8	85	68,0	

Fuente: Elaboración propia. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ligeramente en desacuerdo, 4= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5= Ligeramente de acuerdo, 6= De acuerdo, 7= Totalmente de acuerdo.

En la tabla 7 se evidencia como los participantes puntuaron en mayor frecuencia el ítem totalmente de acuerdo frente a los siguientes cuestionamientos de la resiliencia: Cuando planeo algo lo realizo; 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; soy amigo de mí mismo, siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo, soy decidido, tomo las cosas una por una, 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 difíciles, en una emergencia soy una persona en quien se puede confiar, generalmente puedo ver una situación de varias maneras, mi vida tiene significado, no me lamento de las cosas por la que no puedo hacer nada, cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida, tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer, y acepto que hay personas a las que yo no les agrado.

Los enunciados de generalmente me las arreglo de una forma u otra, dependo más de mí mismo que de otras personas, rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo, puedo

enfrentar las dificultades porque las he experimentado, tengo autodisciplina, algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera, los participantes están en mayor porcentaje de acuerdo.

Ante la pregunta usualmente veo las cosas a largo plazo, la población en mayor porcentaje se inclina por el ítem ligeramente de acuerdo.

Tabla 8 Escala de Resiliencia de los participantes en el estudio

Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Escasa resiliencia	10	8,0
Resiliencia moderada	37	29,6
Alta capacidad de resiliencia	78	62,4
Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia

La tabla 8 muestra la distribución de las características de la resiliencia en los participantes del estudio, encontrando que el 62,4% de la población tiene una alta capacidad de resiliencia.

Tabla 9 Niveles de satisfacción con la vida de los participantes en el estudio

Variable	1		2		3		4		5		6		7	
	Fci	%	Fci	%	Fci	%	Fci	%	Fci	%	Fci	%	Fci	%
En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal	4	3,2	7	5,6	8	6,4	5	4,0	28	22,4	53	42,4	20	16,0

Las condiciones de mi vida son excelentes	1	,8	5	4,0	5	4,0	10	8,0	22	17,6	52	41,6	30	24,0
Estoy satisfecho con mi vida	2	1,6	2	1,6	1	,8	6	4,8	15	12,0	45	36,0	54	43,2
Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	2	1,6	14	11,2	6	4,8	4	3,2	26	20,8	37	29,6	36	28,8
Si tuviera que vivir mi vida de nuevo no cambiaría casi nada	13	10,4	21	16,8	16	12,8	9	7,2	21	16,8	22	17,6	23	18,4

Fuente: Elaboración propia. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ligeramente en desacuerdo, 4= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5= Ligeramente de acuerdo, 6= De acuerdo, 7= Totalmente de acuerdo.

En relación con las siguientes preguntas sobre satisfacción con la vida los participantes en el estudio se inclinan en una mayor puntuación por el ítem totalmente de acuerdo frente a los siguientes cuestionamientos: Estoy satisfecho con mi vida y si tuviera que vivir mi vida de nuevo no cambiaría casi nada (tabla 9).

En lo referente a los siguientes enunciados: en la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal, las condiciones de mi vida son excelentes y hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida. Los participantes están en mayor porcentaje de acuerdo.

Tabla 10 Satisfacción con la vida final

Variable		Frecuencia	Porcentaje
	Altamente satisfecho	42	33,6
	Satisfecho	43	34,4
	Ligeramente satisfecho	26	20,8
Satisfacción con la vida	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 10 muestra el nivel de satisfacción con la vida de la población de estudio, encontrando que el 85% de esta se encuentra entre satisfecho y altamente satisfecho, y el 8% de la muestra informó estar muy insatisfecho con la vida.

7.2 ANALISIS BIVARIADO

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

Variable	Chi-Cuadrado	Significancia	Coef. Tau C Kendall
Edad	7,425	0,283	

Sexo	0,623	0,732	
Afiliación al sistema de seguridad social	2,774	0,837	
Estado civil	18,056	0,021	0,114
Estrato socioeconómico	14,869	0,062	
Nivel máximo de escolaridad	25,305	0,001	0,303000
Actualmente se encuentra laborando	5,474	0,065	
Tipo de contrato	4,941	0,176	
Actualmente se encuentra estudiando	4,860	0,088	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 11 evidencia que se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre resiliencia y el estado civil ($p= 0,021$) con una fuerza de asociación nula, del mismo modo se encontró asociación con el nivel máximo de escolaridad ($p = 0,001$), de acuerdo al coeficiente Tau C Kendall es baja la fuerza de asociación.

Tabla 12 Resumen de la asociación entre variables de condición de salud y nivel de resiliencia

Variable	Chi-Cuadrado	Significancia	Coficiente Tau C Kendall
Estado enfermedad	5,385	0,498	
Estado disfunción	9,438	0,150	
Origen de la discapacidad	0,043	0,979	

Se auto reconoce con discapacidad física	1,443	0,486	
Se auto reconoce con discapacidad visual	6,346	0,042	0,208
Se auto reconoce con discapacidad auditiva	0,962	0,618	
Se auto reconoce con discapacidad psico – social	9,350	0,009	0,184
Se auto reconoce con discapacidad múltiple	0,264	0,874	
Tiempo de la discapacidad	120,189	0,064	
Percepción de la salud actual	21,176	0,000	0,153
Causa de la discapacidad	5,184	0,075	
Tiene ayudas externas	7,709	0,021	0,209
Participación en programas deportivos	2,940	0,230	
Participa en actividad física	9,342	0,009	0,093
Participa en ejercicio físico	2,718	0,257	
Participa en un deporte	4,707	0,095	
Participa en otras actividades deportivas	15,872	0,725	
Participación en programas artísticos y culturales	0,865	0,649	
Participa en programas de lectura	4,969	0,083	
Participa en programas de cerámica	1,225	0,542	
Participa en programas de baile	0,671	0,715	
Participa en programas de teatro	1,225	0,542	
Participa en programas de arte	1,546	0,462	
Participa en otros programas	32,111	0,124	
Participación en programas espirituales	0,022	0,989	

Participa en misa	1,510	0,470	
Participa en culto	2,391	0,303	
Participa en otras actividades espirituales	6,096	0,964	
Participación en programas de rehabilitación	4,199	0,123	
Participación en programas de fisioterapia	0,100	0,951	
Participación en programas de fonoaudiología	1,013	0,602	
Participación en programas de terapia ocupacional	4,283	0,117	
Participación en programas de psicología	0,847	0,655	
Participación en programas de nutrición	3,255	0,196	
Participación en otros programas de rehabilitación	7,567	0,023	0,150
Pertenece a una asociación con discapacidad	4,894	0,087	
Consume medicamentos	6,134	0,047	0,180

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12 se presenta la asociación entre las variables condición de salud y nivel de resiliencia de la población de estudio, encontrándose asociaciones estadísticamente significativas con fuerza de asociación nula en las siguientes variables: Auto reconocerse como persona con discapacidad psicosocial ($p=0,009$), percepción actual de la salud ($p=0,000$), participación en actividad y programas de rehabilitación ($p=0,023$), actividad física ($p=0,009$), e ingesta de medicamentos ($p=0,047$). También se encontró asociación con auto reconocerse como persona con discapacidad visual ($p = 0,042$) y uso de ayudas externas ($p=0,021$) con una fuerza de asociación baja, acorde al coeficiente Tau C de Kendall.

Tabla 13 Asociación entre nivel de satisfacción con la vida y nivel de resiliencia

Satisfacción con la vida	Resiliencia final				Chi cuadrado	Significancia	Tau c Kendall
	Escasa	Moderada	Alta	Total			
Satisfecho	1	6	35	42	35,280	0,000	0,335
	2,4%	14,3%	83,3%	100,0%			
Altamente satisfecho	0	16	27	43			
	0,0%	37,2%	62,8%	100,0%			
Ligeramente satisfecho	5	8	13	26			
	19,2%	30,8%	50,0%	100,0%			
Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	4	5	2	11			
	36,4%	45,5%	18,2%	100,0%			
Insatisfecho	0	1	1	2			
	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%			
Muy insatisfecho	0	1	0	1			
	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%			

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la asociación entre nivel de satisfacción con la vida y nivel de resiliencia, se encontró que el 83,3% de los participantes están altamente satisfechos y tienen una alta capacidad de resiliencia. El 62,8% de la población están satisfechos y presentan una alta

capacidad de resiliencia. El 50,0% de los encuestados están ligeramente satisfechos y refieren una alta capacidad de resiliencia. El 45,5% de las personas con discapacidad están ligeramente por debajo de la media de satisfacción con la vida y obtuvieron una resiliencia moderada. El 50.0% de los sujetos que están insatisfechos se encuentran divididos en igual proporción entre resiliencia moderada y alta capacidad de resiliencia. Y el 100.0% de los participantes que refieren estar muy insatisfechos con su vida alcanzan una resiliencia moderada (tabla 13).

En la relación entre el nivel de satisfacción con la vida y el nivel de resiliencia, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables con una $p=0,000$, siendo su fuerza de asociación baja, acorde al coeficiente establecido.

Tabla 14 Resumen de la asociación entre variables sociodemográficas y nivel de satisfacción con la vida

Variable	Chi-Cuadrado	Significancia	Coficiente Tau C Kendall
Edad	15,463	0,419	
Sexo	3,958	0,556	
Afiliación al sistema de seguridad social	16,815	0,330	
Estado civil	26,735	0,143	
Estrato socioeconómico	11,146	0,942	
Nivel máximo de escolaridad	16,837	0,664	
Actualmente se encuentra laborando	14,779	0,011	0,292
Tipo de contrato	13,921	0,125	
Actualmente se encuentra estudiando	1,924	0,860	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 14 de resumen de la asociación entre las variables sociodemográficas y nivel de satisfacción con la vida, muestra una asociación estadísticamente significativa con el ítem actualmente se encuentra laborando ($p=0,011$), con una fuerza de asociación baja, acorde al coeficiente utilizado.

Tabla 15 Resumen de la asociación entre variables de condición de salud y nivel de satisfacción con la vida

Variable	Chi-Cuadrado	Significancia	Coficiente Tau C Kendall
Estado enfermedad	19,300	0,200	
Estado disfunción	15,154	0,440	
Origen de la discapacidad	7,755	0,170	
Se auto reconoce con discapacidad física	3,574	0,612	
Se auto reconoce con discapacidad visual	18,686	0,002	0,353
Se auto reconoce con discapacidad auditiva	1,092	0,955	
Se auto reconoce con discapacidad psico – social	13,049	0,023	0,277
Se auto reconoce con discapacidad múltiple	2,817	0,728	
Tiempo de la discapacidad	215,059	0,916	
Percepción de la salud actual	8,439	0,586	
Causa de la discapacidad	10,758	0,056	
Tiene ayudas externas	8,328	0,139	

Participación en programas deportivos	2,855	0,722	
Participa en actividad física	5,982	0,308	
Participa en ejercicio físico	2,155	0,827	
Participa en un deporte	3,323	0,650	
Participa en otras actividades deportivas	100,332	0,000	0,067
Participación en programas artísticos y culturales	2,186	0,823	
Participa en programas de lectura	5,773	0,329	
Participa en programas de cerámica	1,888	0,864	
Participa en programas de baile	2,673	0,750	
Participa en programas de teatro	31,238	0,000	0,010
Participa en programas de arte	8,410	0,134	
Participa en otros programas	42,291	0,960	
Participación en programas espirituales	6,488	0,262	
Participa en misa	7,496	0,186	
Participa en culto	7,019	0,219	
Participa en otras actividades espirituales	25,789	0,872	

Participación en programas de rehabilitación	13,426	0,020	0,285
Participación en programas de fisioterapia	10,968	0,052	
Participación en programas de fonoaudiología	30,912	0,000	0,029
Participación en programas de terapia ocupacional	25,713	0,000	0,061
Participación en programas de psicología	19,434	0,002	0,006
Participación en programas de nutrición	10,042	0,074	
Participación en otros programas	7,645	0,177	
Pertenece a una asociación con discapacidad	3,244	0,662	
Consume medicamentos	9,049	0,107	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 15 resumen de la asociación entre las variables de condición de salud y nivel de satisfacción con la vida, muestra asociaciones estadísticamente significativas y una fuerza de asociación nula en lo relacionado a: Vinculación en otras actividades deportivas ($p=0,000$), participación en actividades de teatro ($p=0,000$); en el uso de servicios de fonoaudiología ($p=0,000$), terapia ocupacional ($p=0,000$) y psicología ($p=0,002$). También se encontró asociación con auto reconocimiento en las tipologías de discapacidad visual ($p=0,002$) y psicosocial ($p=0,023$), y en la participación en programas de rehabilitación ($p=0,020$), con una fuerza de asociación baja según el coeficiente Tau C Kendall.

8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación determinó la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad. En tal sentido en la caracterización de las variables sociodemográficas y condiciones de salud de los participantes. Se encontró que la mayoría de la población con discapacidad participantes de la ciudad de Medellín fueron mujeres. Estos datos son similares a los reportados a nivel Internacional en el estudio de bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad realizado por Suria, donde el (51%) de los participantes fueron de sexo femenino, en paralelo a un 49% de sexo masculino (11).

En este mismo contexto a nivel nacional en el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y de la Protección Social (81) se registra mayor proporción de mujeres con discapacidad que hombres, el Boletín de la oficina de promoción social (82), indicó que dentro de la población con discapacidad registrada, se encuentra un porcentaje mayor de mujeres (51%) con respecto a los hombres (49%). Mientras que el estudio reportado por Gil et al (84) muestran que la tendencia de la discapacidad se direcciona hacia el sexo masculino.

En el presente estudio en mayor porcentaje los participantes son de estado civil solteros (76,8%); este hallazgo coincide con el estudio de Visbal et al (83) quienes identificaron que el (43,2%) de su población eran de estado civil soltero y Gil et al. (84) En donde se registra una tendencia de discapacidad mayor en hombres solteros y adultos jóvenes.

Con relación a la edad, en el presente estudio se encontró en mayor porcentaje, personas con discapacidad entre 18 a 27 años; datos similares se obtuvieron en el estudio realizado por Gil et al. (84) donde según el grupo etario, muestra una tendencia hacia los adultos jóvenes entre 14 a 43 años, se encuentran también datos similares en el estudio de Visbal et al (83) donde se identificó mayor participación por personas con discapacidad con rango de edades entre 20 a 29 años, en contraste en el estudio realizado por Vélez, et al. (85).

Quienes señalan que el mayor porcentaje de su población de estudio eran mayores de 65 años.

Con respecto a la afiliación en seguridad social en mayor porcentaje las personas con discapacidad en este estudio están adscritas al régimen subsidiado, y pertenecen a un estrato socioeconómico dos, datos similares son presentados por Gil et al. (84) donde cerca de la mitad de los participantes de la ciudad de San Juan de Pasto, se encuentran en el régimen subsidiado. Por su parte el Boletín poblacional (82), muestra que el (69,6%) de las personas con discapacidad pertenecen al régimen subsidiado y el (30,3%) al régimen contributivo.

Otros estudios como el realizado por Vélez, et al. (85) también encontraron un porcentaje considerable de personas afiliadas a régimen subsidiado y con un estrato socioeconómico uno. Los anteriores hallazgos investigativos y estadísticos, difiere a los presentados por Visbal et al. (83) ya que encuentran que más de la mitad de los participantes involucrados en su estudio (51,2%) pertenecen a régimen contributivo y cuentan con un estrato socioeconómico uno.

En relación con el nivel académico la mayoría de las personas con discapacidad del presente estudio cursaron hasta secundaria, lo que concuerda con la investigación realizada por Acosta, et al. (86), donde el (35%) de los participantes informaron haber cursado la secundaria completa. Al respecto Vélez et al. (85) encontró una marcada diferencia en su estudio pues el (37.7%) de la población con discapacidad participante no ha completado la educación básica primaria y tan solo el 19.4% culminó básica secundaria.

Con respecto a la situación laboral se encuentra, que el menor porcentaje de los participantes del estudio, están vinculados en un trabajo a término fijo, representando tan solo el (24,8%), lo cual coincide con los resultados del estudio realizado por Gil et al. (84) quienes identificaron que un cuarto de los participantes del estudio estaba desempleado por motivo de salud. Asimismo, Visbal et al. (83) de las 9.595 personas con discapacidad vinculadas a su estudio, encuentra que el 14,22% trabaja.

En coherencia con lo anterior la OMS (1) indica que el desempleo es uno de los componentes característicos de las personas con discapacidad, articulado a ello la investigación realizada por Panqueva y Ríos (87) muestra la relación entre el total de trabajadores de las empresas frente a los trabajadores en condición de discapacidad, siendo esta última población muy poco representativa.

En cuanto a la condición de salud los participantes relacionan la etiología de su diagnóstico a estados de salud como la enfermedad y disfunción. Estos datos son similares a la publicación del informe de desarrollo social del gobierno de Chile (88) donde se identificó que el (98,9%) de la población con discapacidad declara haber sido diagnosticado por un profesional de la salud con alguna enfermedad. En el preámbulo colombiano el Boletín Poblacional de Personas con Discapacidad (82). El origen de la discapacidad más frecuente que han afirmado las personas registradas en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con discapacidad, son la enfermedad general representada en un (40,1%); seguido de accidentes con un (16,7%); alteraciones genéticas con (15,4%) y condiciones de salud representado en un (9,2%).

En relación al auto reconocimiento de la discapacidad se encontró en el estudio, mayor representación por personas con discapacidad psicosocial, seguida de las personas con discapacidad física. Lo cual coincide con el informe presentado por el Plan de desarrollo de Medellín (89), donde se menciona que en la ciudad cerca del (31%) presenta una discapacidad física, el (22%) mental, intelectual y el (21%) múltiple. Estos datos se contrastan con la investigación realizada por Suriá (11), donde se coincide con la segunda categoría relacionada con la discapacidad física con un (36.7%), seguida de un (21.4%) de personas con discapacidad visual.

En lo relacionado a la percepción de salud los participantes del estudio en mayor prevalencia reportaron tener una buena salud, estos datos difieren con las estadísticas del Censo Dane (3), donde se identificó que las personas con dificultades en el funcionamiento humano realizaron diversas acciones para la atención en salud: Acudió a un médico particular (28,1%), usó remedios caseros (27,6%), Se auto recetó (15,1%), Asistió a terapias alternativas (1,2%) (3).

En concordancia a ello, el Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS realizó una comparación del uso promedio de los servicios de salud de las Personas con Discapacidad Vs Población General, observándose mayor concentración de las atenciones en salud de las personas con discapacidad en relación a consultas, procedimientos, servicios de urgencias, hospitalizaciones (82).

Con respecto a la etapa en la que se presentó la discapacidad, en este estudio la mayoría de los participantes expresaron que la discapacidad fue adquirida y se presentó en el rango de 2 a 11 años. Estos hallazgos difieren con la investigación de Suriá (90). Donde se vincularon (54.3%) jóvenes con discapacidad congénita y el (45.7%) discapacidad adquirida.

Con relación al uso de ayudas técnicas y dispositivos de asistencia, la investigación encontró que la mayoría de los participantes reportaron hacer uso de aditamentos para la movilidad, siendo usuarios de prótesis y órtesis, y otros requieren ayudas para el acceso a la comunicación. Estos resultados se relacionan con lo encontrado en la investigación realizada por Gil et al. (84) donde el (59%) manifestó el uso de ayudas externas principalmente el bastón. En el Censo Dane (3), se resaltan el uso de mecanismos de apoyo en las personas que presentan algún tipo de dificultad en el funcionamiento, entre estas el uso de “gafas, lupas, bastones, silla de ruedas e implantes cocleares”.

En lo que respecta a la participación en programas o actividades, la población participante presenta mayor vinculación en programas espirituales, seguido del programa deportivo y cultural, información que tiene coincidencia con los autores, Hierro et al (91), quienes identificaron en alta frecuencia, que la población participa en actividades deportivas inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales, así como en actividades sociales y espirituales.

Dentro de los hallazgos relacionados a los programas de rehabilitación en los que participa la mayor población del estudio, están los procesos de psiquiatría, psicología, fisioterapia y nutrición, así como la ingesta de medicamentos. Lo cual está en relación con el Censo Dane (3), que manifiesta que el (46,9%) de la población utiliza mecanismos de apoyo relacionados con el uso de Medicamentos o terapias.

Con respecto al segundo objetivo, relacionado con los niveles de resiliencia, los participantes obtuvieron alta capacidad de resiliencia (62.4%), estos resultados son coherentes con el estudio de Suriá (90) que comprobó que los participantes a pesar de las diferentes barreras alcanzaron una capacidad de resiliencia alta. Por su parte Saavedra y

Villalta (92) identificaron como la experiencia de vivir con una discapacidad física, les permitió adquirir herramientas necesarias para adaptarse y evolucionar positivamente.

En articulación a lo anterior, resultados similares fueron encontrados por Cahuana et al (93), quienes hallaron que las personas con discapacidad sensorial que poseen cohesión familiar, empleo y perciben apoyo económico, resultan ser los mejores predictores de resiliencia. Lo mismo se evidencia en el informe de Baider (94), quien afirma que el apoyo familiar genera efectos psicológicos positivos para el abordaje de la discapacidad, contribuyendo a su capacidad de resiliencia. Por su parte Segers et al., (95) en su estudio encontraron niveles moderados de resiliencia, este dato coincide con el estudio de Suriá (11), que también arroja moderados niveles de bienestar subjetivo y resiliencia entre los participantes.

En cuanto al nivel de satisfacción con la vida, los resultados del estudio indican que el mayor porcentaje de los participantes se encuentran satisfechos con su vida, esto coincide con los resultados de los autores García y Ovejero (16) quienes identificaron en la población con discapacidad intelectual que el deporte permite alcanzar niveles superiores de satisfacción con la vida. Aunado a esto, se encuentra la investigación realizada por Tejero, C et al. (96), que encontraron que el efecto favorecedor de la competencia en el deporte propicia una alta satisfacción con la vida en los deportistas con discapacidad física. Contrario a los resultados hasta aquí mencionados en torno a la satisfacción con la vida, se encuentra un estudio realizado por Alcover (97). En donde se identifica una baja satisfacción con la vida en trabajadores con discapacidad, esto asociado a una disminución de la satisfacción laboral.

Con respecto a las asociaciones encontradas entre las variables sociodemográficas y nivel de resiliencia, en el presente estudio se denotan asociaciones estadísticamente significativas en el estado civil y el nivel máximo de escolaridad. En mención a la asociación entre resiliencia y estado civil, se encuentra una similitud con el estudio realizado por Chuquihuanga y Quispe (98) que identificaron que personas con discapacidad solteras presentaron un nivel medio de resiliencia, no obstante, las personas divorciadas y viudas alcanzaron un nivel más alto en esta capacidad.

En lo que respecta a la asociación entre resiliencia y nivel máximo de escolaridad los resultados de este estudio concuerda con el artículo elaborado por Arranz (99), 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.

Por otra parte, la investigación permitió determinar que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable auto reconocimiento de discapacidad visual y discapacidad psicosocial. Al respecto se encuentran similitudes con el estudio realizado por Suria (11) el cual arroja las puntuaciones más altas de resiliencia en los participantes que presentan discapacidad visual y motora. Desde otro punto de vista, la investigación realizada por Cahuana et al (93), sustentan que, al comparar la resiliencia de personas con discapacidad física y personas con discapacidad sensorial, por los niveles de dependencia funcional se obtiene mayores puntuaciones en personas con discapacidad sensorial frente a las personas con discapacidad física.

En los resultados de este estudio, se encontró asociaciones estadísticamente significativas entre resiliencia y percepción de salud. Siguen esta misma tendencia los hallazgos presentados por los autores Tovar y García (100) 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.

Además, se obtuvo una asociación entre la resiliencia y el uso de ayudas externas, donde la mayoría de la población refirió ser usuaria de ellas. Estos datos concuerdan con la investigación de Botero (101) el cual evidencia que, en el caso de personas con limitaciones en la movilidad generada por esclerosis múltiple el uso de ayuda técnicas en movilidad “silla de ruedas”, favorece la percepción de la vida de estas personas. De la misma manera Guerra et al (102) encontró que el uso de audífonos y otras herramientas para el acceso a la comunicación de personas con discapacidad auditiva incrementan habilidades sociales y con ello favorecen en relacionamiento a nivel social. Por su parte los hallazgos encontrados

por Gil et al (84), tienen similitud pues reportan que más de la mitad de la población de su estudio usa ayudas externas, principalmente el bastón.

Con referencia a la participación en actividades físicas se encontró relación estadísticamente significativa entre esta variable y la resiliencia. Estos resultados son similares a los encontrados por Velasco (103) quien sustenta que el deporte es un factor que permite estimular la resiliencia, al igual que el apoyo del núcleo familiar. Estos resultados también son coherentes con los encontrados por Benítez et al (104) donde se concluye que el deporte, cumple la función de tutor de la resiliencia en las personas con discapacidad, entre otras cosas, permite romper barreras actitudinales, estereotipos y creencias erróneas de la sociedad.

En este estudio, también se obtuvo una relación entre resiliencia, participación en otros programas de rehabilitación y consumo de medicamentos. Estos resultados son similares a los de Mendieta (105) el cual menciona que, si las familias que tienen hijos con discapacidad siguen un tratamiento integral que incluya apoyos psicológicos e instrumentales (terapia física, de lenguaje, hipo terapia, riso terapia, entre otras), previamente asignados por el médico tratante, se logran estimular sus capacidades de resiliencia, así como las habilidades para la vida.

Con respecto a las asociaciones encontradas entre las variables sociodemográficas y nivel de satisfacción con la vida, se halló una asociación estadísticamente significativa en el ítem se encuentra laborando. De la misma manera, los resultados presentados por Alcover (97), ponen en evidencia que el ámbito laboral es uno de los aspectos que más influye en el bienestar y la salud de las personas, de ahí que, si existe una insatisfacción laboral en trabajadores con discapacidad, está estará asociada a una baja satisfacción con la vida.

La investigación permitió establecer, que existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de satisfacción con la vida y condición de salud, dando como resultado que las personas con discapacidad visual y pisco – social son quienes presentan mayores niveles de satisfacción con la vida en comparación con las demás discapacidades. Estos resultados difieren con los hallazgos de González (106) 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 estudio se evidenció la asociación estadísticamente significativa que existe entre otros programas deportivos con la satisfacción con la vida. La investigación aportada por Tejero et al (96) coincide con estos datos ya que muestra que existe una asociación entre la práctica deportiva, específicamente el baloncesto en silla de ruedas, con la satisfacción con la vida y la autoeficacia, que perciben las personas con discapacidad física practicantes de este deporte adaptado.

En el presente estudio 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 coherentes con Gifre et al., (107), 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. (108)

Por otra parte, los resultados del estudio arrojan que existe una asociación entre la vinculación a programas de teatro con la satisfacción con la vida. De igual manera Riesco (109) con base en su estudio menciona el gran interés que poseen las personas con discapacidad por participar de los espectáculos y conciertos que ofrece el teatro; pero exponen las diferentes barreras en accesibilidad que impiden en ocasiones su participación.

Según Torres, (110) el desarrollo humano es atravesado por manifestaciones artísticas y culturales como el teatro que impactan de forma positiva la adquisición de recursos psicológicos y el desarrollo de la identidad del ser humano, que se hacen necesarios para manejar las diferentes situaciones de la vida, a nivel individual y social.

Como lo plantean Torres, Trozzo & Soria (111) El teatro se configura como una herramienta para el desarrollo de la subjetividad de las personas con discapacidad, ya que implica una relación dinámica entre el auto concepto, autoestima, la resolución de problemas, el reconocimiento de la diversidad y la integración de las diferencias.

Finalmente, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de resiliencia y la satisfacción con la vida, resultado que concuerda con los hallazgos de varias investigaciones, al respecto López (112) 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 (113) 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 (114), quienes determinaron que, a mayor satisfacción con la vida, mayores son los índices de capacidad de resiliencia. De la misma manera, Retamozo (115) reporta que existe una relación estadísticamente significativa entre estos dos factores.

9 CONCLUSIONES

- Participaron 125 personas con discapacidad, el mayor porcentaje fueron de sexo femenino, con edades entre los 18 y 27 años, estado civil solteros, vinculadas al régimen de seguridad social subsidiado, con un estrato socioeconómico dos, un nivel educativo hasta secundaria, y en menor porcentaje trabajan con un tipo de contrato a término fijo.
- Los tipos de discapacidad con la que más se auto reconocieron fueron psicosocial y física. Los participantes refirieron haber adquirido su discapacidad, en un tiempo entre 2 a 11 años, el mayor porcentaje de la población relaciona la etiología de su diagnóstico primario a los estados de salud como la enfermedad y disfunción, no obstante, refieren que su percepción de salud es buena. La población utiliza aditamentos para la movilidad y ayudas para el acceso a la comunicación; participan en mayor medida en actividades espirituales, hacen parte de programas de rehabilitación relacionados con servicios de psiquiatría, psicología, fisioterapia y nutrición y tienen prescripción de medicamentos; la mayoría no están vinculados en asociaciones o grupos de personas con discapacidad
- En mayor porcentaje los participantes obtuvieron puntuaciones altas en cuanto al nivel de resiliencia, según lo indica la Escala de resiliencia de Wagnild y Young en su versión adaptada al español es un indicador alto de resiliencia.
- En cuanto a satisfacción con la vida, se encontró predominio en el rango satisfecho, lo cual, según el Modelo de Diener, implica para las personas que puntúan en este indicador, que la vida es agradable y en sus diferentes ámbitos se sienten satisfechos pues todo va razonablemente bien.
- Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los niveles de resiliencia el estado civil, el nivel de escolaridad, el auto - reconocimiento como persona con discapacidad visual y psico-social, en percepción de la salud actual, el uso

de ayudas externas, participación en actividad física, vinculación a otros programas de rehabilitación (psiquiatría) y consumo de medicamentos.

- Se halló asociación estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida y las variables se encuentra laborando, auto reconocimiento como persona con discapacidad visual y psico – social, participación en otros programas deportivos, de teatro y en programas de rehabilitación como fonoaudiología, terapia ocupacional y psicología.
- La satisfacción con la vida y la resiliencia se asociaron estadísticamente por tanto se concluye que en este grupo de personas con discapacidad es necesario aprovechar los recursos que se derivan de esta para potencializar una actitud positiva y mantenerla en función de la vida y el bienestar de estos.

10 RECOMENDACIONES

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

- Diseñar estrategias para fortalecer los procesos educativos dirigidos a las personas con discapacidad, motivarlas a aprovechar las oportunidades de manera que se implementen ajustes razonables y se brinde un servicio con pertinencia y calidad, y con ello se contribuya al fortalecimiento de la capacidad de resiliencia.
- A los entes gubernamentales continuar las acciones para la regulación de los procesos de elaboración y adquisición de órtesis y prótesis, así como apoyar los avances en la fabricación de ayudas técnicas, y estrategias de comunicación e información accesibles para la población con discapacidad ya que se evidencia que las personas que tienen acceso a estas ayudas externas alcanzan mejores niveles de resiliencia.
- 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.
- 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.
Se hace necesario continuar investigando en esta población, sobre otros factores que pueden ser protectores como la familia y los vínculos psicosociales, para que puedan ser reforzados los niveles de bienestar subjetivo, sus sistemas y a su vez las redes de apoyo.

- Fomentar en los ámbitos sociales y políticos el derecho de las personas con discapacidad a la inclusión social y con ello, a que la sociedad tome mayor conciencia en ofrecer apoyo para la plena integración psicosocial hacia las personas que viven esta situación.
- Reformular por parte de entes gubernamentales como el Ministerio de Salud y Protección Social, secretarías de Salud Departamental y Municipal, programas de intervención integral que estimulen el desarrollo de factores relacionados con capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, aceptación y satisfacción con la vida.
- En el marco de la política Distrital de Salud Mental de la ciudad de Medellín se debe continuar el reconocimiento de la discapacidad y el abordaje amplio para fomentar su salud mental, como pueden ser la promoción de programas comunitarios que inicie en las etapas infantiles y juveniles donde se estimule el desarrollo de factores de resiliencia, pues cuanto antes se adquiriera esta capacidad, más posibilidades tendrá el individuo de enfrentarse y reponerse de manera exitosa ante múltiples obstáculos. El fomento de esta capacidad no puede estar en desarticulación con el cumplimiento permanente de los derechos políticos, económicos, culturales y sociales necesarios para adoptar un estilo de vida saludable y con ello además mejorar su percepción de satisfacción con la vida.
- Fortalecer los conocimientos sobre los factores de resiliencia y satisfacción con la vida de personas con discapacidad, considerando las etapas del desarrollo humano; ya que las experiencias positivas o adversas y la forma de sobrellevarlas se acumulan y pueden variar a lo largo de la vida; nuevas investigaciones entonces, podrían facilitar la identificación de riesgos, generar acciones de intervención, movilizar a la sociedad en la generación de recursos para la promoción de estos factores que son necesarios en las personas a cualquier edad.

- Desarrollar investigaciones para evaluar los niveles de resiliencia y satisfacción en la vida en personas con discapacidad sordo ceguera y con personas con pérdida total de la audición, ya que en este trabajo, durante el muestreo por bola de nieve no se obtuvo contactos de personas que convivieran con estos tipos de discapacidad.
- Dentro de la política pública de Medellín, se debe mejorar la representatividad de las personas con discapacidad en la ciudad de Medellín en los diferentes movimientos asociativos, ya que se identificó que la mayoría de los participantes no se involucran ni participan en colectivos, asociaciones o redes que favorezcan su unidad, capacidad de auto gestión, la reivindicación de sus derechos y el desarrollo de programas que estimulen factores de resiliencia y satisfacción con la vida.
- En el estudio se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el auto reconocimiento de la discapacidad visual y psicosocial y los niveles de resiliencia y satisfacción con la vida, lo que podría sugerir que el aceptar su discapacidad y hacer uso de recursos y apoyo social, influye en el desarrollo de factores personales como la independencia, dominio y la perseverancia, así como en la percepción de satisfacción con la vida. Esto enmarca la necesidad de incorporar otras acciones de promoción de factores socioemocionales y programas que estimulen la salud mental tanto en los sectores gubernamental como en los no gubernamentales.

11 REFERENCIAS

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

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

19. Ministerio De Salud y Protección Social. Discapacidad. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx> Consultado. Enero de 2016.
20. Organización Mundial De La Salud, Organización Panamericana De La Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. 2002. http://aspacenet.aspace.org/images/doc/cif_2001-abreviada.pdf
21. Vanegas JH, Gil LM. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial, Hacia la Promoción de la Salud. 2007; 12(1): 51- 61.
22. Padilla A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos. Revista Colombiana de Derecho Internacional. 2010; 16 (1): 381-414. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
23. Organización Mundial De La Salud. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. 2011. Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=870&Itemid=324
24. Departamento Administrativo Nacional De Estadística (DANE). Dirección de censos y demografía. Base de datos de registro de localización y caracterización de personas con discapacidad. Bogotá; 2005.
25. Castellano C, Blasco S, Perez M. Dar sentido a la resiliencia: una revisión desde el campo de la psicooncología pediátrica y una propuesta de modelo para su estudio. Scielo. [Internet] 2014. [citado 8 jun 2020]; 30 (03): 13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n3/psicologia_clinica2.pdf
26. Granados L, Alvarado S, Carmona J. El camino de la resiliencia: del sujeto individual al sujeto político. magis, Revista Internacional de Investigación en Educación [Internet] 2017. [citado 8 jun 2020];10 (20), 49-68 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6230814>
27. Bahadir E. La resiliencia como estrategia para luchar contra los desafíos relacionados con la profesión de enfermería. Investigación en enfermería china [Internet]. 2017.

- [citado 8 jun 2020];4:9-13. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771817300075>
28. Dongyun L, Eun-Seung Y, Nam H. La resiliencia como mediadora en la relación entre el estrés postraumático y el crecimiento postraumático entre las víctimas adultas de accidentes o delitos: el efecto mediador moderado del trauma infantil. *Revista europea de psicotraumatología*. [Internet]. 2020. [citado 8 jun 2020]; 11:(1): 9. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771817300075>
 29. Garmez NA. Resiliencia en la adaptación de los niños a eventos vitales negativos y entornos estresados. *Pediátrico*, 1991; 20, 459-466.
 30. Berger K. *Psicología del Desarrollo, infancia y adolescencia*. Editorial Paramericana [Internet]. Edición 9ª. Editorial medica Paramericana 2017. [citado 8 jun 2020]
 31. Gonzales M, Lacasta M, Ordoñez A. *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Edición 1º. Editorial medica paramericana. 2012. [citado 8 jun 2020].
 32. Posada A, Gomez J, Ramirez H. *El niño sano, una visión integral*. Edicion 4º. Editorial medica paramericana. 2016. [citado 8 jun 2020].
 33. 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.
 34. Fergus S. & Zimmerman M. Adolescent resilience: Un marco para entender el desarrollo saludable frente al riesgo. *Revisión anual de salud pública*.2005
 35. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2015; 2(40):103-113.
 36. Heilemann MV, Lee KA, & Kury FS. Evaluación psicométrica de la versión española de la Escala de Resiliencia. *Revista de medición de enfermería*, 2003; 11:61–72.
 37. Martínez RS. Relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Revista Electrónica de Investigación en Psicología de la Educación*. 2016; 14(40): 450.473.

38. Salazar-Farfán M. Padres de niños con discapacidad. Relación y diferencias entre inteligencia emocional y resiliencia. CASUS. 2017.
39. Vásquez-Campo R, Granados-Ospina LF, Muñoz-Ortega L, Rodríguez-Arenas MS, Trujillo-García S. Caracterización del avance teórico, investigativo y/o de intervención en resiliencia desde el ámbito de las universidades en Colombia. Universitas Psychologica [Internet]. 2011. [Citado 15 mayo 2020]. 11(2): 545-557.
40. Villa-Guardiola VJ, Oliva-Gómez E. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris [Internet]. 2014. [citado 2 jun 2020]. 10 (1): 11-20: disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
41. Pinto-Archundia R. La importancia de promover los valores del hogar hacia las escuelas primaria. Ra Ximhai [Internet]. 2016. [Citado 2 jun 2020]. 12 (3): 271-283. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46146811018.pdf>
42. Suarez-Ortiz JL, Urrego-Murillo LM. Relación familia-escuela: una mirada desde las prácticas pedagógicas rurales en anserma, caldas. latinoam.estud.fam [Internet]. 2014. [Citado 3 jun 2020]. 6: 97-113. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/co/co-035/index/assoc/D14046.dir/RLEF6_Completa.pdf#page=98
43. Chavas-Salas AL. Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de vigotsky. Revista educación [Internet]. 2001. [Citado 4 junio 2020]; 25 (2): 59-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44025206.pdf>
44. Iniesta-Martinez A, Martinez-Sanz A, Mañas-Viejo C. Autoestima y diversidad funcional. Infad [Internet]. 2014. [Citado 1 jun 2020]. 2 (1): 439-446. Disponible en: http://dehesa.unex.es/static/flexpaper/template.html?path=/bitstream/handle/10662/1642/0214-9877_2014_1_2_439.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=1
45. Sánchez-Teruel, 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>

46. Méndez J, Navarro A & Al. La satisfacción vital en los mayores Factores sociodemográficos. 2009. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N95-2.pdf>.
47. Cummins RA. Calidad de vida objetiva y subjetiva: un modelo interactivo. *Investigación de indicadores sociales*. 2000; 52: 55-72
48. Marrero RJ, Carballeira M & González JA. Relación entre bienestar subjetivo, optimismo y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de la Universidad de San Luis Potosí en México. *Universitas Psychologica*, 2014; 13(3). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.rbso>
49. Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ, Colomer-Diago C, Roselló B. Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Rev Neurol*2011; 52 (Supl 1): S119-26. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2010791>
50. Bernal Romero T, Daza Pinzón C, & Jaramillo Acosta P. Satisfacción con la vida y resiliencia en jóvenes en extraedad escolar. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2015 8(2), 43-53. Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/749>
51. Roy C. El modelo de adaptación de Roy. 3ª ed. Nueva Jersey: Pearson; 2009.
52. Kantún Marín MA, Moral de la Rubia J, Gómez Meza MV, Salazar González B C. Validación del índice de satisfacción con la vida en la tercera edad. *Aquichan*. Vol. 13, No. 2, 2013 148-158. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2433/3219>
53. Estrada A. La relación entre la percepción de estrés y satisfacción con la vida de morbilidad. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 2008, 52-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922008>
54. Vinaccia S, Quiceno JM, Medina A, Castañeda B, Castelblanco P. Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 2014; 17 (1), 61-70. doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.7

55. Hernández L, Salamanca S, Umbarila L, Venegas C, Rivieros F. Validez de constructo y confiabilidad de la escala de satisfacción con la vida, en escolares de zonas rurales y urbanas de Cundinamarca. *Actualidades en Psicología*. 2018; Vol. 32 (125). 71-78. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ap/v32n125/2215-3535-ap-32-125-71.pdf>
56. Povedano A, Hendry L, Ramos M, Varela R. Victimización escolar: clima familiar, autoestima y satisfacción con la vida desde una perspectiva de género. *Psychosocial Intervention*. 2011; 20 (1): 5-12
57. López-Cassá E, Pérez-Escoda N, & Alegre A. Competencia emocional, satisfacción en contextos específicos y satisfacción con la vida en la adolescencia. *Revista de Investigación Educativa*, 2018; 36(1), 57-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.1.273131>.
58. Orozco F. Hacia una mejor comprensión de la satisfacción vital percibida: una revisión de la literatura sobre los factores asociados a la satisfacción vital de los inmigrantes. Instituto Universitario de desarrollo local 2014 .07. (64) disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/113605/TFM_Orozco_Dopico_Francisco.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
59. Cejudo J, Delgado L, Rubio J. Inteligencia emocional y resiliencia: su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*. 2016; 46: 51-57. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0066512616300071?via%3Dihub>.
60. León J, Núñez J, Domínguez E, Martín J. Motivación intrínseca, autoconcepto físico y satisfacción con la vida en practicantes de ejercicio físico: análisis de un modelo de ecuaciones estructurales en el entorno de programación R. *revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y del Deporte*. 2012; 8 (1): 39-58.
61. Sinclair VG, & Wallston KA. El desarrollo y evaluación psicométrica de la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente. *Evaluación*, 2004; 11, 94-101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>

62. Limonero J. Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 2014, 20 (1): 183-196. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/234139556_Resilient_coping_strategies_and_emotion_regulation_predictors_of_life_satisfaction_Estrategias_de_afrontamiento_resilientes_y_regulacion_emocional_predictores_de_satisfaccion_con_la_vida.
63. Luna Bernal AC, Laca Arocea FA, Mejía Ceballos JC. Bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de familia en adolescentes Mexicanos de Bachillerato. *Psicología Iberoamericana*. 2011; 19 (2) disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440003>.
64. Castro M, Barrientos Delgado J, Bilbao Ramírez Á, Páez Rovira, D, Gómez Ojeda F, Asún Salazar D. Estructura factorial de la escala de satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Revista Mexicana de Psicología [Internet]*. 2012;29(2):157-164. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243030190006>
65. Organización De Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2008.
66. Padrós F, Gutiérrez C, & Medina M. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2015; 33(2), 223-232.
67. Saavedra E, Villalta Paucar M. Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación*, VIII (1):101-131, 2008 101
68. 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
69. Suriá R. Relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Revista Electrónica de Investigación en Psicología de la Educación*, 14(3), 450-473. 2016. 40. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.40.15150>

70. Neyra Retamozo JE, Pachao Garcia FT. Calidad de vida y resiliencia en personas con discapacidad visual, centro de rehabilitación para ciegos adultos, Arequipa 2015.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/373>
71. Losada AV, Otero MV. Pilares de resiliencia en policías, ante una discapacidad física adquirida en acto de servicio. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*. 2015; 14(2), 334-351. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200006
72. Gómez Díaz M, Jiménez -García M. Inteligencia emocional, resiliencia y autoestima en personas con discapacidad y sin discapacidad. *Enferm. glob.* [online]. 2018, 17 (50): 263-283. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.291381>.
73. Gavín-Chocano Ó, & Molero D. Valor predictivo de la Inteligencia Emocional Percibida y Calidad de Vida sobre la Satisfacción Vital en personas con Discapacidad Intelectual. *Revista De Investigación Educativa*, 38(1), 2019:131-148.
<https://doi.org/10.6018/rie.331991>
74. Díaz- Llerena KM, Flores LK. Resiliencia y habilidades sociales en personas con discapacidad auditiva de la Asociación de Sordos de Arequipa, 2019,
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9077>
75. Alcaldía de Medellín. Consultado en
<https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://6488ef50a6787e1fdb4e42e62a46a67>
76. Perfil Demográfico 2016 - 2020 Total Medellín. Consultado en
https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/IndicadoresyEstadisticas/Shared%20Content/Documentos/ProyeccionPoblacion2016-2020/Perfil%20Demogr%C3%A1fico%202016%20-%202020%20Total%20Medellin.pdf
77. Mukaka MM. Rincón de las estadísticas: una guía para el uso apropiado del coeficiente de correlación en la investigación médica. *Malawi Medical Journal* septiembre 2012; 24(3):69-71.

78. Vázquez C, Duque A, & Hervás G. Escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos. Validación y datos normativos. *La Revista Española de Psicología*, 2013; 16. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
79. Resolución No. 8430 de 1993. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, D.C.;1993. 1–19
80. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2013 p. 5.
81. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. 2013. Consultado en <http://www.discapacidadcolombia.com/index.php/estadisticas/154-estadisticas-en-discapacidad>
82. Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad -PCD1 Oficina de Promoción Social. Ministerio de salud. Junio 2020.
83. Visbal HP., Marín LO., Kandlar IE. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Cartagena, Bolívar (Colombia) 2017. [Tesis de Maestría]. Grupo de investigación Cuerpo Movimiento: Universidad Autónoma de Manizales; 2017. 96 p. d.
84. Gil Obando LM, López-López A, Ávila-Rendón CL, Criollo-Castro CH, Canchala Obando AM, Serrato-Mendoza MP. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto - Nariño, Colombia. *Rev. Univ. Salud*. 2016; 18(3):505-513. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.55>
85. Vélez, C; Vidarte, JA; Ángel, MC. Determinantes sociales de la salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años del municipio de corozal - sucre 2018. [Tesis de Maestría]. Grupo de investigación Cuerpo Movimiento: Universidad Autónoma de Manizales; 2019.
86. Acosta M, Parra S, Quino A. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Bogotá (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II [Maestría]. Popayán: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
87. Panqueva S, Ríos A. Caracterización sociodemográfica de personas en condición de discapacidad y su proceso para la inclusión laboral en un grupo de empresas e

- instituciones en la ciudad de Bogotá (Colombia). [Especialización]. Bogotá D. C: Pontificia Universidad Javeriana; 2014.
88. Informe de desarrollo Social. Chile. 2016. Consultado en https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2016.pdf
89. Plan de desarrollo Medellín futuro 2020 – 2023. Consultado en https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/PlanDesarrollo/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2020/DocumentoFinal_PlanDesarrolloMedellin2020-2023_MedellinFuturo.pdf
90. Suriá, R. Resiliencia en jóvenes con discapacidad ¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad? Boletín de Psicología, No. 105, 75-89. Julio 2012.
91. Hierro, I; Verdugo, M; Gómez, L; Fernández, S y Cisneros, P. Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades significativas: aplicación de la Escala San Martín en la Fundación Obra San Martín. Revista Española de Discapacidad, 3 (1): 93-105. 2015.
92. Saavedra, E y Villalta, M. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. LIBERABIT: Lima (Perú) 14: 31-40, 2008
93. Cahuana, M; Arias, W; Renzo, C y Ceballos, D. Influencia de la familia sobre la resiliencia en personas con discapacidad física y sensorial de Arequipa, Perú. Revista Chil neuro – psiquiat 2019. 57 (2): 118 – 128.
94. Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003; 3(1): p. 505 - 520. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730306.pdf>
95. Segers, D, Bravo S & Villafuerte J. La resiliencia y estilos de afrontamiento de jóvenes estudiantes con discapacidad. Revista de curriculum y formación del profesorado; 2018; 22(4): p. 463 - 487.


96. Tejero C, Dela Vega R, Vaquero M & Ruiz R. Satisfacción con la vida y autoeficacia en jugadores de baloncesto en silla de ruedas. *Revista de Psicología del Deporte* 2016. Vol. 25, núm. 1, pp. 51-56.
97. 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
98. Chuquihuanga, R & Quispe, J. Resiliencia y felicidad en personas con discapacidad de la Asociación Santísima Trinidad, 2019. (tesis de maestría). Universidad Peruana Unión. 2019.
99. 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.
100. Tovar, L & García, G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia, 2003. *Lecturas de Economía*, 65 (julio-diciembre), pp. 177-208. 2006.
101. Botero P. Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. Volumen 3, Número 2, Pág. 196 – 214, octubre-marzo de 2013.
102. Guerra M, Cardemil F, Arévalo N & Espejo M. Explicaciones al no uso de audífonos en un grupo de adultos mayores de Santiago de Chile. Un estudio cualitativo. *Acta Otorrinolaringológica (English Edition)*, Volume 65, Issue 1, January–February 2014, 8-14 <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2013.09.004>
103. Velasco D. El deporte como resiliencia en personas con diversidad funcional motora adquirida. (Trabajo de grado Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología Cali. 2019.
104. Benítez M, Bermúdez J & Vásquez, A. Deporte, Resiliencia e Inclusión Social en Personas con Discapacidad Física Adquirida (Trabajo de grado Psicología). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología, Bogotá, Colombia. 2019.

105. Mendieta B. La comunidad como espacio de resiliencia y las personas con discapacidad. (Trabajo de grado licenciada en trabajo social). Universidad de Cuenca, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales. Cuenca, Ecuador. 2016.
106. 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.
107. 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.
Disponibile en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3687178>
108. Botero P. Discapacidad y estilos de afrontamiento una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicología clínica, teórica y práctica*. Vol. 3 # 2. 2012. P. 196 – 214.
Disponibile en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815156>
109. Riesco L. Análisis de la oferta turística del teatro Argentino de la Plata en relación de las personas con discapacidad. (Tesis de grado) 2015; p. 1 - 99. Disponibile en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/47505/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
110. Torres I. Discapacidad y teatro Solís: Su vínculo y la importancia de la inclusión al momento de la construcción de la subjetividad. Universidad de Uruguay. Montevideo octubre 2020. Disponibile en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/28819>
111. Torres S, Trozzo E, Soria S. Educación artística y superación de las vulnerabilidades: El Teatro como herramienta en el trabajo con sujetos con discapacidad. *PÓS: Periódico del Programa de Posgrado en Artes de EBA/UFMG*, [S. l.], v. 10, n. 20, p. 102–130, 2020. DOI: 10.35699/2237-5864.2020.20453.
112. 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. Disponibile en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/622941/lopez_FC.pdf?sequence=5&isAllowed=y

113. Limonero JT, Tomás Sábado J, Gómez Romero 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
114. 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>
115. 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>

12 ANEXOS

Anexo 1 Asentimiento y consentimiento informado

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

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

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

Ciudad y fecha: _____

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

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

Adicionalmente se me informó que:

2. Estoy en libertad de retirarme en cualquier momento en la participación del programa.
3. Estoy afiliado a una EPS.
4. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.

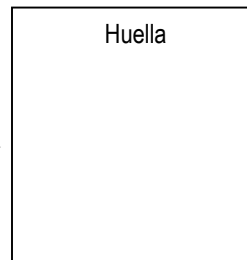
5. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad del director de investigación.
6. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia.
7. Me han informado que existe riesgo mínimo al aplicar las encuestas por ser persona con discapacidad.

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

Firma de la persona con discapacidad

Cedula de ciudadanía No. _____ de _____

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



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

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

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

Justificación

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

Procedimiento y riesgos esperados

- Aleatorización y reclutamiento de las personas con discapacidad
- Aceptación y firma del consentimiento informado por parte de los participantes

- Diligenciamiento de las encuestas de las variables sociodemográficas de resiliencia y satisfacción con la vida
- Sistematización, tabulación y graficación.
- Análisis de información, discusión de resultados y realización del informe final.

Riesgos

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

Beneficios

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

Anexo 2 Formato de recolección de la información

a. DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE				
1. Nombre:		2. Apellidos:		
3. Edad (en años):		4. Sexo:	No quiere responder	Masculin o
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 _____

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

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

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

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

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

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

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

Aspectos generales

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

Encuesta

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

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

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

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

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

NIVEL DE BIENESTAR SUBJETIVO	PUNTUACIÓN
ALTAMENTE SATISFECHOS (MUY FELICES)	30-35 puntos
SATISFECHOS	25-29 puntos
LIGERAMENTE SATISFECHOS	20-24 puntos
LIGERAMENTE POR DEBAJO DE LA MEDIA DE	15-19 puntos

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

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

Anexo 5 Interpretación de resultados de las escalas

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 6 Tablas derivadas del análisis de SPSS

Asociación entre Resiliencia y sexo

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Sexo de la persona	Masculino	6 9,8%	17 27,9%	38 62,3%	61 100,0%
	Femenino	4 6,3%	20 31,3%	40 62,5%	64 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y afiliación a salud

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Afiliación al sistema de seguridad social	Contributivo	4 10,5%	9 23,7%	25 65,8%	38 100,0%
	Subsidiado	6 7,4%	27 33,3%	48 59,3%	81 100,0%
	Régimen especial	0 0,0%	1 20,0%	4 80,0%	5 100,0%
	Pobre no asegurado	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y estado civil

		Resiliencia final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Estado civil de la persona	Soltero	9 9,4%	32 33,3%	55 57,3%	96 100,0%
	Casado	0 0,0%	3 17,6%	14 82,4%	17 100,0%
	Separado	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
	Unión libre	0 0,0%	2 20,0%	8 80,0%	10 100,0%
	Viudo	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
	Total	10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y estrato socioeconómico

		Resiliencia final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Estrato socioeconómico	1	6 19,4%	7 22,6%	18 58,1%	31 100,0%
	2	4 7,5%	19 35,8%	30 56,6%	53 100,0%
	3	0 0,0%	8 22,2%	28 77,8%	36 100,0%
	4	0 0,0%	2 50,0%	2 50,0%	4 100,0%
	5	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y nivel de escolaridad

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Nivel máximo de escolaridad alcanzado	Primaria	7 28,0%	10 40,0%	8 32,0%	25 100,0%
	Secundaria	3 6,1%	16 32,7%	30 61,2%	49 100,0%
	Técnico-tecnológico	0 0,0%	6 21,4%	22 78,6%	28 100,0%
	Pregrado	0 0,0%	5 23,8%	16 76,2%	21 100,0%
	Posgrado	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y actualmente está laborando

		Resiliencia Final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Actualmente se encuentra laborando	Si	0 0,0%	7 22,6%	24 77,4%	31 100,0%
	No	10 10,6%	30 31,9%	54 57,4%	94 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y condición de salud

		Resiliencia final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Diagnóstico médico 1	Disfunción	1 3,7%	8 29,6%	18 66,7%	27 100,0%
	Enfermedad	8 13,1%	19 31,1%	34 55,7%	61 100,0%
	Lesión	0 0,0%	5 31,3%	11 68,8%	16 100,0%
	Trauma	1 4,8%	5 23,8%	15 71,4%	21 100,0%
Total	10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%	

Asociación entre resiliencia y diagnóstico médico

		Resiliencia final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Diagnóstico médico 2		8 6,8%	37 31,4%	73 61,9%	118 100,0%
	Disfunción	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
	Enfermedad	2 40,0%	0 0,0%	3 60,0%	5 100,0%
	Lesión	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%

Total	10	37	78	125
	8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y se auto reconoce con discapacidad física

		resiliencia final			
		escasa resiliencia	resiliencia moderada	alta capacidad de resiliencia	total
se auto reconoce discapacidad física	si	2	15	28	45
		4,4%	33,3%	62,2%	100,0%
	no	8	22	50	80
		10,0%	27,5%	62,5%	100,0%
total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y origen de la discapacidad

		Resiliencia final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Origen de la discapacidad por enfermedad	Si	9	34	71	114
		7,9%	29,8%	62,3%	100,0%
	No	1	3	7	11
		9,1%	27,3%	63,6%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y se auto reconoce con discapacidad auditiva

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Se auto reconoce discapacidad auditiva	Si	0	2	6	8
		0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
	No	10	35	72	117
		8,5%	29,9%	61,5%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y se auto reconoce con discapacidad múltiple

		Resiliencia Final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Se auto reconoce discapacidad múltiple	Si	0	1	2	3
		0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	No	10	36	76	122
		8,2%	29,5%	62,3%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y percepción de salud actual

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Percepción de salud actual	Buena	2	29	64	95
		2,1%	30,5%	67,4%	100,0%
	Regular	8	7	13	28

		28,6%	25,0%	46,4%	100,0%
	Mala	0	1	1	2
		0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y causas de la discapacidad

		Resiliencia Final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Causa de la discapacidad	Adquirida	4	27	58	89
		4,5%	30,3%	65,2%	100,0%
	Congénita	6	10	20	36
		16,7%	27,8%	55,6%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y tiene ayudas externas

		Resiliencia Final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Tiene ayudas externas	Si	1	16	43	60
		1,7%	26,7%	71,7%	100,0%
	No	9	21	35	65
		13,8%	32,3%	53,8%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y participación en programas deportivos

		RESILIENCIA FINAL			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Participación en programas deportivos	Si	8 10,0%	20 25,0%	52 65,0%	80 100,0%
	No	2 4,4%	17 37,8%	26 57,8%	45 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y participa en ejercicio física

		Resiliencia Final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Participa en ejercicio físico	Si	0 0,0%	8 32,0%	17 68,0%	25 100,0%
	No	10 10,0%	29 29,0%	61 61,0%	100 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y participa en deporte

		Resiliencia Final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total

Participa en deporte	Si	2	5	25	32
		6,3%	15,6%	78,1%	100,0%
	No	8	32	53	93
		8,6%	34,4%	57,0%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y participa en otras actividades deportivas

	Resiliencia final			Total
	Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Participa en otras actividades deportivas	9	32	67	108
	8,3%	29,6%	62,0%	100,0%
Baloncesto	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Bicicleta	0	1	1	2
	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Caminatas	0	1	0	1
	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Futbol	0	1	3	4
	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
Gimnasia	1	1	0	2
	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
Natación	0	0	3	3
	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
natación - bicicleta	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Voleibol	0	1	0	1
	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Yoga	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

	Yoga - caminar- natación	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y participa en programas artísticos y culturales

		Resiliencia final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Participa en programas artísticos y culturales	Si	5 7,7%	17 26,2%	43 66,2%	65 100,0%
	No	5 8,3%	20 33,3%	35 58,3%	60 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y participa en programas espirituales

		Resiliencia final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Participa en programas espirituales	Si	7 8,2%	25 29,4%	53 62,4%	85 100,0%
	No	3 7,5%	12 30,0%	25 62,5%	40 100,0%
Total		10 8,0%	37 29,6%	78 62,4%	125 100,0%

Asociación entre resiliencia y participa en otras actividades espirituales

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Participa en otras actividades espirituales		10	36	72	118
		8,5%	30,5%	61,0%	100,0%
	Catequista	0	1	0	1
		0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Colabora en la iglesia	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Estudio bíblico	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Iglesia fuente de salvación	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Lee la biblia - ora en casa	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	No asiste, pero escucha cruzada estudiantil	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Presidente comité comunal comuna 4 Aranjuez	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y rehabilitación por fisioterapia

	Resiliencia Final	Total
--	-------------------	-------

		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Fisioterapia	Si	1	4	7	12
		8,3%	33,3%	58,3%	100,0%
	No	9	33	71	113
		8,0%	29,2%	62,8%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y rehabilitación por psicología

		Resiliencia final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Psicología	Si	5	15	28	48
		10,4%	31,3%	58,3%	100,0%
	No	5	22	50	77
		6,5%	28,6%	64,9%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y nutrición

		Resiliencia Final			
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	Total
Nutrición	Si	0	6	6	12
		0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	No	10	31	72	113
		8,8%	27,4%	63,7%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y participa en otros programas de rehabilitación

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Participa en otro programa de rehabilitación		6	31	71	108
		5,6%	28,7%	65,7%	100,0%
Psiquiatría		4	6	7	17
		23,5%	35,3%	41,2%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y consume medicamentos

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Consume medicamentos	Si	10	27	49	86
		11,6%	31,4%	57,0%	100,0%
	No	0	10	29	39
		0,0%	25,6%	74,4%	100,0%
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre resiliencia y satisfacción con la vida

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	

Satisfacción final	Altamente satisfecho	1	6	35	42
		2,4%	14,3%	83,3%	100,0%
	Satisfecho	0	16	27	43
		0,0%	37,2%	62,8%	100,0%
	Ligeramente satisfecho	5	8	13	26
		19,2%	30,8%	50,0%	100,0%
	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	4	5	2	11
		36,4%	45,5%	18,2%	100,0%
Insatisfecho		0	1	1	2
		0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	Muy insatisfecho	0	1	0	1
	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
Total		10	37	78	125
		8,0%	29,6%	62,4%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y edad

Edad	Satisfacción final						Total
	Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
18 a 27 años	13	14	7	5	0	0	39
	33,3%	35,9%	17,9%	12,8%	0,0%	0,0%	100,0%
28 a 37 años	9	16	5	4	2	1	37
	24,3%	43,2%	13,5%	10,8%	5,4%	2,7%	100,0%
	10	7	8	1	0	0	26

38 a 47 años	38,5%	26,9%	30,8%	3,8%	0,0%	0,0%	100,0%
48 a 63 años	10	6	6	1	0	0	23
	43,5%	26,1%	26,1%	4,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	42	43	26	11	2	1	125
	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y sexo

	Satisfacción final						Total
	Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Masculino	21	23	13	4	0	0	61
	34,4%	37,7%	21,3%	6,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Femenino	21	20	13	7	2	1	64
	32,8%	31,3%	20,3%	10,9%	3,1%	1,6%	100,0%
	42	43	26	11	2	1	125
	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y afiliación a salud

	Satisfacción final	Total
--	--------------------	-------

		Ligeramente por debajo de la media de							
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho		
Afiliación	Contributivo	18	9	8	3	0	0	38	
al sistema		47,4%	23,7%	21,1%	7,9%	0,0%	0,0%	100,0%	
de	Subsidiado	20	33	17	8	2	1	81	
seguridad		24,7%	40,7%	21,0%	9,9%	2,5%	1,2%	100,0%	
social	Régimen especial	4	1	0	0	0	0	5	
		80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Pobre no asegurado	0	0	1	0	0	0	1	
		0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Total		42	43	26	11	2	1	125	
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%	

Asociación entre satisfacción con la vida y estado civil

		Satisfacción final							
		Altamente satisfecho		Ligeramente satisfecho		Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital		Muy insatisfecho	
		o	o	o	o	o	o	Total	
Estado	Soltero	28	33	22	11	2	0	96	
civil		29,2%	34,4%	22,9%	11,5%	2,1%	0,0%	100,0	%
de la	Casado	8	7	2	0	0	0	17	

persona	47,1%	41,2%	11,8%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Separado	0	1	0	0	0	0	1
	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Unión libre	6	2	1	0	0	1	10
	60,0%	20,0%	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%
Viudo	0	0	1	0	0	0	1
	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	42	43	26	11	2	1	125
	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y estrato socioeconómico

		Satisfacción final							
		Altamente satisfecho		Ligeramente satisfecho		Ligeramente por debajo de la media		Muy insatisfecho	
		satisfecho	Satisfecho	satisfecho	satisfacción vital	Insatisfecho	insatisfecho	Total	
Estrato socioeconómico	1	8	10	8	4	1	0	31	
		25,8%	32,3%	25,8%	12,9%	3,2%	0,0%	100,0%	
	2	21	18	8	5	0	1	53	
		39,6%	34,0%	15,1%	9,4%	0,0%	1,9%	100,0%	

	3	12	13	8	2	1	0	36
		33,3%	36,1%	22,2%	5,6%	2,8%	0,0%	100,0%
	4	1	2	1	0	0	0	4
		25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	5	0	0	1	0	0	0	1
		0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y nivel de escolaridad

		Satisfacción final						
		Altamente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho		satisfecho		insatisfecho		
		Satisfecho	Satisfecho	Ligeramente	Ligeramente	Insatisfecho	Insatisfecho	Total
		o	o	satisfecho	satisfecho	o	o	
Nivel	Primaria	7	7	8	3	0	0	25
máximo		28,0%	28,0%	32,0%	12,0%	0,0%	0,0%	100,0%
de								
escolaridad	Secundaria	13	16	12	6	1	1	49
alcanzada		26,5%	32,7%	24,5%	12,2%	2,0%	2,0%	100,0%
o								
		11	13	3	1	0	0	28

Técnico- tecnológico	39,3%	46,4%	10,7%	3,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Pregrado	9	7	3	1	1	0	21
	42,9%	33,3%	14,3%	4,8%	4,8%	0,0%	100,0%
Posgrado	2	0	0	0	0	0	2
	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	42	43	26	11	2	1	125
	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y actualmente se encuentra laborando

		Satisfacción final						
		Ligeramente						
		e por						
		debajo de						
		la media de						
		Muy						
		insatisfecho						
		Total						
		Alta- mente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	de- bajo de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Actual- mente se encuentra laborando	Si	18	9	3	0	1	0	31
		58,1%	29,0%	9,7%	0,0%	3,2%	0,0%	100,0%
	No	24	34	23	11	1	1	94
		25,5%	36,2%	24,5%	11,7%	1,1%	1,1%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y actualmente se encuentra estudiando

		satisfacción final						
		Altamente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho		satisfecho		insatisfecho		
		o		o		o		Total
		Satisfecho		Ligeramente		Insatisfecho		
		o		satisfecho		o		
		o		o		o		
		o		o		o		
Actualmente se encuentra estudiando	Si	13	15	6	3	1	0	38
		34,2%	39,5%	15,8%	7,9%	2,6%	0,0%	100,0%
	No	29	28	20	8	1	1	87
		33,3%	32,2%	23,0%	9,2%	1,1%	1,1%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y condición de salud

		satisfacción final		Total
--	--	--------------------	--	-------

		satisfacción final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Diagnóstico médico 1	disfunción	4 14,8%	14 51,9%	6 22,2%	3 11,1%	0 0,0%	0 0,0%	27 100,0%
	Enfermedad	21 34,4%	19 31,1%	13 21,3%	7 11,5%	1 1,6%	0 0,0%	61 100,0%
	lesión	7 43,8%	4 25,0%	3 18,8%	1 6,3%	0 0,0%	1 6,3%	16 100,0%
	Trauma	10 47,6%	6 28,6%	4 19,0%	0 0,0%	1 4,8%	0 0,0%	21 100,0%
Total		42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y diagnóstico médico

	satisfacción final						Total
	Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Diagnóstico médico 2	41 34,7%	41 34,7%	22 18,6%	11 9,3%	2 1,7%	1 0,8%	118 100,0%
	0	1	0	0	0	0	1

Disfunción	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Enfermedad	1	0	4	0	0	0	5
lesión	20,0%	0,0%	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	0	1	0	0	0	0	1
	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	42	43	26	11	2	1	125
	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y origen de la discapacidad

		satisfacción final					Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente insatisfecho	Muy insatisfecho	
Origen de la discapacidad	Si	37	41	25	9	1	114
		32,5%	36,0%	21,9%	7,9%	0,9%	100,0%
d por enfermedad	No	5	2	1	2	1	11
		45,5%	18,2%	9,1%	18,2%	9,1%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y se auto reconoce discapacidad

		satisfacción final						
		Altamente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho		satisfecho		insatisfecho		
		e		e por		insatisfecho		
		satisfecho		debajo de		insatisfecho		
		e		la media de		insatisfecho		
		satisfecho		satisfacción		insatisfecho		
		o		vital		o		
		o		e satisfecho		o		Total
Se auto	Si	14	13	11	5	1	1	45
reconoce		31,1%	28,9%	24,4%	11,1%	2,2%	2,2%	100,0
discapacida								%
d física	N	28	30	15	6	1	0	80
	o	35,0%	37,5%	18,8%	7,5%	1,3%	0,0%	100,0
								%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0
								%

Asociación entre satisfacción con la vida y se auto reconoce discapacidad visual

		satisfacción final						
		Altamente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho		satisfecho		insatisfecho		
		e		e por		insatisfecho		
		satisfecho		debajo de		insatisfecho		
		e		la media de		insatisfecho		
		satisfecho		satisfacción		insatisfecho		
		o		vital		o		
		o		e satisfecho		o		Total
Se auto	Si	19	9	1	1	0	0	30
reconoce		63,3%	30,0%	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	100,0
discapacida								%
d visual	N	23	34	25	10	2	1	95
	o	24,2%	35,8%	26,3%	10,5%	2,1%	1,1%	100,0
								%

Total	42	43	26	11	2	1	125
	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0
							%

Asociación entre satisfacción con la vida y se auto reconoce discapacidad auditiva

		satisfacción final						
		Altamente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho		satisfecho		insatisfecho		
		o		o		o		Total
		37,5%		25,0%		0,0%		
		34,2%		20,5%		0,9%		
		33,6%		20,8%		0,8%		
Se auto reconoce discapacida d auditiva	Si	3	3	2	0	0	0	8
	No	39	40	24	11	2	1	117
		33,3%	34,2%	20,5%	9,4%	1,7%	0,9%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y se auto reconoce discapacidad psico social

		satisfacción final						
		Altamente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho		satisfecho		insatisfecho		
		o		o		o		Total
		14,9%		25,5%		2,1%		
		44,7%		20,5%		0,9%		
		33,6%		20,8%		0,8%		
Se auto reconoce discapacida	Si	7	21	12	6	1	0	47
	No	35	22	14	5	1	1	78
		14,9%	44,7%	25,5%	12,8%	2,1%	0,0%	100,0%

d psico-social	N	44,9%	28,2%	17,9%	6,4%	1,3%	1,3%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y se auto reconoce discapacidad múltiple

		satisfacción final						
		Altamente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho		satisfecho		insatisfecho		
		e		e por		insatisfecho		
		de		de		de		
		la		la		la		
		media		media		media		
		de		de		de		
		satisfacción		satisfacción		satisfacción		
		vital		vital		vital		
		o		o		o		
		o		o		o		
		Total		Total		Total		
Se auto reconoce discapacidad múltiple	Si	1	1	0	1	0	0	3
		33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	N	41	42	26	10	2	1	122
	o	33,6%	34,4%	21,3%	8,2%	1,6%	0,8%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y percepción de salud actual

		satisfacción final						
		Ligeramente por debajo de la media de						
		Altamente	Satisfecho	Ligeramente	satisfacción	Insatisfecho	Muy	
		satisfecho	Satisfecho	satisfecho	vital	Insatisfecho	insatisfecho	Total
Percepción de salud actual	Buena	35	35	16	7	1	1	95
		36,8%	36,8%	16,8%	7,4%	1,1%	1,1%	100,0%
	Regular	7	7	9	4	1	0	28
		25,0%	25,0%	32,1%	14,3%	3,6%	0,0%	100,0%
	Mala	0	1	1	0	0	0	2
		0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y tiene ayudas externas

		satisfacción final						
		Ligeramente por debajo de la media de						
		Altamente	Satisfecho	Ligeramente	satisfacción	Insatisfecho	Muy	
		satisfecho	Satisfecho	satisfecho	vital	Insatisfecho	insatisfecho	Total
Tiene ayudas externas	Si	27	17	10	4	1	1	60
		45,0%	28,3%	16,7%	6,7%	1,7%	1,7%	100,0%
	No	15	26	16	7	1	0	65

N	23,1%	40,0%	24,6%	10,8%	1,5%	0,0%	100,0%
Total	42	43	26	11	2	1	125
	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participación en programas deportivos

		Satisfacción final						
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Participación en programas deportivos	Si	27	26	18	8	1	0	80
		33,8%	32,5%	22,5%	10,0%	1,3%	0,0%	100,0%
No	N	15	17	8	3	1	1	45
		33,3%	37,8%	17,8%	6,7%	2,2%	2,2%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en actividad física

		Satisfacción final						
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Participación en actividad física	Si	11	10	9	6	0	0	36
		30,6%	27,8%	25,0%	16,7%	0,0%	0,0%	100,0%
No	N	31	33	17	5	2	1	89
		34,8%	37,1%	19,1%	5,6%	2,2%	1,1%	100,0%

Total	42	43	26	11	2	1	125
	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en ejercicio físico

		Satisfacción final						
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Participa en ejercicio físico	Si	10	8	6	1	0	0	25
		40,0%	32,0%	24,0%	4,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	No	32	35	20	10	2	1	100
		32,0%	35,0%	20,0%	10,0%	2,0%	1,0%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en otras actividades deportivas

		Satisfacción final						
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Participa en otras actividades deportivas		39	37	21	9	1	1	108
		36,1%	34,3%	19,4%	8,3%	0,9%	0,9%	100,0%
	Balones	0	0	1	0	0	0	1
		0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Bicicleta	0	0	2	0	0	0	2
		0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		0	0	1	0	0	0	1

Caminatas	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Fútbol	0	2	1	1	0	0	4
	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Gimnasia	2	0	0	0	0	0	2
	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Natación	1	2	0	0	0	0	3
	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Natación - bicicleta	0	1	0	0	0	0	1
	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Voleibol	0	0	0	1	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Yoga	0	0	0	0	1	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Yoga - caminar-natación	0	1	0	0	0	0	1
	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	42	43	26	11	2	1	125
	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en programas artísticos y culturales

		Satisfacción final						
		Ligeramente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho		satisfecho		insatisfecho		
		Satisfecho		Ligeramente		Insatisfecho		Total
		o		e satisfecho		o		
		Satisfecho		Ligeramente		Insatisfecho		
		o		e satisfecho		o		
		Satisfecho		Ligeramente		Insatisfecho		
		o		e satisfecho		o		
		Satisfecho		Ligeramente		Insatisfecho		
		o		e satisfecho		o		
Participa en programas artísticos y culturales	Si	22	24	11	6	1	1	65
		33,8%	36,9%	16,9%	9,2%	1,5%	1,5%	100,0%
	No	20	19	15	5	1	0	60
		33,3%	31,7%	25,0%	8,3%	1,7%	0,0%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125

	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%
--	-------	-------	-------	------	------	------	--------

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en lectura

		satisfacción final						
		Ligerament e por debajo de la media						
		Altament e satisfecho	Satisfech o	Ligerament e satisfecho	satisfacción vital	Insatisfech o	Muy insatisfech o	Total
Participa en lectura	Si	9	12	7	1	0	1	30
		30,0%	40,0%	23,3%	3,3%	0,0%	3,3%	100,0%
No	N	33	31	19	10	2	0	95
	o	34,7%	32,6%	20,0%	10,5%	2,1%	0,0%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en baile

		satisfacción final						
		Ligerament e por debajo de la media						
		Altament e satisfecho	Satisfech o	Ligerament e satisfecho	satisfacción vital	Insatisfech o	Muy insatisfech o	Total
Participa en baile	Si	7	3	4	1	0	0	15
		46,7%	20,0%	26,7%	6,7%	0,0%	0,0%	100,0%
No	N	35	40	22	10	2	1	110
	o	31,8%	36,4%	20,0%	9,1%	1,8%	0,9%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125

	33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%
--	-------	-------	-------	------	------	------	--------

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en cerámica

		satisfacción final						
		Ligeramente por debajo de la media de						
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Participa en cerámica	Si	0	1	1	0	0	0	2
		0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
No	N	42	42	25	11	2	1	123
		34,1%	34,1%	20,3%	8,9%	1,6%	0,8%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en otras actividades artísticas

		Satisfacción final						
		Ligeramente por debajo de la media de						
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Participa en otras actividades artísticas		33	35	24	6	2	1	101
		32,7%	34,7%	23,8%	5,9%	2,0%	1,0%	100,0%
Arte digital y en 3d	Arte	0	1	0	0	0	0	1
		0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Cantar	Cantar	2	1	1	2	0	0	6
		33,3%	16,7%	16,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Cantar - escritura	Cantar - escritura	0	0	1	0	0	0	1
		0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Cantar - escuchar música	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Canto	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Canto - interpreta instrument os musicales	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
-fotograma Coordinad or mesa de derechos humanos - locutor	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Escuchar música	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Lideres comunitari os	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Música	4 57,1%	2 28,6%	0 0,0%	1 14,3%	0 0,0%	0 0,0%	7 100,0%
Pintura	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%
Sistemas - encuentros literarios	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Total	42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en otras actividades espirituales

		satisfacción final					Total	
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Participa en otras actividades espirituales		40 33,9%	41 34,7%	24 20,3%	10 8,5%	2 1,7%	1 0,8%	118 100,0%
	Catequesis	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
	Colabora en la iglesia	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
	Estudio bíblico	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
	Iglesia fuente de salvación	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
	Lee la biblia - ora en casa	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
	No asiste pero escucha cruzada estudiantil	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
	Presidente e comité comunal comuna 4 Aranjuez	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Total		42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en programas de rehabilitación

		Satisfacción final						
		Altamente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho	satisfecho	satisfecho	satisfecho	insatisfecho	insatisfecho	Total
		o	o	e	o	o	o	
				satisfecho	debajo de			
					la media de			
					satisfacción			
					vital			
Participación en programas de rehabilitación	Si	13	26	13	9	1	1	63
		20,6%	41,3%	20,6%	14,3%	1,6%	1,6%	100,0%
No	N	29	17	13	2	1	0	62
	o	46,8%	27,4%	21,0%	3,2%	1,6%	0,0%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en rehabilitación por fisioterapia

		Satisfacción final						
		Altamente		Ligeramente		Muy		
		satisfecho	satisfecho	satisfecho	satisfecho	insatisfecho	insatisfecho	Total
		o	o	e	o	o	o	
				satisfecho	debajo de			
					la media de			
					satisfacción			
					vital			
Fisioterapia	Si	3	4	2	2	0	1	12
		25,0%	33,3%	16,7%	16,7%	0,0%	8,3%	100,0%
No	N	39	39	24	9	2	0	113
	o	34,5%	34,5%	21,2%	8,0%	1,8%	0,0%	100,0%
Total		42	43	26	11	2	1	125
		33,6%	34,4%	20,8%	8,8%	1,6%	0,8%	100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa rehabilitación por fonoaudiología

		Satisfacción final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente e por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Fonoaudiología	Si	1 25,0%	1 25,0%	1 25,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 25,0%	4 100,0%
	No	41 33,9%	42 34,7%	25 20,7%	11 9,1%	2 1,7%	0 0,0%	121 100,0%
Total		42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en rehabilitación por terapia ocupacional

		Satisfacción final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente e satisfecho	Ligeramente e por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Terapia ocupacional	Si	0 0,0%	4 66,7%	0 0,0%	1 16,7%	0 0,0%	1 16,7%	6 100,0%
	No	42 35,3%	39 32,8%	26 21,8%	10 8,4%	2 1,7%	0 0,0%	119 100,0%
Total		42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en rehabilitación por psicología

		Satisfacción final						
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente e por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Psicología	Si	8 16,7%	23 47,9%	7 14,6%	8 16,7%	1 2,1%	1 2,1%	48 100,0%
	No	34 44,2%	20 26,0%	19 24,7%	3 3,9%	1 1,3%	0 0,0%	77 100,0%
Total		42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en rehabilitación por nutrición

		satisfacción final						
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente e por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Nutrición	Si	3 25,0%	4 33,3%	3 25,0%	1 8,3%	0 0,0%	1 8,3%	12 100,0%
	No	39 34,5%	39 34,5%	23 20,4%	10 8,8%	2 1,8%	0 0,0%	113 100,0%
Total		42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y participa en otros programas de rehabilitación

		Satisfacción final					Total	
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Participa en otro programa de rehabilitación		40 37,0%	36 33,3%	20 18,5%	10 9,3%	1 0,9%	1 0,9%	108 100,0%
	Psiquiatría	2 11,8%	7 41,2%	6 35,3%	1 5,9%	1 5,9%	0 0,0%	17 100,0%
Total		42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y pertenece a otras asociaciones

		Satisfacción final					Total	
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Pertenece a asociaciones con discapacidad	Si	18 40,0%	16 35,6%	8 17,8%	3 6,7%	0 0,0%	0 0,0%	45 100,0%
	No	24 30,0%	27 33,8%	18 22,5%	8 10,0%	2 2,5%	1 1,3%	80 100,0%
Total		42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%

Asociación entre satisfacción con la vida y consume medicamentos

		Satisfacción final						
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Total
Consumen medicamentos	Si	22 25,6%	34 39,5%	20 23,3%	8 9,3%	1 1,2%	1 1,2%	86 100,0%
	No	20 51,3%	9 23,1%	6 15,4%	3 7,7%	1 2,6%	0 0,0%	39 100,0%
Total		42 33,6%	43 34,4%	26 20,8%	11 8,8%	2 1,6%	1 0,8%	125 100,0%