



RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS ADULTAS CON
DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE BELLO ANTIOQUIA

ZOXYMA MAYERLI SOLIS PEREA

DIANA CRISTINA LOPEZ MAZO

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 BELLO ANTIOQUIA

Autores

ZOXYMA MAYERLI SOLIS PEREA

DIANA CRISTINA LOPEZ MAZO

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

Toda la gratitud a todas las personas que apoyaron de una manera directa o indirecta el éxito de esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Nosotras queremos empezar agradeciendo a Dios por permitirnos cumplir con nuestros objetivos de culminar esta etapa académica. Dios fue el impulso y la motivación para superar los diferentes obstáculos que se presentaron durante todo el proceso investigativo.

Agradecemos también a nuestros padres, quienes nos brindaron un apoyo incondicional en cada una de las etapas de la maestría.

Agradecemos a nuestros directores de tesis por ser tan generosos en su conocimiento, en la paciencia, en el tiempo y en las orientaciones que nos brindaron, tanto que fue evidente su pasión por la labor que desempeñan. Finalmente, agradecemos a los docentes y a la Maestría en Discapacidad por hacer parte en ese proceso de formarnos de manera humana y científica en el tema de la discapacidad.

Finalmente agradecemos a la secretaria de inclusión social de Bello por depositar su confianza y apoyar el proceso investigativo como proceso de formación y aporte en la construcción social.

RESUMEN

Objetivo. Se pretendió evaluar los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Bello (Antioquia) a través de un cuestionario sociodemográfico, la escala de resiliencia de Agnild y Young y la escala de satisfacción con la vida (ESV) ambos instrumentos en su versión adaptada al español.

Método. Se realizó un estudio descriptivo transversal correlacional usando para el análisis estadístico el software SPSS versión 24 incluyendo análisis univariados y bivariados que permitieran determinar la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción con la vida de la población encuestada; además del análisis descriptivo de la información sociodemográfica incluyendo variables como edad, género, condición de salud, estado civil, estrato socioeconómico y los factores e ítems incluidos en los instrumentos.

Resultados. Se encontró que la mayoría de los participantes no tienen vinculación laboral o contrato de trabajo y se encuentran entre el estrato 1 y 2. Las personas con discapacidad tienen niveles bajos en escolaridad y poca oportunidad para acceder a un empleo. Las diferencias en la satisfacción con la vida según el género fueron significativas, se evidenció que las mujeres reportan más altos niveles de satisfacción con la vida que los hombres en todos los resultados. **Conclusión.** Al final El 52% de la población se encuentra entre satisfecho y muy satisfecho con la vida y con relación a los niveles de resiliencia hallados en los participantes del estudio, se puede afirmar que predominó una alta capacidad de resiliencia. Se recomienda analizar las condiciones del entorno para adecuar los ajustes que respondan a las posibilidades de la persona con discapacidad, en aras de que puedan vivir de manera satisfactoria y participar plenamente en todos los aspectos de su vida, y en concordancia con los resultados del estudio, hacer mayor énfasis en la participación en el campo laboral, en el campo educativo, en la vida cultural, en las actividades recreativas, en el esparcimiento y en el deporte.

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

ABSTRACT

Objective. The aim was to evaluate the levels of resilience and satisfaction with life in adults with disabilities in the city of Bello (Antioquia) through a sociodemographic questionnaire, the Agnild and Young resilience scale and the Life Satisfaction Scale (LSS), both instruments in their Spanish version.

Method. A descriptive cross-sectional correlational, study was carried out using SPSS version 24 software for statistical analysis, including univariate and bivariate analyzes that allowed determining the relationship between levels of resilience and satisfaction with life of the surveyed population; in addition to the descriptive analysis of the sociodemographic information, including variables such as age, gender, health condition, marital status, socioeconomic status, and the factors and items included in the instruments. **Results.** It was found that most of the participants have no employment relationship or employment contract and are between stratum 1 and 2. People with disabilities have low levels of education and few opportunities to access to a job. Differences in life satisfaction according to gender were significant, it was evidenced that women report higher levels of life satisfaction than men in all results. **Conclusions.** In the end, 52% of the population is between satisfied and very satisfied with life and in relation to the levels of resilience found in the study participants, it can be stated that a high resilience capacity prevailed. It is recommended to analyze the environmental conditions to adapt the adjustments that respond to the possibilities of the person with disabilities, in order that they can live satisfactorily and participate fully in all aspects of their life, and in accordance with the results of the study , place greater emphasis on participation in the labor field, the educational field, the cultural life, the recreational activities, the amusement and in sports.

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	22
4.3	SATISFACCIÓN CON LA VIDA	28
4.4	RELACIÓN RESILIENCIA SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y DISCAPACIDAD	35
4.5	CONTEXTUACIÓN DEL ESTUDIO	39
5	OBJETIVOS.....	41
5.1	OBJETIVO GENERAL	41
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
6	METODOLOGÍA.....	65
6.1	TIPO DE ESTUDIO	65
6.2	POBLACIÓN	65
6.3	MUESTRA	65
6.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	66
6.5	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	66
6.6	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	67
6.7	PROCEDIMIENTO	68

6.8	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	69
6.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS	69
7	RESULTADOS.....	71
7.1	ANÁLISIS UNIVARIADO	71
7.2	ANÁLISIS BIVARIADO	77
8	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	83
9	CONCLUSIONES	90
10	RECOMENDACIONES	91
11	REFERENCIAS	93
12	ANEXOS.....	109

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Resumen ejecutivo	12
Tabla 2 Clasificación internacional del funcionamiento y discapacidad	19
Tabla 3 Operacionalización de variables	42
Tabla 4 Estimadores estadísticos para la correlación a partir del test bilateral	66
Tabla 5 Distribución de la muestra según características sociodemográficas	71
Tabla 6 Distribución de la muestra según las condiciones de salud	73
Tabla 7 Distribución de la resiliencia en los participantes	76
Tabla 8 Nivel de satisfacción con la vida en los participantes	76
Tabla 9 Resumen de la asociación entre variables sociodemográfica y nivel de resiliencia	77
Tabla 10 Resumen de la asociación entre variables condiciones de salud y nivel de resiliencia	77
Tabla 11 Resumen de la asociación entre variable satisfacción con la vida y nivel resiliencia	79
Tabla 12 Resumen de la asociación entre variables sociodemográficas y satisfacción con la vida	79
Tabla 13 Resumen de la asociación entre variable condición de salud y satisfacción con la vida	80

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Asentimiento y consentimiento informado 109

Anexo 2 Formato de recolección de la información 113

Anexo 3 Escala de resiliencia de Agnild y Young (Versión traducida final) 119

Anexo 4 Escala de satisfacción con la vida. Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985) 121

Anexo 5 Interpretación de resultados de las escalas 123

Anexo 6 Tablas derivadas del análisis de SPSS 126

1 PRESENTACIÓN

A continuación, se presenta el informe final de investigación para obtener el título de Magíster en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales. Este proyecto de investigación hace parte de un estudio multicéntrico titulado Resiliencia y Satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad, y el presente se desarrolló en la ciudad de Bello. Está adscrito a la línea de investigación de Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la salud, del grupo Cuerpo y Movimiento. El proyecto fue realizado por dos estudiantes de la cohorte X y la cohorte VI de la Maestría en Discapacidad. Entre los instrumentos de recogida de información se utilizaron la Escala de Resiliencia de Agnil y Young y la Escala de Satisfacción con la Vida, Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985). El proyecto de investigación es de corte cuantitativo, estudio descriptivo transversal correlacional.

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 Bello Antioquia		
Nombre del programa Académico: Maestría de Discapacidad cohorte X- VI		
Nombre del asesor o tutor: José Armando Vidarte Claros, Consuelo Vélez Álvarez		
Nombre de los Grupos de Investigación:		Total, de Investigadores (2)
Cuerpo - Movimiento	Código GrupLAC ___ Reconocido Si X No	Nombre de la Línea funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud.
<p>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.</p>		
Lugar de Ejecución del Proyecto:		
Ciudad: Bello		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 Organización Mundial de la Salud (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, los factores contextuales, 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; los factores contextuales actúan como barreras y facilitadores, 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 de la vida diaria (3), situación que genera especial vulnerabilidad en las dimensiones psicológica y física y, además, en la interacción como sujetos sociales que configura la necesidad de evidenciar sus potencialidades de afrontamiento expresadas a través de su capacidad de resiliencia y su satisfacción con vida.

La resiliencia es entendida como la capacidad de las personas para hacer frente y superar de manera adecuada situaciones consideradas adversas, lo que 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 describen Asensio, Magallón y García (2017), 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* en 2014, encontraron cómo la resiliencia disminuye el grado de infarto de miocardio, al afectar la respuesta inflamatoria, que muestra un efecto protector (7). White, Driver y Warren (2010), encontraron cómo 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 y de amigos y, de igual manera, se integran más fácilmente a la vida en comunidad (9, 10).

En este mismo sentido el trabajo desarrollado por Suria (2016), concluyó cómo la resiliencia se relaciona con un mejor ajuste de las personas con discapacidad a su desarrollo interpersonal y social, lo que 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 cómo los actuales postulados plantean la necesidad de estudiar y evidenciar científicamente los aspectos que hacen la vida placentera y significativa para las diferentes personas (13).

Al respecto González y Moreno (2013), plantean que el bienestar de los sujetos se encuentra integrado por la felicidad, la que hace relación al componente afectivo, y por la

satisfacción con la vida, que se relaciona con el componente cognitivo (14), según Miller y Chan (2008), los factores que predicen mayor satisfacción vital en las personas con discapacidad intelectual son las habilidades para la vida (interpersonales, instrumentales y 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, sino, además como lo resalta el estudio realizado por García y Ovejero (2017), se convierten en la posibilidad de identificar algunos los factores protectores que esta población pueda tener que le generan mayores niveles de resiliencia y más satisfacción vital, para ser reforzados en diferentes contextos, como podría ser la práctica de actividades como el deporte (16), el baile o pertenecer a grupos y asociaciones.

La pertinencia de este trabajo radica básicamente en la necesidad de articular los tres ejes conceptuales que son la resiliencia, satisfacción con la vida y discapacidad, los cuales al desarrollar el proyecto de investigación y a partir de sus resultados permiten enmarcar acciones en contextos de promoción, terapéutica y rehabilitación, y esto configura la novedad del estudio.

Contar con el registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) en los diferentes municipios, con instrumentos validados para evaluar la resiliencia y la satisfacción con la vida con el recurso humano capacitado y los recursos tecnológicos, hacen viable y factible el desarrollo del proyecto.

A partir de los anteriores planteamientos surge la siguiente pregunta de investigación:

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

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 Organización Mundial de la Salud (OMS), en 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	Capacidad realización de tareas	El efecto facilitador o de barrera de las características del	El efecto de los atributos de la persona

	(fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómico)	en un entorno uniforme Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real	mundo físico, social y actitudinal	
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 OMS- 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). Además, dentro del contexto de la discapacidad y la salud, se encuentra inmerso el concepto de condición de salud incluido en el instrumento sociodemográfico. Este instrumento busca recategorizar las afecciones de forma etiológica

para luego clasificarlas en lesiones, enfermedades o traumatismo. Posteriormente, para realizar un análisis en relación con la discapacidad se toma como punto de partida el CIE-11 y la CIF. De ahí que, se guarda una coherencia entre la fundamentación del concepto de salud desde un modelo biopsicosocial y el diagnóstico clínico médico.

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. De esta manera las discapacidades que se ven más afectadas son la aditivita e intelectual y en menor porcentaje la visual y la física, 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 confié en el mismo, exista un acompañamiento de su núcleo familiar y el contexto social (39).

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

Es la primera escuela de todos y todas, en el seno de la familia los hijos aprenden de sus padres, sus padres de sus hijos y sus hermanos se conocen unos a otros, en este ambiente se forman y comparten conocimientos, creencias, valores, costumbres, entre otros; que permiten la construcción de personas de bien. Pero ¿Cómo la familia forma sujetos resilientes?, todo inicia con una buena educación desde casa, la comprensión es el primer valor que permitirá la construcción de este ser, entender 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 dudarán 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. Las personas con discapacidad algunas veces han sido discriminadas 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 esta; de igual modo, es relevante mencionar que, aunque la satisfacción tiende a ser estable, se encuentra susceptible a las circunstancias cambiantes del medio, bien sea a nivel familiar, económico, académico, social y/o de salud tanto física como mental.

En un intento por mejorar la satisfacción con la vida, se debe reducir el afecto negativo y aumentar el positivo, puesto que se asume que la ausencia de afecto negativo no es lo mismo que la presencia del positivo; es decir, mientras más frecuente se sienta el uno, menos frecuente se percibe el otro (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 asume la calidad de vida como 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 esta; de igual modo, es relevante mencionar que, aunque la satisfacción tiende a ser estable, se encuentra susceptible a las circunstancias cambiantes del medio, bien sea a nivel familiar, económico, académico, social y/o de salud tanto física como mental.

En un intento por mejorar la satisfacción con la vida, se debe reducir el afecto negativo y aumentar el positivo, puesto que se asume que la ausencia de afecto negativo no es lo mismo que la presencia del positivo; es decir, mientras más frecuente se sienta el uno, menos frecuente se percibe el otro (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 que, representa la capacidad para superar aquellos eventos adversos que sobrevienen en la vida de un sujeto, como puede ser la ausencia y pérdida de un ser querido, el tránsito doloroso de un trauma, un evento fortuito que cambia el escenario de una rutina cotidiana, la presencia de una condición de salud, o la adquisición de una discapacidad. En este apartado se desarrollará la relación entre estos tópicos teóricos que ayudarán a concretar lo establecido para este proceso investigativo mediante una revisión de las investigaciones previas que permitan evidenciar como se ha venido comprendiendo esta temática.

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

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

Un estudio realizado en Chile buscó comparar entre personas con discapacidad física 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 física y 92 no presentan ninguna discapacidad (65). Se utilizó como instrumentos la escala CD-RISC (USA), la cual ha sido validada (índice de Cronbach de 0,75 y una confiabilidad de 0,96 (dos mitades). Los resultados que se obtuvieron no solo permitieron medir niveles de resiliencia, si no también diferenciar los factores específicos, para una mejor intervención posterior. Además, se puso en evidencia que pese a vivir una experiencia de discapacidad, la limitación puede decrecer ante la capacidad de resistencia y la posibilidad de encontrar significantes sólidos en la vida del sujeto (65).

El estudio sobre perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad física, 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; Agnild y Young) para ello evaluaron la competencia personal (capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, entre otros), aceptación de sí mismo y de la vida (adaptación, flexibilidad, entre otros), y la “escala de habilidades sociales” (EHS; Gismero); esta escala evalúa la aserción y las habilidades sociales en adolescentes y adultos; y la autodisciplina; el análisis identificó cuatro perfiles resilientes: un perfil de alta resiliencia, un perfil de baja resiliencia, un grupo con un predominio de aceptación de uno mismo y de la vida y un último perfil con predominio de competencia social (66).

Igualmente, un estudio sobre la relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad, evidenció la aplicación de la escala autoconcepto F5, evaluó dimensiones académico/laboral, social, emocional, familiar, y físico; y la Escala de resiliencia en personas con tipos de discapacidad (física, intelectual, visual y auditiva), en donde se concluye que el autoconcepto, no se ve afectado por el grado de discapacidad,

sino por los estereotipos y modas que marca la sociedad y alejan a las personas con discapacidad de los estándares o prototipos de la belleza, lo cual repercute en los niveles inferiores de autoconcepto entre los jóvenes (67).

Otro estudio tuvo como objetivo determinar la relación que hay entre calidad de vida y resiliencia en personas con discapacidad visual; para ello se contó con una población constituida por 61 personas con discapacidad visual, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos el cuestionario estructurado diseñado por las investigadoras, la escala Fumat que evalúa la calidad de vida y la escala de resiliencia (Versión argentina) que evalúa el nivel de resiliencia (68). Los resultados evidenciaron que la categoría de discapacidad visual no determina una mejor calidad de vida (68).

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

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

De igual forma, se observaron las diferencias o similitudes entre personas con y sin discapacidad en el ámbito de la inteligencia emocional, la resiliencia y la autoestima. Para esto se realizó una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, transversal y prospectiva, usando escalas de Inteligencia Emocional TMMS-24, Escala de la Resiliencia CD-RISC10 y Escala de la Autoestima de Rossemberg, con un total de 100 participantes, en los resultados encontraron cómo las personas con discapacidad física presentan medias estadísticamente superiores en inteligencia emocional y resiliencia, aunque en autoestima las personas sin discapacidad presentan medias superiores (70).

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

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

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

4.5 CONTEXTUACIÓN DEL ESTUDIO

El municipio de Bello es la segunda ciudad más poblada del departamento de Antioquia en la República de Colombia, se encuentra en la subregión Valle de Aburrá, es parte de la gran conurbación denominada Área Metropolitana, a ocho kilómetros al norte de la ciudad de Medellín y limita por el sur con la misma. Por su parte, limita por el occidente con San Jerónimo, por el norte con San Pedro y por el oriente con Copacabana (73). Su cabecera municipal está localizada a 1.450 metros sobre el nivel del mar, está situada a los 6° 20'21" de latitud norte y 75° 33'48" de longitud al oeste de Greenwich; y como está ubicada en la zona tórrida no registra cambios estacionarios del clima.

Bello cuenta con 12 comunas, 11 en su parte urbana, las cuales a su vez se dividen en 100 barrios, y en un total de 19 veredas: 19 y 56 sectores (73). Se estima actualmente que la población es un poco más de 522.264 personas que habitan en un territorio de 151 km²; y se evidencia que la población rural representa el 1%, mientras que la urbana representa el 99% restante y habita sólo en el 10% del territorio (73). De acuerdo con el Dane (2018), la pirámide poblacional del municipio de Bello se caracteriza por contar con un alto porcentaje de hombres y mujeres en los rangos de 20 a 49 años. Esta característica refleja que la mayoría de sus habitantes están en edad de aportar económicamente a su municipio (73).

En lo que concierne a la atención de población con discapacidad se refiere que desde la “administración municipal, no se dispone de recursos suficientes para ejecutar los planes, programas, proyectos, bienes y servicios destinados a su programa de discapacidad y para el desarrollo de la política pública” (73. p. 208), esto se debe a que el proceso de localización y Caracterización (RLCP) pese a ser la herramienta más detallada sobre las personas con discapacidad, su cobertura es aún limitada y su registro es estático obstaculizando un seguimiento a la población (73).

Es más, según estadísticas del Departamento Nacional de Estadísticas (Dane), se estima que existen 2.624.898 de personas con discapacidad (PcD), equivalente al 6,3 % del total de la población, mientras que el Registro de Localización y Caracterización (RLCPD) del Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta solo con 1.418.065 personas (73. p. 209). En este orden de ideas, actualmente sólo se tiene el 9% de personas con discapacidad que asisten a una institución educativa, mientras tanto, un porcentaje de 4% están vinculadas a una actividad laboral; el 10% de esta población participa en actividades recreativas, culturales y deportivas; el 63% no poseen vivienda propia; y el 18% no caracterizados en el RLCPD para el modelo de atención integral en salud (73).

Por otro lado, el municipio de Bello tiene un sistema municipal de discapacidad a través de la adopción de la Política Pública de Discapacidad, según Acuerdo Municipal 014 de 2009, este contiene la elaboración del Plan Decenal de acciones positivas para el desarrollo de los componentes de la Política Pública (promoción y prevención, habilitación y rehabilitación y equiparación de oportunidades) (73).

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 Bello Antioquia

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 las necesidades reconocidas socialmente, como la salud	Cualitativa	Nominal	Contributivo	1
				Subsidiado	2
				Pobre no asegurado	3
				Régimen especial	
Nivel máximo de escolaridad	Grado máximo de escolaridad	Cualitativa	Nominal	Ninguna	1
				Primaria	2
				Secundaria	3
				Técnica/tecnológica	4
				Universitario	5
Se encuentra laborando	Actualmente está laborando	cualitativa	Nominal	Si	1
				No	2

Se encuentra estudiando	Actualmente está estudiando	cualitativa	Nominal	Si	1
				No	2
Tipo de actividad laboral	Definición de la actividad que realiza	Cualitativa	Nominal	Nombre de la actividad que realiza	Dato
Tipo de contrato	Como es la vinculación al trabajo	Cualitativa	Nominal	A termino fijo	1
				A término indefinido	2
				Sin contrato	3
				otro	4
Condición de salud	Diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Trauma,	1
				Enfermedad,	2
				Lesión	3
				Disfunción	4
Origen de discapacidad por condición de salud	La discapacidad se originó de condición de salud reportada	Cualitativa	Nominal	Si	1
				No	2
Categoría de discapacidad	Clasificación de la	Cualitativa	Nominal	Si	1
				No	0

	discapacidad que tiene				
	Física				
	Visual				
	Auditiva				
	Psicosocial				
	Sordoceguera				
	Múltiple				
	Sistémica				
Causa de la discapacidad	Como se originó la discapacidad	Cualitativa	Nominal	Adquirida Congénita	1 2
Tiempo que tiene con la discapacidad	Tiempo en años, meses o días que tiene la discapacidad	Cuantitativa	Razón	Años con discapacidad	Dato numérico

Ayudas Externas	Productos, instrumentos, equipos utilizados por una persona para prevenir, compensar, disminuir o neutralizar una deficiencia	Cualitativa	Nominal	Anteojos Audífonos Bastón Caminador Muletas Silla de ruedas Si ___ No ___	1 0
Pertenece y/o participa en programas o actividades	Deportivos Artísticos y culturales Espirituales Rehabilitación Asociación de personas con discapacidad	Cualitativa	Nominal	Si No	1 0
Consumo de Medicamentos	Informa sobre el consumo de medicamentos actualmente	Cualitativa	Nominal	Si No	1 0

Resiliencia	Cuando planeo algo lo realizo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7-
	Generalmente me las arreglo de una manera u otra	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente Mucho desacuerdo Poco desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Poco de acuerdo Muy de acuerdo	1-2-3-4 5-6-7-

			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	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Usualmente veo las cosas a largo plazo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Soy amigo de mí mismo	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7

Mucho desacuerdo

Poco desacuerdo

Ni de acuerdo ni en
desacuerdo

Poco de acuerdo

Muy de acuerdo

Totalmente de
acuerdo

Siento que
puedo manejar
varias cosas al
mismo tiempo

Cualitativa

Ordinal

En desacuerdo
totalmente

1-2-3-4

5-6-7

Mucho desacuerdo

Poco desacuerdo

Ni de acuerdo ni en
desacuerdo

Poco de acuerdo

Muy de acuerdo

Totalmente de
acuerdo

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

			Totalmente de acuerdo	
Tomo las cosas una por una	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	
Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4 5-6-7
			Mucho desacuerdo	
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	

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

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

<p>tiempos difíciles</p>			<p>Mucho desacuerdo</p> <p>Poco desacuerdo</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>Poco de acuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p> <p>Totalmente de acuerdo</p>	
<p>En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>En desacuerdo totalmente</p> <p>Mucho desacuerdo</p> <p>Poco desacuerdo</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>Poco de acuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p> <p>Totalmente de acuerdo</p>	<p>1-2-3-4</p> <p>5-6-7</p>

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

			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	1-2-3-4
			De acuerdo	5-6-7
Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo totalmente	1-2-3-4
			Mucho desacuerdo	5-6-7
			Poco desacuerdo	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
			Poco de acuerdo	
			Muy de acuerdo	
			Totalmente de acuerdo	

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

			Ligeramente de acuerdo	5
			De acuerdo	6
			Totalmente de acuerdo	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	6
			Totalmente de acuerdo	7

Estoy satisfecho con mi vida	Cualitativa	Ordinal	Totalmente en desacuerdo	1
			En desacuerdo	
			Ligeramente en desacuerdo	3
			Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4
			Ligeramente de acuerdo	5
			De acuerdo	6
			Totalmente de acuerdo	7

Hasta ahora he conseguido las cosas importantes	Cualitativa	Ordinal	Totalmente en desacuerdo	1
			En desacuerdo	

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

De acuerdo	6
Totalmente de acuerdo	7

Fuente: Elaboración propia

6 METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

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

6.2 POBLACIÓN

Personas adultas, con discapacidad, con edad entre 18 y 65 años, inscritas en Registro de Caracterización y Localización de Personas con Discapacidad (RCLPD) de Bello.

6.3 MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros de acuerdo con la fórmula establecida en el test Bilateral.

- Nivel de confianza 95%.
- Correlación lineal esperada mínima: de 0,30 según Mukakka (2012), una correlación 0,30 o superior es considerada ideal (74).
- Poder del 90%.

Para un total del tamaño de la muestra de 113 personas, con ajuste de porcentaje de pérdida del 10%, el total de la muestra fue de 125 personas de la ciudad de Bello.

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

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.

Además, 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

1. En la ciudad de Bello se identificó la institución que coordina el RCLPD, se solicitó la posibilidad de obtener el listado de las personas entre 18 y 65, que no tengan discapacidad cognitiva.
2. Los estudiantes investigadores fueron capacitados en el manejo y aplicación de los instrumentos a utilizar.
3. Se solicitó al encargado de la Secretaría de Inclusión Social del municipio de Bello - Antioquia, el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Para ello se presentó una carta de solicitud por parte de los directores del proyecto de investigación. Una vez se tuvo la base de datos, se seleccionaron los participantes de manera aleatoria.

4. Se identificó cada participante y se presentó el objetivo del estudio, se diligenció el consentimiento informado, y posteriormente se aplicaron los instrumentos seleccionados.
5. En caso de que una persona de las seleccionadas no aceptó participar en el estudio el reemplazo se hizo por la siguiente en la lista y así sucesivamente.
6. Para el registro de la información se elaboró una base de datos con las variables de estudio.
7. Una vez se contó con los resultados se elaboró el informe final y se socializó los mismos.

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 Bello Antioquia.

Tabla 5 Distribución de la muestra según características sociodemográficas

<i>Variable</i>	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sexo</i>		
<i>Masculino</i>	87	69,6
<i>Femenino</i>	38	30,4
<i>Edad</i>		
<i>18 a 27 años</i>	20	16,0
<i>28 a 37 años</i>	15	12,0
<i>38 a 47 años</i>	27	21,6
<i>48 a 65 años</i>	63	50,4
<i>Afiliación al régimen de salud</i>		
<i>Contributivo</i>	43	34,4
<i>Subsidiado</i>	73	58,4
<i>Régimen común</i>	1	,8
<i>Pobre no asegurado</i>	8	6,4
<i>Estrato socioeconómico</i>		
<i>1</i>	41	32,8
<i>2</i>	46	36,8
<i>3</i>	38	30,4
<i>Estado civil</i>		
<i>Soltero</i>	71	56,8
<i>Casado</i>	31	24,8
<i>Separado</i>	7	5,6

<i>Unión libre</i>	15	12,0
<i>Viudo</i>	1	,8
<i>Nivel de escolaridad</i>		
<i>Primaria</i>	47	37,6
<i>Secundaria</i>	49	39,2
<i>Técnico/Tecnólogo</i>	14	11,2
<i>Pregrado</i>	7	5,6
<i>Posgrado</i>	1	0,8
<i>Ninguno</i>	7	5,6
<i>Esta laborando</i>		
<i>Si</i>	21	16,8
<i>No</i>	104	83,2
<i>Tipo de contrato</i>		
<i>Término fijo</i>	3	2,4
<i>Término Indefinido</i>	1	,8
<i>Sin contrato</i>	104	83,2
<i>Otro</i>	17	13,6
<i>Otro tipo de contrato</i>		
<i>Independiente</i>	7	5,6
<i>Por labor</i>	1	,8
<i>Por obra</i>	2	1,6
<i>Prestación de servicios</i>	7	5,6

Fuente: Elaboración propia.

La tabla anterior muestra cómo en mayor porcentaje los participantes en el estudio fueron de sexo masculino, se encontraban en el rango de edad entre 48 y 65 años, pertenecen al régimen subsidiado, eran solteros, con nivel de escolaridad primaria y secundaria, no se encontraban laborando y quienes sí lo estaban, informaron tener tipos de contrato como independientes o por prestación de servicios.

Tabla 6 Distribución de la muestra según las condiciones de salud

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<i>Diagnóstico de salud 1</i>		
<i>Enfermedad</i>	59	47,2
<i>Lesión</i>	43	34,4
<i>Trauma</i>	13	10,4
<i>Diagnóstico de salud 2</i>		
<i>Enfermedad</i>	19	15,2
<i>Lesión</i>	4	3,2
<i>Trauma</i>	5	4,0
<i>Diagnóstico de salud 3</i>		
<i>Enfermedad</i>	10	8,0
<i>Lesión</i>	3	2,4
<i>El diagnóstico es el origen la discapacidad</i>		
<i>Si</i>	99	79,2
<i>No</i>	26	20,8
<i>Discapacidad física</i>		
<i>Si</i>	70	56,0
<i>No</i>	55	44,0
<i>Discapacidad visual</i>		
<i>Si</i>	19	15,2
<i>No</i>	106	84,8
<i>Discapacidad auditiva</i>		
<i>Si</i>	26	20,8
<i>No</i>	99	79,2
<i>Discapacidad intelectual</i>		
<i>Si</i>	0	0,00
<i>No</i>	125	100,0

<i>Discapacidad psicosocial</i>		
<i>Si</i>	24	19,2
<i>No</i>	101	80,8
<i>Discapacidad Sordoceguera</i>		
<i>Si</i>	0	0
<i>No</i>	125	100
<i>Discapacidad múltiple</i>		
<i>Si</i>	19	15,2
<i>No</i>	106	84,8
<i>Discapacidad sistémica</i>		
<i>Si</i>	4	3,2
<i>No</i>	121	96,8
<i>Percepción de salud</i>		
<i>Buena</i>	66	52,8
<i>Regular</i>	53	42,4
<i>Mala</i>	6	4,8
<i>Causa de la discapacidad</i>		
<i>Adquirida</i>	79	63,2
<i>Congénita</i>	46	36,8
<i>Uso de Ayudas externas</i>		
<i>Si</i>	54	43,2
<i>No</i>	71	56,8
<i>Hace cuanto tiene la discapacidad</i>		
<i>1 a 10 años</i>	30	24,0
<i>11 a 20 años</i>	34	27,2
<i>21 a 30 años</i>	25	20,0
<i>31 a 40 años</i>	21	16,8
<i>41 a 50 años</i>	7	5,6
<i>51 a 65 años</i>	8	6,4

<i>Participación en programas deportivos</i>		
<i>Sí</i>	45	36,0
<i>No</i>	80	64,0
<i>Participación en programas artísticos y culturales</i>		
<i>Sí</i>	26	20,8
<i>No</i>	99	79,2
<i>Participación en programas espirituales</i>		
<i>Sí</i>	83	66,4
<i>No</i>	43	33,6
<i>Participación en programas de rehabilitación</i>		
<i>Sí</i>	23	18,4
<i>No</i>	102	81,6
<i>Pertenece a asociaciones de personas con discapacidad</i>		
<i>Sí</i>	15	12,0
<i>No</i>	110	88,0
<i>Consume medicamentos</i>		
<i>Sí</i>	70	56,0
<i>No</i>	55	44,0

Fuente: Elaboración propia

Como se evidencia en la Tabla 6, según las variables de condiciones de salud de las personas que participaron en el estudio, la condición de salud predominante en cuanto al diagnóstico 1, 2 y 3 es la enfermedad, siendo ésta la causa de la discapacidad. Así mismo, los participantes refirieron que la discapacidad con la que más se auto reconocen fue la discapacidad física, adicionalmente refirieron tener una buena percepción de salud.

De igual manera, la mayoría reportó que la discapacidad fue adquirida y que no utilizan ayudas externas. Sin embargo, el resto de la población que, sí utiliza ayuda externa, enunció entre estas ayudas: las sillas de ruedas, los bastones, los audífonos y lentes. El rango de

tiempo más frecuente entre la población participante, en el que se ha tenido la discapacidad, es de 11 a 20 años.

El programa que presentó mayor frecuencia de participación es el programa espiritual, seguido del programa deportivo. En general, los participantes no pertenecían a una asociación de personas con discapacidad, y quienes sí pertenecen se encuentran vinculados a la Corporación Deportiva y Social de Discapacitados Físicos de Bello (Disfibe), Fraternidad de Discapacitados Físicos - Policía Nacional, Fundación el arte vivir, Asanso y Olicompio. Por otra parte, la mayoría reporta que sí consume medicamentos.

Tabla 7 Distribución de la resiliencia en los participantes

Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Escasa resiliencia	19	15,2
Resiliencia moderada	31	24,8
Alta capacidad de resiliencia	75	60,0
Total	125	100,0

Fuente: Elaboración propia

La anterior tabla muestra la resiliencia en los participantes del estudio, encontrando que en mayor porcentaje tienen una alta capacidad de resiliencia.

Tabla 8 Nivel de satisfacción con la vida en los participantes

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<i>Altamente satisfecho</i>	30	24,0
<i>Satisfecho</i>	35	28,0
<i>Ligeramente satisfecho</i>	23	18,4
<i>Ligeramente por debajo de la media</i>	20	16,0
<i>Insatisfecho</i>	9	7,2
<i>Muy insatisfecho</i>	8	6,4

Fuente: Elaboración propia

El nivel de satisfacción con la vida de la población de estudio, (tabla 8) evidenció que en mayor porcentaje se encuentra entre satisfecho y muy satisfecho, el 6,4% de la población muestra estar muy insatisfecho con la vida.

7.2 ANALISIS BIVARIADO

Tabla 9 Resumen de la asociación entre variables sociodemográfica y nivel de resiliencia

Variable	Chi cuadrado	Significancia
<i>Edad</i>	2,302	0,890
<i>Sexo</i>	0,926	0,626
<i>Afiliación</i>	4,957	0,549
<i>Estado civil</i>	12,920	0,115
<i>Estrato</i>	0,451	0,978
<i>Escolaridad</i>	10,908	0,365
<i>Está laborando</i>	0,598	0,742
<i>Tipo de contrato</i>	3,695	0,718
<i>Está estudiando</i>	0,204	0,903

Fuente: Elaboración propia

La anterior tabla evidencia que al asociar las variables sociodemográficas y nivel resiliencia de la población, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 10 Resumen de la asociación entre variables condiciones de salud y nivel de resiliencia

Variable	Chi cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
<i>Condición de salud 1</i>	7,486	0,278	
<i>Condición de salud 2</i>	7,345	0,290	

<i>Condición de salud</i> ³	10,782	0,029	0,086
<i>Origen de discapacidad</i>	3,414	0,181	
<i>Discapacidad física</i>	1,178	0,555	
<i>Discapacidad visual</i>	3,623	0,163	
<i>Discapacidad auditiva</i>	3,414	0,181	
<i>Discapacidad psicosocial</i>	4,809	0,090	
<i>Discapacidad múltiple</i>	4,891	0,87	
<i>Discapacidad sistémica</i>	4,386	0,112	
<i>Percepción de salud</i>	10,262	0,036	0,011
<i>Causa de discapacidad</i>	2,967	0,227	
<i>Tiempo de discapacidad</i>	18,017	0,055	
<i>Ayudas Externas</i>	1,433	0,488	
<i>Participación en programa deportivo</i>	2,485	0,289	
<i>Actividad física</i>	3,003	0,223	
<i>Ejercicio físico</i>	0,001	0,999	
<i>Deporte</i>	2,282	0,319	
<i>Otra participación</i>	0,672	0,715	
<i>Participación en programa artístico y cultural</i>	2,861	0,239	
<i>Lectura</i>	4,474	0,107	
<i>Cerámica</i>	1,342	0,511	
<i>Baile</i>	0,580	0,748	
<i>Teatro</i>	2,049	0,359	
<i>Arte</i>	0,783	0,676	
<i>Otra participación artística</i>	2,515	8,284	
<i>Participación en programa espiritual</i>	0,908	0,635	
<i>Ir a misa</i>	1,552	0,460	

<i>Ir a centros de culto</i>	5,698	0,058	
<i>Participación en programa de rehabilitación</i>	0,109	0,947	
<i>Fisioterapia</i>	2,453	0,293	
<i>Terapia Ocupacional</i>	1,355	0,508	
<i>Psicología</i>	2,112	0,348	
<i>Otra participación en programa de rehabilitación</i>	4,995	0,082	
<i>Pertenece a asociaciones de personas con discapacidad</i>	3,886	0,143	
<i>Consume medicamentos</i>	11,345	0,003	0,001

Según los Fuente: Elaboración propia

En la anterior tabla se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la resiliencia, la condición de salud 3 ($p= 0,02$) y la percepción de salud y la resiliencia ($p= 0,03$). Además, la fuerza de asociación según el coeficiente tau c Kendall es baja, y nula respectivamente.

Tabla 11 Resumen de la asociación entre variable satisfacción con la vida y nivel resiliencia

Variable	Chi cuadrado	Significancia	Fuerza de asociación
<i>Satisfacción</i>	43,813	0,000	0,411

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 11 muestra asociación estadísticamente significativa entre la variable satisfacción con la vida y nivel resiliencia ($p=0,00$). Siendo la fuerza de asociación media según el coeficiente utilizado.

Tabla 12 Resumen de la asociación entre variables sociodemográficas y satisfacción con la vida

Variable	Chi cuadrado	Significancia	Fuerza de asociación
-----------------	---------------------	----------------------	-----------------------------

<i>Edad</i>	12,635	0,630	
<i>Sexo</i>	3,534	0,618	
<i>Afiliación</i>	22,993	0,084	
<i>Estado civil</i>	37,552	0,010	0,575
<i>Estrato</i>	13,025	0,222	
<i>Escolaridad</i>	20,165	0,738	
<i>Está laborando</i>	2,523	0,773	
<i>Tipo de contrato</i>	10,012	0,819	
<i>Está estudiando</i>	8,128	0,149	

Fuente: Elaboración propia

La anterior tabla muestra asociación estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida y el estado civil de los participantes ($p=0,01$) y la fuerza de esta asociación es media.

Tabla 13 Resumen de la asociación entre variable condición de salud y satisfacción con la vida

<i>Variable</i>	Chi cuadrado	Significancia	Tau C de Kendall
<i>Condición de salud 1</i>	25,048	0,049	0,157
<i>Condición de salud 2</i>	44,894	0,000	0,157
<i>Condición de salud3</i>	10,160	0,427	
<i>Origen de discapacidad</i>	4,273	0,511	
<i>Discapacidad física</i>	3,510	0,622	
<i>Discapacidad visual</i>	2,916	0,713	
<i>Discapacidad auditiva</i>	8,071	0,152	
<i>Discapacidad psicosocial</i>	8,139	0,149	
<i>Discapacidad múltiple</i>	5,127	0,401	
<i>Discapacidad sistémica</i>	6,145	0,292	
<i>Percepción de salud</i>	18,111	0,053	

<i>Causa de discapacidad</i>	2,104	0,835	
<i>Tiempo de discapacidad</i>	33,088	0,129	
<i>Ayudas Externas</i>	6,407	0,269	
<i>Participación en programa deportivo</i>	6,601	0,252	
<i>Actividad física</i>	8,262	0,142	
<i>Ejercicio físico</i>	13,980	0,016	0,340
<i>Deporte</i>	5,450	0,363	
<i>Otra participación</i>	3,192	0,670	
<i>Participación en programa artístico y cultural</i>	7,704	0,173	
<i>Lectura</i>	1,828	0,872	
<i>Cerámica</i>	1,739	0,884	
<i>Baile</i>	1,425	0,922	
<i>Teatro</i>	3,838	0,573	
<i>Arte</i>	3,481	0,626	
<i>Otra participación artística</i>	7,301	0,199	
<i>Participación en programa espiritual</i>	5922	0,314	
<i>Ir a misa</i>	3,833	0,574	
<i>Ir a centros de culto</i>	4,689	0,455	
<i>Participación en programa de rehabilitación</i>	6,429	0,267	
<i>Fisioterapia</i>	7,906	0,162	
<i>Terapia Ocupacional</i>	9,014	0,109	
<i>Psicología</i>	2,450	0,784	
<i>Otra participación en programa de rehabilitación</i>	5,991	0,307	
<i>Pertenece a asociaciones de personas con discapacidad</i>	3,759	0,585	
<i>Consume medicamentos</i>	15,583	0,008	0,375

Fuente: Elaboración propia

Tal como se presenta en la Tabla 13 se encontró asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la vida y el consumo de medicamento ($p=0,008$) y las condiciones de salud 1 y 2 ($p=0,004$ y $0,000$ respectivamente) siendo leve la fuerza de magnitud para estas variables según el coeficiente baja. Asimismo, se encontró asociación estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida y ejercicio físico, cuya fuerza de asociación es baja.

8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según las variables sociodemográficas, los resultados muestran que la mayoría de los participantes de la investigación no tienen vinculación laboral o contrato de trabajo y se encuentran entre el estrato 1 y 2, lo anterior podría generar brechas socioeconómicas que ponen a este grupo en condición de desigualdad y exclusión. Algunos estudios evidenciaron que existe una relación entre pobreza y discapacidad que obedece a que las personas en esa condición están doblemente expuestas a vivir por debajo del umbral de la pobreza y de soportar exclusión que aquellas que no tienen discapacidad (80, 81).

Al respecto, el trabajo desarrollado por Inquilla (81), encontró una situación de inequidad, discriminación y pobreza asociada a la condición de discapacidad de las personas participantes del estudio (81). Circunstancia que tiene estrecha relación con factores contextuales como: dificultades para acceder a oportunidades laborales, infraestructuras poco accesibles, actitudes discriminatorias y bajo nivel de educación.

Los datos sociodemográficos de esta investigación reflejan que las personas con discapacidad tienen niveles bajos en escolaridad, entre primaria y básica secundaria. Al respecto, expresa Padilla, que en Colombia se estima que el 22,5% de las personas con discapacidad son analfabetas, y quienes sí estudian realizan en promedio 4,49 años escolares, en comparación con el 8,7% de analfabetismo en personas sin discapacidad y con un promedio en estudio de 6,48 años (82). Estos resultados permiten sugerir que en la actualidad el acceso a la educación por parte de las personas con discapacidad es limitado. Consecuentemente, estas condiciones se convierten en un círculo vicioso que transita entre los bajos niveles de escolaridad con la imposibilidad de conseguir empleo y por consiguiente mejorar las condiciones de vida.

En lo concerniente al sexo, se encuentra que el 69,6% de la población son hombres y son estos quienes perciben mayores cambios negativos en la satisfacción con la vida, no se encuentra diferencias con otros estudios realizados; es decir, se concluyó que la satisfacción con la vida y la resiliencia percibida por las personas con discapacidad no difiere en lo que

respecta a género (83, 84); ya que no se encuentra diferencia entre los niveles de resiliencia de mujeres y el de los hombres, pero esto no es un factor determinante para describir un perfil diferente para cada género.

En este sentido, un estudio realizado por Joshanloo, et al., 2019, basados en modelos multiniveles para explorar las diferencias de géneros en los predictores demográficos, sociales y psicológicos de la satisfacción con la vida en una muestra de 952,739 personas de 150 países (85), reveló que existen similitudes en los predictores de satisfacción con la vida indistintamente del género (85). Los hallazgos sugieren que las variables laborales, educativas y sociopolíticas son más importantes para determinar la satisfacción con la vida en el género masculino, mientras que en el género femenino son más importantes las variables relacionadas con el estado civil y las relaciones interpersonales (85).

Por otra parte, Joshanloo et al., 2019, buscaron examinar las diferencias de género en la satisfacción con la vida a través de diferentes grupos demográficos. Entre las variables se incluyeron el género, la región, el estado civil, la situación laboral y la educación. Se utilizó una muestra de 1,801,417 participantes de 166 países. Las diferencias en la satisfacción con la vida según el género fueron significativas (86). El estudio evidenció que las mujeres reportan más altos niveles de satisfacción con la vida que los hombres en todos los resultados (86).

En cuanto a las variables asociadas a la discapacidad, se encuentra que el principal diagnóstico al cual se le atribuyó la discapacidad fue la enfermedad, resultado que coincide con el estudio realizado por Gil-Obando et al. cuya muestra estuvo constituida por 117 personas con discapacidad, mayores de 20 años con más de seis meses de la limitación (87), en él se encontró que la discapacidad surgió de un “grupo de enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (35,9%), seguido por las enfermedades del ojo y sus anexos (22,2%) y por las enfermedades del oído y apófisis mastoides (21,4%)”(87).

Participar de actividades espirituales predominó entre la población de estudio, denotándose que esta práctica se convierte en un recurso importante para afrontar diferentes

circunstancias y adversidades. Resultados que coinciden con Castellanos et al., (88), quienes encontraron que la mayoría de sus participantes manifiestan prácticas religiosas, el catolicismo y ritos propios de esta religión, pues se convierte en el factor más relevante cuando la categoría de “fe” da fuerza para sobre llevar las situaciones difíciles o impulsa a enfrentar la vida cuando se tiene o se adquiere una discapacidad (88).

Aunque se evidencia una práctica religiosa en el análisis de los resultados, cabe mencionarse que esta práctica se hace más desde el contexto personal y familiar más que una participación activa en la comunidad, debido a las barreras de acceso físicas, sociales y actitudinales que tienen las iglesias, templos o demás lugares donde se llevan a cabo dicha actividad, siendo la población sorda una de las más afectadas dado el factor comunicacional y a la escasa participación de intérpretes o recursos visuales.

De la misma manera, Huerta et al., 2017, encontraron que los niveles de bienestar espiritual de tipo religioso fueron mayores que los de tipo existencial reflejándose un mayor sentido de trascendencia vertical (de las personas hacia Dios o un ser superior) (89). Adicionalmente, Castellanos et al., citando a Jenkins, refiere que, en el plano terapéutico, se ha estudiado el impacto de la espiritualidad en el comportamiento en situación de discapacidad y se encontró en la literatura que los pacientes con enfermedad crónica discapacitante han podido mejorar los comportamientos o los resultados de algunos tratamientos (88).

Sobre los niveles de resiliencia, se encuentra que el 60% de los participantes tienen una alta capacidad de resiliencia. Esto sugiere que las condiciones de vulnerabilidad sujetas a la limitación o discapacidad no condicionan la capacidad que tiene la persona para adaptarse y sobrellevar diferentes situaciones difíciles. En tal sentido, la resiliencia es un factor que responde a múltiples determinantes y/o características psicosociales de las personas.

Amar *et al* encontraron características de personalidad y del entorno, como la seguridad en sí mismo, el apoyo social, el propósito en la vida, la creencia en que se puede influir en lo que sucede alrededor y aprender de las experiencias positivas y negativas de la vida (90),

estos informan que uno de los factores que más evidencia acumula en relación con el desarrollo de la actitud resiliente en los niños es la presencia de padres o cuidadores competentes (90).

Contar con apropiadas redes de apoyo facilita los procesos de resiliencia en la población con discapacidad. Esto concuerda con lo encontrado por Cahuana et al., en el cual el estado civil y la resiliencia se asociaron con una $p = 0,018$ (91). Igualmente, Vásquez et al, buscaron caracterizar la resiliencia en personas con discapacidad físico motora adquirida, encontrando que los recursos psicológicos, el uso de redes sociales y los estilos de afrontamiento fueron los principales factores moduladores de la resiliencia (92). Como también, se refleja en el estudio que 72,7 % de las personas estudiadas mostraron un nivel alto de la resiliencia (92).

Con relación al tercer objetivo, en el presente estudio el 52% de la población se encuentra entre satisfecho y muy satisfecho con la vida. Cabe resaltar que la satisfacción con la vida tiene un carácter multidimensional que atiende a componentes objetivos como: el trabajo, el estado de salud, el nivel socioeconómico, las relaciones con el contexto, entre otras. De igual manera, atiende a componentes subjetivos relacionados con las creencias, expectativas y percepción que las personas tienen sobre a su vida.

Al respecto, Pagan realizó un análisis de los efectos de adquirir una discapacidad en el bienestar de los individuos. Utilizándose un estudio longitudinal con hombres entre los 21 a 58 años, este estudio buscó determinar si las personas son capaces de adaptarse a la discapacidad con el tiempo (91). Los hallazgos señalaron que la discapacidad afecta de manera negativa la satisfacción con la vida (93).

Se encuentra asociación entre variable condición de salud y nivel resiliencia $p=0,036$. Este hallazgo coincide con diferentes estudios, ya que la percepción de salud tanto a nivel físico como mental ha mostrado relación con la forma en la cual las personas se sobreponen ante situaciones adversas; esto teóricamente ha mostrado que quienes tienen mejores condiciones de salud tienen mejor capacidad de resiliencia (90, 94, 95). Böell et al., (95), en

su estudio relacionaron la capacidad de resiliencia de las personas con las condiciones de salud actuales y encontraron que quienes no presentaban actualmente ninguna comorbilidad asociada a su discapacidad tenían mejor capacidad de sobreponerse a las situaciones, con una $p= 0.001$ (95).

Se encontró una asociación entre variable satisfacción con la vida y nivel resiliencia, con una $p=0,00$; sin embargo, el no conocer la causalidad no permite determinar si esta es positiva o no. A pesar de esto, los hallazgos están en concordancia con otros estudios que permiten visualizar que la percepción de la satisfacción con la vida y el cómo se vive la vida mejora cuando se han tenido procesos de resiliencia y superación que han permitido mejorar su condición de vida, esto apunta a la mejora en el cómo se vive con especial relación en aspectos importantes como las condiciones laborales, las redes de apoyo y el apoyo social percibido (70, 96).

Se encontró asociación entre las condiciones de salud previas y la satisfacción con la vida con una $p < 0,05$. Estas condiciones previas fueron categorizadas por subgrupos que parecen tener relación positiva con la satisfacción que las personas tienen con la vida. Esto explicado teóricamente por Suria en sus diferentes artículos (67). Sin embargo, existen otros estudios que discrepan de este hallazgo, pues las condiciones previas no son determinantes e importantes para la percepción de la satisfacción con la vida, sino simplemente un elemento distractor de otros factores más relevantes como las redes de apoyo (96, 97, 98).

Por ejemplo, Miron et al (97), en su estudio encontraron que la percepción de la satisfacción con la vida tenía relación con la necesidad de apoyo $p=0.003$ (97). En este mismo estudio se encontró que existe una asociación entre la dimensión función social, por una parte, y la necesidad de apoyo ($p = 0,028$) para la percepción de la satisfacción con la vida. Por otro lado, en este estudio también se encuentra que no había relación con la función física específicamente con las condiciones de salud previas y el grado de satisfacción con la vida (97).

Se encuentra una relación entre la satisfacción con la vida y el consumo de medicamentos $p=0,008$. Esta asociación específicamente responde según estudios e informes de discapacidad, con la oportunidad de acceso a los medicamentos para las personas con discapacidad que permite su mejora en la percepción de su salud física y de esta manera su satisfacción con la vida (98); no obstante, esta relación también es vista de manera negativa por el aumento de consumo de medicamentos en esta población y que aumenta la probabilidad de abuso de éstas y por lo tanto la posibilidad de desarrollar condiciones de adicción (99, 100).

De igual manera, se encuentra que el ejercicio físico tiene una relación estadísticamente significativa con la satisfacción con la vida $p=0,016$, y la fuerza de dicha asociación es moderada. Esto significa que practicar un deporte contribuye positivamente en la forma en que las personas regulan sus aspectos emocionales y cognitivos en todas las dimensiones de su vida (101). A esta postura se le suma Díaz et al., 2019 expresan que la participación en un deporte adaptado ha demostrado efectos positivos en la satisfacción con la vida en la población con lesión medular, como también en otras poblaciones con discapacidad (102).

En este sentido, Tasiemski et al., (103), buscaron determinar si la participación deportiva y la recreación física estaba asociada con la satisfacción con la vida en pacientes con lesiones medular, usuarios de sillas de rueda. Se evidenció que una cohorte de 985 individuos no participaba activamente en actividades de recreación o deportivas tenían significativamente bajos niveles de satisfacción con la vida; en cambio, la participación en actividades deportivas fue positivamente asociada a siete u ocho dominios de satisfacción con la vida (103).

Estos resultados son congruentes con un estudio realizado por Pagan, quien estaba interesado en comprobar dos hipótesis. La primera hipótesis consistía en que la participación en deportes incrementaba en las personas su satisfacción con la vida. La segunda hipótesis se basaba en que los efectos de esta participación en la satisfacción con la

vida eran diferentes para las personas sin discapacidad y las personas en situación de discapacidad. Los resultados mostraron que las personas con discapacidad que participan en unas actividades deportivas tienen más altos niveles de satisfacción con la vida que las personas que no tienen discapacidad, especialmente cuando esta participación es más intensa (104).

Yazicioglu et al., (105), compararon los puntajes de calidad de vida y satisfacción con la vida entre personas con paraplejias o amputación que participaban en deportes y aquellas que no participan encontrando que en el grupo que sí participaba de un deporte los puntajes eran significativamente más altos en los dominios físico, psicológico y social (105).

Como limitación del presente estudio se podría plantear el sesgo de autoreporte, esto se debió a que la aplicación de los cuestionarios debieron realizarse en tiempo en donde existe una coyuntura social relacionada con la pandemia COVID 19, con el agravante de que dentro de la población con discapacidad de la ciudad Bello se encuentran personas sordas que requerían la entrevista de forma presencial y debían contar con intérprete teniendo en cuenta que los investigadores no manejan lenguaje de señas.

9 CONCLUSIONES

El presente estudio caracterizó las variables sociodemográficas de 125 personas con discapacidad del municipio de Bello, Antioquia, encontrándose que la mayoría de los encuestados fueron hombres y solteros, con un nivel de escolaridad secundaria. Además, se encontró que la mayoría de los participantes no se encontraban vinculados en una actividad laboral, estaban afiliados al régimen subsidiado y pertenecían a los estratos 1 y 2.

De igual manera, se evidenciaron dos importantes hallazgos; en primer lugar, las personas con discapacidad en el presente estudio priorizan la práctica de actividades espirituales, lo cual se identificó como una fuente de apoyo, fortaleza y esperanza en medio de las situaciones adversas. En segundo lugar, se encontró que la enfermedad es el principal diagnóstico médico al cual se le atribuye la limitación permanente.

Con relación a los niveles de resiliencia hallados en los participantes del estudio, se puede afirmar que predominó una alta capacidad de resiliencia. Es más, parece haber un consenso amplio entre diferentes autores al señalar que hay una relación entre contar con apropiadas redes de apoyo y la capacidad de adaptación frente a las adversidades.

En cuanto al objetivo específico relacionado a la identificación del nivel de satisfacción con la vida en las personas con discapacidad que participaron en el estudio, los resultados apuntaron a que la mayoría de ellos se encontraban entre satisfecho y muy satisfecho.

En respuesta al último objetivo, se encontró una asociación estadísticamente significativa para la satisfacción con la vida y el estado civil de los participantes. Se encontró una relación entre la satisfacción con la vida y el consumo de medicamentos y también se presentó una asociación entre el ejercicio físico y la satisfacción con la vida, y la fuerza de dicha asociación fue media.

10 RECOMENDACIONES

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

- Como investigación posterior, sería interesante hacer un seguimiento a la realización de las actividades cotidianas de las personas con discapacidad, ejercicio que permitiera conocer cuáles son sus estilos de afrontamiento ante las adversidades, a la luz de la interacción entre los factores sociales (barreras y/o facilitadores) y sus procesos de resiliencia y satisfacción con la vida.
- Considerarse el nivel de escolaridad como criterio de exclusión, teniendo en cuenta que algunos participantes del estudio pese a no tener discapacidad cognitiva no comprendían algunos términos y/o vocabularios de los ítems, provocando que la aplicación se extendiera más allá de lo proyectado.
- Los resultados de este proyecto de investigación se tengan en cuenta en el desarrollo de programas, políticas y proyectos que beneficien a la población con discapacidad del municipio de Bello; es más, dado que uno de los hallazgos de la presente investigación es la asociación entre la realización de ejercicio físico y el grado de satisfacción con la vida, se indica que se debe promover programas que incrementen la realización de actividad física entre la población con discapacidad.
- El análisis de los datos obtenidos en este estudio refleja la necesidad de desarrollar, por parte de las entidades gubernamentales, actividades y programas que favorezcan, y en todo caso garanticen, los recursos materiales, psicológicos y sociales que deben poseer las personas con discapacidad, estos hacen referencia a: salud, educación, rehabilitación, entre otras, de manera que esto se constituya en la ampliación de oportunidades o alternativas de solución antes las distintas situaciones complejas que esta población enfrenta; entre estas situaciones está el no

acceder a empleos, a educación de calidad, edificios, infraestructuras no accesibles, entre otras.

- Se requiere de esfuerzos por parte de todos los sistemas de la sociedad, desde la familia hasta los entes gubernamentales, para el desarrollo de acciones coordinadas, organizadas y coherentes con la realidad del municipio de Bello en materia de una cultura inclusiva, puesto que, según los resultados, aún se evidencian barreras actitudinales y/o arquitectónicas que les impide a las personas con discapacidad desarrollarse cultural, social, cognitiva y afectivamente.
- Analizar las condiciones del entorno para adecuar los ajustes que respondan a las posibilidades de la persona con discapacidad, en aras de que puedan vivir de manera satisfactoria y participar plenamente en todos los aspectos de su vida, y en concordancia con los resultados del estudio, hacer mayor énfasis la participación en el campo laboral, en el campo educativo, en la vida cultural, en las actividades recreativas, en el esparcimiento y en el deporte.
- Este estudio aporta para futuras investigaciones a nivel Colombia, plantea una línea de base con respecto a la medición de este tipo de variables en población en situación de discapacidad, este modelo podría ser replicable en otras regiones del país o incluso hacer uso de las recomendaciones dadas pues las características sociodemográficas de otras regiones tienen grandes similitudes con las evaluadas en este estudio.

11 REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidades. Consultado en <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
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. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 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.
Doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1096>
7. Arrebola-Moreno AL, García-Retamero R, Catena A, Marfil-Álvarez R, Melgares-Moreno R, & Ramírez-Hernández JA. On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2014; 14(2), 111–119. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70044-4](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70044-4)
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. Examining Characteristics of Resilience among University Students: An International Study. *Open Journal of Social Sciences*. 2014; 02(11), 14–22.
<https://doi.org/10.4236/jss.2014.211003>
10. Sambu LJ. An investigation of the relationship between internal and external factors and resilience of internally displaced persons after the experience of trauma: a case study of Kiambaa Village in Eldoret East sub-county in Uasin Gishu Country, Kenya (Thesis). Retrieved from <http://uir.unisa.ac.za/handle/10500/19982.2015>
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. Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 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. Predictors of life satisfaction in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 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. Making sense of resilience: A review from the field of paediatric psycho-oncology and a proposal of a model for its study. Scielo. [Internet] 2014. [citado 8 jun 2020]; 30 (03): 13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n3/psicologia_clinica2.pdf

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. Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. Chinese Nursing Research [Internet]. 2017. [citado 8 jun 2020];4:9-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771817300075>

28. Dongyun L, Eun-Seung Y, Nam H. Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. European Journal of Psychotraumatology. [Internet]. 2020. [citado 8 jun 2020]; 11:(1): 9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771817300075>

29. Garmezy NA. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric*, 1991; 20, 459-466.
30. Berger K. *Psicología del Desarrollo, infancia y adolescencia*. Editorial panamericana [Internet]. Edición 9ª. Editorial medica Panamericana 2017. [citado 8 jun 2020]
31. Gonzales M, Lacasta M, Ordoñez A. *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Edición 1º. Editorial medica Panamericana. 2012. [citado 8 jun 2020].
32. Posada A, Gómez J, Ramírez H. *El niño sano, una visión integral*. Edición 4º. Editorial medica panamericana. 2016. [citado 8 jun 2020].
33. Martínez RS, 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: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 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 - e Avaliação Psicológica.*, 2015; 2(40):103-113.
36. Heilemann MV, Lee KA, & Kury FS. Psychometric evaluation of Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2003; 11:61-72

37. Martínez RS. Relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2016; 14(40): 450-473.
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. *Revista Latinoamericana de estudios de familia*. [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 Vygotsky. *Revista educación* [Internet]. 2001. [Citado 4 junio 2020]; 25 (2): 59-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44025206.pdf>

- 44.** Iniesta-Martínez A, Martínez-Sanz A, Mañas-Viejo C. Autoestima y diversidad funcional. *Infad* [Internet]. 2014. [Citado 1 jun 2020]. 2 (1): 439-446. Disponible en:
http://dehesa.unex.es/static/flexpaper/template.html?path=/bitstream/handle/10662/1642/0214-9877_2014_1_2_439.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=1
- 45.** 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>.
- 46.** Cummins RA. Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*. 2000; 52: 55-72
- 47.** 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>
- 48.** 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>
- 49.** 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>
- 50.** Roy C. *The Roy adaptation model*. 3rd Ed. New Jersey: Pearson; 2009. Kantú

- 51.** 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>
- 52.** 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>
- 53.** 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
- 54.** 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>
- 55.** 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
- 56.** 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>

57. 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.
58. 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>.
59. León J, Núñez J, Domínguez E, Martín J. Motivación intrínseca, auto concepto físico y satisfacción con la vida en practicantes de ejercicio físico: análisis de un modelo de ecuaciones estructurales en el entorno de programación *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y del Deporte*. 2012; 8 (1): 39-58
60. Sinclair VG & Wallston KA. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 2004; 11, 94-101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
61. 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
62. 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>

- 63.** 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>
- 64.** Organización De Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2008.
- 65.** Saavedra E, Villalta Paucar M. Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación*, VIII (1):101-131, 2008 101
- 66.** 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
- 67.** Suriá R. Relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 14(3), 450-473. 2016. 40. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.40.15150>
- 68.** Neyra Retamozo JE, Pachao García 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>
- 69.** 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

- 70.** 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. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.291381>
- 71.** 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>
- 72.** 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>.
- 73.** Ciudad de progreso, Alcaldía. Plan de desarrollo 2016 al 2019, Bello, Ciudad de progreso. [Internet]. 2019, <https://bello.gov.co/index.php/features/nuestros-planes/17-plan-de-desarrollo>.
- 74.** Mukaka MM. Statistics Corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal* September 2012; 24(3):69-71
- 75.** Sánchez-Teruel, David, Robles-Bello, María Auxiliadora, Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica* [Internet]. 2015; 2(40):103-113. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645432011>

76. Padrós F, Gutiérrez C, & Medina M. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2015; 33(2), 223-232
77. Vázquez C, Duque A, & Hervás G. Escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos. Validación y datos normativos. *The Spanish Journal of Psychology*, 2013; 16. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
78. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 8430 de 1993 Bogotá, DC.; 1993. 1–19
79. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2013 p. 5
80. Observatorio Estatal de la Discapacidad. Persona con discapacidad y situación de pobreza. [Internet]. 2018: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/personas-con-discapacidad-y-situacion-de-pobreza/>
81. Inquilla M. Discapacidad, pobreza y desigualdad social en puno: un tema multidimensional y multifactorial desde la perspectiva sociológica – Perú. [Internet]. 2015: <https://www.redalyc.org/pdf/4498/449844869003.pdf>
82. Padilla Muñoz A. Inclusión educativa de personas con discapacidad. *rev.colomb.psiqiatr.* [online]. 2011, vol.40, n.4, 670-699
83. Marín WLU, Zapata KYM, Gaviria AMS. Factores resilientes que permiten mejorar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados. 2018, Disponible en: http://bibliotecadigital.iue.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12717/360/1/iue_rep_pr_e_psi_uribe_2018_factores_resilientes.pdf

84. Vílchez YAG. Influencia de la resiliencia y la satisfacción con la vida sobre la autoeficacia para envejecer en adultos mayores de lima, 2020. Disponible en: <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/USIL/10182>
85. Joshanloo, Mohsen. "Diferencias de género en los predictores de satisfacción con la vida en 150 países". *Personalidad Y Diferencias Individuales*, vol.135, 2018, pp. 312-315. doi: 10.1016 / j.paid.2018.07.043
86. Joshanloo M, Jovanović V. The relationship between gender and life satisfaction: analysis across demographic groups and global regions. *Archives of Women's Mental Health*. 2020 Jun;23(3):331-338. DOI: 10.1007/s00737-019-00998-w. PMID: 31482245.
87. Gil-Obando LM, López-López A, Avila-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. *Univ. Salud* 2016;18(3):505-513. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.55>
88. Castellanos Soriano F, López AL. Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 14, núm. 2, julio-diciembre, 2012, 51-61
89. Huerta Ramírez Y, Rivera Heredia ME. Resiliencia, recursos familiares y espirituales en cuidadores de niños con discapacidad *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, vol. 9, núm. 2, noviembre, 2017, 70-81. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.005>

90. Amar Amar J, Martínez González M, Utria Utria L. Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia Salud Uninorte, vol. 29, núm. 1, enero-abril, 2013, 124-133. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81728689014.pdf>.
91. Cahuana-Cuentas M, Arias Gallegos WL, et al. Influencia de la familia sobre la resiliencia en personas con discapacidad física y sensorial de Arequipa, Perú. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. junio de 2019; 57(2):118-28.
92. Álava Vásquez ZM, Diaslen Rodríguez F, Dunia MF. Rev Cubana Med Gen Integr vol.36 no.4 Ciudad de La Habana, 2020 Epub 01-Dic-2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400006
93. Vásquez, Z & Rodríguez, D & Ferrer, D. Resiliencia en un grupo de discapacitados físico-motores. 2020. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400006
94. RUA: Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad, 2016 [Internet]. [citado 28 de junio de 2021]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/60836>
95. Böell JEW, Silva DMGV, Hegadoren KM. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2786. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1205.2786>
96. García, F, Crissien, E. Familia y discapacidad: calidad de vida y apoyo social percibido. 2017. Disponible en: https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2300/Cap_5_%20Familia_Discapacidad.pdf?sequence=10&isAllowed=y

97. Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, Sáenz González MC. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(5):336–44.
98. Henao Lema, Claudia Patricia; Gil Obando, Lida Maritza *Calidad De Vida Y Situación De Discapacidad Revista Hacia la Promoción de la Salud*, vol. 14, núm. 2, 2009,
99. Observatorio de la Discapacidad Física. El consumo de medicamentos es superior entre personas con discapacidad [Internet]. [citado 28 de junio de 2021]. 2014. 112-125. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126692005>
- 100.** Correa L, Castro M. *Discapacidad_inclusion_social.pdf* [Internet]. [citado 28 de junio de 2021]. 2016. https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pcd_discapacidad_inclusion_social.pdf
101. González-Serrano G, Huéscar Hernández E, Moreno-Murcia JA. Satisfacción Con La Vida Y Ejercicio Físico. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, vol. 30, junio-, 2013, 131-151. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2742/274228060010.pdf>
102. Diaz, R & MD, Emily K. Miller, MD, Emily Kraus, MD, and Michael Fredericson, MD. *Impact of Adaptive Sports Participation on Quality of Life*. 2019. <https://static1.squarespace.com/static/5ca54f8577b903013da11281/t/5d0afb20a44d030001e4c50d/1561000749315/Impact+of+Adaptive+Sports+Participation+on+Quality+of+Life.pdf>
- 103.** Tasiemski T, Kennedy P, Gardner BP, et al. The association of sports and physical recreation with life satisfaction in a community sample of people with

spinal cord injuries.Pubmed.gov. [Internet]. 2005:


<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16403994/>

- 104.** Pagan, R. Disability, Life Satisfaction and Participation in Sports. [Internet]. 2018: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-75529-8_20

105. Yazicioglu K, Yavuz F, Goktepe AS, et al. Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. Disabil Health. [Internet]. 2018: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-75529-8_20

12 ANEXOS

Anexo 1 Asentimiento y consentimiento informado

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN	CÓDIGO: GIN-FOR-016
	EN INVESTIGACIONES	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:

Diligenciamiento de la encuesta para resolver variables de índole sociodemográficos y de condiciones de salud

Registro de datos de la encuesta de resiliencia

Registro de datos de la encuesta de satisfacción con la vida

Adicionalmente se me informó que:

Estoy en libertad de retirarme en cualquier momento en la participación del programa.

Estoy afiliado a una EPS.

No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.

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.

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.

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

Huella

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.

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

<p>d. Pobre No asegurado</p> <p>_____</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Pregrado <li style="padding-left: 20px;">_____ • Posgrado <li style="padding-left: 20px;">_____
<p>11. Actualmente se encuentra laborando</p> <p>Si____ No____</p> <p>11.a. Actualmente se encuentra estudiando</p> <p>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:</p> <p>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>			
<p>15. ¿Cree usted que su discapacidad se originó de la(s) enfermedad(es) que reporto en el ítem anterior? Si____ No____</p>	<p>1. Física</p>	<p>S I</p>	<p>N O</p>	
	<p>2. Visual</p>	<p>S I</p>	<p>N O</p>	
	<p>3. Auditiva</p>	<p>S I</p>	<p>N O</p>	
	<p>4. Intelectual(cognitiva)</p>	<p>S I</p>	<p>N O</p>	
	<p>5. Psicosocial (Mental)</p>	<p>S I</p>	<p>N O</p>	
	<p>6. Sordoceguera</p>	<p>S I</p>	<p>N O</p>	
	<p>7. Múltiple</p>	<p>S I</p>	<p>N O</p>	
	<p>8. Sistémica</p>	<p>S I</p>	<p>N O</p>	

		9. Ninguna		S	N
				I	O
17. Califique la percepción de su salud actualmente: Buena____ Regular ____ Mala____		18. La causa de su discapacidad fue: Adquirida____ Congénita ____	19. ¿Hace cuánto tiempo tiene la discapacidad? ____ años	20. ¿Utiliza ayudas externas, productos o dispositivos de asistencia? Si ____ No ____ Cuál?	
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	

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

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

Aspectos generales

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

Encuesta

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

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

Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal.							
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.							
3. Estoy satisfecho/a con mi vida.							
4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.							
5. Si tuviera que vivir mi							

vida de nuevo, no cambiaría casi nada.							
--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

NIVEL DE BIENESTAR SUBJETIVO	PUNTUACIÓN
ALTAMENTE SATISFECHOS (MUY FELICES)	30-35 puntos
SATISFECHOS	25-29 puntos
LIGERAMENTE SATISFECHOS	20-24 puntos
LIGERAMENTE POR DEBAJO DE LA MEDIA DE SATISFACCIÓN VITAL	15-19 puntos
INSATISFECHOS (POCO FELICES)	10-14 puntos
MUY INSATISFECHO	5-9 puntos

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

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.

Asociación entre variables sociodemográficas y nivel de resiliencia

Asociación entre edad y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total	
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia		
Edad agrupada	18 a 27 años	3 15,0%	5 25,0%	12 60,0%	20 100,0%	
	28 a 37 años	3 20,0%	4 26,7%	8 53,3%	15 100,0%	
	38 a 47 años	2 7,4%	6 22,2%	19 70,4%	27 100,0%	
	48 a 65 años	11 17,5%	16 25,4%	36 57,1%	63 100,0%	
	Total		19 15,2%	31 24,8%	75 60,0%	125 100,0%
	Pruebas de chi-cuadrado					
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson		2,302 ^a	6	,890		
Razón de verosimilitud		2,508	6	,868		
Asociación lineal por lineal		,029	1	,866		
N de casos válidos		125				

a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,28.					
Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,027	,074	-,370	,711
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre sexo y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Sexo	Masculino	15	21	51	87
	Femenino	4	10	24	38
Total		19	31	75	125

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,926 ^a	2	,629

Razón de verosimilitud		,981	2		,612
Asociación lineal por lineal		,603	1		,438
N de casos válidos		125			
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,78.					
Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,055	,081	,686	,492
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre afiliación a la seguridad social y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Afiliación SGSS	Contributivo	6	9	28	43
	Subsidiado	13	18	42	73
	Régimen común	0	0	1	1
	Pobre no asegurado	0	4	4	8
Total		19	31	75	125

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,957 ^a	6	,549
Razón de verosimilitud	6,060	6	,417
Asociación lineal por lineal	,047	1	,829
N de casos válidos	125		
a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,043	,065	-,669	,504
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre estrato y nivel de Resiliencia

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Estrato	1	6	11	24	41
	2	8	11	27	46
	3	5	9	24	38

Total	19	31	75	125
Pruebas de chi-cuadrado				
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		,451 ^a	4	,978
Razón de verosimilitud		,447	4	,978
Asociación lineal por lineal		,125	1	,723
N de casos válidos		125		
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,78.				

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,028	,072	,390	,696
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre estado civil y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Estado Civil	Soltero	9	21	41	71

	Casado	9	3	19	31
	Separado	0	2	5	7
	Unión libre	1	4	10	15
	Viudo	0	1	0	1
Total		19	31	75	125

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,920 ^a	8	,115
Razón de verosimilitud	13,940	8	,083
Asociación lineal por lineal	,309	1	,579
N de casos válidos	125		

a. 9 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,028	,066	,430	,667
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

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

Asociación entre nivel de escolaridad y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Escolaridad	Primaria	10	15	22	47
	Secundaria	7	13	29	49
	Técnico/Tecnólogo	1	2	11	14
	Pregrado	1	0	6	7
	Posgrado	0	0	1	1
	Ninguno	0	1	6	7
Total		19	31	75	125

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,908 ^a	10	,365
Razón de verosimilitud	14,030	10	,172
Asociación lineal por lineal	6,079	1	,014
N de casos válidos	125		

a. 11 casillas (61,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

Medidas simétricas

	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada

Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,220	,068	3,219	,001
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre tipo de contrato y nivel de resiliencia

Tabla cruzada					
Recuento					
		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Tipo de Contrato	Termino fijo	0	0	3	3
	Término	0	0	1	1
	Indefinido				
	Sin contrato	15	27	62	104
	Otro	4	4	9	17
Total		19	31	75	125

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,695 ^a	6	,718
Razón de verosimilitud	5,009	6	,543
Asociación lineal por lineal	2,588	1	,108
N de casos válidos	125		
a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,070	,051	-1,366	,172
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre sí está estudiando y nivel de resiliencia

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Está	Sí	1	2	6	9
Estudiando	No	18	29	69	116
Total		19	31	75	125

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,204 ^a	2	,903
Razón de verosimilitud	,213	2	,899
Asociación lineal por lineal	,202	1	,653
N de casos válidos		125	
a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,37.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,021	,045	-,471	,638
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre condición de salud 1 y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Condiciones de salud 1		0	3	7	10
		0,0%	30,0%	70,0%	100,0%
	Enfermedad	13	15	31	59
		22,0%	25,4%	52,5%	100,0%
	Lesión	3	11	29	43
		7,0%	25,6%	67,4%	100,0%
	Trauma	3	2	8	13
		23,1%	15,4%	61,5%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	7,486 ^a	6	,278
Razón de verosimilitud	9,262	6	,159
N de casos válidos	125		
a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,52.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,055	,071	,768	,443
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre condición de salud 2 y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Condición de salud 2		12	23	62	97
		12,4%	23,7%	63,9%	100,0%
	Enfermedad	6	4	9	19
		31,6%	21,1%	47,4%	100,0%
	Lesión	0	2	2	4
		0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Trauma	1	2	2	5	
	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%	

Total	19	31	75	125
	15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,345 ^a	6	,290
Razón de verosimilitud	6,959	6	,325
N de casos válidos	125		

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,61.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,102	,059	-1,731	,084
N de casos válidos		125			

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

Asociación entre condición de salud 3 y nivel de resiliencia.

	Resiliencia final			Total
	Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Condiciones de salud 3	14	28	70	112
	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%

	Enfermedad	5	2	3	10
		50,0%	20,0%	30,0%	100,0%
	Lesión	0	1	2	3
		0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,782 ^a	4	,029
Razón de verosimilitud	8,590	4	,072
N de casos válidos	125		
a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,083	,048	-1,719	,086
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre origen de la discapacidad y nivel de resiliencia.

	Resiliencia final	Total
--	-------------------	-------

		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Origen discapacidad	Sí	18	23	58	99
		18,2%	23,2%	58,6%	100,0%
	No	1	8	17	26
		3,8%	30,8%	65,4%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,414 ^a	2	,181
Razón de verosimilitud	4,302	2	,116
Asociación lineal por lineal	1,655	1	,198
N de casos válidos	125		
a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,95.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,076	,066	1,144	,253
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad física y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Discapacidad Física	Sí	12	15	43	70
		17,1%	21,4%	61,4%	100,0%
	No	7	16	32	55
		12,7%	29,1%	58,2%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	,555
Razón de verosimilitud	,555
Asociación lineal por lineal	,931
N de casos válidos	

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^a	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,010	,089	-,109	,913
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

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

Asociación entre discapacidad visual y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Discapacidad Visual	Sí	2	8	9	19
		10,5%	42,1%	47,4%	100,0%
	No	17	23	66	106
		16,0%	21,7%	62,3%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,623 ^a	2	,163
Razón de verosimilitud	3,312	2	,191
Asociación lineal por lineal	,255	1	,613
N de casos válidos	125		
a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,89.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,054	,063	,853	,394
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad auditiva y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Discapacidad Auditiva	Sí	1	8	17	26
		3,8%	30,8%	65,4%	100,0%
	No	18	23	58	99
		18,2%	23,2%	58,6%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,414 ^a	2	,181
Razón de verosimilitud	4,302	2	,116
Asociación lineal por lineal	1,655	1	,198
N de casos válidos	125		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,95.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,076	,066	-1,144	,253
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad psicosocial y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Discapacidad Psicosocial	Sí	7	6	11	24
		29,2%	25,0%	45,8%	100,0%
	No	12	25	64	101
		11,9%	24,8%	63,4%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,806 ^a	2	,090
Razón de verosimilitud	4,275	2	,118
Asociación lineal por lineal	4,230	1	,040
N de casos válidos	125		
a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,65.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,135	,078	1,736	,083
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad múltiple y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Discapacidad Múltiple	Sí	6	3	10	19
		31,6%	15,8%	52,6%	
	No	13	28	65	106
		12,3%	26,4%	61,3%	
Total		19	31	75	125

	15,2%	24,8%	60,0%	100,0%
--	-------	-------	-------	--------

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,891 ^a	2	,087
Razón de verosimilitud	4,229	2	,121
Asociación lineal por lineal	2,274	1	,132
N de casos válidos	125		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,89.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,078	,073	1,063	,288
N de casos válidos		125			

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

Asociación entre discapacidad sistémica y nivel de resiliencia.

	Resiliencia final			Total
	Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	

Discapacidad Sistémica	SI	2	0	2	4
		50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	No	17	31	73	121
		14,0%	25,6%	60,3%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,386 ^a	2	,112
Razón de verosimilitud	4,176	2	,124
Asociación lineal por lineal	1,492	1	,222
N de casos válidos	125		
a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,61.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,029	,041	,692	,489
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad percepción de salud y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Percepción de Salud	Buena	7	13	46	66
		10,6%	19,7%	69,7%	100,0%
	Regular	9	17	27	53
		17,0%	32,1%	50,9%	100,0%
	Mala	3	1	2	6
		50,0%	16,7%	33,3%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,262 ^a	4	,036
Razón de verosimilitud	8,658	4	,070
Asociación lineal por lineal	7,170	1	,007
N de casos válidos	125		
a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,91.			

Medidas simétricas				
	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada

Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,178	,070	-2,528	,011
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre causa de discapacidad y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Causa de discapacidad	Adquirida	15	17	47	79
		19,0%	21,5%	59,5%	100,0%
	Congénita	4	14	28	46
		8,7%	30,4%	60,9%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,967 ^a	2	,227
Razón de verosimilitud	3,124	2	,210
Asociación lineal por lineal	,712	1	,399
N de casos válidos	125		
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,99.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,049	,085	,580	,562
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre tiempo de discapacidad y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Tiempo Discapacidad	1 a 10 años	2	10	18	30
		6,7%	33,3%	60,0%	100,0%
	11 a 20 años	8	6	20	34
		23,5%	17,6%	58,8%	100,0%
	21 a 30 años	6	6	13	25
		24,0%	24,0%	52,0%	100,0%
	31 a 40 años	1	4	16	21
		4,8%	19,0%	76,2%	100,0%
		2	0	5	7

	41 a 50 años	28,6%	0,0%	71,4%	100,0%
	51 a 65 años	0	5	3	8
		0,0%	62,5%	37,5%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,017 ^a	10	,055
Razón de verosimilitud	20,004	10	,029
Asociación lineal por lineal	,019	1	,890
N de casos válidos	125		
a. 9 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,06.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,012	,070	,165	,869
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,049	,085	,580	,562
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre utilización de ayudas externas y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Ayudas Externas	Sí	6	13	35	54
		11,1%	24,1%	64,8%	100,0%
	No	13	18	40	71
		18,3%	25,4%	56,3%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,433 ^a	2	,488
Razón de verosimilitud	1,465	2	,481
Asociación lineal por lineal	1,356	1	,244
N de casos válidos	125		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,21.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,099	,088	-1,123	,261
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en programas deportivos y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Participación Programa Deportivo	Sí	6 13,3%	8 17,8%	31 68,9%	45 100,0%
	No	13 16,3%	23 28,7%	44 55,0%	80 100,0%
Total		19 15,2%	31 24,8%	75 60,0%	125 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado					
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		2,485 ^a	2	,289	
Razón de verosimilitud		2,545	2	,280	
Asociación lineal por lineal		1,464	1	,226	
N de casos válidos		125			
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,84.					
Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,119	,085	-1,401	,161
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre realización de actividad física y nivel de resiliencia.

	Resiliencia final	Total
--	-------------------	-------

		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Actividad Física	Sí	0	2	9	11
		0,0%	18,2%	81,8%	100,0%
	No	19	29	66	114
		16,7%	25,4%	57,9%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,003 ^a	2	,223
Razón de verosimilitud	4,601	2	,100
Asociación lineal por lineal	2,974	1	,085
N de casos válidos	125		
a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,67.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,087	,042	-2,080	,038
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre realización ejercicio físico y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Ejercicio Físico	Sí	3	5	12	20
		15,0%	25,0%	60,0%	100,0%
	No	16	26	63	105
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%
gl	Significación asintótica (bilateral)				
2	,999				
2	,999				
1	,990				

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,001	,066	-,008	,994
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en deporte y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Deporte	Sí	1	2	11	14
		7,1%	14,3%	78,6%	100,0%
	No	18	29	64	111
		16,2%	26,1%	57,7%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,282 ^a	2	,319

Razón de verosimilitud	2,470	2	,291
Asociación lineal por lineal	2,012	1	,156
N de casos válidos	125		
a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,13.			
Medidas simétricas			
	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b
			Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,085	,051
			-1,656
			,098
N de casos válidos	125		
a. No se presupone la hipótesis nula.			
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.			

Asociación entre participación en otros programas deportivos y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Otra Participación En Programas Deportivos	Sí	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	No	19	31	74	124
		15,3%	25,0%	59,7%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,672 ^a	2	,715
Razón de verosimilitud	1,027	2	,598
Asociación lineal por lineal	,553	1	,457
N de casos válidos	125		
a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,013	,013	-1,006	,314
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en programas artísticos y culturales y nivel de resiliencia.

	Resiliencia final			Total
	Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	

Participación En Programas Artísticos Y Espirituales	Sí	6	8	12	26
		23,1%	30,8%	46,2%	100,0%
	No	13	23	63	99
		13,1%	23,2%	63,6%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,861 ^a	2	,239
Razón de verosimilitud	2,771	2	,250
Asociación lineal por lineal	2,788	1	,095
N de casos válidos	125		
a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,95.			

Medidas simétricas				
	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada

Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,124	,077	1,606	,108
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en actividades de lectura y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Participación en actividades de lectura	Sí	2 25,0%	4 50,0%	2 25,0%	8 100,0%
	No	17 14,5%	27 23,1%	73 62,4%	117 100,0%
Total		19 15,2%	31 24,8%	75 60,0%	125 100,0%
gl	Significación asintótica (bilateral)				
2	,107				
2	,112				
1	,079				

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,086	,049	1,770	,077
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en actividades de cerámica y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Cerámica	Sí	1	3	3	7
		14,3%	42,9%	42,9%	100,0%
	No	18	28	72	118
		15,3%	23,7%	61,0%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,342 ^a	2	,511
Razón de verosimilitud	1,215	2	,545

Asociación lineal por lineal	,351	1	,553
N de casos válidos	125		
a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,06.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,032	,042	,761	,446
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en actividades de baile y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Actividades De Baile	Sí	0	1	2	3
		0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	No	19	30	73	122
		15,6%	24,6%	59,8%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

gl	Significación asintótica (bilateral)
2	,748
2	,598
1	,607

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,011	,023	-,491	,623
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en actividades de teatro y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Teatro	Sí	0	0	3	3
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	No	19	31	72	122

		15,6%	25,4%	59,0%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,049 ^a	2	,359
Razón de verosimilitud	3,114	2	,211
Asociación lineal por lineal	1,685	1	,194
N de casos válidos	125		
a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,038	,022	-1,764	,078
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en actividades de arte y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Arte	Sí	0 0,0%	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
	No	19 15,7%	30 24,8%	72 59,5%	121 100,0%
Total		19 15,2%	31 24,8%	75 60,0%	125 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,783 ^a	2	,676
Razón de verosimilitud	1,380	2	,502
Asociación lineal por lineal	,678	1	,410
N de casos válidos	125		
a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,61.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,024	,026	-,923	,356
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre otra participación artística y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Otra Participación Artística	Sí	3	2	4	9
		33,3%	22,2%	44,4%	100,0%
	No	16	29	71	116

		13,8%	25,0%	61,2%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%
		gl		Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		2		,284	
Razón de verosimilitud		2		,357	
Asociación lineal por lineal		1		,159	
N de casos válidos					
Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada			
Ordinal por ordinal	,054	1,086		,277	

Asociación entre participación en programas espirituales y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Programas Espirituales	Sí	11	22	50	83
		13,3%	26,5%	60,2%	100,0%
	No	8	9	25	42
		19,0%	21,4%	59,5%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado					
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		,908 ^a	2	,635	
Razón de verosimilitud		,894	2	,639	
Asociación lineal por lineal		,213	1	,645	
N de casos válidos		125			
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,38.					
Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,026	,087	-,300	,764
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre ir a misa y nivel de resiliencia.

					Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
	Sí	10	21	42	73

Ir A		13,7%	28,8%	57,5%	100,0%
Misa	No	9	10	33	52
		17,3%	19,2%	63,5%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	1,552 ^a	2	,460	
Razón de verosimilitud	1,580	2	,454	
Asociación lineal por lineal	,029	1	,864	
N de casos válidos	125			
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,90.				

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,035	,090	,388	,698
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en programas de rehabilitación y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Programa De Rehabilitación	Sí	3	6	14	23
		13,0%	26,1%	60,9%	100,0%
	No	16	25	61	102
		15,7%	24,5%	59,8%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,109 ^a	2	,947
Razón de verosimilitud	,112	2	,946
Asociación lineal por lineal	,046	1	,829
N de casos válidos	125		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,50.

Medidas simétricas				
	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada

Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,012	,069	-,171	,864
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en programas de fisioterapia y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Fisioterapia	Sí	1	1	9	11
		9,1%	9,1%	81,8%	100,0%
	No	18	30	66	114
		15,8%	26,3%	57,9%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,453 ^a	2	,293
Razón de verosimilitud	2,762	2	,251

Asociación lineal por lineal	1,693	1	,193
N de casos válidos	125		
a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,67.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,074	,047	-1,572	,116
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en programas de terapia ocupacional y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
	Sí	0	0	2	2

Terapia		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Ocupacional	No	19	31	73	123
		15,4%	25,2%	59,3%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,355 ^a	2	,508
Razón de verosimilitud	2,065	2	,356
Asociación lineal por lineal	1,114	1	,291
N de casos válidos	125		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,30.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,026	,018	-1,431	,152
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

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

Asociación entre participación en programas de psicología y nivel de resiliencia.

		Resiliencia final			Total
		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Psicología	Sí	0	3	4	7
		0,0%	42,9%	57,1%	100,0%
	No	19	28	71	118
		16,1%	23,7%	60,2%	100,0%
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%
Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)			
2,112 ^a	2	,348			
3,010	2	,222			
,203	1	,652			
125					
Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada		
Ordinal por ordinal	-,008	,035	-,233	,816	
125					

Asociación entre resiliencia y satisfacción con la vida

	Resiliencia final	Total
--	-------------------	-------

		Escasa resiliencia	Resiliencia moderada	Alta capacidad de resiliencia	
Satisfacción Final	Altamente satisfecho	0	4	26	30
		0,0%	13,3%	86,7%	100,0%
	Satisfecho	0	10	25	35
		0,0%	28,6%	71,4%	100,0%
	Ligeramente satisfecho	5	6	12	23
		21,7%	26,1%	52,2%	100,0%
	Ligeramente por debajo de la media	7	8	5	20
		35,0%	40,0%	25,0%	100,0%
Insatisfecho	2	1	6	9	
	22,2%	11,1%	66,7%	100,0%	
Muy insatisfecho	5	2	1	8	
	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%	
Total		19	31	75	125
		15,2%	24,8%	60,0%	100,0%

Asociación entre edad y satisfacción con la vida

	Satisfacción Final						Total
	Altamente	Satisfecho	Ligeramente	Ligeramente por	Insatisfecho	Muy insatisfecho	

		satisfec ho		satisfech o	debajo de la media			
Grup os de edad	18 a 27 años	8 40,0%	3 15,0%	4 20,0%	2 10,0%	1 5,0%	2 10,0%	20 100,0 %
	28 a 37 años	2 13,3%	5 33,3%	3 20,0%	4 26,7%	0 0,0%	1 6,7%	15 100,0 %
	38 a 47 años	5 18,5%	9 33,3%	4 14,8%	5 18,5%	4 14,8%	0 0,0%	27 100,0 %
	48 a 65 años	15 23,8%	18 28,6%	12 19,0%	9 14,3%	4 6,3%	5 7,9%	63 100,0 %
Total		30 24,0%	35 28,0%	23 18,4%	20 16,0%	9 7,2%	8 6,4%	125 100,0 %
Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)						
12,635 ^a	15	,630						
14,802	15	,466						

,107	1	,743
125		

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,019	,076	,250	,803
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre sexo y satisfacción con la vida

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
SEX	Masculino	23	23	15	12	7	7	87
O	ino	26,4%	26,4%	17,2%	13,8%	8,0%	8,0%	100,0 %
		7	12	8	8	2	1	38

	Femeni no	18,4%	31,6%	21,1%	21,1%	5,3%	2,6%	100,0 %
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0 %
	gl					Significación asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson	5					,618		
Razón de verosimilitud	5					,586		
Asociación lineal por lineal	1					,899		
N de casos válidos								

Medidas simétricas						
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada	
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,022	,088	,243	,808	
N de casos válidos		125				
a. No se presupone la hipótesis nula.						
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.						

Asociación entre estado civil y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total	
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho		
Estado Civil	Soltero	16	22	15	13	2	3	71	
		22,5%	31,0%	21,1%	18,3%	2,8%	4,2%	100,0%	
	Casado	8	6	7	5	2	3	31	
		25,8%	19,4%	22,6%	16,1%	6,5%	9,7%	100,0%	
	Separado	0	2	0	1	3	1	7	
		0,0%	28,6%	0,0%	14,3%	42,9%	14,3%	100,0%	
	Unión libre	6	5	1	1	1	1	15	
		40,0%	33,3%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	100,0%	
	Viudo	0	0	0	0	1	0	1	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	Total		30	35	23	20	9	8	125
			24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,552 ^a	20	,010
Razón de verosimilitud	27,014	20	,135
Asociación lineal por lineal	,453	1	,501
N de casos válidos	125		
a. 22 casillas (73,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,039	,069	,561	,575
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre estrato y satisfacción con la vida.

	Satisfacción Final						Total
	Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	

Estrat o	1	11	11	8	6	1	4	41
		26,8%	26,8%	19,5%	14,6%	2,4%	9,8%	100,0 %
	2	13	8	7	10	6	2	46
		28,3%	17,4%	15,2%	21,7%	13,0%	4,3%	100,0 %
	3	6	16	8	4	2	2	38
		15,8%	42,1%	21,1%	10,5%	5,3%	5,3%	100,0 %
Total	30	35	23	20	9	8	125	
	24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0 %	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,025 ^a	10	,222
Razón de verosimilitud	13,073	10	,220
Asociación lineal por lineal	,018	1	,892
N de casos válidos	125		
a. 6 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,43.			

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,006	,077	,078	,938
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre nivel de escolaridad y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Escolaridad	Primaria	8	11	11	7	7	3	47
		17,0%	23,4%	23,4%	14,9%	14,9%	6,4%	100,0%
	Secundaria	14	14	6	10	2	3	49
		28,6%	28,6%	12,2%	20,4%	4,1%	6,1%	100,0%
	Técnico/Tecnólogo	2	6	3	2	0	1	14
		14,3%	42,9%	21,4%	14,3%	0,0%	7,1%	100,0%

	Pregrado	3	1	1	1	0	1	7
		42,9%	14,3%	14,3%	14,3%	0,0%	14,3%	100,0%
	Posgrado	0	1	0	0	0	0	1
		0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Ninguno	3	2	2	0	0	0	7
		42,9%	28,6%	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,165 ^a	25	,738
Razón de verosimilitud	22,484	25	,608
Asociación lineal por lineal	4,322	1	,038
N de casos válidos	125		
a. 28 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.			

Medidas simétricas				
	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada

Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,141	,062	-2,261	,024
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre sí está laborando y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Esta Laborando	Si	6	5	3	3	3	1	21
		28,6%	23,8%	14,3%	14,3%	14,3%	4,8%	100,0%
	No	24	30	20	17	6	7	104
		23,1%	28,8%	19,2%	16,3%	5,8%	6,7%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,523 ^a	5	,773
Razón de verosimilitud	2,237	5	,815
Asociación lineal por lineal	,008	1	,930
N de casos válidos	125		
a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,34.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,002	,080	,019	,985
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre tipo de contrato y satisfacción con la vida.

	Satisfacción Final						Total
	Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo	Insatisfecho	Muy insatisfecho	

					de la media				
Tipo De Contr ato	Termin o fijo	2 66,7%	1 33,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%	
	Termin o Indefin ido	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	
	Sin contrat o	24 23,1%	30 28,8%	20 19,2%	17 16,3%	6 5,8%	7 6,7%	104 100,0%	
	Otro	4 23,5%	3 17,6%	3 17,6%	3 17,6%	3 17,6%	1 5,9%	17 100,0%	
	Total		30 24,0%	35 28,0%	23 18,4%	20 16,0%	9 7,2%	8 6,4%	125 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	10,012 ^a	15		,819	
Razón de verosimilitud	10,045	15		,817	
Asociación lineal por lineal	3,318	1		,069	
N de casos válidos	125				
a. 18 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.					
Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,078	,053	1,472	,141
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre si está estudiando y satisfacción con la vida.

	Satisfacción Final						Total
	Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	

Esta Estudia ndo	Sí	4	2	1	0	0	2	9
		44,4%	22,2%	11,1%	0,0%	0,0%	22,2%	100,0%
	No	26	33	22	20	9	6	116
		22,4%	28,4%	19,0%	17,2%	7,8%	5,2%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%
Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)						
8,128 ^a	5	,149						
8,578	5	,127						
,143	1	,706						
125								
Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada						
Ordinal por ordinal	,063	,726		,468				

Asociación entre variables condición de salud y satisfacción con la vida.

	Satisfacción Final	Total
--	--------------------	-------

		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Condiciones De Salud 1		4	4	1	0	1	0	10
		40,0%	40,0%	10,0%	0,0%	10,0%	0,0%	100,0%
	Enfermedad	8	16	11	15	4	5	59
		13,6%	27,1%	18,6%	25,4%	6,8%	8,5%	100,0%
	Lesión	13	12	9	5	4	0	43
		30,2%	27,9%	20,9%	11,6%	9,3%	0,0%	100,0%
	Trauma	5	3	2	0	0	3	13
		38,5%	23,1%	15,4%	0,0%	0,0%	23,1%	100,0%
	Total	30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,048 ^a	15	,049
Razón de verosimilitud	30,362	15	,011

N de casos válidos		125			
a. 16 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,64.					
Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,082	,077	-1,073	,283
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre variables condición de salud 3 y satisfacción con la vida

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Condiciones De Salud 3		28	33	21	17	7	6	112
		25,0%	29,5%	18,8%	15,2%	6,3%	5,4%	100,0%
Enfermedad		2	2	2	2	1	1	10
		20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	10,0%	10,0%	100,0%

	Lesión	0	0	0	1	1	1	3
		0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,160 ^a	10	,427
Razón de verosimilitud	9,068	10	,526
N de casos válidos	125		
a. 12 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,19.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,091	,052	1,745	,081
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre origen de la discapacidad y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Origen Discapacidad	Sí	21	28	18	16	9	7	99
		21,2%	28,3%	18,2%	16,2%	9,1%	7,1%	100,0%
	No	9	7	5	4	0	1	26
		34,6%	26,9%	19,2%	15,4%	0,0%	3,8%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,273 ^a	5	,511
Razón de verosimilitud	6,014	5	,305
Asociación lineal por lineal	2,723	1	,099
N de casos válidos	125		
a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,66.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,134	,079	-1,688	,091
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad física y satisfacción con la vida.

	Satisfacción Final	Total
--	--------------------	-------

		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Discapacidad Física	Sí	17	16	13	12	7	5	70
		24,3%	22,9%	18,6%	17,1%	10,0%	7,1%	100,0%
	No	13	19	10	8	2	3	55
		23,6%	34,5%	18,2%	14,5%	3,6%	5,5%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,510 ^a	5	,622
Razón de verosimilitud	3,633	5	,603
Asociación lineal por lineal	1,319	1	,251
N de casos válidos	125		
a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,52.			

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,104	,099	-1,052	,293
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad visual y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Discapacidad Visual	Sí	5	5	3	2	3	1	19
		26,3%	26,3%	15,8%	10,5%	15,8%	5,3%	100,0%
	No	25	30	20	18	6	7	106
		23,6%	28,3%	18,9%	17,0%	5,7%	6,6%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,916 ^a	5	,713
Razón de verosimilitud	2,498	5	,777
Asociación lineal por lineal	,029	1	,865
N de casos válidos	125		
a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,22.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,005	,076	-,061	,952
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad auditiva y satisfacción con la vida.

	Satisfacción Final						Total
	Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo	Insatisfecho	Muy insatisfecho	

					de la media			
Discapacidad Auditiva	Sí	6	10	7	1	0	2	26
		23,1%	38,5%	26,9%	3,8%	0,0%	7,7%	100,0%
	No	24	25	16	19	9	6	99
		24,2%	25,3%	16,2%	19,2%	9,1%	6,1%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,071 ^a	5	,152
Razón de verosimilitud	10,716	5	,057
Asociación lineal por lineal	1,453	1	,228
N de casos válidos	125		
a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,66.			

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,094	,075	1,255	,209
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad psicosocial y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Discapacidad psicosocial	Sí	3	5	5	8	2	1	24
		12,5%	20,8%	20,8%	33,3%	8,3%	4,2%	100,0%
	No	27	30	18	12	7	7	101
		26,7%	29,7%	17,8%	11,9%	6,9%	6,9%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,139 ^a	5	,149
Razón de verosimilitud	7,496	5	,186
Asociación lineal por lineal	2,491	1	,115
N de casos válidos	125		
a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,54.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,151	,076	-1,991	,046
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad múltiple y satisfacción con la vida.

	Satisfacción Final	Total

		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Discapacidad Múltiple	Sí	2	6	5	4	0	2	19
		10,5%	31,6%	26,3%	21,1%	0,0%	10,5%	100,0%
	No	28	29	18	16	9	6	106
		26,4%	27,4%	17,0%	15,1%	8,5%	5,7%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,127 ^a	5	,401
Razón de verosimilitud	6,676	5	,246
Asociación lineal por lineal	,706	1	,401
N de casos válidos	125		
a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,22.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,074	,066	-1,120	,263
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre discapacidad sistémica y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Discapacidad Sistémica	Sí	1 25,0%	0 0,0%	2 50,0%	0 0,0%	1 25,0%	0 0,0%	4 100,0%
	No	29 24,0%	35 28,9%	21 17,4%	20 16,5%	8 6,6%	8 6,6%	121 100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125

	24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0 %
--	-------	-------	-------	-------	------	------	------------

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,145 ^a	5	,292
Razón de verosimilitud	6,769	5	,238
Asociación lineal por lineal	,130	1	,718
N de casos válidos	125		
a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,26.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,016	,036	-,431	,666
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre utilización de ayudas externas y satisfacción con la vida

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Ayudas Externas	1	15	18	6	6	5	4	54
		27,8%	33,3%	11,1%	11,1%	9,3%	7,4%	100,0%
	2	15	17	17	14	4	4	71
		21,1%	23,9%	23,9%	19,7%	5,6%	5,6%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,407 ^a	5	,269
Razón de verosimilitud	6,594	5	,253
Asociación lineal por lineal	,486	1	,486
N de casos válidos	125		

a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,46.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,103	,101	1,019	,308
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en ejercicio física y satisfacción con la vida.

		Satisfacción final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Ejercicio Físico	Sí	3 15,0%	4 20,0%	9 45,0%	4 20,0%	0 0,0%	0 0,0%	20 100,0%
	No	27 25,7%	31 29,5%	14 13,3%	16 15,2%	9 8,6%	8 7,6%	105 100,0%
Total		30 24,0%	35 28,0%	23 18,4%	20 16,0%	9 7,2%	8 6,4%	125 100,0%

Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)			
13,980 ^a	5	,016			
14,731	5	,012			
,014	1	,906			
125					
Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b		Significación aproximada	
Ordinal por ordinal	-,034	,062		-,540	,590
125					

Asociación entre participación en deporte y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Deporte	Sí	3	7	2	0	1	1	14
		21,4%	50,0%	14,3%	0,0%	7,1%	7,1%	100,0%
		27	28	21	20	8	7	111

	N o	24,3%	25,2%	18,9%	18,0%	7,2%	6,3%	100,0 %
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,450 ^a	5	,363
Razón de verosimilitud	7,238	5	,204
Asociación lineal por lineal	,674	1	,412
N de casos válidos	125		
a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,90.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,057	,059	,957	,339
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en otro programa deportivo y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Otra Participación	Sí	1	0	0	0	0	0	1
		100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	N	29	35	23	20	9	8	124
	o	23,4%	28,2%	18,5%	16,1%	7,3%	6,5%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,192 ^a	5	,670
Razón de verosimilitud	2,880	5	,718
Asociación lineal por lineal	1,373	1	,241
N de casos válidos	125		
a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.			

Medidas simétricas		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,024	,024	1,011	,312
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación programas artísticos y culturales y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Participación Artística ycultural	Sí	7 26,9%	6 23,1%	6 23,1%	7 26,9%	0 0,0%	0 0,0%	26 100,0%
	No	23 23,2%	29 29,3%	17 17,2%	13 13,1%	9 9,1%	8 8,1%	99 100,0%
Total		30 24,0%	35 28,0%	23 18,4%	20 16,0%	9 7,2%	8 6,4%	125 100,0%

Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
7,704 ^a	5	,173
10,857	5	,054
,827	1	,363
125		

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,046	,077	,597	,550
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre otra participación en programas artísticos y culturales y satisfacción con la vida.

	Satisfacción Final						Total
	Altame nte	Satisfec ho	Ligerame nte	Ligerame nte por debajo	Insatisfe cho	Muy insatifes cho	

		satisfec ho		satisfech o	de la media			
Otra Participac ión Artística	Sí	2	1	2	4	0	0	9
		22,2%	11,1%	22,2%	44,4%	0,0%	0,0%	100,0 %
	N o	28	34	21	16	9	8	116
		24,1%	29,3%	18,1%	13,8%	7,8%	6,9%	100,0 %
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,301 ^a	5	,199
Razón de verosimilitud	7,312	5	,198
Asociación lineal por lineal	,102	1	,749
N de casos válidos	125		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,58.

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,031	,050	-,611	,541
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación en programas espirituales y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Programas Espirituales	Sí	20	21	16	16	7	3	83
		24,1%	25,3%	19,3%	19,3%	8,4%	3,6%	100,0%
	No	10	14	7	4	2	5	42
		23,8%	33,3%	16,7%	9,5%	4,8%	11,9%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
5,922 ^a	5	,314
5,882	5	,318
,000	1	,991
125		

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,027	,097	-,278	,781
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en programa de rehabilitación y satisfacción con la vida.

	Satisfacción Final						Total
	Altame nte	Satisfe cho	Ligeram ente	Ligeram ente por debajo	Insatisfe cho	Muy insatisfe cho	

		satisfec ho		satisfech o	de la media			
Programa De rehabilita ción	Sí	8	4	4	6	1	0	23
		34,8%	17,4%	17,4%	26,1%	4,3%	0,0%	100,0 %
	N o	22	31	19	14	8	8	102
		21,6%	30,4%	18,6%	13,7%	7,8%	7,8%	100,0 %
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,429 ^a	5	,267
Razón de verosimilitud	7,712	5	,173
Asociación lineal por lineal	,846	1	,358
N de casos válidos	125		
a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,47.			

Medidas simétricas				
	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada

Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,062	,079	,780	,435
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en fisioterapia y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Fisioterapia	Sí	6	1	2	2	0	0	11
		54,5%	9,1%	18,2%	18,2%	0,0%	0,0%	100,0%
No	N	24	34	21	18	9	8	114
		21,1%	29,8%	18,4%	15,8%	7,9%	7,0%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,906 ^a	5	,162
Razón de verosimilitud	8,772	5	,119
Asociación lineal por lineal	2,954	1	,086
N de casos válidos	125		
a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,70.			

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,103	,062	1,670	,095
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en terapia ocupacional y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Terapia Ocupacional	Sí	0	0	2	0	0	0	2
		0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	No	30	35	21	20	9	8	123
		24,4%	28,5%	17,1%	16,3%	7,3%	6,5%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	9,014 ^a	5		,109	
Razón de verosimilitud	6,918	5		,227	
Asociación lineal por lineal	,064	1		,800	
N de casos válidos	125				
a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.					
Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,014	,011	-1,293	,196
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre participación en psicología y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Psicología	Sí	1	2	2	2	0	0	7
		14,3%	28,6%	28,6%	28,6%	0,0%	0,0%	100,0%
	No	29	33	21	18	9	8	118
		24,6%	28,0%	17,8%	15,3%	7,6%	6,8%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,450 ^a	5	,784
Razón de verosimilitud	3,260	5	,660
Asociación lineal por lineal	,002	1	,968
N de casos válidos	125		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,45.					
Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,011	,038	-,289	,773
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre otro programa de rehabilitación y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Otro Programa De Rehabilitación	Sí	1	2	0	3	1	0	7
		14,3%	28,6%	0,0%	42,9%	14,3%	0,0%	100,0%
	N	29	33	23	17	8	8	118
	o	24,6%	28,0%	19,5%	14,4%	6,8%	6,8%	100,0%

Total	30	35	23	20	9	8	125
	24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,991 ^a	5	,307
Razón de verosimilitud	6,666	5	,247
Asociación lineal por lineal	,555	1	,456
N de casos válidos	125		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,45.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,040	,047	-,859	,390
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

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

Asociación entre pertenecer a asociaciones de discapacidad y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Pertenece A Asociaciones De Discapacidad	Sí	5	6	2	1	1	0	15
		33,3%	40,0%	13,3%	6,7%	6,7%	0,0%	100,0%
No	N	25	29	21	19	8	8	110
		22,7%	26,4%	19,1%	17,3%	7,3%	7,3%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,759 ^a	5	,585
Razón de verosimilitud	4,818	5	,439
Asociación lineal por lineal	2,799	1	,094
N de casos válidos	125		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,96.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	,110	,062	1,778	,075
N de casos válidos		125			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Asociación entre consumo de medicamentos y satisfacción con la vida.

		Satisfacción Final						Total
		Altamente satisfecho	Satisfecho	Ligeramente satisfecho	Ligeramente por debajo de la media	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Consumo	Sí	9	18	15	16	6	6	70
De		12,9%	25,7%	21,4%	22,9%	8,6%	8,6%	100,0 %

Medicamentos	N	21	17	8	4	3	2	55
		38,2%	30,9%	14,5%	7,3%	5,5%	3,6%	100,0%
Total		30	35	23	20	9	8	125
		24,0%	28,0%	18,4%	16,0%	7,2%	6,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,583 ^a	5	,008
Razón de verosimilitud	16,148	5	,006
Asociación lineal por lineal	11,905	1	,001
N de casos válidos	125		

a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,52.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-,375	,092	-4,056	,000
N de casos válidos		125			

a. No se presupone la hipótesis nula.

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