

Resiliencia en un grupo de discapacitados físico motores Resilience in a Group of People with Physical-Motor Handicaps

Zoila María Álava Vásquez¹ <http://orcid.org/0000-0002-7785-5053>

Diaslen Rodríguez Felipe² <http://orcid.org/0000-0002-8906-4419>

Dunia Mercedes Ferrer Lozano^{3*} <http://orcid.org/0000-0001-7882-9773>

¹Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí. Manabí, Ecuador.

²Master en Psicología Médica. Centro Comunitario de Salud Mental Remedios. Villa Clara, Cuba.

³Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Facultad de Ciencias Sociales. Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: dunia@uclv.edu.cu

RESUMEN

Introducción: Estudiar la resiliencia (enfrentamiento positivo ante la adversidad) permite comprender el afrontamiento a la discapacidad y poder reorientar mejor procesos interventivos y de rehabilitación.

Objetivo: Caracterizar la resiliencia en personas con discapacidad físico motora adquirida.

Método: Estudio descriptivo, transaccional, desde un paradigma mixto. Se trabajó con una muestra de 22 personas con discapacidad físico motora procedentes del municipio de Remedios, Villa Clara. Se aplicó entrevista individual semiestructurada y en profundidad, Escala de Resiliencia Connor-Davidson, Escala de autovaloración Dembo Rubinstein y técnica de los 10 deseos. Para el procesamiento de los datos se empleó análisis de contenido y estadísticos descriptivos con el paquete SPSS.

Resultados: Los recursos personológicos, el uso de redes sociales y los estilos de afrontamiento resultaron los principales factores moduladores de la resiliencia. Se describieron estilos de afrontamiento a la discapacidad, siendo los más frecuentes en personas resilientes la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social (72,7 %) y en el grupo medianamente resiliente, la huida-evitación (27,3 %).

Conclusiones: Se identificaron factores moduladores de la resiliencia, los principales recursos personológicos que favorecen la conducta resiliente en las personas discapacitadas estudiadas y tipos de estrategias de afrontamiento que favorecen la resiliencia ante la discapacidad.

Palabras claves: resiliencia; afrontamiento; discapacidad físico motora.

ABSTRACT

Introduction: Studying resilience (coping positively with adversity) allows to understand coping with disability and to reorient intervention and rehabilitation processes better.

Objective: To characterize resilience in people with acquired physical-motor disability.

Method: Descriptive and transactional study carried out from a mixed paradigm. We worked with a sample of 22 people with physical-motor disabilities from Remedios Municipality, Villa Clara. A semistructured in-depth individual interview was applied, together with the Connor-Davidson Resilience Scale, the Dembo Rubinstein Self-Evaluation Scale, and the ten wishes technique. For data processing, content analysis and descriptive statistics were used with the SPSS package.

Results: Personological resources, use of social networks and coping styles were the main modulating factors of resilience. Disability coping styles were described, the most frequent, in resilient people, being positive reassessment and seeking social support (72.7%); and, in the moderately resilient group, escape-avoidance (27.3%).

Conclusions: Resilience-modulating factors were identified, together with the main personological resources that favor resilient behavior in the disabled people studied, and types of coping strategies that favor resilience to disability.

Keywords: resilience; coping; physical-motor disability.

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 13/10/2019

Introducción

La condición de discapacidad causa múltiples cambios en la vida de una persona, poniendo en juego mecanismos psicológicos de afrontamiento que le permiten adaptarse, o no, a la nueva situación y aprender a vivir con restricciones (de distinta envergadura) en el esfuerzo para realizar una vida normal.⁽¹⁾

En este sentido, una parte de la literatura científica se ha centrado en los estilos que desencadenan efectos negativos ante la vivencia traumática y, con ello, asumir una visión pesimista de la naturaleza humana. Sin embargo, la realidad demuestra que si bien algunas personas que experimentan enfermedad y/o discapacidad llegan a manifestar alteraciones psicopatológicas, en otras situaciones no sucede así, y pueden, además, ser capaces de beneficiarse de tales experiencias, evidenciando bienestar y crecimiento personal, asumiendo las dificultades como oportunidades para poner en juego nuevos recursos y soluciones.^(2,3,4,5) De esta manera, ha comenzado a manejarse en el plano científico el concepto de resiliencia como una hipótesis explicativa de la conducta saludable en condiciones de adversidad, relacionada con el desarrollo de estilos de vida más saludables, con aprendizajes relevantes para el desarrollo personal y social que permiten adaptarse a situaciones y contextos cambiantes, incluido, un envejecimiento activo.^(6,7)

Este concepto ha sido adaptado para caracterizar a aquellos individuos que, a pesar de nacer y/o vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y con éxito: como la capacidad para mantener la salud y el bienestar en un ambiente desafiante; como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano y hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, inclusive, ser transformado por

ellas.^(8,9,10) Así, logran trascender de la mirada tradicional de adversidad versus enfermedad, a la de adversidad versus adaptación.⁽¹¹⁾

Según cifras mínimas calculadas, una de cada diez personas en el mundo sufre, por nacimiento o por adquisición posterior, de una deficiencia física, mental o sensorial.⁽¹²⁾ La falta de información es uno de los mayores problemas en este campo, porque los subregistros hacen difícil programar, prevenir o incluso abogar por la elaboración de políticas o programas nacionales sobre el tema. La realidad es que el número de personas con discapacidad en las Américas es superior al que se notifica.⁽¹³⁾

En el estudio psicosocial realizado en Cuba, en el periodo 2001-2003, se identificaron 366 864 personas con discapacidad, resultando aproximadamente la discapacidad físico motora la cuarta parte de los casos (92 506 casos).⁽¹⁴⁾

Investigaciones realizadas con esta población revelan una gama amplia de malestares físicos y psicológicos como resultado del afrontamiento a la discapacidad, por lo que acuden buscando ayuda especializada, se destacan sobre todo afectaciones más acentuadas en el área emocional con su respectivo impacto físico,⁽¹⁵⁾ sin ponerse suficiente énfasis en los factores protectores y potencialidades de quien vive la limitación. Esto último facilitaría una atención de salud más efectiva y mayor calidad de vida e inserción social. En un contexto especialmente duro, la inteligencia emocional y la resiliencia se presentan como variables de protección importantes.⁽¹⁶⁾

La situación de los pacientes discapacitados cobra particularidades interesantes cuando la edad de estos oscila entre 20 y 50 años, periodo de la vida donde se manifiesta el máximo de exigencia social en lo relativo al esfuerzo requerido para asegurar el ajuste familiar, laboral y social en las restantes fases de la vida.⁽¹⁾ De ahí que resulte necesario profundizar en las particularidades de este período del desarrollo y en qué factores pudieran favorecer o no el afrontamiento a situaciones de pérdida y discapacidad de una manera resiliente.

De lo anterior se deriva el objetivo del presente estudio: Caracterizar a personas con discapacidad físico motora adquirida, en cuanto a su resiliencia.

Métodos

Se partió de un enfoque mixto de investigación para el desarrollo de un estudio transaccional descriptivo.⁽¹⁷⁾ La investigación se realizó en el período comprendido entre abril 2013 y enero 2016. De una población de 42 con discapacidad físico motora en el municipio de Remedios, con edades entre 20 y 50 años, fue seleccionada de manera intencional una muestra de 22 personas.

Criterios de inclusión: Disposición para participar (ofrecida en consentimiento informado), nivel de escolaridad superior al 6to grado para facilitar la realización de las técnicas, discapacidad físico motora adquirida, no tener asociada otra discapacidad (mental, auditiva, visual, etc.).

La información se obtuvo a partir de la revisión de documentos oficiales de la Asociación Cubana de Limitados Físico - Motores (ACLIFIM) del municipio y de los datos aportados por los médicos de la familia.

Las discapacidades físicas suelen recibir múltiples clasificaciones en función de diversos criterios. La causa de esta diversidad reside en la pluralidad y dispersión de conocimiento con relación a esta afectación. A continuación se ofrece una

clasificación de las discapacidades físicas que compendian y combinan todos los criterios, la cual se tomó como referente para la presente investigación:

1. Discapacidades físicas motrices: incluye discapacidades motrices sin afectación cerebral (secuelas de poliomielitis, lesión medular, amputación, espina bífida, miopatía, escoliosis, otras discapacidades motrices) y discapacidades motrices con afectación cerebral (parálisis cerebral, accidente cerebrovascular).
2. Discapacidades físicas por enfermedad: incluye asma infantil, epilepsia, dolor crónico, enfermedad renal y otras discapacidades físicas por enfermedad crónica.
3. Discapacidades físicas mixtas: incluye plurideficiencias, secuelas de hospitalización e inmovilización.

Las técnicas brindaron la posibilidad de obtener la mayor cantidad de información. Se concibió la aplicación de forma individual, en condiciones ambientales apropiadas.

Entrevista: Se empleó en diferentes modalidades (entrevista inicial semiestructurada, entrevista retest y entrevista en profundidad); aprovechando las bondades de la técnica en cuanto a la posibilidad de obtener información combinando el intercambio verbal con la observación. La entrevista en profundidad se empleó para ahondar en la respuesta resiliente de los participantes, así como, profundizar en aspectos de la personalidad implicados en el enfrentamiento a la limitación física.

Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC): Creada en el 2003, consta de dos versiones fundamentales (en el estudio se aplicó la versión abreviada). La operacionalización fue asumida a partir de lo propuesto por el autor de la escala, siguiendo los indicadores persistencia, tenacidad y eficacia; control bajo presión; adaptabilidad y redes de apoyo; control y propósito, y espiritualidad,⁽¹⁸⁾ los cuales fueron evaluados según su frecuencia de aparición. A partir de los resultados los participantes se clasificaron en:

- Persona resiliente: capaz de mantener un funcionamiento adaptativo ante la discapacidad, refiere una identidad no definida por la discapacidad, es consecuente con sus limitaciones; muestra perseverancia, autovaloración esencialmente adecuada, la discapacidad no constituye una limitación para la elaboración de proyectos y metas. Total en la escala mayor o igual a 88 puntos.
- Persona medianamente resiliente: aquella que ante la discapacidad ha logrado reestructurar motivaciones y mantener o crear proyectos, pero aún percibe la discapacidad como una limitación para su desempeño y adaptación en el contexto en que se desenvuelve. Los indicadores propuestos en la escala se mueven en un rango medio fundamentalmente. Total entre 70 y 88 puntos.
- Persona no resiliente: percibe la discapacidad como un obstáculo para lograr objetivos, afectando su autovaloración y autoestima, limitando sus posibilidades de desarrollo a partir de un afrontamiento inadecuado ante la misma. Muestran poca perseverancia, dificultades para el control emocional, así como para ajustarse al medio y en él buscar redes de apoyo.

No se aprecia una reestructuración de motivaciones y existe escasa elaboración de metas. Total menor de 70 puntos.

Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein: Creada por Dembo y modificada por Rubinstein en el año 1970. Consta de cuatro parámetros planteados sobre los que cada sujeto debe autoevaluarse. En el estudio se utilizó una modificación de la prueba, siendo los indicadores: Salud, Felicidad, Optimismo, Tristeza y Autoconfianza. La respuesta se complementó con una entrevista. A partir de los resultados en los indicadores fue asumida en el estudio como autovaloración esencialmente adecuada o autovaloración inadecuada.

Técnica de los 10 deseos: Permite obtener información acerca de intereses, aspiraciones y posibles conflictos, en este caso, asociados a la discapacidad. Para su análisis se consideró el contenido de los deseos ubicándolos en las áreas: salud, familia, recreación, laboral, sexual y social. Se tuvo en cuenta la diversidad de estos en función de caracterizar la esfera motivacional.

El estudio se desarrolló en 4 sesiones: Entrevista semiestructurada (sesión 1), Escala de Resiliencia Connor-Davidson y Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein (sesión 2), Técnica de los 10 deseos y entrevista (sesión 3), Entrevista en profundidad (sesión 4)

Se utilizó el análisis de contenido para las técnicas abiertas y el paquete estadístico SPSS para el análisis de frecuencias. Fueron empleadas pruebas no paramétricas (Mann-Whitney), para establecer comparaciones entre los participantes en el estudio a partir de los resultados en cuanto a la resiliencia. El cálculo de todas las significaciones se hizo en forma exacta. Las diferencias se consideraron significativas si resultaban menor que 0,05.

Se recogió el consentimiento informado en el que se tuvo en cuenta el carácter voluntario, la confidencialidad y la posibilidad de retirarse de la investigación siempre que lo desearan los participantes.

Resultados

La muestra resultó heterogénea en cuanto a sexo, color de la piel, nivel escolar, ocupación y tipo de discapacidad físico-motora, buscando mayor riqueza y diversidad de criterios. El promedio de edad fue de 40,5 años, con predominio de personas del sexo masculino, con 12 grado de escolaridad, vínculo laboral y con un promedio de 16,5 años de adquirida la discapacidad.

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1- Características sociodemográficas de la muestra

Edad	Sexo	Nivel escolar	Color de piel	Estado civil
20-30 años:1 31-40 años:6 40-50 años:15	F:9 M: 13	9no: 2 12mo: 17 Universitarios: 3	Blanca: 15 Negra: 7	Solteros: 6 Casados: 10 Divorciados: 6
Tipo de discapacidad físico-motora				
Discapacidades motrices sin afectación cerebral: 11 Discapacidades motrices con afectación cerebral: 8 Discapacidades físicas por enfermedad: 3				
Ocupación				
Trabajan: 14		Jubilados: 2	Desocupados: 6	

Tiempo de la discapacidad			
1-5 años: 1	6-10 años: 4	11-15 años: 4	Más de 15 años: 13

En el análisis de la Escala de Resiliencia, 72,7 % de las personas estudiadas mostraron un rango alto en la expresión de la resiliencia, puntuando también como tendencia en un rango alto las dimensiones de la misma.

En 6 de los participantes las dimensiones puntuaron en un rango medio o bajo (medianamente resilientes y no resilientes), lo que representó 27,3 % del total de la muestra. La dimensión adaptabilidad puntuó en estos casos en un rango bajo. Asimismo, la dimensión control bajo presión puntuó en un rango medio siendo los ítems más afectados: *bajo presión me mantengo enfocado y pienso claramente y soy capaz de manejar sentimientos desagradables como tristeza, dolor y enfado*, lo que reveló dificultades en el control emocional.

De igual manera, en el 18,1 %, la dimensión persistencia, tenacidad y eficacia resultó en un rango medio lo que reveló un pobre desarrollo volitivo, siendo el ítem más afectado: *creo que puedo lograr mis objetivos incluso si hay obstáculos*. La resiliencia total resultó en un rango bajo en el 22,7 % y, en 1 caso, en un rango medio (4,5 %). Estas personas resultaron ser menos perseverantes, con poco control emocional, trayendo como consecuencia dificultades en la adaptación al cambio, o sea, a la discapacidad físico motora.

En el 27,3 %, sin coincidir con el grupo menos resiliente y todos del género masculino, la dimensión espiritualidad se mostró en un rango medio o bajo, existiendo en la totalidad de las mujeres mayor tendencia a la religiosidad o a buscar apoyo en fuentes externas y creencias, ante las dificultades.

En la Escala de Autovaloración se pudo observar una tendencia a la autovaloración adecuada en el 72,7 %, donde las dimensiones salud y felicidad se presentaron en el nivel medio, el resto en un nivel alto. En este sentido estos participantes reconocieron que la discapacidad les había traído consecuencias para su salud comprometiendo su bienestar físico, pero que no había afectado todas sus potencialidades.

En el caso de la felicidad, no se circunscribió su análisis a la discapacidad en sí, sino se asoció a condiciones económicas y de vida, y a la existencia de pareja. En correspondencia con lo anterior, las variables optimismo y autoconfianza alcanzaron un nivel elevado en este grupo, asociado fundamentalmente a resultados alcanzados en varias esferas de la vida y a habilidades desarrolladas a raíz de la discapacidad. En este sentido algunas frases ilustrativas fueron: *a pesar de las dificultades me mantengo alegre, satisfecho con los resultados que he obtenido en el deporte y en la vida*. En consecuencia, refirieron bajos niveles de tristeza, manifestándose como estado transitorio, de corta duración y no habitual.

En sentido general, en este grupo de personas resilientes, la autovaloración no se centró solo en la discapacidad, sino que tomaron otros referentes para definir su identidad, como valores y habilidades, lo que contribuyó a conservar la estima y valoración de sí mismos. Se puso en evidencia un equilibrio entre sus expectativas y posibilidades reales.

El resto de los participantes en el estudio (6 para un 27,3 %) presentaron una autovaloración esencialmente inadecuada por defecto, colocándose por debajo de la media, determinada por la discapacidad y las limitaciones que les había traído en varias esferas de la vida. Estos coincidieron con los que obtuvieron una puntuación media o baja en la escala de resiliencia.

La aplicación de la técnica de los 10 deseos permitió obtener información acerca de la jerarquía motivacional. En este sentido de 22 participantes, el 95,4 % mostró necesidad de tener salud lo que, de acuerdo con los datos obtenidos en la entrevista estuvo vinculado a las secuelas de la discapacidad en el 54,5 % de los casos. En el resto, emergió la salud como un deseo respaldado en una construcción cultural sobre la salud en general como esencial en la vida.

Del 54,5 % con deseos referidos al proceso salud-enfermedad y a las secuelas de la discapacidad, 27,3 % hizo referencia reiterada a la pérdida o limitación física y su impacto subjetivo, evidenciando una reducida esfera de intereses (estos 6 casos coincidieron con los medianamente resilientes o no resilientes). También se apreciaron necesidades relacionadas con la esfera familiar en el 77,3 %.

Con relación al área sexual se encontró la necesidad de establecer relaciones de pareja o de mantener una relación estable en 54,5 %. Se expresaron también necesidades relacionadas con la recreación y el uso del tiempo libre en 45,5 %, quedando implícita la necesidad de esparcimiento y de un estado emocional positivo.

Además, el 40,9 % mencionó la necesidad de superación profesional. De este grupo, 27,3 % la asociaron a su vínculo laboral actual y el resto refirió que les gustaría trabajar.

Se observó, en resumen, que los principales intereses se inscribieron en la salud al mostrar incertidumbre con relación a su estado en el futuro, al temor a una mayor afectación de su validismo. En segundo lugar, se encontraron intereses vinculados al área familiar constituyendo este grupo la principal fuente de sostén emocional. El tercer lugar lo ocuparon las carencias en el área sexual, reconociendo como necesidad encontrar o mantener una pareja, formar una familia.

En el caso de los participantes con una amplia esfera de intereses reconocieron lo beneficioso que había sido para su desarrollo personal las actividades recreativas como: practicar deportes, en el caso de los hombres fundamentalmente, bailar y visitar nuevos lugares. Las personas que manifestaron estas necesidades (72,7 %) evidenciaron una autovaloración esencialmente adecuada en la escala de autovaloración y obtuvieron una puntuación alta en la escala de resiliencia.

Con relación a la presencia de conflictos, se constataron en los participantes resilientes (72,7 %) conflictos asociados a la discapacidad y sus secuelas, los cuales se presentaron solo en una de las áreas de relación exploradas (siendo diferentes de un individuo u otro). El resto de los participantes en el estudio (27,3 %) señalaron conflictos en varias esferas de su vida como consecuencia de la discapacidad.

En el 59,1 % la salud se presentó como área de conflicto asociada a operaciones pendientes y malestares como resultado de la discapacidad, refiriendo dolores y preocupaciones.

Algunas féminas (6 para un 27,3 %) hicieron referencia a los cambios producidos en la imagen corporal a raíz de la discapacidad, lo que se correspondió con los resultados obtenidos en la escala de autovaloración al referir tristeza por no lucir atractivas luego de la limitación física.

También emergieron preocupaciones con relación a la esfera sexual lo que se correspondió con los resultados arrojados por la técnica de los 10 deseos.

En los casos que obtuvieron una puntuación media o baja en la escala de resiliencia (27,3 %) se presentó como área de conflicto reiterada la esfera laboral.

Estos no refirieron vínculo laboral y expusieron haber encontrado en la discapacidad un freno para ello. Otros casos (13,6 %) plantearon haberse sentido limitados ante la negación de desempeñar determinados trabajos debido a la discapacidad.

El apoyo recibido por sus seres queridos a partir de la aceptación y el afecto de las personas significativas emergió como favorecedor de características resilientes ante la discapacidad físico-motora. En este sentido la familia se presentó nuevamente como principal sostén emocional para el afrontamiento exitoso ante la discapacidad (86,4 %). No obstante, se apreció vulnerabilidad en el 27,3 % de la muestra por cuanto el uso de las redes de apoyo, más allá del contexto familiar, fue limitado.

Las personas resilientes reportaron, además, varias redes sociales como la ACLIFIM (36,4 %), las amistades (36,4 %), médicos de la familia y otros especialistas (22,7 %) y la pareja (18,2 %), reconociendo que habían formado parte de sus procesos de rehabilitación. Se apreció en estos participantes un uso de la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social como estilos de afrontamiento ante la discapacidad, lo que incrementó en sus casos las posibilidades de éxito adaptativo, a diferencia de los participantes no resilientes o medianamente resilientes, que refirieron haber empleado con más frecuencia el estilo huida-avoidance ante la discapacidad (27,3 %). Al respecto, estos últimos expusieron frases como: “miedo a salir a la calle”, “me siento mejor cuando estoy sola”; “para sentirme mejor tomo medicamentos”.

Estos participantes, identificados como no resilientes, presentaron una reducida esfera de intereses, centrados fundamentalmente en la enfermedad/limitación y en menor medida en la familia. Presentaron conflictos en varias esferas de sus vidas (social, laboral, familiar, personal), con manifestaciones emocionales de tristeza y ansiedad, aislamiento e irritabilidad. El sobredimensionamiento de la discapacidad y la pérdida, emergieron como núcleos alrededor de los cuales se estructura su conducta.

En el análisis de la entrevista se identificaron otras variables asociadas a la respuesta resiliente como la necesidad de ser útil, vinculada a la necesidad de independencia o creencia de valerse por sí mismos (90,9 %), las habilidades sociales (68,2 %), el desarrollo volitivo (72,7 %) y la tolerancia ante las frustraciones (72,7 %). Estas personas coincidieron con las que reportaron una autovaloración esencialmente adecuada, así como una amplia esfera de intereses, demostrando un comportamiento flexible y optimista ante la aparición de la discapacidad; fortaleza intrapsíquica que les ha permitido desarrollarse positivamente a pesar de enfrentar condiciones difíciles por los cambios que trae consigo la discapacidad.

El 72,7 % resiliente reveló una percepción positiva de la discapacidad. No obstante, para llegar a esta actitud refirieron haber demorado meses o años, periodo en el que también experimentaron vivencias negativas como tristeza (90,9 %), ansiedad (45,4 %), temores (31,8 %), baja autoestima (31,8 %), irritabilidad (31,8 %) y aislamiento (18,2 %). A pesar de haber superado estos estados reconocieron los han actualizado en momentos puntuales donde la discapacidad representa un obstáculo para satisfacer alguna necesidad.

En el caso de los participantes no resilientes, estos estados no han sido del todo superados sino se expresan como frecuentes, con manifestaciones de estrés e irritabilidad como características.

En las comparaciones realizadas entre los participantes a partir del tiempo de la discapacidad, el tipo de la misma y el nivel de escolaridad, no se apreciaron diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los grupos que emergieron en el estudio de personas resilientes y no resilientes, destacando entonces que pudieran considerarse como variables que no determinan de manera directa una actitud u otra ante la discapacidad.

Discusión

Los resultados expuestos evidenciaron lo planteado por algunos autores con relación a que el dolor provocado por la adversidad puede estar presente aun cuando se manifiesta el comportamiento resiliente.^(11,19) La resiliencia no implica ausencia de sufrimiento o de esfuerzo para la adaptación a las circunstancias vitales; al contrario, es precisamente la conciencia y aceptación de la adversidad lo que impulsa a poner en marcha mecanismos de compensación, y en este proceso la autoestima y, especialmente, la autoconfianza que implica la capacidad de creer en el propio potencial para lograr metas y superar las dificultades, se relacionan con la resiliencia en cuanto a superación cotidiana de los problemas y adversidades.⁽¹⁹⁾ Lo anterior apunta a la inteligencia emocional como una variable clave en el crecimiento personal y el desarrollo social.⁽¹⁹⁾

En esta misma línea, otras investigaciones colocan un peso importante para la conducta resiliente en la llamada autoestima consistente,⁽²⁰⁾ que revela la existencia de características que incrementan las posibilidades de éxito, dentro de las que se pueden mencionar: mayor sentimiento de autonomía y menor tendencia al fatalismo y a la desesperanza, ante situaciones difíciles.

La autoestima da la medida de cómo se aceptan y se respetan las personas; por esa razón constituye un importante factor a tener en cuenta en los discapacitados, pues al establecer un nexo entre la discapacidad y el fracaso en varias esferas de la vida, se dificulta la aceptación y adaptación a las nuevas condiciones, lo cual hace disminuir autoestima y, a la vez, influye en el desarrollo de las relaciones sociales, conformándose así un círculo difícil de romper, altamente nocivo. Lo anterior se evidenció superado en el grupo de participantes que resultaron resilientes en el estudio realizado.

Los resultados obtenidos revelaron, además, que dentro de los factores personales que actúan en calidad de protectores y que modulan significativamente las formas de dar respuesta a la adversidad, se destacan: la flexibilidad ante el cambio, la tolerancia ante las frustraciones, la necesidad de independencia, el desarrollo volitivo, la percepción positiva de la discapacidad, así como una amplia esfera de intereses.

Tener la suficiente flexibilidad para escoger diversas alternativas de afrontamiento y un amplio repertorio de estrategias, son de igual manera recursos moduladores que resultan positivos al incrementar las posibilidades de éxito adaptativo. Lo anterior es reconocido en los estudios de *Martín* y otros,⁽²¹⁾ aportando que características personales como la resistencia al estrés y una buena autoestima se asocian con el éxito del afrontamiento.

La caracterización del grupo menos resiliente (no resilientes) coincidió con los resultados obtenidos por algunos autores,⁽¹⁵⁾ en los que se destaca en pacientes discapacitados la tendencia a la inadecuación de la autovaloración, irritabilidad y daños en la autoestima, necesidades centradas en la limitación y en menor

medida en la familia, proyectos vitales pobres y dependientes únicamente de su recuperación, así como niveles elevados de frustración.

El rol movilizador que tuvo el trabajo para un por ciento de la muestra estudiada se correspondió con otros resultados investigativos en los que el trabajo constituye una de las motivaciones con proyección futura que da evidencia de la reorganización que se realiza en función de actualizar la esfera motivacional en los discapacitados.⁽¹⁾

La importancia de la reevaluación positiva, estilo que describe los esfuerzos de las personas para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal ante una situación, que emergió en la investigación como estilo de afrontamiento efectivo, ha sido reconocido también de esta manera en los trabajos de otros autores.⁽²²⁾

Un factor de gran importancia fue el apoyo social. Las investigaciones son consistentes en reportar que las personas con altos niveles de apoyo tienen mejor pronóstico.⁽²¹⁾ Al respecto, estudios en el contexto cubano destacan que cuando la familia asume conductas alejadas del recreo de la pérdida y se mantienen en el marco del hogar las responsabilidades anteriores, se facilita la reincorporación de los discapacitados con más prontitud.⁽¹⁾

Aunque el apoyo social puede consistir tanto en ayuda percibida, como en ayuda recibida, los efectos del apoyo social percibido, sobre todo emocional (sentirse valorado), resultan ser más significativos que los del apoyo social recibido según los trabajos de *Lazarus y Folkman*.⁽²³⁾

Con relación a la espiritualidad y la búsqueda de apoyo en creencias religiosas, algunos investigadores plantean que el enfrentamiento a un evento devastador, generalmente hace que la persona reevalúe muchas de sus actitudes. Tales cambios pueden apreciarse en el reordenamiento de sus prioridades en la vida, en el disfrute y mayor apreciación que hace de esta, o incluso en los cambios relacionados con la espiritualidad que la persona construye después del evento traumático, lo que algunos autores han llamado también crecimiento postraumático.⁽²⁴⁾

Resultaron interesantes las diferencias apreciadas en función del género. Lo anterior se correspondió con resultados de investigaciones con discapacitados, apreciándose en las mujeres una evidente preocupación por la imagen corporal y los daños sufridos en esta, y en el caso de los hombres, preocupaciones en torno a su rol familiar y las posibilidades de cumplir con sus obligaciones en este sentido (sustento económico), aspectos en los que los estereotipos de género han dejado su huella.⁽¹⁾

En conclusión, se constató una tendencia a la resiliencia en la muestra estudiada. Se identificaron como principales factores moduladores de la resiliencia: los recursos personológicos, el empleo de redes sociales y los estilos de afrontamiento.

Se identificó como red de apoyo más frecuente a la familia. Se apreció el empleo de diversos estilos de afrontamiento, y los más representativos de la conducta resiliente: la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social.

Referencias bibliográficas

1. Ferrer DM. La configuración del sentido de la vida en pacientes con amputaciones traumáticas de las extremidades [tesis]. Cuba: Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas; 2002.
2. Cedeño HA, Macías LK. Estudio de discapacidades diversas: un enfoque desde la resiliencia. *Revista Espirales*. 2018;2(15):112-27.
3. García del Castillo JA, García del Castillo A, López Sánchez C, Díaz P. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Revista Salud y drogas*. 2016;16(1):59-68.
4. Uriarte JD. Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2014;4(2):67-77.
5. Saavedra E, Salas G, Cornejo C, Morales P. Resiliencia y calidad de vida. La psicología educacional en diálogo con otras disciplinas. Talca: Editorial Universidad; 2015.
6. Crespo MT. Resiliencia, bienestar y aprendizaje a lo largo de la vida. *INFAD Revista de Psicología*. 2016; 1(2):161-70.
7. Saavedra-Guajardo E, Duran C, Escalera M, Mora B, Pacheco A, Pérez M. Discapacidad motora y Resiliencia en adultos. En: Marengo-Escuderos AD. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR; 2018. p. 236-52.
8. Losada A, Latour M. Resiliencia, conceptualización e investigaciones en Argentina. *Psiencia: Revista latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2012;4(2):84-97.
9. Suriá Martínez R. Perfiles resilientes y calidad de vida en personas con discapacidad sobrevenida por accidente de tráfico. *Gac Sanit*. 2015;29(S1):55-59.
10. Callisaya J. Análisis de la resiliencia de un adolescente en situación de riesgo por consumo de alcohol. *Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*. 2017;13(13):41-58.
11. Zautra AJ, Hall JS, Murray KE. Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*. 2008;2(1):41-64.
12. Pérez OR. *El minusválido y la sociedad*. La Habana: Ciencias Sociales; 1984.
13. Organización Panamericana de la Salud. *Aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en estudios de prevalencia de discapacidad en las Américas*. Washington DC; 2012.
14. García MT, Castro PL. *Psicología especial*. Vol 3. La Habana: Félix Varela; 2006.
15. Benítez M, Campos M. *Estudios de las formaciones psicológicas autorreguladoras de la personalidad en pacientes discapacitados físicos [tesis]*. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas; 1996.
16. Carretero R. Resiliencia e inteligencia emocional. Variables de protección en menores residentes en recursos de protección. *Revista Pedagogía Social*. 2018;32:139-149.
17. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
18. Crespo M, Fernández-Lansac V, Soberón C. Adaptación española de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Behavioral Psychology*. 2014;22(2):219-238.
19. Cejudo J, López-Delgado M, Rubio M. Inteligencia emocional y resiliencia: su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*. 2016;46:51-7.

20. Broche Y, Diago C, Herrera LF. Características resilientes en jóvenes deportistas y sus pares de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. *Pensando Psicología*. 2012 [acceso: 22/12/2015];8(14). Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/104>
21. Martin M. Evaluación del enfermo con dolor crónico: orientaciones prácticas. *Rev. Psicología de la Salud en Colombia*. 1996;1(1):66-99.
22. Martin M, Grau, JA. Instrumentos para el estudio del estrés y el afrontamiento. En: González, FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 219-61.
23. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
24. Armenta J. Resiliencia y enfermedad mental: una aproximación desde la terapia centrada en la persona. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2010;15(1):183-204.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Zoila María Álava Vásquez: Revisión teórica actualizada, apoyo en procesamiento de datos, elaboración del borrador del artículo y aprobación de su versión final.

Diaslen Rodríguez Felipe: solicitud de consentimientos, aplicación de instrumentos de evaluación, procesamiento de datos y aprobación de la versión final del manuscrito.

Dunia Mercedes Ferrer Lozano: correcciones del borrador del artículo, revisión teórica, ajuste de referencias bibliográficas y aprobación de la versión final del manuscrito.