



## Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad

RAQUEL SURIÁ MARTÍNEZ

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y PSICOLOGÍA SOCIAL

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

raquel.suria@ua.es

### Resumen:

Introducción: El estudio analiza el Bienestar Subjetivo y la resiliencia en personas con discapacidad. Asimismo, identifica si existen combinaciones entre las dimensiones que conforman la resiliencia que den lugar a diferentes perfiles resilientes. Finalmente, comprueba si existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles obtenidos respecto al Bienestar Subjetivo.

Método: La escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) y la versión adaptada de la Escala de Bienestar Subjetivo de Ryff (1989) fueron administradas a una muestra de 98 personas con discapacidad. El rango de edad fue 20 a 50 años ( $M = 29.35$ ;  $DT = 6.43$ ).

**Resultados:** Los análisis indicaron moderados niveles de bienestar subjetivo y resiliencia entre los participantes. Asimismo, se identificaron cuatro perfiles resilientes, que difieren en Bienestar Subjetivo.

**Discusión:** Esto 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.

**Palabras Claves:** resiliencia; Bienestar Subjetivo; discapacidad; programas de intervención.

## **Subjective well-being, resilience and disability**

### **Abstract:**

**Introduction:** this study analyses the subjective well-being and resilience of people with disabilities. At the same time, it also ascertains whether there are any incidences among the dimensions shaping resilience that might give rise to different resilient profiles. Finally, it investigates whether there are any statistically significant differences between the profiles obtained with respect to subjective well-being.

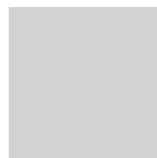
**Method:** Wagnild and Young's Resilience Scale (1993) and the adapted version of Ryff's Scale of Subjective Well-Being (1989) were administered to a sample of 98 people with disabilities, and ages ranging from 20 to 50 years ( $M = 29.35$ ;  $DT = 6.43$ ).

**Results:** the findings indicated moderate levels of subjective well-being and resilience among participants. Four resilient profiles were also identified that varied in subjective well-being.

**Discussion:** this suggests the need to take a closer look at this relationship so as to design programmes that can increase resilience and subjective well-being in people with disabilities.

**Keywords:** Resilience; subjective well-being; disabilities; intervention programmes.

# Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad



Raquel  
Suriá Martínez

Recibido: 21/05/2016  
Aceptado: 30/06/2016

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el concepto de bienestar subjetivo ha cobrado interés en los programas de integración psicosocial en personas con discapacidad (Gómez, Verdugo y Arias, 2010), repercutiendo esta situación de forma diferente en el bienestar subjetivo en función de multitud de variables propias de la discapacidad, como la tipología y grado de severidad (Velasco, Botero y Londoño, 2011).

En este sentido, el concepto de bienestar subjetivo se refiere a la valoración que las personas realizan sobre sus vidas, conformándose esta estimación por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (referida a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos (referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida) (Antonovsky, 1979; Burgos y Urquijo, 2012; Garaigordóbil, Aliri y Fontaneda, 2009; Ryff, 2013; Springer, Pudrovska y Hauser, 2011).

Uno de los modelos que surgen desde la Psicología Positiva que toma en consideración la interacción de un complejo compendio de variables para promover el bienestar subjetivo es el modelo salutogénico, propuesto por Antonovsky (1979). Este modelo propone entender la salud como un continuo de bienestar (salud) y malestar (enfermedad). Así, según su precursor, la persona que experimenta un problema de salud, va a activar

unos recursos de afrontamiento ante las demandas del medio, que le ayuden a superar las adversidades y promover el bienestar subjetivo (Antonovski, 1979).

Basándose en este modelo, diferentes autores centran su atención en el estudio de las variables que promueven el bienestar subjetivo en personas con discapacidad, destacando la resiliencia como uno de los constructos más determinantes (Fava y Tomba, 2009; Gil-Llario, Molero Mañes, Ballester-Arnal y Sabater-Pavía, 2012; Grotberg, 1995; Kotliarenco, 2000; Saavedra y Villalta, 2008). Esto ha sido analizado tanto en discapacidad estudiada de manera general (Uppal, 2006), como en personas con discapacidades específicas como la discapacidad intelectual (Aguado-Díaz y Alcedo-Rodríguez, 2012; Schalock, 2013), discapacidad visual (Caballo, Crespo, Jenaro, Verdugo y Martínez, 2005; Verdugo, Prieto, Caballo y Peláez, 2005), o discapacidad motora (Aguado-Díaz, González, Alcedo-Rodríguez y Arias, 2003; Botero-Soto y Londoño-Pérez, 2013; Saavedra y Villalta, 2008).

La resiliencia ha sido definida por diferentes autores (Grotberg, 1995; Gross y John, 2003; Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins y Netuveli, 2010; Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2005; Quiceno Sierra y Vinaccia, 2012; Rutter, 1993) como la capacidad de las personas para sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecidos de ella, pese a estar expuesto a situaciones de estrés y dificultad grave.

En este sentido, existe acuerdo en definir este constructo como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos de la persona y su ambiente, social y cultural, en el que interactúan diferentes dimensiones (ej., Aceptación de la vida y de uno mismo y la Competencia Social), (Kotliarenco, 2000; Saavedra y Villalta, 2008; Stewart y Yuen, 2011; Uriarte, 2013).

Si se examina la literatura citada en este estudio sobre la resiliencia, en la mayoría de estudios se vislumbra que este constructo no es algo nuevo, de hecho, ha sido utilizado en diversas disciplinas con el propósito de comprender su funcionamiento como factor protector, puesto que se ha demostrado una relación positiva con el buen funcionamiento del individuo tanto en la infancia (Gil-Llario et al., 2012; Grotberg, 1995; Herrman, Stewart, Diaz-Granados, Berger, Jackson y Yuen, 2011), como en la adolescencia (Luthar, Doernberger y Zigler, 1993; Gaxiola, González

y Gaxiola, 2013; Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya, 2003) y en la adultez (Hildon et al., 2010; Palomar Lever y Gómez Valdez, 2010; Vanderbilt-Adriance y Shaw, 2008).

Del mismo modo, diferentes autores han analizado la relación entre este constructo y el buen funcionamiento de las personas en distintas áreas del ámbito personal, como por ejemplo, el optimismo (Pettersson, 2000), la inteligencia (Baltes y Staundinger, 2000) o el bienestar subjetivo (Diener, 2000).

Tras una revisión de la literatura publicada sobre resiliencia y bienestar subjetivo en personas con discapacidad, en la actualidad no se han encontrado trabajos previos que examinen la relación entre el grado de resiliencia y bienestar subjetivo en personas con diferentes tipos y grados de severidad de la discapacidad. A su vez, se desconocen estudios que analicen la existencia de combinaciones entre las dimensiones de resiliencia que definan diferentes perfiles de resiliencia. Finalmente, para nuestro conocimiento, actualmente no existen trabajos publicados sobre diferentes niveles de bienestar subjetivo entre distintos perfiles de resiliencia de personas con discapacidad que atiendan, no únicamente al bienestar subjetivo como un constructo en su conjunto, sino que se centren en cada una de las dimensiones que lo conforman (e.j., Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento Personal).

A partir de estas consideraciones, en el presente estudio se plantean los siguientes objetivos:

En primer lugar, conocer el grado de bienestar subjetivo y resiliencia de las personas con discapacidad. Esto se analiza en función de la tipología y del grado de severidad de la discapacidad. En concreto, se espera que:

H1. Existan diferencias significativas en el bienestar subjetivo y en la resiliencia de los participantes en función del tipo y grado de severidad de la discapacidad.

Asimismo, el segundo objetivo pretende identificar, si entre los participantes existen combinaciones entre las dimensiones de resiliencia que den lugar a diferentes perfiles de resiliencia, los cuales podrían definirse en función del peso que tengan cada una

de las dimensiones dentro de cada perfil de resiliencia. A partir de este objetivo se espera que:

H2. Existan perfiles de resiliencia diferentes en función del peso que cobre cada componente de resiliencia

Finalmente, el tercer objetivo y, una vez hallados y definidos los perfiles de resiliencia, se analiza si existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de esta fortaleza definidos y las diferentes puntuaciones en el bienestar subjetivo. Esta parte del estudio constituye, en cierto sentido, la validación criterial de los perfiles encontrados y su utilidad a la hora de diseñar programas de entrenamiento que fomenten la resiliencia para potenciar el bienestar subjetivo de las personas con discapacidad. De este objetivo se desprende que:

H3. Existan diferencias estadísticamente en el bienestar subjetivo en función de los perfiles de resiliencia.

## **METODOLOGÍA**

### **Participantes**

Participaron 98 personas con diferentes tipos de discapacidad, todos ellos procedentes de diversas asociaciones dedicadas a personas con discapacidad. De ellos, el 51% fueron mujeres y el 49% varones, con edades comprendidas entre 21 y 56 años ( $M = 29.35$ ;  $DT = 6.43$ ). Fueron clasificados en función de la tipología de la discapacidad que tenían: el 36.7%, tenía discapacidad motora, el 21.4% discapacidad intelectual, el 21.4%, discapacidad visual y el 20.4% discapacidad auditiva, y a su vez, según el grado de severidad de la discapacidad, observándose que un 37.8% tenía más del 65% de grado de discapacidad, el 25.5% entre el 33 y el 65% y el 36.7%, menos de un 33% de grado de discapacidad.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos**

Perfil sociodemográfico		N	%
<b>Sexo</b>	Varón	48	49.0
	Mujer	50	51.0
<b>Edad</b>	21-30	21	21.4
	31-40	23	23.5
	41-50	29	29.6
	>50	25	25.5
<b>Tipo de discapacidad</b>	Intelectual	21	21.4
	Auditiva	20	20.4
	Motora	36	36.7
	Visual	21	21.4
	Menos del 33%	36	36.7
<b>Grado de discapacidad</b>	Del 33% al 65%	25	25.5
	Más del 65%	37	37.8
	Total	98	100.0

## INSTRUMENTOS

*Cuestionario sociodemográfico*; se utilizó un cuestionario *ad hoc* para la recogida de los datos sociodemográficos: sexo, edad, tipología de la discapacidad y grado de severidad de ésta.

*Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* (1989, adaptada al español por Díaz et al., 2006). Es una medida de un dominio multifacético que envuelve una visión positiva de sí mismo, control del entorno, calidad de las relaciones con otros, un continuo crecimiento y desarrollo, una vida con significado y la capacidad de autodeterminación (Ryff y Keyes, 1995). Está compuesta por 29 ítems, abordando seis dimensiones o atributos positivos del bienestar psicológico: Autoaceptación: 1, 7, 19 y 31; Relaciones Positivas con los otros: 2, 8, 14, 26 y 32; Autonomía: 3, 4, 9, 15,

21 y 27; Dominio del Entorno: 5, 11, 16, 22 y 39; Propósito en la vida: 6, 12, 17, 18 y 23; Escala de Crecimiento Personal: 24, 36, 37 y 38.

El instrumento posee una escala de respuesta tipo Likert que va del 1 al 6 (1 = Fuertemente en desacuerdo; 6 = Fuertemente de acuerdo. Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor bienestar subjetivo, encontrándose el rango de puntuación de la escala total entre 29 y 174 puntos.

Para establecer los rangos de bienestar subjetivo entre los participantes, se concretaron tres niveles, separándolos en tres terciles. Los valores mayores de 116 indicarían un elevado nivel de bienestar subjetivo; entre 58 -115, bienestar subjetivo moderado; y valores menores a 58, escaso bienestar subjetivo.

Se ha seleccionado este instrumento por ser breve (requiere aproximadamente 15 minutos su cumplimentación), específico (mide varias dimensiones del bienestar subjetivo) y validado para población española (muestra unas adecuadas propiedades psicométricas). Con respecto a la versión de Díaz et al. (2006), posee un índice de fiabilidad adecuado en la escala ( $\alpha = .75$ ). Asimismo, muestra una varianza explicada del 87%.

Con respecto a las propiedades psicométricas en el presente trabajo se observa que la consistencia interna es elevada tanto en la escala total ( $\alpha = .92$ ), como en los factores que la conforman (Autoaceptación= .87; Relaciones positivas= .82; Autonomía= .86; Dominio del entorno= .82; Crecimiento personal= .84; Propósito en la vida= .80). Asimismo, el análisis factorial indicó una variabilidad explicada del 73.20%.

*Escala de resiliencia* de Wagnild y Young (1993). En su versión adaptada al castellano (Heilemann, Lee y Kury 2003), el instrumento está formado por 25 ítems, que puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, y un máximo de 7 = totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor resiliencia, encontrándose el rango de puntaje de la escala total entre 25 y 175 puntos.

Para determinar el nivel de resiliencia prevalente entre los participantes, se siguió el mismo procedimiento realizado por Heilemann et al. (2003). Éste consistió en dividir las puntuaciones de la escala total en 3 rangos. Los valores mayores de 147 indicarían

una alta capacidad de resiliencia; entre 121-146, resiliencia moderada; y valores menores a 121, escasa resiliencia.

Se eligió este cuestionario siguiendo varios criterios: por su fácil aplicación, por estar validado para población joven y adulta y, finalmente, por las propiedades psicométricas que muestra tanto la versión original (Wagnild y Young, 1993) como su versión en castellano (Heilemann, Lee y Kury, 2003), mostrándose unos índices de consistencia interna elevados en ambas versiones ( $\alpha = .89$  y el  $\alpha = .93$  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.

De la misma forma que se ha evidenciado en otros trabajos que utilizaron el instrumento original (Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofré, De Bortoli y Labiano, 2009; Suriá, 2012; Vara y Rodríguez, 2011), al examinar la validez del cuestionario para el presente estudio, el análisis factorial mostró un tercer factor que fue acuñado con el nombre de “*Autodisciplina*”, quedándose explicada la varianza total del cuestionario en un 81.6%. En cuanto a las cargas factoriales, de cada factor observamos que la varianza explicada por el primer factor es de 35.36%, un 23.42% de varianza explicada por el factor 2 y el factor 3 explica un 22.81%. Asimismo se evaluó la consistencia interna con base al índice alfa de Cronbach de la escala total ( $\alpha = .97$ ), así como de cada dimensión (fue .82 para Competencia personal, .80 para Aceptación de sí mismo y de la vida y .79 para Autodisciplina).

## Procedimiento

Para recoger los datos se aplicaron las escalas a los participantes. La muestra procedía de diversas asociaciones. Así, para solicitar la colaboración de las personas con discapacidad motora se acudió a la federación de ASPAYM (Asociación de Paraplégicos y Personas con Gran Discapacidad Física). Para los participantes con discapacidad intelectual se acudió a APSA

(Asociación pro-discapacitados psíquicos de Alicante). Con objeto de recopilar datos de personas con discapacidad auditiva se acudió a APANAH (Asociación de Padres y Deficientes Auditivos de Alicante). Finalmente, se acudió a la ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles) para solicitar colaboración a las personas con discapacidad visual.

Tras un primer contacto con los directivos de las entidades para explicarles el objetivo del estudio, se propuso la colaboración a los socios. Para ello, se acudió a las reuniones que se realizan periódicamente en estas asociaciones y se les solicitó su colaboración. A los socios que se prestaron a participar, se les administró, voluntaria, anónima y presencialmente los cuestionarios, una vez que los participantes otorgaron su consentimiento por escrito. La aplicación del cuestionario se adaptó a las condiciones de cada participante. El tiempo estimado de aplicación fue aproximadamente de 30 minutos para ambos cuestionarios. Los evaluadores fueron previamente entrenados en la aplicación del instrumento. Finalmente, fueron eliminados los cuestionarios que no estuvieron cumplimentados en su totalidad. La recopilación de datos se llevó a cabo entre marzo y diciembre del 2014.

## **Análisis estadísticos**

Para los datos sociodemográficos se obtuvieron las frecuencias y porcentajes. Para comprobar si existían diferencias a nivel estadísticamente significativo en el grado de bienestar subjetivo y de resiliencia en función de la tipología y del grado de severidad de la discapacidad se utilizó el análisis de varianza (ANOVA). Para identificar los perfiles de resiliencia en un principio y dado el número de participantes, se optó por elegir el análisis de clases latentes (ACL), sin embargo, al comprobar que se cumplían los supuestos de normalidad, independencia y homocedasticidad de varianzas se utilizó al *análisis de conglomerados* (método *quick cluster analysis*). Se ha optado por la elección de un método no jerárquico puesto que posibilita la reasignación. En otros términos, permite que un individuo que ha sido asignado a un grupo en una determinada fase del proceso, pueda ser reasignado a otro grupo si esto optimiza el criterio de selección.

El criterio seguido en la elección del número de conglomerados fue el maximizar las diferencias inter-clusters con el fin de conseguir establecer el mayor número posible de grupos con diferentes combinaciones en las tres dimensiones de este constructo. Además, a este criterio se le añadió también la viabilidad teórica y significación psicológica de cada uno de los grupos que representaban los distintos perfiles de resiliencia.

Una vez establecidos los diferentes grupos a través del *cluster analysis*, se realizaron ANOVAs con el objetivo de analizar la significación estadística de las diferencias existentes entre los grupos en los factores del bienestar subjetivo. Para analizar la magnitud o tamaño del efecto de estas diferencias, se atendió al índice  $\eta^2$ .

Finalmente, en aquellos análisis en los que las comparaciones intergrupos resultaron estadísticamente significativas, se llevaron a cabo pruebas *post hoc* para identificar entre qué grupos se encontraban las diferencias. Se eligió el método de Scheffé puesto que cada grupo no estuvo formado por el mismo número de participantes y la utilización de esta prueba no exige que los tamaños muestrales sean iguales. Asimismo, se calculó el tamaño del efecto (diferencia media tipificada o índice  $d$ ; Cohen, 1988) para calcular la magnitud de las diferencias observadas. Los datos se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS versión 19.0.

## RESULTADOS

### Bienestar subjetivo y resiliencia en función de la tipología y grado de discapacidad

Al examinar las puntuaciones medias de bienestar subjetivo entre los grupos, se observa que los participantes puntúan moderadamente elevado en la escala. Con respecto a las puntuaciones de bienestar subjetivo según la tipología de la discapacidad, se muestra puntuaciones medias más elevadas en los participantes de discapacidad motora ( $M = 87.64$ ,  $D.T = 19.53$ ) y discapacidad visual ( $M = 89.33$ ,  $D.T = 22.44$ ),  $F(3,94) = 2.826$ ,  $p = .047$ . No se encuentran diferencias estadísticamente significativas según el grado de severidad de la discapacidad,  $F(2,95) = 1.249$ ,  $p = .291$ .

En lo que respecta a la resiliencia, los resultados indican un nivel elevado de esta fortaleza entre los participantes, observándose la influencia de la tipología de la discapacidad. Así, se observan unos niveles más elevados las personas con discapacidad visual ( $M = 145.90$ ,  $D.T = 28.93$ ) y con discapacidad motora ( $M = 148.36$ ,  $D.T = 32.86$ ),  $F(3,94) = .3859$ ,  $p = .042$ . Sin embargo, no se muestran diferencias estadísticamente significativas en función del grado de severidad de la discapacidad,  $F(2,95) = 1.713$ ,  $p = .186$ .

**Tabla 2. Medias y desviaciones típicas obtenidas en resiliencia y bienestar subjetivo según tipología y funcionalidad de la discapacidad**

Tipo discapacidad	Resiliencia			Bienestar subjetivo	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>D.T</i>	<i>M</i>	<i>D.T</i>
<b>Intelectual</b>	21	127.43ab	35.88	76.62ab	24.14
<b>Auditiva</b>	20	132.10cd	33.20	72.30cd	19.05
<b>Motora</b>	36	148.36ac	32.86	87.64ac	19.53
<b>Visual</b>	21	145.90bd	28.93	89.33bd	22.44
<b>Total</b>	98	137.90	32.55	83.91	21.08
<b><i>F</i></b>		4.385*		2.826*	
<b><i>Grado discapacidad</i></b>					
<b>Menos del 33%</b>	36	138.28	29.78	81.81	14.67
<b>Del 33% al 65%</b>	25	139.68	27.76	79.16	22.31
<b>Más del 65%</b>	37	136.49	37.15	85.03	25.00
<b>Total</b>	98	137.90	32.55	83.91	21.08
<b><i>F</i></b>		1.713		1.249	

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

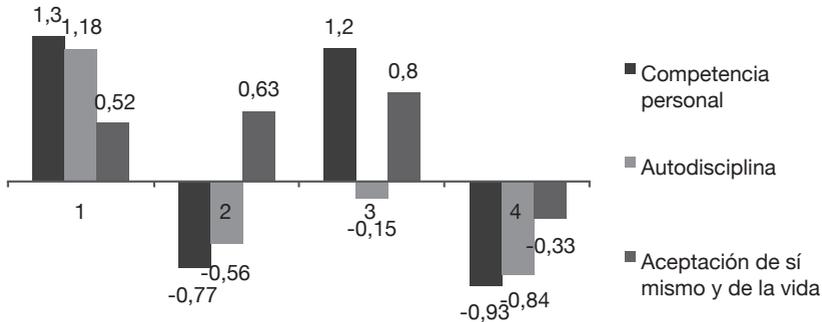
## **Identificación de perfiles de resiliencia**

Se realizó un análisis de conglomerados (clúster) tratando de lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y las mayores diferencias entre ellos.

Para la toma de decisión sobre el número de clusters apropiado a los datos del estudio se han tenido en cuenta tanto aspectos empíricos como teóricos. De este modo, se tuvo en cuenta si existía convergencia de la solución antes de las 10 interacciones predeterminadas para el modelo de cuatro grupos hipotetizado. En segundo lugar, la elección del modelo, además del criterio de convergencia estadística, se basó en el ajuste teórico a la hipótesis formulada, es decir, a la posibilidad de distintos perfiles en resiliencia en función de las diferentes combinaciones de las dimensiones de este constructo.

Se eligió la solución de cuatro clusters por permitir el número de combinaciones de los componentes de resiliencia. Esta queda integrada por un grupo (cluster 1) formado por 32 personas con discapacidad (32.65% de los participantes), que se caracteriza por un predominio de altas puntuaciones en todas las dimensiones de la escala de resiliencia (perfil con alta resiliencia, Grupo 1). El segundo cluster (Grupo 2), integrado por 20 participantes (20.41%), se caracteriza por baja Competencia Social y baja Autodisciplina y alta Aceptación de uno mismo y de la vida. El tercer cluster (Grupo 3), se compone de 24 participantes (24.49%), compuesto por puntuaciones altas en Competencia personal y Aceptación de uno mismo y bajas en Autodisciplina. Finalmente, el último cluster (Grupo 4) queda conformado por 22 participantes (22.45%) y está caracterizado por un predominio de puntuaciones bajas en las 3 dimensiones de resiliencia.

**Figura 1. Representación gráfica del modelo de cuatro clusters: Cluster 1 (Alta RS). Cluster 2 (Baja Competencia personal. Baja Autodisciplina y Alta Aceptación. Cluster 3 (Alta Competencia. Alta Autodisciplina y Baja Aceptación) y Cluster 4 (Baja RS).**



### Diferencias inter-grupo de los perfiles de resiliencia en bienestar subjetivo

Al atender a las puntuaciones medias de la escala global de bienestar subjetivo se observan diferencias estadísticamente significativas en los cuatro clusters ( $F_{(3,94)} = 4.06$ ,  $p < .001$ ,  $h^2 = .23$ ), encontrándose tras analizar las pruebas inter-grupos entre los clusters, que el Grupo 1 indica medias superiores al compararlo con el Grupo 2 ( $d = 0.24$ ) y con el Grupo 4 ( $d = 1.02$ ).

Al examinar los ANOVAs en las dimensiones o factores en los que las diferencias son estadísticamente significativas y las comparaciones *post hoc* se observa que, en el Factor 1, Autoaceptación, existen diferencias significativas entre los Grupos 1, 2 y 3 al compararlos con el Grupo 4,  $F_{(3,94)} = 8.40$ ,  $p < .001$ ,  $h^2 = .13$ ), siendo el tamaño del efecto elevado en el análisis *post hoc* entre el Grupo 1 y el Grupo 4 ( $d = 0.92$ ) y moderado entre la comparación del Grupo 2 con el Grupo 4 ( $d = 0.75$ ) y entre el Grupo 3 y el Grupo 4 ( $d = 0.79$ ).

En lo relativo al Factor 2, referente a las Relaciones positivas, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los 4 clusters,  $F_{(3,94)} = 10.09$ ,  $p < .001$ ,  $h^2 = .14$ ), indicando las

puntuaciones medias la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo 1 y el Grupo 2 ( $d = 0.38$ ) y entre el Grupo 1 y el Grupo 4 ( $d = 1.51$ ). Asimismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo 3 y el Grupo 4 ( $d = 1.01$ ).

Al atender al Factor 3, Autonomía personal, las comparaciones entre grupos no indican diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto al Factor 4, referente al Dominio del entorno, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los 4 grupos,  $F_{(3,94)} = 7.21$ ,  $p < .001$ ,  $h^2 = .10$ ), observándose que el Grupo 1 difiere del Grupo 2 ( $d = 0.88$ ) y del Grupo 4. Asimismo, el Grupo 3 indica puntuaciones más elevadas que el Grupo 2 ( $d = 0.30$ ) y que el Grupo 4 ( $d = 0.98$ ). La misma dirección indican las puntuaciones de los grupos en el siguiente factor, el concerniente a Propósito de la vida, Factor 5, ( $F_{(3,94)} = 4.36$ ,  $p < .05$ ,  $h^2 = .18$ ), es decir, se observa que el Grupo 1 difiere del Grupo 2 ( $d = 0.74$ ) y del Grupo 4 ( $d = 0.63$ ). Asimismo, el Grupo 3 indica puntuaciones más elevadas que el Grupo 4 ( $d = 0.29$ ).

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente con respecto al Factor 6, el relativo al Crecimiento personal, observándose diferencias estadísticamente entre los clusters, ( $F_{(3,94)} = 5.20$ ,  $p < .05$ ,  $h^2 = .17$ ). Así, se observó que el Grupo 1 mostró puntuaciones medias más elevadas al compararlos con el Grupo 2 ( $d = 0.46$ ) y con el Grupo 4 ( $d = 1.39$ ). Eso mismo se observó entre el Grupo 3 al compararlo con estos grupos, es decir, entre el Grupo 3 al compararlo con el Grupo 2 ( $d = 0.22$ ) y con el Grupo 4 ( $d = 0.97$ ).

**Tabla 3. Medias y desviaciones típicas obtenidas por los cuatro grupos y valores de “eta<sup>2</sup> (η<sup>2</sup>) para cada dimensión de los factores de bienestar subjetivo**

Factores	Grupo 1 Alta RS		Grupo 2 Alta Acept. Baja Compet. y Baja Autodisc.		Grupo 3 Alta Compet. Alta Acept Baja auto- disc.		Grupo 4 Baja RS		Sig. estadística	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F <sub>(3, 94)</sub>	r <sup>2</sup>
Autoaceptación	3.57	2.23	3.08	2.17	3.25	2.05	1.78	.57	8.40**	.13
Relaciones Positivas	3.89	2.15	2.92	3.09	3.29	2.03	1.87	.80	10.09**	.14
Autonomía	2.52	.95	2.73	1.66	2.42	1.21	2.02	1.05	2.67	.02
Dominio del entorno	3.71	1.12	2.68	1.21	3.07	1.52	2.84	.66	7.21**	.10
Propósito en la vida	3.76	1.70	2.82	1.92	3.60	2.13	2.91	1.02	4.36*	.18
Crecimiento Personal	3.61	1.64	2.76	2.03	3.29	2.03	1.94	.76	5.20*	.17
Escala total	3.38	1.63	2.78	1.85	3.19	1.83	2.14	0.81	4.06**	.23

(\*\*) = Nivel de Significación de .001; (\*) = Nivel de Significación de .05.

## DISCUSIÓN

Este trabajo trata de profundizar en la relación entre la resiliencia y el bienestar subjetivo en las personas con discapacidad. Para ello se plantean diferentes objetivos. En primer lugar, examinar el nivel de bienestar subjetivo y de resiliencia en un grupo de personas con discapacidad, los resultados reflejan que los participantes tienen niveles moderadamente elevados en ambos constructos.

Estos resultados respaldan la idea de otros autores que resaltan que la experiencia de vivir con una discapacidad, lejos de hundir a la persona, refuerza a la persona para luchar y afrontar

con éxito los obstáculos que lleva añadidos (Rodríguez-Cárdenas y González-Bernal, 2012; Saavedra y Villalta, 2008; Suriá, 2012).

Al examinar los resultados de resiliencia en función de la tipología de la discapacidad, los resultados indican que las puntuaciones más altas las mostraron los participantes con discapacidad motora y visual, mientras que desde la discapacidad auditiva e intelectual se revelaron puntuaciones inferiores. La misma dirección se observa al examinar los datos referentes al bienestar subjetivo.

Una explicación plausible para estos resultados podría apoyarse en el efecto que genera en la sociedad, la visibilidad de estos dos tipos de discapacidad. Cada vez más, desde diferentes sectores de los ámbitos sociales y políticos se está fomentando el derecho de las personas con discapacidad a la inclusión social y con ello, a que la sociedad tome mayor conciencia en ofrecer apoyo para la plena integración psicosocial hacia las personas que viven esta situación. Así por ejemplo, desde las discapacidades más visibles, como puede ser una discapacidad motora o una discapacidad visual, sea más evidente la necesidad de ese apoyo y por tanto, que el entorno cercano de la persona con discapacidad se vuelque más en ofrecer este apoyo. De esta manera, independientemente de que la persona con discapacidad utilice las ayudas disponibles, si va a percibir que dispone de apoyo.

Sin embargo, existen otras discapacidades que son invisibles como la discapacidad intelectual (García-Ibañez, Feliu, Usón, Rodenas, Aguilera y Ramo, 2009) o la discapacidad auditiva (Juárez-Sánchez, Padilla-Góngora, Martínez-Cortes y López-Liria, 2010). Este tipo de discapacidades pasan desapercibidas en muchos casos por la sociedad o incluso si éstas se observan, no muestran aparentemente barreras o limitaciones ocasionadas por estas discapacidades, hacen que el resto de personas no se involucren tanto en ofrecer ayuda y con ello, que la persona con esta problemática perciba más desprotección (Aguado-Díaz y Alcedo-Rodríguez, 2012; Juárez-Sánchez et al., 2010; Schallack, 2013).

Otra variable tomada en consideración en este estudio es la influencia del grado de discapacidad en el bienestar subjetivo y en la resiliencia. En este sentido, en los resultados no se refleja la influencia de esta variable, respaldando estos datos la definición

de resiliencia. Así, si se parte de la propia definición de resiliencia y esta capacidad se desarrolla según el individuo va encontrándose obstáculos y va superándolos, se podría explicar la inexistencia de diferencias entre los grupos. Así, las limitaciones a las que se enfrentan las personas con esta problemática van a propiciar oportunidad para potenciar esta fortaleza, por lo que, un mayor grado de discapacidad puede generar mayor capacidad de superación y con ello, la no diferenciación del grado de resiliencia con los participantes con menor grado de discapacidad. Estos resultados estarían en concordancia con los encontrados en los participantes al examinar el bienestar subjetivo, no viéndose éste afectado por el grado de discapacidad.

Con respecto al segundo objetivo, analizar las posibles combinaciones de las dimensiones resilientes de los participantes, con el fin de identificar diferentes perfiles resilientes, los resultados indican la existencia de perfiles con diferentes combinaciones en las dimensiones de resiliencia. Así, mediante el análisis de conglomerados se identifican cuatro perfiles resilientes distintos, confirmándose la primera de las hipótesis. Un grupo con un perfil de altas puntuaciones en los tres componentes de resiliencia (Grupo 1), un segundo grupo con puntuaciones bajas en Competencia social y en Autodisciplina y altas en Aceptación de uno mismo y de la vida (Grupo 2), un tercer perfil con altas puntuaciones en Competencia social y en Aceptación de la vida y de uno mismo y bajas en Autodisciplina (Grupo 3), y finalmente, un grupo con puntuaciones bajas en las tres dimensiones, esto es, en Competencia social, en Autodisciplina y en Aceptación de uno mismo y de la vida (Grupo 4). Esto por tanto, confirma la primera hipótesis planteada del estudio. De estos resultados, se desprende en primer lugar, la existencia de un perfil de personas con discapacidad que poseen altos niveles de resiliencia en las tres dimensiones. Esto sigue la misma dirección que los resultados de otros autores (Frazier, Tennen, Gavian, Park, Tomich y Tashiro, 2009; Saavedra y Villalta, 2008; Suriá, 2012). Asimismo, los resultados apuntan a patrones diferenciales en los que destaca un alto nivel de Aceptación de uno mismo y de la vida, así como de Competencia social o incluso de ésta última dimensión al compararla con las otras dimensiones. Estos resultados apuntarían a la existencia de perfiles de alta Competencia Social y alta Aceptación de la vida y de uno mismo y de alta Aceptación de la

vida y baja Competencia social, y por tanto, a que no todas las dimensiones de resiliencia cobran el mismo peso en el desarrollo de esta capacidad resiliente. Por último, puntuaciones bajas en las tres dimensiones de resiliencia estarían relacionadas con déficits en el ajuste psicológico y en la calidad de vida en general y por tanto, con el hecho de que no todas las personas con discapacidad tengan ese buen ajuste y adaptación a la experiencia de vivir con discapacidad (Gifre, del Valle, Yuguero, Gil y Monreal, 2010). Esto daría coherencia a la existencia de un perfil de baja resiliencia.

Con respecto al tercer objetivo, los resultados dan respaldo a la tercera hipótesis planteada, es decir, las puntuaciones medias de los clusters hallados revelan diferencias estadísticamente significativas en los factores de bienestar subjetivo. Estos datos, ofrecen consistencia a la validez de la existencia de diferentes perfiles resilientes y ayudan a profundizar en la relación entre resiliencia y bienestar subjetivo.

Así, los resultados reflejan que en la mayoría de dimensiones de bienestar subjetivo destacan los grupos con puntuaciones elevadas en las tres dimensiones de resiliencia. Este resultado coincide con lo descrito por otros autores los cuales han obtenido en sus estudios relaciones positivas en la mayoría de dimensiones de bienestar psicológico y de resiliencia (Del Prette y Del Prette y Barreto, 1999; Fiori, Smith y Antonucci, 2007; Kleinspehn, Kotte y Smith, 2008),

Al observar las puntuaciones medias de cada factor o dimensión de bienestar subjetivo, se refleja que, resaltan especialmente los grupos en los que las dimensiones de resiliencia relativas a la Competencia social y a la Aceptación de uno mismo y de la vida son elevadas, esto es en el grupo 1 y en el grupo 3. Esta idea queda reforzada al examinar el tamaño del efecto, el cual indica que en la mayoría de factores del bienestar subjetivo (e.j. Autoaceptación, Relaciones positivas o Crecimiento personal), la magnitud de estas diferencias es elevada con respecto a los grupos de bajas puntuaciones en estas dimensiones (grupo 2 y grupo 4).

Esto apunta que en los factores de bienestar subjetivo relacionados con la Autoaceptación, Relaciones positivas, Dominio del

entorno o Crecimiento personal guardan una relación directa con los componentes de resiliencia.

En este sentido, si se atiende a cada una de las dimensiones de resiliencia que se asocian con los factores de bienestar subjetivo se puede vislumbrar cierta similitud. Esto sucede especialmente con la dimensión de Competencia personal y social, la cual es definida como un comportamiento emitido por la persona en el contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás (Buss, 2000; Caballo, 2005; Del Prette et al., 1999). Asimismo, ésta englobaría a aspectos relacionados con la capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, etc., (Caballo, 2005). En relación a esto, estudios previos vinculan el bienestar subjetivo con las relaciones interpersonales positivas (Gross y John, 2003; Ryff, 2013; Ryff y Keyes, 1995), con el contacto, participación y funcionamiento social (Diener, 2000) y con el funcionamiento social (Burgos y Urquijo, 2012), aspectos que guardan estrecha relación con la Competencia personal y social.

Asimismo, la Aceptación de uno mismo y de la vida hace referencia a la creencia en uno mismo y al reconocimiento de sus propias fuerzas y limitaciones para afrontar la vida (Branden, 1995).

En este sentido, diferentes autores vinculan la Aceptación de uno mismo y de la vida con las relaciones interpersonales positivas (Bisquerra-Alcina y Pérez-Escoda, 2012) y con el funcionamiento social y personal (Lacunza y De González, 2011), aspectos que guardan estrecha relación con la Competencia social/personal y la Aceptación de uno mismo (García, Gracia y Zeleznova, 2013).

Finalmente, en los resultados, no existen diferencias en los cuatro grupos en Autonomía con los componentes que conforman la resiliencia. Posiblemente, la explicación a este resultado pueda apoyarse en las características de la población de estudio. Así, al centrar el trabajo en personas con discapacidad, tengan asimilada en alguna medida, limitaciones en su día a día y no por ello, esto les afecte a su nivel de bienestar subjetivo general.

A partir de los resultados obtenidos, se deduce que la resiliencia guarda una estrecha relación con características que conforman el bienestar subjetivo, aunque el peso de cada componente

de resiliencia cobra un peso diferente, observándose que el principal protagonismo en el bienestar subjetivo es de la Competencia social y de Aceptación de uno mismo y de la vida. Esto sugiere la importancia de seguir profundizando en esta asociación puesto que con ello se va a favorecer una adaptación e integración exitosa al medio (Botero-Soto y Londoño-Pérez, 2013; Caballo, 2005; Herrman et al., 2011; Lacunza y de González, 2011; Saavedra y Villalta, 2008).

Sin embargo, no hay que pasar por alto algunas limitaciones de este trabajo. La principal dificultad reside en que los datos se refieren a población con discapacidad, sin embargo, cada tipo de discapacidad es única para cada persona puesto que está influida por una compleja combinación de factores, desde las diferencias personales de experiencias, contextos y apoyos diferentes, por tanto, deberíamos profundizar en multitud de variables que quedan por tener en cuenta y que podían explicar la variabilidad en el desarrollo de la resiliencia y el bienestar subjetivo.

En cuanto a la metodología, cabe destacar que el número de participantes es muy reducido. A su vez, la selección de los participantes ha sido intencional, lo que en sentido estricto impide hablar de “muestra”. No obstante, a pesar de la complejidad de salvar esta limitación, por la dificultad de acceder a una muestra más elevada, los resultados ponen de manifiesto lo interesante que puede resultar seguir indagando en el estudio de resiliencia y el bienestar subjetivo en este colectivo y por tanto, aunar esfuerzos por ampliar la muestra.

De la misma forma, los participantes de este estudio se ofrecieron voluntariamente para cumplimentar los cuestionarios, por lo que éstos, podrían tener diferentes expectativas y motivaciones para participar en comparación con las personas que se mostraron reacias a participar. En futuras investigaciones se debería controlar este factor con el objeto de incrementar la validez interna de los resultados.

Una vez tenidas en cuenta estas limitaciones, se considera que los resultados de este trabajo resultan interesantes, pues sugieren que, si bien la resiliencia se relaciona con un mejor ajuste de las personas con discapacidad a su desarrollo interpersonal y social, no todas las dimensiones de la resiliencia contribuyen de igual forma a este ajuste, manifestándose que las personas

con discapacidad que presentan un patrón caracterizado por alta Competencia Social y Aceptación de uno mismo y de la vida tienden a presentar puntuaciones en el bienestar subjetivo más elevadas que las personas con discapacidad con una puntuación baja en resiliencia. De esta forma, los resultados de este estudio contribuyen al conocimiento de la resiliencia y podrían resultar relevantes para el diseño y aplicación de programas dirigidos a incrementar el Bienestar Subjetivo de las personas que viven la experiencia de tener discapacidad.

## REFERENCIAS

- Aguado-Díaz, A.L. y Alcedo-Rodríguez, M.Á. (2012). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo cero*, 35(209), 5-19.
- Aguado-Díaz, A.L., González, I., Alcedo-Rodríguez, M.A. y Arias, B. (2003). Calidad de vida y lesión medular. En M.A. Verdugo y B. Jordán de Urríes (Coors), *Investigación, innovación y cambio* (ps. 623-664). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Antonovsky A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Baltés, P.B. y Staundinger, U.M. (2000). Wisdom: A methauristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.
- Bisquerra-Alzina, R. y Pérez-Escoda, N. (2012). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10, 61-82.
- Botero-Soto, P. A. y Londoño-Pérez, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(2), 125-137.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Burgos, A.V. y Urquijo, P.M.A. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad*, 3(2), 131-150.
- Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55(1), 15-23.

- Caballo, C., Crespo, M., Jenaro, C., Verdugo, M.A. y Martínez, J.L. (2005). Factor structure of the Schalock and Keith quality of life questionnaire (QOL-Q): validation on Mexican and Spanish samples. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 773-776.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (6° Edición). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Del Prette, A., Del Prette, Z. y Barreto, M.C.M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7(1), 27-47.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R.R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B.M., Gallardo, I..., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P. y Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, 20, 912-919. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x
- Fava, G.A. y Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-1934.
- Garaigordóbil, M., Aliri, J. y Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 543-560.
- García, F., Gracia, E. y Zeleznova, A. (2013). Validation of the English version of the five-factor self-concept questionnaire. *Psicothema*, 25, 549-555.
- García-Ibañez, J., Feliu, T., Usón, M., Rodenas, A., Aguilera, F. y Ramo, R. (2009). Trastornos invisibles. las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. *Siglo Cero, Revista española sobre discapacidad intelectual*, 40, 38-60.

- Gaxiola, J. C., González, S. y Gaxiola, E. (2013). Autorregulación, resiliencia y metas educativas: variables protectoras del rendimiento académico de bachilleres. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 241-252.
- Gifre, M., Del Valle, A., Yuguero, M., Gil, Á. y Monreal, P. (2010). La mejora de la calidad de vida de las personas con lesión medular: La transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana desde la perspectiva de los usuarios. *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 18, 3-15.
- Gil-Llario, M.D., Molero-Mañes, R., Ballester-Arnal, R. y Sabater-Pavía, P. (2012). Establecer vínculos afectivos para facilitar la Resiliencia de los niños acogidos. *Revista INFAD de Psicología*, 1, 337-344.
- Gómez, L.E., Verdugo, M.A. y Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.
- Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. La Haya: Bernard Van Leer Foundation. Recuperado de: <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html>.
- Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Heilemann, M., Lee, K. y Kury, F.S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal Nurs Meas*, 11(1), 61-72.
- Herrman, H., Stewart, D.E., Diaz-Granados, N., Berger, E.L., Jackson, B. y Yuen, T. (2011). What is resilience?. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56(5), 258-265.
- Hildon, Z., Montgomery, S.M., Blane, D., Wiggins, R.D. y Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *The Gerontologist*, 50, 36-47. DOI: 10.1093/geront/gnp067
- Juaréz-Sánchez, A., Padilla-Góngora, D. Martínez-Cortés, A.C. López-Liria, R. (2010). Percepción social de la sordera en el entorno escolar: proceso de elaboración de un cuestionario de

- evaluación. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30(3), 120-129.
- Kotliarenco, M.A. (2000). *Actualizaciones en resiliencia*. Buenos Aires: Ediciones UNLA.
- Lacunza, A.B. y de González, N.C. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12(23), 159-182.
- Luthar, S.S., Doernberger, C.H. y Zigler, E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 5(04), 703-717.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2005). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- OMS. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Short version. Ginebra: OMS.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S. y Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93, 1217-1222.
- Palomar Lever, J. y Gómez Valdez, N.E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2012). Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 87-104.
- Rodríguez-Cárdenas, D.E. y González-Bernal, M.R. (2012). Exploración de la experiencia de empoderamiento en personas con discapacidad física integradas al aula regular. *Psicogente*, 15 (27), 153-167.
- Rodríguez, M., Pereyra, M.G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L.M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Revista Evaluar*, 9, 72-82.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Ryff, C.D. (2013). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.

- Ryff, C.D. y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación*, 8, 81-90.
- Schalock, R.L. (2013). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Siglo Cero*, 40(229), 22-39.
- Springer, K.W., Pudrovskaya, T. y Hauser, R.M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40(1), 392-398.
- Suriá, R. (2012). Resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Boletín de Psicología*, 105, 75-89.
- Stewart, D. y Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52, 199-209.
- Uppal, S. (2006). Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities. *Social Science & Medicine*, 63(2), 525-539.
- Uriarte, J.D. (2013). La perspectiva comunitaria. *Psicología Política*, 47, 7-18.
- Vanderbilt-Adriance, E. y Shaw, D.S. (2008). Conceptualizing and Re-Evaluating Resilience Across Levels of Risk, Time and Domains of Competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 30-58.
- Vara, M.C.R. y Rodríguez, J.M.A. (2011). Validación psicométrica de la escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11, 51-65.
- Velasco, M., Botero, P. y Londoño, C. (2011). Calidad de vida y potencial humano. En: C. Londoño (Eds.), *Avances y Perspectivas en Psicología de la Salud* (pp. 125-133), Colombia: Colegio Colombiano de Psicólogos.

- Verdugo, M.A., Prieto, G., Caballo, C. y Peláez, A. (2005). Factorial structure of the Quality of Life Questionnaire in a Spanish sample of visually disabled adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 44- 55.
- Wagnild, G.M. y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-78.