

## Monográfico

Perfiles resilientes y calidad de vida en personas con discapacidad  
sobrevvenida por accidentes de tráfico

Raquel Suriá Martínez\*

Departamento de Comunicación y Psicología Social, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig (Alicante), España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 22 de julio de 2014

Aceptado el 27 de enero de 2015

On-line el 19 de marzo de 2015

## Palabras clave:

Resiliencia  
Calidad de vida  
Discapacidad  
Accidente de tráfico

## Keywords:

Resilience  
Quality of life  
Disability  
Traffic accident

## RESUMEN

**Objetivos:** El objetivo del estudio es identificar si existen combinaciones de factores resilientes que den lugar a diferentes perfiles de resiliencia en personas con lesión medular por un accidente de tráfico. Asimismo, se comprueba si los grupos obtenidos difieren respecto a la calidad de vida.

**Métodos:** Se administraron la *Escala de Resiliencia* (Wagnild y Young, 1993) y la versión adaptada de la *Escala de calidad de vida* (GENCAT) a 98 personas con lesión medular.

**Resultados:** El análisis de conglomerados identificó tres perfiles resilientes: un perfil de alta resiliencia, un perfil de baja resiliencia y un grupo con un predominio de aceptación de uno mismo y de la vida y competencia social. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles obtenidos con respecto a las dimensiones de calidad de vida.

**Conclusión:** Esto sugiere la necesidad de profundizar en el conocimiento de la resiliencia y en el diseño de programas que incrementen la calidad de vida de las personas con discapacidad tras un accidente de tráfico.

© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Profiles of resilience and quality of life in people with acquired disability due to traffic accidents**

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify distinct profiles of resilience in people with spinal cord injuries due to traffic accidents and to determine whether the profiles identified are related to differences in subjective well-being.

**Methods:** The Resilience Scale (Wagnild and Young, 1993) and an adapted quality of life scale (GENCAT) were administered to 98 people with physical disabilities due to traffic accidents.

**Results:** Cluster analyses identified three different resilience profiles: a high-resilience group, a low-resilience group, and a group showing a predominance of high scores in self and life acceptance and social competence. The results also revealed statistically significant differences among profiles in most domains of subjective well-being.

**Conclusion:** The results suggest the need to study resilience in greater depth and to design programs to enhance quality of life among people with disabilities due to traffic accidents.

© 2014 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Desde hace algunos años, el interés por diseñar programas de intervención dirigidos a personas que sufren una lesión medular tras un accidente de tráfico se ha incrementado considerablemente<sup>1–3</sup>.

Las consecuencias de este tipo de lesiones hacen que sean necesarios importantes cambios en la vida de los afectados, que pasan bruscamente de vivir de forma sana e independiente a depender de los familiares o de cuidadores para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, viéndose con ello mermada su calidad de vida<sup>4</sup>.

Un acercamiento a las variables intervinientes que promuevan la calidad de vida es clave en la intervención con personas que experimentan estos sucesos traumáticos<sup>3,5</sup>. Así, variables como las estrategias de afrontamiento o la autoeficacia o el *locus* de control cobran especial relevancia, y se encuentra cada vez más evidencia que revela que existe relación entre estas variables y la calidad de vida<sup>4,6</sup>. Asimismo, otras variables que podrían afectar a la experiencia de vivir con una lesión medular son el empoderamiento y la resiliencia; sin embargo, poco se sabe de la relación de ambos constructos con la calidad de vida de estas personas. Con respecto al empoderamiento, una excepción es el trabajo de Suriá<sup>7</sup>, en el que se ha estudiado la relación entre el empoderamiento y algunos factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el nivel funcional de la lesión y la antigüedad de esta. Los resultados reflejan que el sexo femenino, un menor nivel de funcionalidad y los años transcurridos

\* Autora para correspondencia.  
Correo electrónico: raquel.suria@ua.es

desde el accidente de tráfico se asocian a un mayor desarrollo de empoderamiento.

Asimismo, la resiliencia es otro constructo que se asocia positivamente con la calidad de vida<sup>8-11</sup>, pero se desconoce el papel que desempeña en la calidad de vida de las personas con lesión medular. Este concepto fue acuñado por Rutter<sup>10</sup>, quien lo definió como la capacidad de las personas para mantener la salud y el bienestar psicológico en un ambiente dinámico y desafiante.

Si bien no existe consenso en cuanto al número de dimensiones que componen la resiliencia<sup>11-14</sup>, sí parece haber acuerdo en que las personas resilientes son definidas como personas socialmente competentes que tienen conciencia de su identidad, capaces de tomar decisiones, establecer metas y satisfacer sus necesidades básicas de afecto y para la consecución de sus metas, y por tanto serían individuos caracterizados por altas puntuaciones en las dimensiones que conforman la resiliencia<sup>9,11</sup>.

Si se revisan los estudios sobre este tema<sup>11,14-16</sup>, la mayoría se han dedicado a describir el proceso y se observa que no todos los individuos desarrollan por igual esta potencialidad. ¿Qué variables potencian más esta capacidad? ¿Influyen el sexo o la edad? Asimismo, si existen diferentes perfiles de resiliencia en función del peso que cobran las dimensiones que conforman esta capacidad, ¿qué variables pueden influir en el desarrollo de unas dimensiones más que de otras?

Si se atiende a la resiliencia y su relación con la calidad de vida, puede encontrarse cierta similitud en algunos de sus componentes, como el bienestar emocional y las relaciones interpersonales, con las dimensiones citadas de la resiliencia. Por tanto, es posible que exista una vinculación directa entre la calidad de vida y la resiliencia. A su vez, si ambos constructos están compuestos por diferentes dimensiones, esto podría implicar que cada dimensión de resiliencia influya de forma diferente en la calidad de vida.

Tras una revisión de la literatura publicada sobre la resiliencia en personas con discapacidad motora, no se han encontrado trabajos previos que analicen la existencia de combinaciones de las dimensiones de resiliencia que den lugar a diferentes perfiles de resiliencia. Por tanto, son inexistentes los estudios dirigidos a examinar la relación entre los perfiles de resiliencia y las variables implicadas en el desarrollo de esta capacidad. Finalmente, no se encuentran estudios publicados sobre diferentes niveles de calidad de vida entre distintos perfiles de resiliencia de personas con lesión medular ocasionada por un accidente de tráfico que atiendan no sólo a la calidad de vida como un constructo en su conjunto, sino que se centren en cada una de las dimensiones que la conforman (p. ej., bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, inclusión social, etc.).

A partir de estas consideraciones, en este estudio se plantean tres objetivos. El primero, identificar en una muestra de personas con lesión medular tras un accidente de tráfico si existen combinaciones de diferentes dimensiones de resiliencia que den lugar a distintos perfiles en función del peso de cada una de las dimensiones de la resiliencia. En este sentido, se espera que existan diferentes perfiles resilientes.

El segundo objetivo analiza la relación entre los perfiles analizados y las posibles variables sociodemográficas de los participantes. Este objetivo permitiría profundizar en la conformación de la resiliencia a la vez que serviría para dar validez a los perfiles obtenidos.

Finalmente, el tercer objetivo analiza si difieren los perfiles de resiliencia hallados según la calidad de vida. Así, se espera que la calidad de vida varíe en función de los diferentes perfiles de resiliencia. Este objetivo corroboraría lo encontrado en los dos anteriores: la validación de criterio de los perfiles encontrados, así como su utilidad a la hora de diseñar programas de entrenamiento que fomenten la resiliencia para potenciar la calidad de vida de las personas con discapacidad motora por lesión medular tras un accidente de tráfico.

**Tabla 1**  
Perfil sociodemográfico

Perfil sociodemográfico	N (%)
<b>Sexo</b>	
Varón	48 (49,00)
Mujer	50 (51,00)
<b>Edad (años)</b>	
21-30	21 (21,40)
31-40	23 (23,50)
41-50	29 (29,60)
>45	25 (25,50)
<b>Gravedad neurológica</b>	
Paraplejía	56 (57,10)
Tetraplejía	42 (42,90)
<b>Total</b>	<b>98 (100,00)</b>

## Método

### Participantes

La muestra es la que se describe en el artículo publicado en este monográfico referente al empoderamiento<sup>7</sup>, es decir, participaron 98 personas con lesión medular pertenecientes a ASPAYM (Asociación de Paraplégicos y Personas con Discapacidad Física) de la Comunidad Valenciana. En este sentido, en ambos trabajos, se recabó la información en las diferentes reuniones llevadas a cabo en la asociación, explicando el objetivo del estudio y proponiéndoles su participación voluntaria y anónima. Esta forma de acceder a la muestra justifica cierta discrepancia en el número de participantes que colaboraron en los dos estudios, pudiendo alguno de ellos no haber participado en ambos. La recogida de datos se llevó a cabo entre enero y septiembre de 2013.

### Instrumentos

Se utilizó un cuestionario ad hoc para la recogida de los datos sociodemográficos: sexo, edad y gravedad neurológica (tabla 1).

La *Escala de resiliencia* de Wagnild y Young<sup>17</sup>, en su versión adaptada, puntúa en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo y 7 = totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor resiliencia, y el rango de puntuación es de 25 a 175 puntos. Se eligió este cuestionario por su fácil aplicación, por estar validado para población joven y adulta, y por sus propiedades psicométricas<sup>17</sup>. El cuestionario original está compuesto por dos factores («competencia personal» y «aceptación de sí mismo y de la vida»); sin embargo, al igual que se ha evidenciado en otros trabajos que utilizaron el instrumento original<sup>13,14,18</sup>, 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», quedando explicada la varianza total del cuestionario en un 80,20%, (38,61% = competencia social [conformada por 11 ítems y una puntuación máxima en la escala de 77]; 29,19% = aceptación de sí mismo y de la vida [7 ítems y puntuación máxima de 49]; 12,40% = autodisciplina [7 ítems, puntuación límite de 49]). La consistencia interna de la escala fue adecuada ( $\alpha = 0,89$ ).

La *Escala integral de calidad de vida* (GENCAT)<sup>5</sup> evalúa la calidad de vida mediante 69 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con los factores del modelo de calidad de vida<sup>5</sup>: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Puntúa en una escala Likert de cuatro puntos (1 = totalmente en desacuerdo y 4 = totalmente de acuerdo) y las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida. Se seleccionó este instrumento por ser breve (su cumplimentación requiere unos 10-15 minutos), específico (mide

varias dimensiones de la calidad de vida), construido y validado para población española, y con unas adecuadas propiedades psicométricas. En cuanto a las propiedades psicométricas del presente trabajo, se observó una consistencia interna elevada ( $\alpha = 0,84$ ) y una variabilidad explicada a través de análisis factorial del 82,77%, (20,56% = bienestar emocional; 15,10% = relaciones interpersonales; 11,62% = bienestar material; 10,54% = desarrollo personal; 8,29% = bienestar físico; 7,04% = autodeterminación; 5,28% = inclusión social; 4,33% = derechos).

### Análisis estadístico

Para identificar los perfiles de resiliencia se utilizó el método de análisis *cluster* en dos etapas. Es una herramienta exploratoria diseñada para revelar las agrupaciones naturales dentro de un conjunto de información que, de otra manera, no sería evidente. Asimismo, el procedimiento puede determinar automáticamente el número óptimo de *clusters*.

Los perfiles se definieron a partir de las diferentes combinaciones de las dimensiones de resiliencia de la *Escala de resiliencia* de Wagnild y Young<sup>17</sup>: competencia personal, aceptación de sí mismo y de la vida, y autodisciplina.

Para explorar la frecuencia de perfiles resilientes en función del sexo, la edad y la gravedad neurológica se utilizó la prueba de ji al cuadrado. Posteriormente se realizaron análisis de varianza (ANOVA) en los *clusters* obtenidos con el objetivo de analizar la significación estadística de las diferencias existentes entre los grupos en los factores de calidad de vida. Para analizar la magnitud o el tamaño del efecto de estas diferencias se atendió al índice directo eta al cuadrado. Finalmente se realizaron pruebas post hoc para identificar entre qué grupos se encontraban las diferencias. Al no estar cada grupo compuesto por el mismo número de participantes, se utilizó el método de Scheffé. Asimismo, se calculó el tamaño del efecto (diferencia media tipificada o índice  $d$ )<sup>19</sup> para calcular la magnitud de las diferencias observadas. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

## Resultados

### Identificación de perfiles de resiliencia

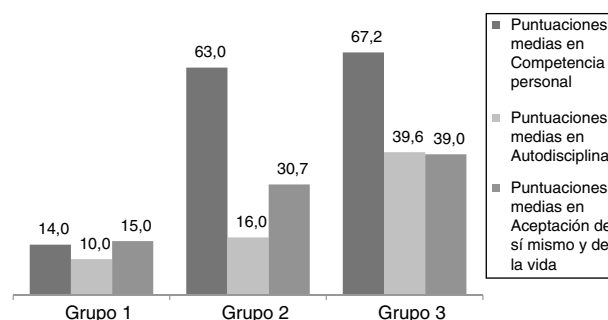
El método *cluster*, tratando de lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y las mayores diferencias entre ellos, determinó tres agrupaciones de las dimensiones de resiliencia. De esta forma, la resiliencia quedó integrada por un *cluster* (grupo 1) formado por 21 participantes (21,43%), caracterizado por bajas puntuaciones en las tres dimensiones. El segundo *cluster* (grupo 2), integrado por 35 participantes (35,71%), tenía puntuaciones altas en competencia personal y aceptación de uno mismo, y bajas en autodisciplina. El tercer *cluster* (grupo 3), formado por 42 personas (42,86%), estaba caracterizado por un predominio de altas puntuaciones en las tres dimensiones (perfil con alta resiliencia) (fig. 1).

### Perfiles resilientes en función de las variables sociodemográficas

Al examinar si existe relación entre los tres perfiles obtenidos en función de las variables sociodemográficas, esto es, del sexo, la edad y la gravedad neurológica, los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en la gravedad de la lesión, con un porcentaje más alto en el perfil de alta resiliencia ( $\chi^2_{(2)} = 11,20$ ,  $p < 0,05$ ) (tabla 2).

### Diferencias intergrupo en calidad de vida

Al atender a las puntuaciones medias de la escala global se observan diferencias estadísticamente significativas en los tres *clusters* ( $F_{(2,95)} = 8,40$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,36$ ), y tras analizar las pruebas



**Figura 1.** Representación gráfica del modelo de tres *clusters*: grupo 1 (baja resiliencia), grupo 2 (alta competencia, baja autodisciplina y alta aceptación) y grupo 3 (alta resiliencia).

intergrupos se encuentra que el grupo 3 muestra medias superiores al compararlo con el grupo 1 ( $d = 1,02$ ).

Al examinar las pruebas ANOVA en los factores que indican diferencias estadísticamente significativas se observa que en el factor 1, bienestar emocional, existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres *clusters* ( $F_{(2,95)} = 30,66$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,38$ ), encontrándose esas diferencias en el grupo 3 al compararlo con el grupo 1 ( $d = 1,76$ ).

También para el factor 2, relaciones interpersonales, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los tres *clusters* ( $F_{(2,95)} = 27,75$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,36$ ), indicando las puntuaciones medias la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 3 y el grupo 2 ( $d = 1,02$ ), y entre el grupo 3 y el grupo 1 ( $d = 2,31$ ). Asimismo, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 2 y el grupo 1 ( $d = 2,18$ ).

Con respecto al factor 4, desarrollo personal, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ( $F_{(2,95)} = 23,49$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,68$ ), observándose que el grupo 3 difiere del grupo 2 ( $d = 0,91$ ) y del grupo 1 ( $d = 0,85$ ).

La misma dirección indican las puntuaciones medias de los grupos en el factor 5, bienestar físico ( $F_{(2,95)} = 4,10$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,22$ ); es decir, se observa que el grupo 3 difiere del grupo 2 ( $d = 0,41$ ), y el grupo 2 difiere del grupo 1 ( $d = 0,33$ ).

Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al factor 6, autodeterminación ( $F_{(2,95)} = 7,02$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,30$ ), diferenciándose el grupo 3 del grupo 1 ( $d = 0,82$ ), y con respecto al factor 7, inclusión social ( $F_{(2,95)} = 4,24$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,14$ ), se observó en ambos factores que el grupo 3 difiere del grupo 2 ( $d = 0,97$ ) y del grupo 1 ( $d = 0,72$ ) (tabla 3).

## Discusión

Con respecto al primer objetivo, los resultados indican la existencia de perfiles con diferentes combinaciones en las dimensiones de resiliencia. Así, el análisis de conglomerados identifica tres *clusters* resilientes distintos, confirmándose la primera de las hipótesis relativa a que hay diferencias en los perfiles resilientes en función del peso de las dimensiones de resiliencia. De estos resultados se desprende que la discapacidad tras un accidente de tráfico puede permitir desarrollar patrones diferentes de resiliencia. Entre estos se refleja un perfil de resiliencia alta, así como un perfil con altos niveles de aceptación de uno mismo y de la vida y de competencia social. Finalmente, se identifica un tercer perfil de baja resiliencia en las tres dimensiones de resiliencia. Este perfil estaría relacionado 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 que viven con una lesión medular tras un accidente de tráfico tienen ese buen ajuste y adaptación a la experiencia de vivir con discapacidad<sup>18,20,21</sup>.

**Tabla 2**  
Frecuencias y porcentajes de los perfiles resilientes en función del sexo, la edad y la gravedad neurológica

Variables sociodemográficas	Cluster	Grupo 1 (n=21) Baja RS N (%)	Grupo 2 (n=35) Alta compet. Baja autodisc. Alta accept. N (%)	Grupo 3 (n=45) Alta RS N (%)	Total (N=98) N (%)	$\chi^2$ (p)
Sexo	Mujer	10 (20,00)	14 (28,00)	26 (52,00)	50 (100,00)	3,97 (0,49)
	Varón	11 (22,90)	21 (43,80)	16 (33,30)	48 (100,00)	
	Total	21 (21,40)	35 (35,70)	42 (42,90)	98 (100,00)	
Edad (años)	Menos de 25	6 (35,30)	6 (35,30)	5 (29,40)	17 (100,00)	3,79 (0,79)
	Entre 26 y 35	6 (20,00)	10 (33,30)	14 (46,70)	30 (100,00)	
	Entre 36 y 45	4 (18,20)	7 (31,80)	11 (50,00)	22 (100,00)	
	Más de 45	5 (17,20)	12 (41,40)	12 (41,40)	29 (100,00)	
Gravedad neurológica	Tetraplejía	10 (17,90)	14 (25,00)	32 (57,10)	56 (100,00)	11,20 (0,04 <sup>a</sup> )
	Paraplejía	11 (26,20)	21 (50,00)	10 (23,80)	42 (100,00)	
	Total	21 (21,40)	35 (35,70)	42 (42,90)	98 (100,00)	

RS: resiliencia.

<sup>a</sup> Nivel de significación de 0,05.

Asimismo, tal como se refleja en los resultados relativos al segundo objetivo, los perfiles de resiliencia se ven influidos por algunas variables estudiadas; por ejemplo, el perfil de alta resiliencia se encuentra más representado por mujeres. Estos resultados darían respaldo a los encontrados en el estudio del empoderamiento<sup>7</sup>. Del mismo modo, igual que en el estudio del empoderamiento y su relación con el nivel funcional de la lesión, los resultados del presente trabajo indican que la resiliencia está influenciada por la gravedad neurológica de la lesión. Esto sugiere que enfrentarse a este problema puede potenciar dicha capacidad.

Finalmente, los resultados del tercer objetivo dan respaldo a la tercera hipótesis planteada, es decir, las puntuaciones medias de los clusters hallados revelan diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida. Estos datos ofrecen consistencia a la validez de la existencia de diferentes perfiles de resiliencia y ayudan a comprender la relación entre la resiliencia y la calidad de vida. Se observa que en la mayoría de los factores de calidad de vida destacan los grupos que puntúan alto en las tres dimensiones de resiliencia, así como en los clusters en los que las dimensiones de competencia social y de aceptación de uno mismo y de la vida son elevadas. Como la evidencia empírica apunta, la resiliencia cobra un papel fundamental en la vida de las personas que experimentan adversidades, como vivir con discapacidad motora tras un accidente de tráfico. Por tanto, es lógico encontrar relación entre las dimensiones que componen este constructo y la calidad de vida<sup>16</sup>.

Esta idea queda reforzada al examinar el tamaño del efecto, el cual indica que en la mayoría de los factores de calidad de vida la magnitud de estas diferencias es elevada con respecto a los participantes de bajas puntuaciones en estas dimensiones. Esto se observa en los factores relativos al bienestar emocional y físico, así como en los relacionados con la sociabilidad (relaciones interpersonales e inclusión social). En ellos se encuentra que los grupos con puntuaciones altas en competencia social y aceptación de uno mismo y de la vida tienen mayores puntuaciones en las relaciones positivas. En este sentido, la competencia social se define como un comportamiento de la persona en el contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación<sup>22,23</sup>. Asimismo, estudios previos vinculan la calidad de vida con las relaciones interpersonales positivas<sup>24,25</sup> y con el funcionamiento social<sup>26</sup>, aspectos que guardan estrecha relación con la competencia social y la aceptación de uno mismo<sup>27</sup>. Esto se refleja en los factores relativos al desarrollo personal y la autodeterminación. Si atendemos a la definición de competencia personal, esta engloba aspectos relacionados con la capacidad personal, la independencia, el dominio, la perseverancia y la habilidad, entre otras<sup>23</sup>. Estos aspectos estarían relacionados con una alta aceptación de uno mismo o una gran autoestima<sup>28</sup>.

A la luz de los resultados se sugiere que la resiliencia guarda relación con características que conforman la calidad de vida, pero no hay que pasar por alto algunas limitaciones de este trabajo. En

**Tabla 3**  
Medias (M) y desviaciones típicas (DT) obtenidas por los tres grupos y valores  $\eta^2$  para cada dimensión de los factores de calidad de vida

	Grupo 1 (n=21) Baja RS M (DT)	Grupo 2 (n=35) Alta compet. Baja autodisc. Alta accept. M (DT)	Grupo 3 (n=45) Alta RS M (DT)	Total (N=98) M (DT)	F <sub>(2,95)</sub> (p)	$\eta^2$
1. BE	15,20 (2,86)	19,76 (2,63)	21,30 (3,88)	18,77 (4,21)	30,66 (<0,001 <sup>a</sup> )	0,38
2. RI	19,60 (3,75)	22,44 (3,94)	28,34 (5,92)	24,55 (6,20)	27,75 (<0,001 <sup>a</sup> )	0,36
3. BM	18,10 (3,43)	17,12 (3,58)	18,05 (5,12)	18,33 (5,30)	2,40 (0,081)	0,09
4. DP	14,70 (4,67)	14,68 (3,91)	17,26 (3,47)	14,96 (3,76)	23,49 (<0,001 <sup>a</sup> )	0,68
5. BF	15,80 (6,48)	17,01 (6,56)	19,57 (7,28)	20,45 (7,01)	4,10 (0,020 <sup>b</sup> )	0,22
6. A	20,20 (5,03)	21,51 (5,72)	23,11 (4,86)	22,65 (5,33)	7,02 (0,001 <sup>a</sup> )	0,30
7. IS	19,60 (3,53)	18,71 (3,40)	22,09 (5,03)	20,42 (4,54)	4,24 (0,032 <sup>b</sup> )	0,14
8. D	22,00 (4,52)	21,20 (5,69)	21,45 (5,98)	22,14 (5,92)	0,276 (0,059)	0,03
CV <sub>total</sub>	18,15 (4,28)	19,05 (4,43)	22,40 (5,19)	20,28 (5,28)	8,40 (0,029 <sup>b</sup> )	0,36

RS: resiliencia; BE: bienestar emocional; RI: relaciones interpersonales; BM: bienestar material; DP: desarrollo personal; BF: bienestar físico; A: autodeterminación; IS: inclusión social; D: derechos; CV: calidad de vida.

<sup>a</sup> Nivel de significación de 0,001.

<sup>b</sup> Nivel de significación de 0,05.



primer lugar, el número de participantes es muy reducido. Esto dificulta el poder realizar inferencias sobre si con otras muestras se obtendrían las mismas conclusiones. Por tanto, en futuras investigaciones es necesario aunar esfuerzos por obtener muestras de validación cruzada que repliquen los resultados.

Del mismo modo, los participantes de este estudio se ofrecieron voluntariamente para cumplimentar los cuestionarios, por lo que estos podrían tener diferentes motivaciones para participar en comparación con las personas que se mostraron reacias a hacerlo. En futuras investigaciones debería controlarse este factor con el fin de incrementar la validez interna de los resultados.

Finalmente, la experiencia de las características de la lesión medular es específica para cada persona y depende de una compleja combinación de variables personales, sociales y contextuales, que deberían haberse tenido en cuenta en los resultados y que en un futuro pueden contribuir a profundizar en la relación de la resiliencia y la calidad de vida.

A pesar de estas limitaciones, se considera que los resultados contribuyen al conocimiento de la resiliencia y que podrían ser relevantes para el diseño y la aplicación de programas dirigidos a incrementar la calidad de vida de las personas que viven con lesión medular tras un accidente de tráfico.

### Editor responsable del artículo

Miguel Ángel Negrín Hernández.

### Financiación

Esta investigación se está realizando con la autorización de los participantes del estudio y al amparo de las ayudas a grupos de investigación para la realización de proyectos de investigación emergentes del Vicerrectorado de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Universidad de Alicante (GRE 13-32).

#### ¿Qué se sabe sobre el tema?

La discapacidad motora es uno de los problemas más frecuentes y limitantes que generan los accidentes de tráfico. Las secuelas afectan de manera grave e irreversible a las capacidades y las funciones de los pacientes en toda su integridad, por lo que profundizar en las variables que mejoren la calidad de vida cobra especial relevancia en su intervención.

#### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se han identificado diferentes perfiles resilientes en función el peso de cada dimensión en el desarrollo de este constructo. Asimismo, cada perfil resiliente influye de forma diferente en la calidad de vida. Esto podría facilitar el diseño de programas dirigidos a incrementar la calidad de vida de las personas que viven con lesión medular.

### Contribuciones de autoría

La autora participó en la planificación, la revisión y el diseño del trabajo, así como en el tratamiento, el análisis de los datos y la interpretación de los resultados. Por tanto fue la encargada de la realización del estudio en su totalidad.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a todas las personas que colaboraron para la realización y la culminación del estudio.

### Bibliografía

- Verdugo MA, Arias B, Ibañez A, et al. Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: reliability and validity in Spain. *Int J Clin Health Psychol*. 2010;10:105–23.
- Rueda MB, Aguado AL. Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2012.
- Ruiz MB, Díaz-Aguado LA, Rodríguez MA. Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la lesión medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Psychosocial Intervention*. 2008;17:109–24.
- Hijar-Medina M, Carrillo-Ordaz C, Flores-Aldana M, et al. Factores de riesgo de lesión por accidentes de tráfico y el impacto de una intervención sobre la carretera. *Rev Saude Publica*. 1999;33:505–12.
- Verdugo MA, Schallock RL, Gómez IE, et al. Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero*. 2007;38:57–72.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES). Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial del accidentado de tráfico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. 118 p.
- Suriá R. Factores asociados al empoderamiento en personas con lesión medular tras un accidente de tráfico. *Gac Sanit*. 2014. DOI:10.1016/j.gaceta.2014.11.006.
- Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, et al. 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. *Gerontologist*. 2010;50:36–47.
- Groberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. La Haya: Bernard Van Leer Foundation. 1995. (Consultado el 20/11/2013). Disponible en: <http://resilnet.uuic.edu/library/grotrb95b.html>
- Rutter M. Maternal deprivation reassessed. Harmondsworth: Penguin; 1972.
- Oshio A, Kaneko H, Nagamine S, et al. Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*. 2003;93:1217–22.
- Heilemann M, Lee K, Kury FS. Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 2003;11:61–72.
- Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, et al. Adaptacao transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliencia. *Cad Saude Pública*. 2005;21:436–48.
- Rodríguez M, Pereyra MG, Gil E, et al. Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Revista Evaluar*. 2009;9:72–82.
- Gil-Llario MD, Molero-Mañes, Ballester-Arnal R, et al. Establecer vínculos afectivos para facilitar la resiliencia de los niños acogidos. *Revista INFAD de Psicología*. 2012;1:337–44.
- Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Pers*. 2009;77:1903–34.
- Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;1:165–78.
- Suriá R. Resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Boletín de Psicología*. 2012;105:75–89.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press; 1988.
- Saavedra E, Villalta M. Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación*. 2008;8:81–90.
- Gifre M, del Valle A, Yuguero M, et al. 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*. 2010;18:3–15.
- Buss DM. The evolution of happiness. *Am Psychol*. 2000;55:15–23.
- Caballo V. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI; 2005.
- Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*. 2000;55:34–43.
- Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85:348.
- Burgos AV, Urquijo PM. Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad*. 2012;3:131–50.
- Caballo C, Crespo M, Jenaro C, et al. Factor structure of the Schallock and Keith quality of life questionnaire (QOL-Q): validation on Mexican and Spanish samples. *J Intellect Disabil Res*. 2005;49:773–6.
- Peterson C. The future of optimism. *Am Psychol*. 2000;55:44–55.