*Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 23, Nº 1, 2015, pp. 35-49*

# PERFILES RESILIENTES Y SU RELACIÓN CON LAS HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTORA

Raquel Suriá Martínez[1], José M. García Fernández[1] y
Juan M. Ortigosa Quiles[2]
*[1]Universidad de Alicante; [2]Universidad de Murcia (España)*

**Resumen**

El presente estudio trata de identificar si existen combinaciones de factores resilientes que den lugar a diferentes perfiles de resiliencia en personas con discapacidad motora. Asimismo, comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos obtenidos respecto a las dimensiones de las habilidades sociales. La "Escala de resiliencia" (*Resilience Scale*; Wagnild y Young, 1993) y la "Escala de habilidades sociales" (EHS; Gismero, 2002) fueron administradas a 116 personas con discapacidad motora, de entre 20 y 45 años (*M*= 22,25; *DT*= 4,33). El análisis de conglomerados identificó cuatro perfiles resilientes: un perfil de alta resiliencia, un perfil de baja resiliencia, un grupo con un predominio de aceptación de uno mismo y de la vida y un último perfil con predominio de competencia social. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles obtenidos con respecto a las dimensiones de las habilidades sociales. Esto sugiere la necesidad de profundizar en el conocimiento de la resiliencia y en el diseño de programas que potencien las habilidades sociales de las personas con discapacidad para su integración psicosocial.

PALABRAS CLAVE: *capacidad resiliente, habilidades sociales, discapacidad motora, programas de entrenamiento*.

**Abstract**

The present study is aimed to identify different profiles in resilience. In addition, significant differences in social skills domains among profiles previously identified are also analyzed. The Resilience Scale (Wagnild & Young, 1993) and Social Skills Scale (Gismero, 2002) were administered to 116 people with physical disabilities, aged 20 to 45 years (*M*= 22.25, *DT*= 4.33). Cluster analyses allowed identifying four different resilience profiles: a group of people with a high resilience profile, a group with low resilience, a group with predominance of high scores in self and life acceptance and, finally, a group of people with high social competence. Results also revealed significant statistical differences in most domains of social skills among profiles. Results suggest the need of broadening

*Correspondencia*: Raquel Suriá Martínez, Dpto. de Comunicación y Psicología Social, Edificio de Ciencias Sociales, Universidad de Alicante, Ctra. San Vicente del Raspeig, s/n 03690 San Vicente del Raspeig (España). E-mail: raquel.suria@ua.es

the knowledge about knowledge and designing social skills programs for people with disabilities.
KEY WORDS: *resilient capacity, social skills, physical disability, skills training programs*.

## Introducción

Uno de los elementos que ha cobrado relevancia entre los programas de intervención para la integración psicosocial, fortaleza y en general, la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, es el de la resiliencia (Grotberg, 1995). Este se refiere a la capacidad de una persona de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido de ella, permitiendo desarrollar competencias sociales, académicas y vocacionales, pese a estar expuesto a situaciones de estrés y dificultad grave (Grotberg, 1995). Esta capacidad engloba factores ambientales y personales con los cuales la persona afronta y supera los diferentes obstáculos que acontecen en su vida (Grotberg, 1995; Kotliarenco, 2000; Rutter, 1993; Rybarczyk, Emery, Guequierre, Shamaskin y Behel, 2012; Saavedra y Villalta, 2008).

Si bien la literatura sobre este constructo no es unánime al definir el número de dimensiones que componen esta capacidad (p. ej., Heilemann, Lee y Kury, 2003; Oshio, Nakaya, Kaneko y Nagamine, 2002; Pesce *et al*., 2005; Rodríguez *et al*., 2009; Salgado, 2005; Vara y Rodríguez, 2006; Wagnild y Young, 1993), sí está de acuerdo en afirmar que las personas resilientes son definidas como personas socialmente competentes, que tienen conciencia de su identidad, que pueden tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto y la consecución de sus metas. De esto se desprende que este concepto no es algo estático que sea inherente a la persona, es decir, no es un rasgo que la persona tiene o no tiene, sino un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que tienen lugar a través del tiempo, dando combinaciones entre atributos de la persona y su ambiente, social y cultural, tratándose por tanto, de un proceso interactivo (Kotliarenco, 2000; Saavedra y Villalta, 2008; Uriarte, 2013; Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007).

A este respecto, las pruebas indican que la resiliencia se relaciona positivamente con el buen funcionamiento del individuo tanto en la infancia (Gil, Molero, Ballester y Sabater, 2012; Grotberg, 1995), como en la adolescencia (Gaxiola, González y Gaxiola, 2013; Luthar, Doernberger y Zigler, 1993; Oshio *et al*., 2002) y en la adultez (Palomar y Gómez, 2010; Rybarczyk *et al*., 2012; Saavedra y Villalta, 2008). Así, por ejemplo diferentes autores, utilizando la "Escala de resiliencia" de Wagnild y Young (1993), han analizado la relación entre este constructo y el buen funcionamiento de las personas en diferentes áreas del ámbito personal, como por ejemplo la felicidad (Buss, 2000), el bienestar subjetivo (Diener, 2000), el optimismo (Petterson, 2000) o la inteligencia (Baltes y Staundinger, 2000). Del mismo modo, se han asociado altos niveles de resiliencia con el desarrollo de habilidades sociales (HHSS) tales como la asertividad (Gil *et al*., 2012) y la interacción social (Saavedra y Villalta, 2008).

En relación con las HHSS, éstas han sido definidas como "las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria" (Monjas, 1993, p. 29). Así, tal y como apuntan diferentes autores (p. ej., Caballo, 2005; Gil, León y Jarana, 1995; García, 2010; Lacunza y de González, 2011), las HHSS son una parte fundamental de la actividad humana y en cierto modo, el tránsito por la vida de forma exitosa está determinado en gran medida, por el rango de las HHSS, ya que éstas inciden en la autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento y en la calidad de vida en general. Al atender a la literatura sobre el desarrollo de HHSS en la población general y clínica, diferentes autores estiman que entre el 7 y 10% de la población tiene algún tipo de dificultades en la expresión de sus HHSS, lo que podría ser considerado, tal como lo plantean algunos autores (Hecht, Genzwurker, Helle y Calker, 2005; Hecht y Wittchen, 1988), un déficit en la competencia social.

Si retomamos el concepto de resiliencia y las dimensiones que la componen, encontramos que ésta queda formada por varios componentes, siendo uno de ellos la competencia social (Wagnild y Young, 1993). Por tanto, es posible que exista una vinculación directa entre las HHSS y la resiliencia, especialmente entre las HHSS y la dimensión de competencia social. Esto a su vez, podría implicar que otras dimensiones de resiliencia no tengan la misma relevancia en las HHSS y por tanto que cada dimensión tenga un papel diferente en su desarrollo.

Uno de los colectivos que puede tener más déficit en el desarrollo de HHSS pueden ser las personas con discapacidad (Caballo y Verdugo, 2013; Gresham, Sugai y Horner, 2001; Ibáñez y Mudarra, 2012; Ojeda y Mateos, 2006). Si nos centramos en la discapacidad motora, las pruebas empíricas revelan el papel fundamental de las HHSS en la integración psicosocial, académica y laboral de este colectivo (González, Astudillo y Hurtado, 2013; Law *et al*., 2006; Morales, Cerezo, Fernández, Infante y Trianes, 2009; Oberlander, Schneier y Liebowitz, 1994).

Así, el último Informe de mundial sobre la discapacidad realizado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011), indicó que más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, lo cual corresponde aproximadamente a un 15% de la población mundial. En España, según los datos de la Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (2008), estimó que viven 163.650 personas con discapacidad entre 15 y 30 años, de estas cifras, un alto porcentaje de estas personas (52%) tiene discapacidad motora. Las limitaciones derivadas de su discapacidad pueden repercutir en ver reducida su vida social y que esto, poco a poco, vaya interfiriendo en la práctica habitual de las interacciones sociales y, por tanto, en que éstas se vean restringidas, dificultando más su habilidad para relacionarse (Howes, Edwards y Benton, 2005; Mailhan, Azouvi y Dazord, 2005; Reijntjes *et al*., 2011; Schalock y Verdugo, 2002; White y Kistner, 2011). Con relación a esto, es evidente que la interacción con los iguales y las HHSS son una de las variables clave para el éxito de la integración (Caballo, 2005; Gil *et al*., 1995; Lacunza y de González, 2011), por tanto, la necesidad de disponer de unas adecuadas HHSS es fundamental para

el buen ajuste personal y social, sobre todo, para un colectivo como es el de la discapacidad.

Tras una revisión de la literatura publicada sobre la resiliencia en personas con discapacidad, en la actualidad no se han encontrado trabajos previos que analicen la existencia de combinaciones de HHSS que den lugar a diferentes perfiles de resiliencia. A su vez, para nuestro conocimiento, actualmente no existen estudios publicados sobre las diferentes HHSS entre distintos perfiles de resiliencia de personas con discapacidad motora que atiendan, no únicamente a las HHSS como un constructo en su conjunto sino que se centren en cada una de las dimensiones que la forman (p. ej., autoexpresión de opiniones, sentimientos en situaciones sociales, decir no y cortar interacciones**,** hacer peticiones o iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto) (Gismeno, 2000).

A partir de estas consideraciones, en el presente estudio se plantean dos objetivos. En primer lugar, se pretende identificar, en una muestra de personas con discapacidad motora si existen combinaciones de diferentes dimensiones de resiliencia que den lugar a diferentes perfiles, los cuales podrían definirse en función del peso que tengan cada una de las dimensiones dentro de cada perfil. En segundo lugar, una vez hallados y definidos los perfiles de resiliencia, se pretende analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de esta fortaleza definidos y las diferentes puntuaciones en HHSS. Esta segunda 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 las HHSS de las personas con discapacidad motora.

## Método

*Participantes*

En el estudio participaron 116 personas con discapacidad motora, procedentes de diversas asociaciones dedicadas a personas con discapacidad motora. De ellos, 68 eran mujeres y 48 eran varones, con edades comprendidas entre 20 y 45 años (*M*= 22,25; *DT*= 4,33). Fueron clasificados en función de la etapa en la que adquirieron la discapacidad, siendo el 43,10% personas con discapacidad adquirida desde el nacimiento y el 56,90% con discapacidad sobrevenida. Con respecto al nivel de formación, el 43,00% tenían estudios primarios, un 31,00% estudios secundarios, el 17,20% estudios universitarios y un 8,80% indicaron no tener estudios. En cuanto a su ocupación, el 37,90% indicó que no estaba ni estudiando ni trabajando en ese momento, 35,30% en situación laboral activa, el 15,50% estudiando y el 11,20% dedicado a tareas del hogar.

*Instrumentos*

a) Cuestionario sociodemográfico *ad hoc* para la recogida de los datos sociodemográficos: sexo, edad y nivel educativo, y la etapa en la que se adquirió la discapacidad.

b) "Escala de resiliencia" (*Resilience Scale*, Wagnild y Young, 1993), en su versión española (Heilemann, Lee y Kury, 2003). Esta escala está formada por 25 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de siete puntos (desde 1= "totalmente en desacuerdo" hasta 7= "totalmente de acuerdo"). Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor resiliencia, encontrándose el rango de puntuación entre 25 y 175 puntos. El índice de consistencia interna obtenido fue elevado ($\alpha$= 0,93) y se hallaron dos factores diferenciados (que comparte con la versión original): factor 1. *Competencia personal*, entendida como el reconocimiento de factores de capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad, etc. Este factor está formado por 17 ítems, posee un valor propio de 3,77 y explica el 44,00% de la varianza y el factor 2. *Aceptación de sí mismo y de la vida*, como sinónimo de adaptación, flexibilidad, etc., compuesto por los 8 ítems restantes, con un valor propio de 1,99 y con una varianza explicada del 42,00%. Al igual que se informado en otros trabajos que utilizaron la escala original (Pesce *et al*., 2005; Rodríguez *et al*., 2009; Suriá, 2013; Vara y Rodríguez, 2006), en el presente estudio se encontró un tercer factor que fue acuñado con el nombre de *Autodisciplina*, quedándose explicada la varianza total del cuestionario en un 81,60%. El factor 1 tiene un valor propio de 9,20 y explica el 35,40% de la varianza; el factor 2 posee un valor propio de 6,38 y explica el 23,40% de la varianza y el factor 3 tiene un valor propio de 5,51 y explica el 22,8% de la varianza. La consistencia interna de la escala (alfa de Cronbach) es elevada ($\alpha$= 0,97).

c) "Escala de habilidades sociales" (EHS; Gismero, 2000). Esta escala evalúa la aserción y las habilidades sociales en adolescentes y adultos. Este cuestionario está compuesto por 33 ítems y explora la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan a esas actitudes. El cuestionario mide seis factores: factor 1: Autoexpresión de opiniones, sentimientos en situaciones sociales; factor 2: Defensa de los propios derechos como consumidor; factor 3: Expresión de enfado o disconformidad; factor 4: Decir no y cortar interacciones; factor 5: Hacer peticiones y factor 6: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Su formato de respuesta es tipo Likert, con cuatro alternativas de respuestas: 1. No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría; 2. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque algunas veces me ocurra; 3. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así, y 4. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos. A mayor puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos. Con respecto a las propiedades psicométricas de la escala, éstas indican un índice de fiabilidad adecuado ($\alpha$= 0,92) y una varianza explicada del 88,00%. En el presente estudio la fiabilidad fue adecuada ($\alpha$= 0,71) y la varianza explicó el 72,12% de la variabilidad.

*Procedimiento*

El procedimiento de recogida de datos consistió en la aplicación de las escalas a la muestra de participantes. La muestra procedía de diversas asociaciones integradas en la federación de AESLEME y de ASPAYM, entidades dedicadas a la atención a personas con discapacidad física y sus familiares.

En el contacto inicial se les explicó el objetivo del estudio y a continuación, se les propuso su participación voluntaria y anónima en el estudio, tras la cual se procedió al pase grupal de los cuestionarios. El proceso de recogida de datos se ajustó a criterios éticos mediados por carta de consentimiento. Asimismo, la aplicación se adaptó a las condiciones de cada participante. El tiempo estimado de aplicación fue de aproximadamente 30 minutos. Los evaluadores fueron previamente entrenados en la aplicación del instrumento. La reunión de datos se llevó a cabo entre enero y junio del 2013.

*Análisis estadísticos*

Con el objetivo de identificar los perfiles de resiliencia se utilizó al análisis de conglomerados (método *quick cluster analysis*). Se optó por la elección de un método no jerárquico puesto que posibilitaba la reasignación, en otros términos, permitía que un individuo que había sido asignado a un grupo en una determinada fase del proceso, pudiera ser reasignado a otro grupo si esto optimizaba el criterio de selección.

Los perfiles se han definido a partir de las diferentes combinaciones de los tres factores de resiliencia que evalúa la "Escala de resiliencia" (Wagnild y Young, 1993): Competencia personal y Aceptación de sí mismo y de la vida y Autodisciplina. El criterio seguido en la elección del número de conglomerados fue el maximizar las diferencias intergrupos con el fin de conseguir establecer el mayor número posible de grupos con diferentes combinaciones en las dos 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.

Tras establecer los diferentes grupos a través del análisis de conglomerados, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) con el objetivo de analizar la significación estadística de las diferencias existentes entre los grupos en las dimensiones de las HHSS. 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 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 (IBM, 2010).

## Resultados

*Identificación de perfiles de resiliencia*

Para la toma de decisión sobre el número de conglomerados 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 iteraciones 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 grupos por permitir el número de combinaciones de los componentes de resiliencia posibles. El grupo 1 (perfil con alta resiliencia), formado por 40 personas, se caracteriza por un predominio de altas puntuaciones en todas las dimensiones de la "Escala de resiliencia". El grupo 2, integrado por 22 participantes, se caracteriza por baja Competencia social, baja Autodisciplina y alta Aceptación de uno mismo y de la vida. El grupo 3, formado por 21 participantes, está caracterizado por un predominio de puntuaciones bajas en las tres dimensiones. Y el grupo 4, con 32 participantes, está caracterizado por puntuaciones altas en Competencia personal, altas en Aceptación de sí mismo y de la vida y bajas en Autodisciplina.

**Figura 1**

Modelo de cuatro grupos: grupo 1 (alta resiliencia), grupo 2 (baja Competencia personal, baja Autodisciplina y alta Aceptación de uno mismo y de la vida), grupo 3 (baja resiliencia) y grupo 4 (alta Competencia, baja Autodisciplina y alta Aceptación de uno mismo y de la vida).

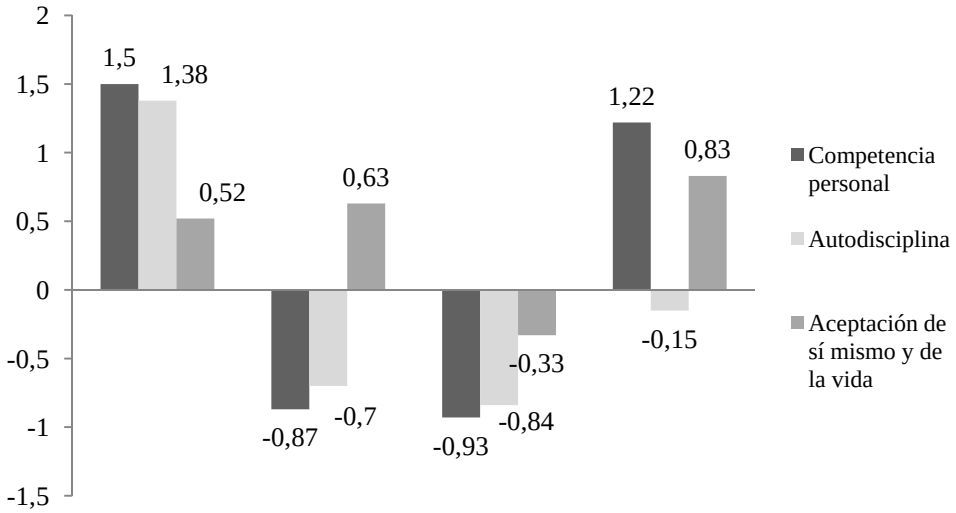

**Tabla 1**
Medias y desviaciones típicas obtenidas por los cuatro grupos y tamaño del efecto para cada dimensión de las habilidades sociales

| Factores | Grupo1 | | Grupo 2 | | Grupo 3 | | Grupo 4 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *M* | *DT* | *M* | *DT* | *M* | *DT* | *M* | *DT* | *F* | $\eta^2$ |
| Factor 1. Autoexpresión de opiniones en situaciones sociales | 3,00 | 1,12 | 2,43 | 0,89 | 2,00 | 0,93 | 2,78 | 1,04 | 3,16* | 0,03 |
| Factor 2. Defensa de los propios derechos como consumidor | 3,05 | 1,05 | 2,32 | 0,96 | 2,07 | 0,80 | 2,74 | 1,02 | 3,19* | 0,05 |
| Factor 3. Expresión de enfado o disconformidad | 2,80 | 1,24 | 2,12 | 1,11 | 2,02 | 1,21 | 2,31 | 1,06 | 0,18* | 0,06 |
| Factor 4. Decir no y cortar interacciones | 1,70 | 0,92 | 1,79 | 0,84 | 1,93 | 0,88 | 2,00 | 0,92 | 0,67 | 0,00 |
| Factor 5. Hacer peticiones | 2,40 | 0,55 | 1,81 | 0,66 | 1,47 | 0,35 | 1,70 | 0,89 | 1,04* | 0,03 |
| Factor 6. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto | 1,70 | 0,92 | 1,81 | 0,83 | 2,00 | 0,93 | 1,97 | 0,90 | 0,60 | 0,01 |
| Puntuación global | 13,55 | 2,63 | 12,33 | 2,85 | 12,07 | 3,45 | 13,10 | 3,42 | 1,68* | 0,03 |

*Nota*: **$p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$.

*Diferencias intergrupos en HHSS*

Al atender a las puntuaciones medias de la escala global se observaron diferencias estadísticamente significativas en los cuatro conglomerados, $F_{(3,112)}$= 1,68; $p$< 0,05; $\eta^2$= 0,03, encontrándose que el grupo 1 tenía medias superiores al grupo 2 ($d$= 0,50) y al grupo 3 ($d$= 0,39).

Al examinar los factores y las comparaciones *post hoc* para ver entre qué grupos se encontraban las diferencias. Con respecto al factor 1 (Autoexpresión de opiniones), el grupo 1 tuvo medias significativamente superiores que el grupo 2 y que el grupo 3, $F_{(3,112)}$= 3,16; $p$< 0,05; $\eta^2$= 0,03, siendo el tamaño del efecto moderado en el análisis *post hoc* entre el grupo 1 y el grupo 2 ($d$= 0,56) y elevado entre la comparación del grupo 1 con el grupo 3 ($d$= 0,97).

En lo relativo al factor 2 (Defensa de los propios derechos como consumidor), se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los conglomerados, $F_{(3,112)}$= 3,19; $p$< 0,05; $\eta^2$= 0,05, encontrándose que los grupos 1 y 4 tuvieron medias significativamente superiores en comparación con el grupo 3 ($d$= 1,06 y $d$= 0,42, respectivamente). Asimismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 1 y el grupo 2 ($d$= 1,05).

La misma dirección se encontró en los factores 3 y 5. En el factor 3 (Expresión de enfado o disconformidad) se observó que el grupo 1 obtuvo puntuaciones más elevadas que el grupo 3, $F_{(3,112)}$= 0,18; $p$< 0,05; $\eta^2$= 0,06; $d$= 0,63, y en el factor 5 (Hacer peticiones) se observaron diferencias estadísticamente significativas entre

los cuatro conglomerados, destacando el grupo 1 con puntuaciones medias superiores al grupo 3, $F_{(3,112)}$= 1,04; $p$< 0,05; $\eta^2$= 0,03; $d$= 1,92.

Con respecto al factor 4 (Decir no y cortar interacciones), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los conglomerados. Esto mismo sucede con el último factor 6 (Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto), los análisis indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo.

## Discusión

En el presente trabajo se plantearon dos objetivos, en primer lugar, analizar las posibles combinaciones de las dimensiones de resiliencia en una muestra de personas con discapacidad con el fin de identificar diferentes perfiles de resiliencia, y en segundo lugar, comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles obtenidos en función de las diferentes HHSS.

Al atender a los análisis del primer objetivo los resultados indicaron la existencia de perfiles con diferentes combinaciones en las dimensiones de resiliencia. Así, mediante el análisis de conglomerados se identificaron cuatro perfiles resilientes distintos, 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 bajas puntuaciones en las tres dimensiones, esto es, en Competencia social, en Autodisciplina y en Aceptación de uno mismo y de la vida (grupo 3) y, finalmente, un grupo con puntuaciones altas en Competencia social y en Aceptación de uno mismo y de la vida y bajas en Autodisciplina (grupo 4). Al atender al número de participantes que componen el primer conglomerado en comparación con el resto de grupos, se desprende en primer lugar, que un alto porcentaje de las personas con discapacidad analizadas mostraron altos niveles de resiliencia en las tres dimensiones. Esto sigue la misma dirección que los resultados de otros autores como Frazier *et al.* (2009), Saavedra y Villalta (2008) y Suriá (2012), lo cual apuntaría a la existencia de un perfil de alta resiliencia. Asimismo, puntuaciones bajas en las tres dimensiones de resiliencia estarían relacionadas con déficit 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 motora tengan ese buen ajuste y adaptación a la experiencia de vivir con discapacidad (Gifre, del Valle, Yuguero, Gil y Monreal, 2010). Esto indicaría la existencia de un perfil de baja resiliencia. Por último, los resultados apuntaron patrones diferenciales en los que destacó un alto nivel de Aceptación de uno mismo y de la vida, así como de Competencia social o de ésta última dimensión al compararla con el resto de dimensiones, esto, daría respaldo a los perfiles de alta Competencia Social y alta Aceptación de uno mismo y de la vida, así como de alta Aceptación de la vida y baja Competencia social. Por tanto, esto indicaría que no todas las dimensiones de resiliencia cobran el mismo peso en el desarrollo de esta fortaleza (Gifre *et al*., 2010).

Con respecto al segundo objetivo, los resultados confirmaron que diferencias estadísticamente significativas en las HHSS entre los grupos. Estos datos,

proporcionan validez a la existencia de diferentes perfiles de resiliencia y ayudan a comprender la relación entre resiliencia y las HHSS. Se observó que en la mayoría de factores de HHSS destacan los grupos que puntúan elevado en las tres dimensiones de resiliencia. Como en líneas anteriores se mencionó, la resiliencia cobra un papel fundamental en la vida de las personas con discapacidad motora y unas adecuadas HHSS, son mecanismos de control que el individuo dispone y dirige con el objetivo de facilitar la interacción con los demás, por tanto, es lógico encontrar relación entre las dimensiones que componen ambos constructos. Este resultado coincide con lo descrito por otros autores los cuales señalan la asociación entre la resiliencia y la adaptación social (Del Prette y Del Prette y Barreto, 1999).

A este respecto, las puntuaciones medias de cada factor de HHSS reflejaron que, es especialmente en los conglomerados en los que las dimensiones de Competencia personal y de Aceptación de uno mismo y de la vida son elevadas. Esta idea cobra especial peso al atender al tamaño del efecto, puesto que se observó que en la mayoría de factores de HHSS la magnitud de estas diferencias es elevada. Así, por ejemplo se ha analizado la relación entre las HHSS y la Competencia personal, considerándose que estos constructos comparten similitudes, por ejemplo, ambos comportamientos son emitidos por la persona en contextos interpersonales, en los que expresan sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás (Del Prette *et al*., 1999). Asimismo, ambos tienen un carácter situacional/cultural, son aprendidos y modificables a lo largo de las relaciones interpersonales cotidianas (Buss, 2000; Caballo, 2005; Del Prette *et al*., 1999).

La otra dimensión de resiliencia que parece que guarda relación positiva con la mayoría de factores de las HHSS es la Aceptación de uno mismo y de la vida. Estos resultados van en la dirección de los obtenidos por autores como García (2010), que, a través de "Escala de habilidades sociales" de Gismero, (2000) encontró una asociación positiva entre las HHSS y altos niveles de Aceptación social, así como entre ésta y el autoconcepto en una muestra de jóvenes universitarios. Al hablar de las HHSS se hace referencia al grado en que la persona ha adquirido una serie de habilidades comportamentales que posibilitan su adaptación al medio social, y entre tales habilidades se incluyen tanto las relacionadas con las que tienen que ver con la capacidad de relación interpersonal como las asociadas a la capacidad intrapersonal. Esta capacidad es la encargada del desarrollo del autoconcepto y un adecuado nivel de éste influye sobre la persona en cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta (Clark, Clemes y Bean, 1993; Clemes y Bean, 1996). Esto explicaría la asociación encontrada entre los grupos en los que predominan las dimensiones de Aceptación de la vida y de sí mismo y la Competencia social.

En referencia a la dimensión de Autodisciplina y, aunque si se observó que el grupo que indica puntuaciones altas en esta dimensión también se asocia con elevadas puntuaciones en HHSS (grupo 1 o de alta resiliencia), no parece que sea tan importante en el desarrollo de la mayoría de los factores de HHSS. Esto se observó al examinar los grupos en los que las puntuaciones en esta dimensión son

bajas (grupos 2 y 3), pero sin embargo, mostraron puntuaciones elevadas en el desarrollo de algunos factores de HHSS (factores relativos a la autoexpresión de opiniones, sentimientos en situaciones sociales, expresar enfado o disconformidad y a hacer peticiones). Estos resultados, podrían seguir respaldando la idea del papel que cobra la relación existente entre las HHSS y las otras dimensiones de resiliencia, especialmente la Competencia social. Tal y como indican Salovey y Sluyter (1997), la competencia social podría involucrar más a aquellas habilidades personales como el autocontrol y la regulación de emociones, habilidades esenciales en las HHSS. Sin embargo, la Autodisciplina parece que definiría en mayor medida competencias relacionadas con la consecución de metas a un nivel más intrapersonal que de interacción interpersonal (Moriano, Trejo y Palací, 2001).

Con respecto a los factores de HHSS en los que no se encontraron diferencias en función del perfil de resiliencia, esto sucede en el factor 4, el referente a saber decir no y cortar interacciones, se observaron puntuaciones medias inferiores al compararlas con el resto de factores de HHSS. Si se echa una mirada a las particulares de la discapacidad motora, las dificultades de movilidad condicionan en mayor o menor grado la vida de la persona, viendo limitadas sus posibilidades de actuación y repercutiendo, en muchas ocasiones, en dificultades para interactuar socialmente, en la pérdida de redes sociales y, en general, en que vean reducido su círculo social (Howes *et al*., 2005; Mailhan *et al*., 2005; Reijntjes *et al*., 2011; White y Kistner, 2011). Esto podría explicar que por miedo al rechazo se vea afectado su nivel de asertividad (Kupersmidt, Coie y Dodge, 1990; Solano y Pérez, 2014).

La misma tendencia reflejaron los resultados al examinar el factor 6, el relativo a iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Por desgracia, los estereotipos y modas que marca la sociedad, alejan mucho a las personas con discapacidad física de los cánones de lo atractivo (Ledesma, 2008), así, ciertos ideales estéticos determinan, de alguna manera, como debe ser nuestro aspecto y por ello, podría condicionar que se sientan más inhibidos a relacionarse con el sexo opuesto.

Por tanto, a la luz de los resultados obtenidos, se deduce que la resiliencia guarda una estrecha relación con características que conforman las HHSS, por lo que profundizar en esta asociación va a favorecer una adaptación e integración exitosa al medio (Caballo, 2005; Gil *et al*., 1995; Lacunza y de González, 2011).

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 motora, con lo que no serían extrapolables a personas con diferentes tipologías de discapacidad. Así mismo, cada tipo de discapacidad es única para cada persona ya que está influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, temperamentos y contextos 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 las HHSS.

En cuanto a la metodología, en primer lugar, el número de participantes es muy reducido. Pese a 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 las

HHSS 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 reacias a participar, en futuras investigaciones se debería controlar este factor con el objeto de incrementar la validez interna de los resultados.

A pesar de 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 motora en el desarrollo interpersonal y social, no todas las dimensiones de la resiliencia contribuyen de igual forma a este ajuste. Así, como se pone de manifiesto en este estudio, las personas con discapacidad motora que presentan un patrón caracterizado por alta resiliencia o alta Competencia social y Aceptación de uno mismo y de la vida tienden a presentar puntuaciones en HHSS más elevadas que las personas con discapacidad con una puntuación bajas en resiliencia. De este modo, los resultados de este trabajo contribuyen al conocimiento de la resiliencia y podrían resultar relevantes para el diseño y aplicación de programas de entrenamiento en HHSS dedicados a personas que viven la experiencia de tener discapacidad motora.

## Referencias

Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist, 55*, 15-23.

Caballo, C. y Verdugo, M. Á. (2013). *Habilidades sociales. Programa para mejorar las relaciones sociales entre niños y jóvenes con deficiencia visual y sus iguales sin discapacidad*. ONCE.

Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (6ª ed.). Madrid: Siglo XXI.

Clark, R., Clemes, H. y Bean, R. (1993). *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*. Madrid: Debate.

Clemes, H. y Bean, R. (1996). *Cómo desarrollar la autoestima en los niños*. Madrid: Debate.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* Nueva York, NY: 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*, 27-47.

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.

García, A. D. (2010). Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. *Revista de Educación, 12,* 225-240.

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*, 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, M. D., Molero, R., Ballester, R. y Sabater, P. (2012). Establecer vínculos afectivos para facilitar la resiliencia de los niños acogidos. *Revista INFAD de Psicología, 1,* 337-344.

Gil, F., León, J. y Jarana, L. (1995). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide.

Gismero, E. (2000) *EHS. Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA.

González, P. C., Astudillo, E. Y. y Hurtado, É. P. (2013). Salud mental positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física. *Cultura del Cuidado*, *9*, 39-49.

Gresham, F. M., Sugai, G. y Horner, R. H. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities. *Exceptional Children*, *67*, 331-344.

Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. *La Haya: Bernard Van Leer Foundation*. Disponible en: http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html.

Heilemann, M., Lee, K. y Kury, F.S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, *11*, 61-72.

Hecht, H., Genzwürker, S., Helle, M. y van Calker, D. (2005). Social functioning and personality of subjects at familial risk for affective disorder. *Journal of affective disorders*, *84*, 33-42.

Hecht, H. y Wittchen, H.-U. (1988). The frequency of social dysfunction in a general population sample and in patients with mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *23*, 17-29.

Howes, H., Edwards, S. y Benton, D. (2005). Male body image following acquired brain injury. *Brain Injury 19*, 135-47.

Ibáñez, P. y Mudarra, M. J. (2012). Relaciones sociales en el empleo en trabajadores con discapacidad. *Educación XX1*, *8*, 105-125.

IBM (2010). *IBM SPSS Statistics 19.0*. Chicago, IL: Autor.

Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia* (EDAD). Recuperado de: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0

Kotliarenco, M. A. (2000). *Actualizaciones en resiliencia*. Buenos Aires: UNLA.

Kupersmidt, J. B., Coie, J. D. y Dodge, K. A. (1990). The role of poor peer relationships in the development of disorder. En S. R. Asher y J. D. Coie (dirs.), *Peer rejection in childhood* (pp. 274-305). Nueva York, NY: Cambridge University Press.

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*, 159-182.

Law, M., King, G., King, S., Kertoy, M., Hurley, P., Rosenbaum, P., Young, N. y Hanna, S. (2006). Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *48*(5), 337-342.

Ledesma, J. A. (2008). *La imagen social de las personas con discapacidad: estudio en homenaje a José Julián Barriga Bravo*. Madrid: CERMI.

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*, 703-717.

Mailhan, L., Azouvi, P. y Dazord, A. (2005). Life satisfaction and disability after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, *19*, 227-238.

Monjas, I. (1993). *Programa de entrenamiento en habilidades de interacción social (PEHIS).* Salamanca: Trilce.

Morales, F. M., Cerezo, M. T., Fernández, F. J., Infante, L. y Trianes, M. V. (2009). Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *41,* 141-150.

Moriano, J. A., Trejo, E. y Palací, F. (2001). El perfil psicosocial del emprendedor: un estudio desde la perspectiva de los valores. The psycho-social profile of the entrepreneur: a study from the point of view of values. *Revista de Psicología Social*, *16*, 229-242.

Oberlander, E. L., Schneier, F. R. y Liebowitz, M. R. (1994). Physical disability and social phobia. *Journal of clinical psychopharmacology*, *14*, 136-143.

Ojeda, B. y Mateos, I. (2006). Habilidades sociales y satisfacción familiar en sujetos con discapacidad. *Rehabilitación Psicosocial*, *3*, 2-8.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2011). *Informe mundial sobre discapacidad*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Oshio, A., Nakaya, M., Kaneko, H. y Nagamine, S. (2002). Development and validation of an adolescent resilience scale. *Japanese Journal of Counseling Science, 35*, 57-65.

Palomar, J. y Gómez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, *27*, 7-22.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V. y Carvalhaes, R. (2005). Adaptacao transcultural, confiabilidade e validade da Escala de Resiliencia. *Cadernos de Saude Pública, 21,* 436-448.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist, 55*, 44-55.

Reijntjes, A., Thomaes, S., Kamphuis, J. H., Bushman, B. J., Castro, B. O. d. y Telch, M. J. (2011). Explaining the paradoxical rejectionaggression link: the mediating effects of hostile intent attributions, anger, and decreases in state self-esteem on peer rejection-induced aggression in youth. *Personality and Social Psychology Bulletin, 37*, 955-963.

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.

Rybarczyk, B., Emery, E. E., Guequierre, L. L., Shamaskin, A. y Behel, J. (2012). The role of resilience in chronic illness and disability in older adults. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics, 32,* 173-188.

Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación, 8*, 81-90.

Salgado, A. C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, *11*, 41-48.

Salovey, P. y Sluyter, D. J. (dirs.) (1997). *Emotional development and emotional intelligence: educational implications*. Nueva York, NY: Basic Books.

Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on Quality of life for human service practitioners.* Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Solano, L. y Pérez, A. (2014). 2. Autoconcepto y sentido de vida en universitarios con diversidad funcional motora. *EDUCARE*, *17*, 27-48.

Suriá, R. (2012). Resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Boletín de Psicología, 105*, 75-89.

Uriarte, J.D. (2013). La perspectiva comunitaria. *Psicología Política, 47*, 7-18.

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.

Vinaccia, S., Quiceno, J.M. y Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología, 16,* 139 -146.

Wagnild, G.M. y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-78.

White, B. A., y Kistner, J. A. (2011). Biased selfperceptions, peer rejection, and aggression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*, 645-656.

RECIBIDO: 5 de abril de 2014
ACEPTADO: 16 de julio de 2014