

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

**AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD DE UN HOSPITAL DE LAS FUERZAS ARMADAS DE
LIMA METROPOLITANA**

Tesis presentada por:

BACH. PIERINA ZULEY BERNUY GAITÁN

Asesor:

MAG. CARLOS REYES ROMERO

LIMA, 2021

DEDICATORIA

Le agradezco a Dios por iluminar mi camino y cuidarme.

Un agradecimiento especial a mis padres por todo su amor incondicional y a mi hermano por estar siempre a mi lado.

A mi amor Jhann Carlos por todo su apoyo y ayuda en cada paso.

AGRADECIMIENTO

Empiezo agradeciendo a Dios por haberme bendecido con la vida y también la oportunidad de estudiar una carrera universitaria y culminarla. Por permitirme iniciar y culminar este estudio aún en una época difícil de COVID y teniendo el diagnóstico positivo del virus.

Gracias a mis padres por haberme apoyado desde que inicie la carrera, por haber entendido los momentos de frustración y siempre haberme dado un hombro dónde sostenerme cuando sentía que no podía continuar.

A mi amor Jhann Carlos por ser mi compañero y apoyo constante.

A la Universidad Ricardo Palma por darme la oportunidad de realizarme como profesional.

Un agradecimiento muy especial a todas las personas con discapacidad motora quienes en su duro proceso accedieron y cooperaron a la evaluación.

Le agradezco al Mg. Carlos Reyes por haberme guiado en la tesis, inspirándome a continuar y siempre esforzarme.

Por último, un agradecimiento especial a todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron para que esta investigación pueda culminarse.

A todos ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda la situación de personas con discapacidad motora en un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.

El interés de este trabajo viene dado por el incremento de personas con discapacidad motora que han sido atendidas en el hospital. Antes de hablar de alguna discapacidad debemos tener en claro que el discapacitado es una persona que padece de algún tipo de limitación o diagnóstico médico, ya sea debido a una enfermedad o accidente, el cual repercute en todo aspecto de su vida. Existen diferentes tipos de discapacidad, y cada uno puede afectar a la persona de distinta manera, algunos mucho más que a otros; es por ello que el tener una autoestima idónea es fundamental para afrontar los retos y dificultades de la vida que se pueden ir presentando.

Debido a esto surge la motivación de poder comprender mejor a las personas que padecen de algún tipo de discapacidad y en especial de discapacidad motora.

El presente trabajo está estructurado en seis capítulos. En el primer capítulo se trabaja el planteamiento del estudio que está conformado por la formulación del problema, justificación del estudio y los antecedentes relacionados con tema. Además, se presentan los objetivos tanto generales como específicos y las limitaciones del estudio.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico en base a la autoestima y satisfacción de la vida.

En el tercer capítulo se aborda lo relacionado a los supuestos científicos básicos, además de plantear la hipótesis general y las hipótesis específicas y también las variables de estudio.

En el cuarto capítulo se explica la metodología del estudio, especificando el tipo de investigación realizada, los participantes que fueron parte del estudio, el tipo de instrumento para la recolección de datos y la técnica de procesamiento utilizado.

En el quinto capítulo se aborda los resultados obtenidos del estudio y el análisis del mismo de manera detallada y específica, y se genera la discusión, donde los resultados serán contrastados con investigaciones anteriores y teorías presentadas.

Finalmente, en el último capítulo se presenta las conclusiones tanto generales como específicas, las que a su vez permiten indicar las recomendaciones correspondientes.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	12
1.1 Formulación del problema.....	12
1.2 Objetivos.....	15
1.3 Importancia y justificación del estudio.....	15
1.4 Limitaciones del estudio.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 Marco histórico.....	18
2.2. Investigaciones relacionadas con el tema.....	22
2.3 Bases teóricos-científicas del estudio.....	27
2.4 Definición en términos básicos.....	38
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	40
3.1 Supuestos científicos.....	40
3.2 Hipótesis.....	41
3.4 Variables de estudio.....	41
CAPÍTULO IV: MÉTODO.....	43
4.1 Población, muestra o participantes.....	43
4.2 Tipo y diseño investigación.....	44
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
4.4 Procedimiento y técnicas de procesamientos de datos.....	49
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	51
5.1 Presentación de datos.....	51
5.2 Análisis de datos.....	52
5.3 Análisis y discusión de resultados.....	54
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57

6.1 Conclusiones generales y específicas	57
6.2 Recomendaciones.....	57
6.3 Resumen. Términos clave.....	58
6.4 Abstract. Key Words.....	59
REFERENCIAS.....	60
ANEXOS.....	69
• Formato de consentimiento informado.....	69
• Material complementario.....	70

Índice de tablas

Tabla 1.- <i>Niveles básicos de autoestima y sus consecuencias</i>	30
Tabla 2.- <i>Operacionalización de la variable autoestima</i>	38
Tabla 3.- <i>Operacionalización de la variable satisfacción vital</i>	39
Tabla 4.- <i>Distribución de personas con discapacidad motora según sexo y nivel educativo</i>	51
Tabla 5.- <i>Distribución de personas con discapacidad motora según trabajo y diagnóstico</i>	52
Tabla 6.- <i>Estadísticos descriptivos de las variables de autoestima y satisfacción con la vida (n=100)</i>	52
Tabla 7.- <i>Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las variables de autoestima y satisfacción</i>	53
Tabla 8.- <i>Correlación entre la autoestima, sus dimensiones con satisfacción y R cuadrado</i>	53

Índice de figuras

Figura 1.- <i>La enfermedad y sus consecuencias: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.....</i>	20
Figura 2.- <i>Los cuatro puntos importantes para una autoestima alta o baja.....</i>	28
Figura 3.- <i>Los niveles de autoestima que podría tener una persona.....</i>	28

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Formulación del problema

Durante el internado de psicología en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” de Lima Metropolitana, diversas oportunidades permitieron observar que todos los servicios son demandantes dentro del hospital, pero se menciona que “uno de los servicios más solicitados es el de Medicina Física y Rehabilitación, en donde diariamente se atienden decenas de integrantes de la familia policial desde los recién operados hasta los pacientes que son derivados de las diversas especialidades” (DIRSAPOL, 2018, 19s). En la sanidad policial todos sus profesionales trabajan a diario para brindarle a sus pacientes la oportunidad de poder reincorporarse a las actividades de la vida diaria; dentro de este centro se brinda una atención médica a personas de todas las edades mediante diversas terapias, las cuales pueden ser: físicas, de lenguaje u ocupacionales, así como tratamientos especializados para cada caso en particular. En este hospital son atendidos todos los efectivos policiales, además tienen derecho de atención sus padres, esposa/o e hijos.

Dentro del hospital, en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación, se ha observado mayor incidencia de pacientes que presentan el diagnóstico de lesión medular y amputación, por lo cual, es vital para su recuperación brindar una adecuada terapia enfocada en cada paciente, siendo estas terapias realizadas en los gimnasios del hospital.

Las lesiones medulares en muchos de los casos fueron debido a los traumatismos o enfermedades que sufrieron en algún momento de su vida, así como en los casos en donde se realizó una amputación debido a enfermedades; pero a su vez, se encontraron también casos de lesiones graves en donde se tiene miembros que ya no son funcionales. Ambos diagnósticos pueden causar discapacidad o la muerte.

Cuando hablamos de lesión en la medula espinal (SCI) se hace referencia a un padecimiento médico que afecta la vida (World Health Organization, 2013).

También se menciona que la amputación es un método reconstructivo, el cual fue diseñado con la finalidad de ayudar a los pacientes a crear una nueva relación con su entorno y a reanudar su vida (Smith y Skinner, 2014).

Sin embargo, cualquiera de las dos condiciones mencionadas representa un proceso difícil de aceptar y sobrellevar en primera instancia, debido a que se ve afectada el área emocional del paciente y de los familiares, generando en algunas personas la existencia de una baja autoestima y poca satisfacción con la vida.

Cuando queremos tener un concepto de autoestima muchas veces empezamos preguntándonos ¿Qué es la autoestima? ¿Por qué es importante la autoestima? Entre otras preguntas más; sin embargo, se debe tener en claro que la autoestima está conformada tanto por los factores internos como externos y a su vez pueden ser imaginados por uno mismo (Branden, 1994).

También se puede decir que la autoestima es cómo nos vemos o cómo nos sentimos con nosotros mismos pudiendo afectar nuestra vida, de forma positiva o negativa, considerándola como exitosa o un fracaso. Por ello, se menciona que para tener una vida plena se debe tener una autoestima positiva, es decir, que la persona debe sentirse valiosa y capaz; por el contrario, quien presente una autoestima baja experimentará sensaciones que son negativas como lo son la inseguridad y la desconfianza, llegando a generarle desánimo, desgano y rencor. Por lo tanto, para muchas personas se les complica poder identificar dichos sentimientos tanto los positivos como los negativos (Branden, 1996).

Es por eso que es importante conocer y comprender la reacción de la persona ante su discapacidad, como por ejemplo saber cómo se encuentra su autoestima y cómo sobrellevar el proceso de aceptación de su situación actual de salud.

En este punto la persona debe aprender a aceptarse, aunque esto pueda ser un recorrido muy largo y tedioso, una vez logrado será muy fructífero puesto que el aceptarse representará el inicio del cambio, tanto en sus pensamientos como en sus acciones (Branden, 1996).

Por eso es muy importante tener y mantener una autoestima positiva para poder afrontar las adversidades de la vida con una misión más clara y con decisiones más firmes generándonos un voto de confianza y respeto por uno mismo.

Además de este, otro factor que influye también es la satisfacción con la vida de las personas. Según Veenhoven (1994) la persona evalúa la calidad que tiene de vida de una manera positiva cuanto le gusta la vida que lleva. La persona realiza un análisis global de la vida que lleva, considerando como se siente y si sus expectativas fueron cumplidas. Se considera también que es una valoración general de la vida y no un estado momentáneo de la persona, influyendo así su estado emocional y sus reacciones conductuales.

Es por eso que muchas personas que tienen el diagnóstico de lesión medular o amputación, se llegan a plantear ciertas interrogantes las cuales pueden ser si se siente a gusto o no, satisfecho o no, feliz o no con su vida debido al diagnóstico médico que tiene y que le ha generado grandes cambios.

En consideración a lo mencionado se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre la autoestima y satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana?

1.2 Objetivos

1.2.1 General

- a) Establecer la relación de la autoestima y satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.

1.2.2 Específicos

- b) Determinar la relación directa y significativa entre la dimensión autoconfianza (positiva) de autoestima y la satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.
- c) Determinar la relación directa y significativa entre la dimensión autodesprecio (negativo) de autoestima y la satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.

1.3 Importancia y justificación del estudio

La realización del estudio está dirigido a conocer la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de satisfacción con la vida en personas con discapacidad motora de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.

Se han encontrado en el Registro Nacional de la persona con Discapacidad – RNPCD, hasta el 31 de octubre de 2020, registradas 304 007 personas con discapacidad (Observatorio nacional de la discapacidad, 2020).

Por ello se encuentran en las regiones de Lima con mayor inscripción de 91 mil 227 pacientes con algún tipo de discapacidad que representan el 30,0% de toda la población nacional, considerando que de esta población es el 89,6% Lima-Metropolitana y la región que se ha registrado con menor registro es en Madre de Dios con 1 mil 354 siendo el 0,4% de personas con discapacidad.

De eso se desprende que las personas con discapacidad inscritas vigentemente son 290 mil 102; conformado por 170 mil 191 hombres y 119 mil 911 mujeres, representando con el 58,7% y 41.3% respectivamente.

Al mismo tiempo se mide la gravedad del nivel de la limitación: severo son 136 mil 426 (47,0%) personas con discapacidad; 109 mil 603 (37,8%) presentan discapacidad moderada; 42 mil 629 (14,7%) tienen discapacidad leve y 1 mil 444 registros no especifican el nivel de gravedad (Observatorio nacional de la discapacidad, 2020).

Por lo mencionado, el estudio es de gran importancia debido a que no se ha encontrado ninguna investigación reciente con personas que presentan discapacidad debido al diagnóstico médico de lesión medular o amputación, con la finalidad de poder identificar como se encuentra su autoestima y si se ve comprometida su satisfacción de vida. A su vez, ayudará a todo el personal del servicio de Medicina Física y Rehabilitación a tener una mayor noción de cómo se encuentran actualmente sus pacientes, sensibilizarse con ellos y brindarles el apoyo respectivo, así mismo, también les servirá a todos los profesionales especialistas en el área, internos y estudiantes que muestren interés en el ámbito clínico.

Es por eso que se considera de gran importancia los hallazgos del presente estudio clínico, no solo para generar mayor interés y a su vez brindar mayor conocimiento del tema dentro del contexto peruano, sino también para poder fomentar la sensibilidad y comprensión ante la discapacidad de las personas.

1.4 Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones hallada es que los pacientes con los diagnósticos requeridos no se encuentran asistiendo regularmente al hospital debido a la pandemia. Teniendo como atención única y primordial a todas las personas con COVID y POST-COVID.

Otra limitación es que al momento de querer obtener datos estadísticos sobre la discapacidad en América Latina se encuentra que los estudios son muy escasos, desactualizados y a la vez dudosos porque no hay certeza de que el resultado final se aproxime a la cifra real que se busca. Es por eso que los datos obtenidos de los distintos programas que se han realizado sobre discapacidad son considerados alejados a la realidad de los distintos países (Amate y Vásquez, 2006).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco histórico

Según Padilla-Muñoz (2010) desde la antigua Grecia aquellas personas que presentaban discapacidad, alguna malformación, debilidad visible ante los demás eran sacrificadas para los dioses. Sin saber si realmente era un privilegio o una forma de eliminarlos de la sociedad. Además, mientras se desarrollaban las guerras y cruzadas había un elevado incremento de personas discapacitadas. Generando así la creación de instituciones encargadas de atender a estas personas con auspicio de la iglesia.

El desarrollo de las primeras prótesis de mano tuvo lugar en el siglo XVI. San Juan de Dios fundó una institución para las personas con discapacidad en Granada siendo una de las primeras instituciones en el mundo (Padilla-Muñoz, 2010).

Recién en la edad moderna fue que se estudió y se tomó en consideración la función y estructura del cuerpo humano.

Según Padilla-Muñoz (2010) en los siglos XVIII y XIX, fue Nicolás André quien moldeó el término de ortopedia generando así un gran impacto por lograr minimizar las frecuentes amputaciones que eran causadas por las guerras.

Después de la primera guerra mundial, que fue en el año 1919, se da el inicio de la rehabilitación médica, es por ello, que ya en la segunda guerra mundial se realizaban las actividades que hoy conocemos. Fue en esa época que Howard Rusk, quien fue un doctor que trabajó en un centro de atención para heridos de guerra en Missouri, Estados Unidos, dio inicio al rumbo del tratamiento médico (Amate y Vásquez, 2006).

Después, en el año 1974, la UNESCO planteó 5 etapas del proceso de rehabilitación, en el cual se encuentra interrelacionado el grado de desarrollo con el estado socioeconómico. La primera etapa es la filantrópica, que tiene como idea primordial la enfermedad y se menciona también la invalidez, siendo una particularidad en la persona. La segunda etapa es de asistencia social, en la cual se describe la ayuda que se le brinda a la persona que se encuentra lisiada. En la tercera etapa se encuentran los derechos fundamentales, que es donde nace el concepto de discapacidad. La cuarta etapa es de igualdad de oportunidades y, es en esta etapa en donde se relaciona la persona y el medio; además, esta etapa da inicio al concepto de desventaja. La última etapa es la del derecho a la integración, la cual busca que la persona se incorpore y logre una participación activa en la sociedad. Estas cinco etapas pueden darse en un mismo país y en distintas zonas (Amate y Vásquez, 2006).

Por eso a inicios de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud – OMS publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), que es un manual que clasifica las consecuencias y repercusiones de la enfermedad para la vida de la persona (Aparicio, 2009).

La CIDDDM considera la discapacidad como una enfermedad debido a que representa una dificultad para las personas que la tienen al momento de querer realizar sus actividades y obligaciones en su vida diaria. De eso se desprende tres conceptos diferentes vinculados al concepto de enfermedad tales como deficiencia, discapacidad y minusvalía (Aparicio, 2009).

A continuación, se muestra los conceptos citados en una representación gráfica en la figura 1.



Figura 1. La enfermedad y sus consecuencias: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía; adaptado de “Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación”, por M. L. Aparicio, 2009, Dialnet, p. 3. Copyright 2009 Por Universidad Pública de Navarra.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo una publicación sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), en donde se mencionan los componentes funcionales y aquellos factores que implican en la discapacidad y que destaca la relación con el medio (Amate y Vásquez, 2006).

Según Amate y Vásquez (2006) se hicieron mención de cuatro modelos de rehabilitación por Minaire, los cuales fueron: Biomédico, Discapacidad, Situacional y Calidad de Vida.

En el modelo Biomédico se encuentra una conexión entre etiología, patología y muestra de deficiencias. Este modelo adjunta las variables de diagnóstico, síntoma y factor psicológico; sin embargo, este modelo no considera la parte emocional ni los asuntos familiares a menos que haya una relación evidente con la patología original; cabe resaltar que para una intervención el primer punto a considerar es el de la patología y el segundo punto es el de los síntomas.

Siendo este modelo el más utilizado por el sistema institucional y además de aquí parte los siguientes modelos (Amate y Vásquez, 2006).

El segundo modelo considerado por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDDM) es la Discapacidad. En cierto punto este modelo guarda un parecido al modelo anterior respecto a la conexión de las situaciones, pero toma en consideración a un espectro superior de necesidades de intervención, en especial los aspectos funcionales. Sin embargo, el principal cuestionamiento que podría recibir este modelo sería en la importancia que coloca en las experiencias personales y por otro lado la poca intensidad que se da al medio y el ambiente (Amate y Vásquez, 2006).

Los dos modelos anteriores mencionados son estáticos a comparación de los que se van a mencionar a continuación.

El tercer modelo es el Situacional; este modelo acepta que las condiciones de discapacidad pueden cambiar en el tiempo y están sujetas a las circunstancias que se puedan presentar. Entonces se entiende que el factor especificador es ambiental, dando la importancia a la adhesión de la persona al medio (Amate y Vásquez, 2006).

En el último modelo encontramos a la Calidad de Vida, que es la que engloba la percepción del funcionamiento personal y social. Existe cierta falta de criterio sobre la calidad de vida. A pesar de ello, esta tiene como precedencia a las vivencias personales, siendo subjetiva y reflejando las vivencias de las personas con discapacidad emocional, cognitiva o físicas, y a su vez la manera de ver el mundo y tener sus propios motivos personales de vida. Además, se menciona que varios autores consideran que el cambio de vida no solo se da en la persona que

padece de discapacidad, sino también en todos los miembros de su familia (Amate y Vásquez, 2006).

Se reconoce que la discapacidad con el tiempo va evolucionando, por ende, el concepto que se tiene de esta también evoluciona, siendo el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y los impedimentos debido a la actitud y el entorno que no les permiten ser parte activa y efectiva en la sociedad, con la igualdad de condiciones (Organización de las Naciones Unidas, 2008).

2.2 Investigaciones relacionadas con el tema

2.1.1 Nacionales

Contreras (2019) investigó sobre autoestima y satisfacción vital en los pobladores de un asentamiento humano. Esta investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre la Autoestima y Satisfacción Vital en los pobladores de ese asentamiento humano. En dicho estudio la población estuvo conformada por 500 personas aproximadamente utilizando un muestreo no probabilístico e intencional de 250 pobladores que acuden al asentamiento. El diseño de la investigación es de tipo correlacional de nivel descriptivo. Los instrumentos empleados en la investigación fueron la Escala de Autoestima de Rosenberg Modificada (RSE) y la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS). Para analizar y procesar los resultados se utilizó el programa IBM SPSS.

Llanos (2019) investigó sobre autoestima y satisfacción vital en mujeres víctimas de violencia familiar del centro de salud. El principal objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre la Autoestima y Satisfacción Vital en mujeres que padecen este problema de salud pública. La población estuvo conformada por 100 personas, con un muestreo no probabilístico de 50 de ellas, abarcando distintas edades, que son atendidas en

dicho centro. El diseño empleado fue el no experimental transaccional, de nivel cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y lineal. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Autoestima de Rosenberg Modificada (RSE) y la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS). Para analizar y procesar los resultados se utilizó el programa SPSS.

Barriga (2019) investigó sobre el nivel de autoestima y su influencia en la satisfacción con la vida en el personal de tropa del servicio militar voluntario del cuartel Santiago Salaverry Arequipa en el año 2018. Tuvo como objetivo determinar el nivel de Autoestima y su influencia en la Satisfacción con la Vida en el personal de tropa, la población estuvo compuesta por 290 soldados que prestaban servicio militar en dicha instalación. Para medir el nivel de autoestima y satisfacción con la vida se empleó la escala de Autoestima de Rosenberg y la escala de Satisfacción con la Vida modelo de Diener, Emmons, Larsen, y Griffin respectivamente; obteniendo como resultado que el 64,14% posee una autoestima elevada, el 7,24% presenta una autoestima baja, el 47,24% no se siente satisfecho con su vida y el 23,45% si lo está. La investigación da como resultado la existencia de una relación significativa entre ambas variables.

García (2018) realizó esta investigación teniendo como objetivo determinar la relación entre las variables de autoestima y satisfacción con la vida del adulto mayor en el distrito de Huamachuco; la población estuvo conformada por 150 adultos mayores de un centro integral de dicho distrito. Las edades de dichas personas oscilaban entre los 60 y 85 años, de los cuales fueron 42 hombres y 108 féminas; el estudio fue de tipo cuantitativo y de diseño descriptivo correlacional transversal, se empleó la Escala de Rosenberg y la Escala de Satisfacción con la vida SWLS, obteniendo como resultado de alta autoestima del 83.3% y

una satisfacción con la vida del 78.7%. El estudio confirmó la existencia de una correlación positiva baja y directa entre ambas variables.

Arroyo (2017) tenía como objetivo determinar la relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida de los integrantes del Centro del adulto mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo. Fue un estudio observacional, prospectivo y analítico; de nivel relacional y diseño descriptivo correlacional transversal. La muestra empleada fue de 48 adultos mayores; los test utilizados fueron el inventario de autoestima de Coopersmith versión adulto y el test de Satisfacción con la vida modificado, obteniendo los siguientes resultados: una autoestima media del 50%, un grado de satisfacción del 58.3%, el 31,2% de las personas poseen una autoestima media y están satisfechos y un 29.9 % de las mismas cuentan con una autoestima alta y están satisfechos. Como resultado final se concluyó que existe una correlación estadística entre ambas variables.

Lugo y García (2009) investigaron sobre la descripción de la calidad de vida en una cohorte de pacientes con Lesión Medular en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. El estudio fue descriptivo longitudinal y durante 18 meses se realizó un seguimiento de la calidad de vida relacionado con la salud a un grupo de personas con lesión medular traumática de dicho hospital. La muestra estuvo conformada por 42 personas, las cuales fueron sometidas a un programa de intervención ambulatorio. Se obtuvo como resultado que el 61.9% de las lesiones medulares traumáticas fueron producto de armas de fuego. Al término de los 18 meses, se obtuvo que el dominio de funcionamiento disminuyó significativamente, el estado anímico de las personas aumentó y los problemas relacionados con su lesión disminuyeron considerablemente.

2.1.1 Internacionales

Aldana (2020) realizó un estudio acerca de la discapacidad, siendo un tema de gran importancia para el área clínica. El estudio tuvo como objetivo identificar los niveles de satisfacción laboral y calidad de vida en personas con discapacidad motriz pertenecientes a distintos municipios del Estado de México, llevándose a cabo mediante la realización de una encuesta y dos test psicométricos que evaluaron la satisfacción laboral y calidad de vida. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental y de diseño transversal. Como muestra se emplearon a 120 personas, de los cuales 66 fueron varones y 54 damas. El programa SPSS dio como resultado que las personas con discapacidad motora tienen una menor satisfacción laboral a diferencia de las personas que no presentan discapacidad. Asimismo, se encontró que las personas con discapacidad motora que realizan alguna actividad física, sea deportiva o de rehabilitación, tienden a tener una mayor calidad de vida.

Vildaña, Fernández-Castro, Ezquerro, Merchán y Rodríguez (2018) investigaron acerca de la relación entre roles y satisfacción vital en personas con discapacidad física en el ámbito comunitario. En este se indica que los roles ocupacionales pueden llegar a causar conflicto, tensión y estrés en la persona. El estudio es de tipo transversal analítico, teniendo como muestra un grupo de 42 personas adultas que tiene discapacidad motora y otro grupo de 41 personas sin discapacidad quienes fueron evaluados empleando la escala de Satisfacción Vital y un cuestionario de roles ocupacionales. La investigación arrojó como resultado que existe una correlación significativa y positiva entre el mayor número de roles y el mayor tiempo dedicado a su desempeño y la satisfacción vital en personas con discapacidad física. Dichos resultados muestran la importancia de realizar intervenciones que

busquen aumentar la participación de las personas con discapacidad motora en distintos roles.

Verdugo (2017) investigó sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad en relación a la funcionalidad familiar. El tipo de estudio es no experimental, correlacional y corte transversal; estuvo conformada por una muestra de 397 personas con discapacidad grave y muy grave, a los cuales se les pidió llenar una ficha personal y se les evaluó con la escala de calidad de vida Generalitat de Cataluña, el cuestionario de condiciones socioeconómicas 2010 del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos y el test de funcionalidad familiar APGAR. La investigación arrojó como resultado una mala calidad de vida y una disfuncionalidad familiar moderada, llegando a la conclusión que existe una relación directa entre las variables, lo cual sirve como evidencia y precedente para la creación de estrategias que mejoren la calidad de vida.

Barros (2016) investigó sobre el programa de desarrollo personal para fortalecer los niveles de autoestima en los usuarios del servicio de integración laboral para personas con discapacidad. La finalidad del estudio es la crear e implementar un programa de desarrollo personal para personas con discapacidad de dicho servicio, puesto que se han encontrado elevados niveles de deserción laboral por parte de estas personas a causa de diversos factores como desconfianza en sí mismo, inseguridad, exclusión y temor por ser discapacitado. Se inicia el programa haciendo un diagnóstico a los usuarios mediante una entrevista estructurada y un instrumento de evaluación. El programa está conformado por módulos fundamentados en el autoconcepto, automotivación y autoestima, además del control de emociones y la resiliencia para generar un bienestar en la persona con discapacidad. Esto ha logrado que el área usuaria eleve su nivel de autoestima obteniendo una mayor seguridad,

autoconfianza y aceptación hacia su discapacidad, entendiéndola no como una limitación sino como una diferencia.

Rea (2015) investigó sobre la psicología positiva: La autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor en personas con discapacidad motriz; en donde aborda el cambio de concepción que se ha dado en los últimos años tanto en la discapacidad como en la psicología. El presente trabajo tiene como finalidad realizar un programa psicopedagógico orientado a personas con discapacidad motora, teniendo como marco teórico a la Psicología Positiva y con el principal objetivo de conocer y tratar de mejorar el bienestar de dichas personas a través de talleres en los cuales se trabajaron los conceptos de auto-concepto, sentido del humor y autoestima.

2.2 Bases teórico-científicas del estudio

2.2.1 Autoestima

La definición de autoestima es distinta para varios autores, pero lo que se considera es el concepto que se tiene de uno mismo.

Por ejemplo, en 1952 Alfred Adler consideraba en gran magnitud los sentimientos de inferioridad que podría tener la persona. Luego, en el año 1959 Karen Horney revela las distorsiones de evaluación de sí mismo y en 1972 Abraham Maslow toma en cuenta que una necesidad básica en una persona es la autoestima. Eric Fromm en 1988, revela que se puede formar relaciones con las demás personas si se tiene presente la autoestima como factor clave y el aprecio así mismo (Moreno, 2007).

Moreno menciona la colaboración indispensable en el concepto de autoestima con los siguientes autores como: Coopersmith, que en 1967 presenta como punto principal la

evaluación personal y la actitud, que puede ser positiva o negativa de uno mismo. En esa misma línea Branden en 1969 muestra que se puede ir mejorando una actitud de autoconfianza y auto respeto. Entonces, al llegar al año 1973, Rosenberg definía a la autoestima como la valoración propia de uno mismo y el proceso de tener una actitud de aceptación y rechazo (Moreno, 2007).

A continuación, se muestra los puntos importantes de una autoestima en una representación gráfica en la figura 2.

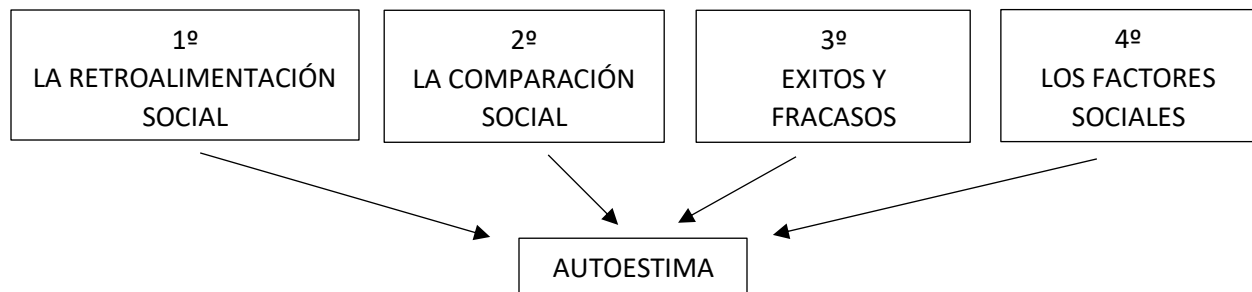


Figura 2. Los cuatro puntos importantes para una autoestima alta o baja; adaptada de “Fuentes de autoestima”, por B. Moreno, 2007, Psicología de la Personalidad, p. 505. Copyright 2007 International Thomson Editores Spain Paraninfo, 1.ª Edición.

Otra fuente de autoestima mencionada en representación de una ecuación en la figura 3.

$$Autoestima = \frac{\acute{E}xitos}{Pretensiones}$$

Figura 3. Los niveles de autoestima que podría tener una persona; adaptada de “El primer intento de definir la autoestima”, por N. Branden, 2011, El poder de la autoestima, p. 9. Copyright 2011 Ediciones Paidós, 1.ª Edición de esta colección.

Esta fórmula quiere decir que cuando una persona tiene mayor éxito su autoestima se eleva, pero, por el contrario, si este se tropieza o fracasa su autoestima disminuye. Por eso es importante crear exigencias en las actividades para que las personas sientan la dificultad al realizarlas, pero que les permita obtener un resultado favorable y exitoso para así poder autovalorarse.

Sin embargo, sabemos que todo se considera positivo cuando hablamos de autoestima, por eso encontramos varias teorías importantes de diferentes autores tratando de llegar a una sola explicación y conclusión.

Cuando se habla de fracasos que influyen en la autoestima de una persona, usualmente se hace referencia a tareas o pruebas que no pudieron ser resueltas satisfactoriamente siendo acompañadas de emociones y pensamientos negativos, debilitando su motivación para volver a intentarlo; causando así que la persona pueda presentar síntomas de tristeza, depresión y, en casos extremos, llegar al acto suicida (Kernis, Brockner y Frankel, 1989 citado en Moreno, 2007).

Otros autores como Robson definen la autoestima como un sentir en donde la persona busca auto-aceptarse; es decir, que la persona busca valorarse, ser competente y tener la habilidad para encubrir sus propias expectativas (Mora y Raich, 2006).

También se menciona que la autoestima se considerará positiva si hay una relación adecuada entre su apreciación y su idea de prototipo de la importancia que le podría dar y lo que le agradaría ser realmente (McKay y Fanning, 1991).

Mora y Raich (2006) menciona que la baja autoestima se encuentra relacionado con: “dependencia, excesiva necesidad de aprobación, sentimientos de desesperanza, hostilidad

enmascarada, depresión, ansiedad, sumisión, salud general débil, sentimientos de apatía, debilidad, aislamiento, abandono, apatía, pasividad y servilismo” y la autoestima alta se presenta en aquellas personas que son más capaces de expresar una opinión, de generarse retos, que son decididos, que poseen una óptima salud física y mental y que son capaces de generar su propia independencia, y se representan en la tabla 1.

También hace mención de los niveles de autoestima, en donde se apreciará de forma comparativa la autoestima alta y autoestima baja:

Tabla 1
Niveles básicos de autoestima y sus consecuencias

AUTOESTIMA ALTA	AUTOESTIMA BAJA
Optimista	Pesimista
Motivación alta	Motivación baja
Segura	Insegura
Tranquila, relajada	Intranquila, tensa
Alegre, sociable	Triste, poco sociable
Confiada	Desconfiada
Comunicación clara	Comunicación confusa
Asertiva	Poco asertiva
Resolutiva	Poco resolutiva
Autocrítica constructiva	Autocrítica destructiva
Estimulante	No estimulante
Aspecto físico cuidado	Aspecto físico descuidado

Tomada de: "Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al paciente" por M. Gallar, 2006, *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*, p. 189. Copyright 2006 por Ediciones Paraninfo.

Gallar (2006) señala que la autoestima se puede definir como el nivel de aprecio que una persona puede tener de sí mismo referente a su aspecto físico y psíquico. Esto quiere decir que todo depende de la forma en que nos vemos y apreciamos, ya que a su vez esto se relaciona con los factores intrínsecos y extrínsecos.

La autoestima guarda relación con la salud debido a que no se puede ser saludable si es que no hay un adecuado vínculo con uno mismo y que este permita que uno pueda proyectarse de una manera auto valorativa (Lerner, 2007).

En el 2006, Gallar menciona las causas de una baja autoestima, considerándolas muy diversas y variantes según la edad de la persona. Por ejemplo, en la adultez y vejez las personas comienzan a ser más sensibles, consideran su situación laboral como indeseable, debido al desempleo o la falta de reconocimiento. También se encuentra la crisis sentimental que da pie a la separación, engaño, falta de afecto o conflictos con parejas; asimismo, encontramos los defectos físicos como humillación y crítica de los demás. Otra causa son los trastornos emocionales como son la depresión, ansiedad y el complejo de inferioridad. Además, se añaden los malos hábitos en la vida como la mala alimentación y ludopatía. Como última causa sería la crisis evolutiva, que es cuando la persona se encuentra sometido a ley, enfermedad o sentimiento de inutilidad. Estos son solo algunos ejemplos expuestos de las causas de baja autoestima de los muchos que existen.

Las estrategias para potenciar la autoestima pueden ser variables y muy complejas, Gallar (2006) considera como la más importante la valoración del nivel de autoestima; esto se puede apreciar en la tabla 1 en donde se considera una autoestima alta o baja, la cual sirve para poder distinguir cuáles son los factores que te hacen tener una autoestima baja. Además, se debe evaluar qué tipos de hábitos perjudiciales se tiene, para así, finalmente modificar la baja autoestima que se tiene.

Después de haber hecho la evaluación y encontrados los hábitos perjudiciales, se debe actuar de la siguiente manera: lo primero sería poder identificar que hábitos perjudiciales se tiene, lo segundo es la búsqueda de apoyo en los seres queridos y empezar a tomar una idea

que pueda ser posible a un plazo corto. Luego la firmeza en su decisión, el organizarse y el admitir que también hay aspectos positivos para así poder darnos una recompensa parcial tratando de evitar los conflictos o entornos que puedan causar disputa. También se debe tener un apropiado hábito dietético, higiénico y de vida social. Además, es bueno hacer comparaciones de forma positiva, pero evitando la idealización, el saber decir no ante circunstancias que pueden afectar la salud física y psíquica. Tener en cuenta que es bueno animarse y premiarse uno mismo por el logro obtenido así haya sido grande o pequeño, pensando siempre en positivo, pero no olvidando que se pueden presentar en el camino ciertos impedimentos. Por último, pero no menos importante, el poder perdonar a los demás es un paso grande e importante para poder sentirse bien con uno mismo.

Como punto final, Gallar (2006) menciona que para potenciar la autoestima del paciente es imprescindible y primordial alcanzar una adecuada y alta autoestima (Tabla 1). Además, se debe tener una buena comunicación interpersonal evitando así los prejuicios por tener gran empatía, escucha activa, expresar siempre gratitud y por tener que mantener una conducta adecuada y respetuosa, con el claro propósito de generar respeto; aceptando así que la psicología es indispensable y que además es un gran aliado para quien solicite apoyo, siendo de gran ayuda para fortalecer la autoestima.

2.2.2 Satisfacción con la Vida

De acuerdo al enfoque propuesto por Diener la satisfacción con la vida es una valoración total de la vida, lo cual conlleva a comparar lo que consiguió, que hace referencia a sus logros, y lo que esperaba alcanzar, que hace referencia a sus expectativas (Cabañero et ál., 2004).

Cuando la persona hace una evaluación de la vida que tiene, se ven involucradas las dimensiones tanto cognitiva como afectiva; esta vinculación implica tener una interpretación de sus vivencias, que puede ser desde la agonía hasta el éxtasis y viceversa (Suarez, 2017).

Según Suarez (2017) la satisfacción vital está estrechamente relacionado con el concepto de felicidad, que es lo que determina una buena forma de vida de una persona. Además, presenta una amplia valoración de todos los aspectos de la vida, añadiendo una medición positiva, buscando superar la falta de factores negativos. Al valorarlo incluimos presencia de emociones como, por ejemplo: alegría, satisfacción, euforia, éxtasis entre otras más.

En la mayoría de los casos la satisfacción con la vida se relaciona con otras variables, esto con la intención de obtener el nivel de influencia entre ambas, siendo lo más asociados: la edad, sexo y educación.

Asimismo, (Suarez, 2017) define que el haber logrado todos los objetivos propuestos en su vida es considerado como satisfacción personal. En el entorno social del país, se encuentran reportes de insatisfacción con la vida en los sectores que abarcan las clases media, baja y muy baja, así como en las áreas del ámbito familiar, social, salud, económico y personal, a comparación de la clase media alta y alta que se encuentran satisfechos con sus vidas en todas las áreas.

Al momento de hablar de satisfacción con la vida se hace referencia a la evaluación propia de una persona de manera positiva la calidad de vida que se tiene (Suarez, 2017).

Recién a partir de los años setenta, en las investigaciones obtenidas sobre satisfacción con la vida, tomó importancia el concepto de calidad de vida y, además, comenzó a evolucionar y crecer, desde el punto de vista psicosocial, los requerimientos necesarios para la buena vida. Es

así que el sentimiento de felicidad y bienestar personal se ven relacionados con la satisfacción con la vida. Esto quiere decir que toda gira entorno únicamente a la manera en la cual la persona percibe su situación actual de vida, tomando en consideración sus expectativas, objetivos, sus valores e intereses de acuerdo a su contexto cultural (Suarez, 2017).

Se han encontrado distintos conceptos que habitualmente se han utilizado y que se expondrán a continuación:

En el año 1994, Veenhoven afirmaba que el sentirse eufórico no era igual a sentirse satisfecho con la vida. Debido a que la sensación momentánea del estado eufórico puede llegar a influir en la percepción de la persona sobre la vida (Suarez, 2017).

El bienestar subjetivo se entiende como la sensación que tiene una persona con relación a su vida, acorde a sus metas propuestas, y constantemente evaluando en base a los parámetros establecidos, uno de ellos vendría a ser la satisfacción vital.

Suarez (2017) menciona que en el año 1985 los autores Horley y Little consideran la percepción subjetiva al bienestar psicológico, mientras que la satisfacción con la vida se comprende como la recompensa al logro de sus proyectos y la calidad de vida es el grado de percepción favorable.

Además, Suarez (2017) menciona que tanto la satisfacción como la felicidad conforman el concepto de bienestar psicológico. La felicidad tiene un mayor afecto positivo; cabe señalar que al hablar de afecto positivo también se encuentra inmerso el afecto negativo y ambas tienen referencia a las emociones con diferencia de la felicidad. También se menciona que la satisfacción con la vida tiene como principal punto la evaluación cognoscitiva con respecto a la calidad de vida que lleva, lo cual quiere decir que implica la vida entera.

Enfoques en el estudio de la Satisfacción con la Vida

Se mencionan tres enfoques importantes para el estudio de la satisfacción vital por Mikulic, Crespi y Cassullo y son: emocional, cognitivo y perspectiva de la inteligencia emocional (Suarez, 2017).

Enfoque emocional o afectivo

Suarez (2017) menciona que los autores como Bradburn, Emmons y Diener, desde el enfoque de la satisfacción vital, se basaban en el balance de los afectos positivos y negativos. Los estudios más recientes han confirmado que el componente afectivo tiene como principal factor al bienestar psicológico. Carver menciona que, para tener un bienestar alto, la persona tendría que estar satisfecha con la vida, tener afectos positivos y experiencias emocionales desagradables disminuidas.

Enfoque cognitivo

Diener menciona que desde este enfoque las personas evalúan la vida que tienen en general, el cual incluye a la familia, la salud, el trabajo y el tiempo de ocio (Suarez, 2017).

Personas con discapacidad

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] y otros autores (2020), “Toda persona discapacitada presenta limitaciones de manera parcial o temporal tanto en su capacidad física, mental o sensorial”. Al mencionar esta definición se debe tener en claro ciertos conceptos importantes como, por ejemplo: el impedimento hace mención al daño en la estructura fisiológica, la discapacidad es la limitación para ejercer cualquier tipo de actividades.

La OMS estima que más de 1000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, es por eso que la discapacidad se considera como un problema que afecta a la salud pública. Esta cifra, a través de los años, ha ido en aumento debido a la población que se ve envejecida, la prevalencia de enfermedades y mayor frecuencia de accidentes.

La OMS (2020) menciona que, en el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) se admite que toda persona con discapacidad tiene el derecho de obtener la mejor atención de salud sin ninguna discriminación; a pesar de ello, no en todos los países se prestan servicios de salud adecuados a estas personas.

Además, la OMS (2020) afirma que se presentaron las Estrategia de las Naciones Unidas para la Inclusión de la Discapacidad (UNDIS), teniendo como finalidad promocionar la inclusión de la discapacidad en todos los puntos de la labor de las Naciones Unidas, mediante la incorporación coherente y sistemática de estas personas.

Personas con lesión medular

La lesión medular espinal es considerada como uno de los diagnósticos más trágicos para una persona. Se sabe que esta lesión tuvo su aparición durante el periodo de la primera y segunda guerra mundial. Con el paso de los años se ha evidenciado que la mayor frecuencia de casos de lesión medular es debido a los distintos tipos de accidentes. Esto puede conllevar a la persona a tener que depender de algún familiar o cuidador según la gravedad de la enfermedad que presente, como por ejemplo el tipo de parálisis, pérdida de la sensibilidad, disfunción sexual y vésico-intestinal, así como también el resultado de conflictos en la psique; en el ámbito social y económico que tiene como condición de minusvalía física que podría ser permanente o irreversible (Bender, Hernández, Prida, Araujo y Zamora, 2002).

Personas con amputación

Según la OMS (2011), se han encontrado, a nivel mundial, millones de personas con discapacidad de algún tipo y aproximadamente 200 millones presentan dificultad en su funcionamiento; además, también hubo una gran incidencia de enfermedades crónicas en el mundo como, por ejemplo, la diabetes en la cual muchos de los casos terminan en amputaciones de algún miembro.

Además, describe a la discapacidad como compleja; sin embargo, existen muchas intervenciones que tienen como finalidad poder aventajar a los múltiples inconvenientes, que son sistémicos y que varían dependiendo al entorno (OMS, 2011).

Gallar (2006), considera que uno de los momentos más difíciles de una persona es cuando recibe la noticia que debe someterse a una amputación, ya sea una mano, brazo, pierna, pie u otra. La persona entiende que es por bien de su salud, sin embargo, no es fácil el poder asumirla y/o aceptarla debido a que la amputación es la pérdida de una parte corporal lo que conlleva a que este tenga una impresión de verse antiestético. En muchos casos la amputación puede convertir a una persona en un minusválido o discapacitado, generando complicaciones para mantener la vida que tiene.

Ante la decisión de ser amputado, las personas suelen expresar su malestar, tristeza, enojo, frustración e incertidumbre, lo que conlleva a reacciones inadecuadas, haciéndolos entrar en uno de los periodos de negación ante esta situación. Estos casos mayormente se observan en todas las personas que se resisten a ser amputados, puesto que piensan que no podrán superar el procedimiento quirúrgico, que no serán los de antes, que tendrán que depender de otra persona y

en casos más extremistas mencionan que prefieren la muerte antes de someterse a tal procedimiento (Gallar, 2006).

Las personas que se encuentran con algún miembro amputado pueden presentar tres tipos de dolores neuropáticos: 1) Dolor fantasma (del miembro amputado), 2) Dolor del muñón y 3) Dolor mixto (fantasma y muñón).

Según López (2017) la amputación llega a ser muy significativa para la persona, provocando mucha preocupación y falta de esperanza para poder continuar con su vida, afectando así el factor psicológico, social y económico.

Es por eso que cada uno es el único arquitecto de su vida, y depende mucho de uno mismo lo que haga y deje de hacer para trabajar su proceso de rehabilitación (López, 2017).

2.3 Definición de términos básicos

Autoestima: Es la apreciación que se tiene de uno mismo, pudiendo ser positiva o negativa, dependiendo de si es una autoestima alta o baja respectivamente.

Tabla 2

Operacionalización de la variable autoestima

Definición	Dimensiones	Ítems	Calificación	Categorías
(Rosenberg, 1979): La autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el sí mismo. Se mide a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg – Modificada.	Positiva	1	Muy de	Nivel bajo: oscila de 10 puntos
		2	acuerdo	
	Negativa	3	De acuerdo	Nivel medio: oscila de 30 puntos
		4		
		5	En	Nivel alto: oscila de 40 puntos
		6	desacuerdo	
		7		
		8	Muy en	
	9	desacuerdo		
	10			

Tomada de: “Escala de autoestima” por M. G. García, 2018, *Autoestima y satisfacción*

Lesión medular: Se define como la alteración o pérdida de la movilidad, de la sensibilidad o del sistema nervioso autónomo causado por una alteración de las estructuras nerviosas que se encuentran dentro del conducto medular.

Amputación: Es toda acción quirúrgica de cortar y desprender un miembro o una parte del cuerpo, siendo esta una acción que cambiará totalmente la vida de una persona.

Personas con discapacidad: Son todas aquellas personas que presentan limitaciones y restricciones al momento de querer realizar sus actividades diarias.

Satisfacción con la vida: Es una autoevaluación de que tan satisfecho se encuentra uno de la calidad de vida que tiene.

Tabla 3

Operacionalización de la variable satisfacción vital

Definición	Ítems	Escala	Categorías
Diener (2006), indicó que la variable en estudio representa la “evaluación de la persona como una totalidad. Se toma en cuenta los aspectos de la vida y compara los estándares y su expectativa que la persona ha construido”.	1.	Escala Likert (ordinal)	Extremada insatisfacción: 5-9
	2.	1. Muy en desacuerdo	Insatisfacción: 10-14
	3.	2. Desacuerdo	Ligera insatisfacción: 15-19
	4.	3. Poco en Desacuerdo	Neutral: 20
	5.	4. Neutral	Ligera satisfacción: 21-25
		5. Poco de acuerdo	Satisfacción con la vida: 26-30
		6. De acuerdo	Extremada satisfacción: 31-35
		7. Muy de acuerdo	

Tomada de: “Escala de autoestima” por M. G. García, 2018, *Autoestima y satisfacción con la vida del Adulto mayor. Distrito Huamachuco*, p. 35. Copyright 2018 por Universidad Católica Los Ángeles Chimbote

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Supuestos científicos

Así como el marco teórico del tema de estudio, con el pasar de los años se demuestra la gran importancia de investigar y poder actualizar información de las personas con discapacidad en lo concerniente a la autoestima y satisfacción con la vida.

Las personas con discapacidad de tipo motora suelen presentar desconfianza en sí mismos al sentirse incapaces de realizar ciertas actividades que puedan representar una mayor dificultad; lo cual, en muchos, conlleva a que puedan sentirse abrumados/as, enojados, tristes y con impotencia de tener que depender de su cuidador, quien a veces suele ser un miembro de su familia (Marcolongo, 2017).

Debido a esto, en la presente investigación partimos del supuesto científico de que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y la satisfacción con la vida de las personas con discapacidad que asisten a un Hospital de las Fuerzas Armadas.

A continuación, algunas formulaciones concretas que ayudan al planteamiento de hipótesis:

Parto del supuesto de que las personas que tienen la autoestima elevada deberían estar satisfechas con la vida, a diferencia de las personas que tienen la autoestima baja, quienes probablemente no se encuentran satisfechos con la vida.

Además, el hecho de recordar constantemente que no logró todo lo que se propuso en la vida debido a la limitación que presenta le conllevaría a que no se encuentre satisfecho con la vida porque tiene aún pendientes por realizar y algunos que no podrá cumplirlos.

3.2 Hipótesis

3.2.1 General

Existe una relación directa y significativa entre la autoestima y la satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.

3.2.2 Específicas

H1.1: Existe una relación directa y significativa entre la dimensión autoconfianza (positiva) de autoestima y la satisfacción con la vida en personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.

H1.2: Existe una relación directa y significativa entre la dimensión autodesprecio (negativo) de autoestima y la satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.

3.3 Variables de estudio

En la presente investigación se encuentra la relación entre las siguientes variables:

1. Autoestima: Medida en función a los puntajes de la Escala de Autoestima de Rosenberg.
2. Satisfacción con la Vida: Medida a través de los puntajes de la Escala de Satisfacción con la vida.

Participantes:

Personas con discapacidad del sexo masculino y femenino con edades que oscilan entre los 19 y 80 años, y que tienen como diagnóstico médico lesión medular o amputación.

Contexto de estudio:

Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.

CAPITULO IV: MÉTODO

4.1 Población, muestra o participantes

4.1.1 Población

La población está compuesta por 200 personas con discapacidad siendo todas mayores de edad, con un rango de 19 a 80 años y que tienen el diagnóstico médico de lesión medular o amputación de un Hospital de las Fuerzas Armadas.

1.1.2. Muestra o participantes

Se utilizó el muestreo no probabilístico e intencional, siendo seleccionado por el investigador según los criterios requeridos (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018).

Se considerará una muestra constituida por 100 personas con discapacidad motora que tienen el diagnóstico de lesión medular o amputación; siendo una muestra considerable a pesar de la dificultad de acceder a este tipo de personas en el contexto de un Hospital de las Fuerzas Armadas.

Criterio de inclusión

Son todas las personas atendidas de un Hospital de las Fuerzas Armadas con discapacidad motora que presentan el diagnóstico de lesión medular o amputación y que decidieron participar voluntariamente del estudio, siendo mayores de edad. Además, que esten en facultades mentales óptimas para brindar información y responder a todos los ítems de los instrumentos aplicados.

Criterio de exclusión

Aquellas personas que no son atendidas de un Hospital de las Fuerzas Armadas con discapacidad motora y que no presentan el diagnóstico de lesión medular o amputación, que sean menores de edad y que no deseen participar del estudio. Asimismo, que estén en facultades mentales óptimas para brindar información pero que no hayan completado todos los ítems de los instrumentos aplicados.

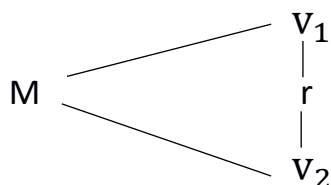
4.2 Tipo y diseño de investigación

4.2.1 Tipo de investigación

La presente investigación está enmarcada dentro del tipo descriptivo para Sánchez, Reyes y Mejía que “se orienta a describir el fenómeno e identificar las características de su estado actual. Lleva a las caracterizaciones y diagnóstico descriptivos” (2018, p. 80).

4.2.2 Diseño de investigación

De nivel correlacional, que “Tiene como objetivo establecer el grado de correlación estadística que hay entre dos variables en estudio” (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018, p. 51). Diseño de investigación no experimental, transaccional. No experimental porque tiene como “denominación para los estudios en los cuales no se aplica el método experimental. Fundamentalmente es de carácter descriptivo y emplea la metodología de observación descriptiva” (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018, p. 81). Transaccional (transversal) porque “Toma en cuenta una o varias muestras en un momento determinado” (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018, p. 55).



Dónde:

M : representa la muestra

v₁ : medición de la variable de autoestima

v₂: medición de la variable de satisfacción con la vida

r : relación de las variables de estudio

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recoger información de la unidad de análisis: personas con discapacidad motora con el diagnóstico de lesión medular o amputación de un Hospital de las Fuerzas Armadas, Lima Metropolitana, 2021, se utilizó la encuesta como técnica y las escalas de Autoestima de Rosenberg – Modificada (EA-Rosenberg) y Satisfacción con la Vida (SWLS) como instrumento. A continuación, se describen dichas escalas:

4.3.1 Escala de Autoestima de Rosenberg - Modificada

Rosenberg Self-Steem Scale (Rosenberg S-S) es el nombre original de dicha escala con una versión adaptada al español y que fue desarrollado por Atienza, Moreno y Balaguer en el año 2000 (García, 2018). El instrumento empleado es de tipo escala, teniendo como objetivos la evaluación del sentimiento de autosatisfacción, la relación entre la autoimagen real e ideal, y así mismo, medir las dimensiones de: autoconfianza y autodesprecio; siendo aplicable tanto para adolescentes y adultos. Esta prueba está conformada por diez ítems de escala tipo Likert, cinco ítems positivos y cinco negativos. Estos oscilan entre “Muy de acuerdo” con puntaje de cuatro y “Muy en desacuerdo” con puntaje de uno; la puntuación total se obtiene de la suma de la puntuación directa de los ítems 2, 5, 8, 9, 10 y de la puntuación invertida de los ítems 1, 3, 4, 6, 7.

Si el puntaje final oscila entre diez, treinta y 40 quiere decir que se tiene una baja autoestima, autoestima media y autoestima elevada respectivamente, el tiempo estimado para la realización de esta prueba es de 5 minutos, se puede administrar de manera individual o colectiva.

Validez y Confiabilidad: Se determinó la validez de la prueba en base al análisis factorial confirmatorio, que consideraron un modelo de dos factores, uno de autoestima positiva y el otro de autoestima negativa (Ventura-León, Caycho-Rodriguez y Barboza-Palomino, 2018). El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.86 (Vásquez, Vásquez-Morejón y Bellido, 2013); otros estudios la sitúan con una consistencia interna de entre 0.85 y 0.88 y con una fiabilidad de test-retest de 0.84 (García, 2018).

La escala de autoestima de Rosenberg muy aparte de haber sido elaborada y validada en 1965, ha sido traducida en 28 idiomas además de haber sido validada interculturalmente en 53 países. Siendo utilizada mayormente en el ámbito clínico y así valorar el nivel de autoestima.

En el Perú, ha sido utilizada la prueba por Villavicencio-Ramírez y Rivero-Álvarez (2014), siendo un estudio transversal que estuvo conformado por 520 adultos mayores en dos comedores de beneficencia pública de Lima. Utilizó el análisis descriptivo de los datos obtenidos y se realizó mediante frecuencias absolutas y porcentajes, además incluyó los parámetros descriptivos como mínimo, máximo y media. Tuvo como resultado en su investigación que efectivamente la mayoría de adultos mayores mostraron un nivel de autoestima bajo (62%), como nivel intermedio de autoestima (22%) y nivel alto de autoestima (20%). Debido a los puntajes obtenidos que

oscilan entre 12 y 37 puntos, la media general fue de 24 puntos (desviación estándar = 5,410).

Otra investigación encontrada en Perú - Lima fue de Contreras (2019) siendo un estudio correlacional de nivel descriptivo, su objetivo principal fue identificar la correlación entre Autoestima y Satisfacción con la Vida. Estuvo constituido por 250 personas, la muestra fue de tipo no probabilístico e intencional. Teniendo como resultado un nivel de baja autoestima con un porcentaje del 74%, 20% en nivel medio y 6% en nivel alto.

Dimensiones: valía personal, cuyo indicador es la valoración, que podría ser positiva o negativa, del auto concepto, y capacidad personal, que tiene como indicador el hacer las cosas que uno se propone con éxito (Contreras, 2019).

4.3.2 Escala de Satisfacción con la Vida

La Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, Emmons, Larsen y Griffin es su nombre original siendo creada en 1985. Este instrumento tiene como objetivo la evaluación general de la vida de la persona. Consta de 5 ítems de tipo Likert con puntaje del 1 al 7 que representan el nivel de acuerdo o desacuerdo en relación con cada pregunta, teniendo la opción de responder si es que se está totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, además, solo mide una dimensión y es la cognitiva. Los puntajes de la categoría de corrección son los siguientes: si el puntaje va de 31 a 35 se considera una extremada satisfacción con la vida, si va de 26 a 30 se considera satisfacción con la vida, si va de 21 a 25 se considera ligera satisfacción, si es de 20 se considera neutral, si va de 15 a 19 se considera una ligera insatisfacción, si va de 10 a 14 se considera insatisfacción y, por último, si va de 5 a 9 se considera extremada insatisfacción.

Validez y Confiabilidad: Se determinó la validez de la prueba por análisis factorial teniendo como único factor que explicaba 66% de varianza. En relación a la escala de bienestar se estudió la correlación entre SWLS y escala de Fordyce, escala de Gurin y escala D-T, teniendo como resultados una correlación mayor a 0.58 en cada una de las mencionadas. En otro estudio con muestra de adultos mayores se encontró una correlación de 0.80 entre SWLS y otras mediciones de satisfacción con la vida. Todos los estudios dan como respaldo la validez de SWLS puesto que las propiedades psicométricas de la SWLS reportan un coeficiente Alpha Cronbach de 0.87 como confiabilidad del instrumento. Estos autores llegaron a realizar investigaciones acerca de la estabilidad temporal empleando el método test-retest habiendo tenido un margen de dos meses de diferencia entre las aplicaciones. El coeficiente de estabilidad fue de 0.82 lo cual asegura su confiabilidad a la escala (Del Risco, 2007).

En el Perú, ha sido utilizada la prueba por Martínez (2004) quien realizó un análisis por consistencia interna con el método de Alpha Cronbach de 0.81 que evidencia la confiabilidad de la prueba. Asimismo, también realizó un análisis factorial, arrojando un único factor que explica la varianza del 57.63%. Esto demuestra relación con los resultados de estudios mencionados anteriormente (Del Risco, 2007).

Otro estudio hallado en Perú – Lima es el de López (2017) el cual tuvo como objetivo principal describir la relación entre resiliencia y satisfacción con la vida. La muestra se encontró conformada por 151 adultos mayores de ambos sexos, con edades que oscilan de 60 hasta 91 años y que acuden a cuatro Centros públicos del adulto mayor con una media de 74.86 y una desviación estándar de 6.71. A pesar de ser una investigación de diseño no probabilístico intencional, los resultados que se obtuvo del

presente estudio fueron de un coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0.86, siendo este valor superior al obtenido en la validación de Martínez en el 2004. Sin embargo, guarda ligera similitud con el obtenido en la versión original de 0.87 y teniendo una varianza del 64.54% cuyos resultados se encuentran dentro de los parámetros aceptables.

Dimensión: es cognitiva, que concierne a la apreciación que tiene la persona de su vida dando inicio a los juicios cognitivos como tipo de evaluación en su totalidad o por áreas específicas (López, 2017).

4.4 Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos

4.4.1 Procedimiento

La investigación se realizó a las personas con discapacidad motora con el diagnóstico de lesión medular o amputación que acudieron a un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana. El acceso para dicha muestra fue debido a que el investigador realizó un año de internado en dicho hospital.

El acercamiento a las personas con discapacidad será de manera virtual debido a la situación actual en la que nos encontramos en donde se tiene una alta incidencia de contagios por COVID-19. Se les brindará toda información respectiva para su participación en el estudio siendo de carácter anónimo y voluntario para la aplicación de los instrumentos a través del consentimiento informado. Asimismo, se procederá a enviar un link donde marcarán para el llenado de datos sociodemográficos y posteriormente la aplicación de la Escala de Autoestima y Escala de Satisfacción con la Vida de forma individual y en adecuadas condiciones.

De esta manera la información que se recogerá será completamente anónima, a tal punto que los participantes y la institución no puedan ser reconocidos por personas ajenas a la investigación. En efecto, toda información recopilada será guardada y archivada en un lugar seguro y confidencial.

En relación a la muestra, se seleccionará a las personas con discapacidad motora que asistían a consulta o terapia al Hospital, de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos.

4.2.2 Técnicas de procesamiento de datos

Además de analizar los datos de la Autoestima y Satisfacción con la vida se procedió con la presentación de los resultados y contrastación de las hipótesis en función de los objetivos de la presente investigación.

Como la investigación sigue un diseño descriptivo correlacional y trata fundamentalmente de relacionar variables, previa determinación de la normalidad de la muestra con el uso de la Kolmogorov-Smirnov. Si la muestra resulta normal utilizaré la técnica de correlación de Pearson pero si los datos no me salen dentro de una distribución normal entonces utilizaré la técnica de correlación estadística de Spearman–Brown. También se utilizó el estadístico descriptivo como la media, mediana y la desviación estándar con la finalidad de determinar en qué nivel se encuentran los sujetos en cada variable. Las hipótesis las probaré un nivel de significación del 0.05.

Para el funcionamiento de estas técnicas estadísticas se utilizó el programa IBM SPSS v.26 para ser procesados y analizados estadísticamente.

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1 Presentación de datos

Una vez culminada la recopilación de los datos de las 100 personas evaluadas, se determinó que todas las pruebas fueron llenadas correctamente y fueron sometidas a la evaluación estadística que se mostrará a continuación; todo participante de este estudio, cumplió con la premisa de ser mayor de edad y de tener discapacidad motora (lesión medular y amputación) y haber sido atendido en dicho hospital.

En la tabla 4 se presenta la distribución de la muestra según el sexo y nivel educativo, teniendo como resultado 78 personas de sexo masculino y 22 personas del sexo femenino. En dicha tabla predomina el sexo masculino con 31 personas con educación secundaria completa. Por el contrario, respecto al sexo femenino, la muestra es de 8 con educación secundaria completa y educación técnica.

Tabla 4

Distribución de personas con discapacidad motora según sexo y nivel educativo

		Educación					Total
		primaria completa	secundaria completa	secundaria incompleta	técnico	Superior	
Sexo	Masculino	1	31	0	30	16	78
	Femenino	1	8	1	8	4	22
Total		2	39	1	38	20	100

En la tabla 5 se presenta la distribución de la muestra según el trabajo y diagnóstico. Predomina tanto en el personal militar y civil con una muestra de 44 y 15 respectivamente que presentan el diagnóstico de lesión medular.

Tabla 5

Distribución de personas con discapacidad motora según trabajo y diagnóstico

		Diagnóstico		Total
		lesión medular	amputación	
Trabajo	Civil	15	7	22
	Militar	44	34	78
Total		59	41	100

En la tabla 6 se muestra los resultados que se obtuvieron luego de haber calificado la prueba de Autoestima y Satisfacción con la vida, así como información de la media, mediana y desviación estándar de la muestra, donde se puede apreciar que autoestima presenta una media de 20.70 y 21, siendo nivel baja y, mientras que satisfacción tiene como puntaje 13.90 y 14, ubicándose en el nivel de insatisfacción. Además, presenta una desviación estándar de 3.71 en autoestima y 3.21 en satisfacción.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de las variables de autoestima y satisfacción con la vida (n=100)

	Autoestima	nivel	Satisfacción	nivel
Media	20,70	Baja	13,90	Insatisfacción
Mediana	21,00	Baja	14,00	Insatisfacción
Desviación	3,71		3,21	

5.2 Análisis de datos

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con los puntajes alcanzados en los dos instrumentos; dichos resultados pueden ser apreciados en la tabla 7, la cual corresponde a las dos variables, siendo los valores de niveles de significación mayor a .05; por ende, la significancia

del estudio de las variables es normal, lo cual indica que la distribución sigue la curva de normalidad.

Tabla 7

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las variables de autoestima y satisfacción

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	GI	Sig.
Autoestima	,078	100	,140
Satisfacción	,080	100	,112

En la tabla 8 se utilizó la prueba paramétrica de Pearson; de esta manera, se observa que la hipótesis general guarda una correlación significativa entre la autoestima y satisfacción con la vida ($r=,451$; $p<0,000$). Por otro lado, se puede percibir que existe también una correlación entre la dimensión positiva y satisfacción con la vida, la cual corresponde a una correlación significativa ($r=,443$; $p<0,000$); asimismo, se observa que existe correlación significativa ($r=,433$; $p<0,000$) entre la dimensión negativa y satisfacción con la vida, por tanto, se aceptan las hipótesis específicas que plantean tales relaciones. Además, el R² toma un valor alto e indica que el 0.75 de la variación de la satisfacción con la vida esta explicada por la autoestima, esto quiere decir que tanto la hipótesis general como las hipótesis específicas se confirman.

Tabla 8

Correlación entre la autoestima, sus dimensiones con satisfacción y R cuadrado

	Satisfacción	Sig. (bilateral)	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
Autoestima	,451*	,000	,451 ^a	,752	,075	3,17757
Positiva	,443	,000				
Negativa	,433	,000				

* $p<0.5$

5.3 Análisis y discusión de resultados

En el presente estudio, se tuvo como finalidad conocer la relación entre la autoestima y satisfacción con la vida de las personas con discapacidad motora. Partimos de la suposición que una buena autoestima se consigue al generar su propia interdependencia, al expresar una opinión, aceptar nuevos retos, al ser decidido en cada aspecto de su vida (Mora y Raich, 2006). De esta idea se desprende que si una persona posee una buena autoestima será capaz de afrontar la vida de una manera positiva, generando así, ese bienestar consigo mismo, lo que le permitirá tener una mayor posibilidad de alcanzar la felicidad, y a su vez, conseguir lo que se proponga. En consecuencia, esto permitirá que las personas vean de otra manera la vida y con un enfoque más optimista. Gallar (2006) menciona que uno de los momentos más difíciles para una persona es cuando recibe la noticia que tiene discapacidad motora; al tener este diagnóstico médico la persona pasa por una serie de cambios en su vida, que a su vez se convertirán en grandes desafíos, los cuales deberá de afrontar para así lograr no depender de su cuidador. Si bien este proceso es de un recorrido muy largo y complicado, una vez que se haya logrado derrumbar las ideas y pensamientos negativos que ocasionan actitudes displicentes, podrá aceptar su diagnóstico de manera positiva, lo que le será muy beneficioso puesto que, al aceptarse así mismo con su discapacidad dará el primer paso que lo llevará hacia el cambio, tanto en sus pensamientos como en sus acciones (Branden, 1996).

Al analizar el nivel en el cual se encuentra la muestra por variables encontramos que, tanto en autoestima como en satisfacción con la vida se observan niveles bajos (Ver tabla 6). Probablemente estos resultados se deban a la coyuntura actual en la que nos encontramos, puesto que las personas han pasado de llevar sus terapias de rehabilitación en un hospital con áreas especializadas de medicina física y rehabilitación, en donde les brindaban terapias acordes a su

diagnóstico, charlas sobre como establece un plan de vida, talleres de autoconocimiento, acompañamiento psicológico, entre otras; con la finalidad de fomentar en la persona el deseo de superar su condición de discapacidad, a encontrarse en casa sin poder realizarlas; esta idea se ve reforzada con lo que dice la OMS (2020), quien señala que las personas con discapacidad presentan limitaciones tanto de manera parcial o temporal, y que, además, la causa de esta limitación les impide poder realizar sus actividades diarias; es por esto que el llevar sus terapias de manera constante es una necesidad vital para ellos. Es así, que, de acuerdo al enfoque propuesto por Diener, las personas hacen una valoración total de su vida comparando lo que tienen con lo que quieren obtener (Cabañero et ál., 2004). Además, se acepta el postulado de Rosenberg (1973), quien propuso que la autoestima tiene que ver con la valoración propia y que puede conllevar a tener una actitud de aceptación o de rechazo (Moreno, 2007).

Con respecto a la hipótesis general referida a la correlación entre autoestima y satisfacción con la vida (ver tabla 8), se puede observar que, se acepta la hipótesis encontrándose una correlación positiva significativa. De acuerdo a estos resultados se puede asumir que la autoestima se relaciona con la satisfacción con la vida, ya que, si la persona con discapacidad motora muestra una baja autoestima de sí mismo, quiere decir que no conoce sus fortalezas, no se auto valora, no se acepta y tiene una actitud de poco auto respeto; por consiguiente, también habrá baja satisfacción con la vida, lo cual conlleva a que no se esfuerce en cumplir ni en realizar sus actividades cotidianas, buscando siempre que otra persona lo haga por él/ella. Por tal motivo, es importante estos resultados encontrados, siendo de vital importancia en la adaptación del individuo con el entorno; puesto que el concepto que tenga de sí mismo referente a su vida, sea positivo o negativo, será o no una motivación para lograr un mejor bienestar físico, teniendo predisposición a buscar ser más independiente al realizar sus tareas diarias y desempeñarse más

frente a las dificultades, coincidiendo con los resultados que obtuvo la investigación realizada por Contreras (2019).

Para el caso de la primera hipótesis específica, la dimensión autoconfianza (positiva) de la autoestima y su relación con la satisfacción con la vida (ver tabla 8), se observa que, se acepta la hipótesis específica encontrándose una correlación positiva significativa. La percepción que tiene una persona de sí misma determinará si afrontará nuevos retos, así como el grado de independencia con el que los realice, esto se debe a que “la dimensión de autoestima positiva (o autoconfianza) es el eje teórico de la autoestima global” (Ceballos-Ospino et ál., 2017, p. 3). En otras palabras, si la persona con discapacidad motora tiene una autoestima positiva, tendrá una mayor confianza y respeto consigo mismo, logrando así sentirse más a gusto con la vida que lleva y más competente en todo aspecto de la misma.

En cuanto a la segunda hipótesis específica, la dimensión de autodesprecio (negativo) de la autoestima y su relación con la satisfacción con la vida (ver tabla 8), también se encuentra una correlación significativa aceptando la hipótesis específica. Esta dimensión evalúa el nivel de desprecio o poco respeto que la persona tiene de sí mismo. Coopersmith sostiene que la autoestima tiene como punto principal la evaluación personal y la actitud que puede ser positiva o negativa de uno mismo. Además, Rosenberg definía a la autoestima como la valoración propia de uno mismo y el proceso de tener una actitud de aceptación y rechazo (Moreno, 2007). Con estos resultados se podría decir que, si la persona con discapacidad motora tiene un nivel de autoestima bajo y a su vez negativo esto conllevará a que su satisfacción con la vida se vea afectada, generando lo que se conoce como insatisfacción con la vida.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones generales y específicas

Luego de analizar los resultados se ha podido llegar a las conclusiones que se presentan a continuación.

- a) Se permite concluir que existe una baja autoestima e insatisfacción con la vida en las personas con discapacidad.
- b) Se acepta la hipótesis general; ya que, existe una relación positiva significativa entre la autoestima y satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.
- c) Se acepta la primera hipótesis específica; ya que, existe una relación positiva y significativa entre la dimensión positiva de autoestima y satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.
- d) Se acepta la segunda hipótesis específica; ya que, existe una relación positiva y significativa entre dimensión negativa de autoestima y satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana.

6.2 Recomendaciones

Por todo lo anteriormente mencionado y con los datos obtenidos se recomienda lo siguiente:

- a) Se recomienda seguir investigando a personas con discapacidad sobre variables psicológicas como resiliencia, motivación, entre otros, en el contexto de COVID-19, ya

que, como es un contexto nunca experimentado anteriormente, ha ocasionado un incremento en los problemas de salud mental.

- b) Hacer una investigación en la que se determine cuál es el tipo de soporte social que están dando las familias de personas con discapacidad.
- c) Se recomienda seguir investigando en otros hospitales de Lima Metropolitana para tener un mejor alcance de cómo se encuentran la población que presenta discapacidad.
- d) Hacer un estudio comparativo a cerca de la forma en que afrontan sus problemas las personas con diferentes tipos de discapacidad.
- e) Los hospitales de Lima Metropolitana deben tener a su personal bien capacitado para prestar servicios sanitarios adecuados y así, puedan realizar un trabajo interdisciplinario, el cual cuente con un programa de mejoramiento de la calidad de vida; esto con la finalidad de promover una mayor motivación en las personas con discapacidad para que estas puedan desarrollar nuevas habilidades (físicas y psicológicas), necesarias para afrontar su discapacidad.
- f) Finalmente seguir implementando e invirtiendo en los servicios y programas de rehabilitación en todos los Hospitales de Lima Metropolitana con el propósito de poder mejorar su funcionamiento y la autonomía de las personas con discapacidad que asisten a sus terapias en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación.

6.3 Resumen. Términos clave

La finalidad de este estudio fue determinar si la Autoestima y la Satisfacción con la vida se encuentran relacionados en un grupo de personas con discapacidad, con el diagnóstico de lesión medular y amputación de un Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima Metropolitana. El estudio fue intencional y tuvo una muestra de 100 adultos de ambos sexos; de los cuales 78 fueron

hombres y 22 mujeres. Se emplearon las siguientes escalas de Autoestima de Rosenberg y la de Satisfacción con la Vida. Como principal resultado, se encontró la existencia de una correlación positiva y significativa entre las variables, reafirmando que la autoestima guarda una relación con la satisfacción con la vida.

Palabras claves: Autoestima, Satisfacción con la vida, pacientes discapacitados, amputados, lesión medular.

6.4 Abstract. Key words

The purpose of this study was to determine if Self-esteem and Satisfaction with life are related in a group of people with disabilities, with the diagnosis of spinal cord injury and amputation in a Hospital of the Armed Forces of Metropolitan Lima. The study was intentional and had a sample of 100 adults of both sexes; of which 78 were men and 22 women. The following Rosenberg Self-Esteem and Satisfaction with Life scales were used. As the main result, the existence of a positive and significant correlation between the variables was found, reaffirming that self-esteem is related to satisfaction with life.

Keywords: self esteem, satisfaction with life, disabled patient, amputation

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2000). Variables psicológicas asociadas con la felicidad. *Persona*, 3, 147-157.
<https://doi.org/10.26439/persona2000.n003.810>
- Aldana, M. K. (2020). *Satisfacción laboral y calidad de vida en personas con y sin discapacidad motriz* [tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del estado de México]. Repositorio Institucional UAEM.
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/109333/SATISFACCION%20LABORAL%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20PERSONAS%20CON%20Y%20SIN%20DISCAPACIDAD%20MOTRIZ%20%282%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Alfaro, N. D. (2019). *Autoestima y satisfacción con la vida en los pacientes del programa de control de tuberculosis del hospital materno-infantil de villa el salvador, lima, 2019* [tesis de licenciatura, Universidad Católica los Ángeles]. Repositorio Institucional ULADECH CATOLICA.
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/15634/AUTOESTIMA_SATISFACCION_VIDA_ALFARO_COVENAS_NATHALY_DEL_CARMEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Amate, E. A. y Vásquez, A. J. (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/719/9275316163.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Aparicio, M. L. (2009). Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. *Fundación Dialnet*, 1, 129-138. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2962512>
- Arias W. L., Huamani, J. C., y Caycho-Rodríguez, T. (2018). Satisfacción con la vida en escolares de la ciudad de Arequipa. *Propósitos y Representaciones*, 6(1), 351-407. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2018.v6n1.206>
- Arroyo, B. L. (2017). *Autoestima y satisfacción con la vida de los integrantes del centro del adulto mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo* [tesis de licenciatura, Universidad Católica los Ángeles]. Repositorio Institucional ULADECH CATOLICA. http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2173/AUTOESTIMA_SATISFACCION_CON_LA_VIDA_ARROYO_ZAVALETA_BELINDA_LUZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Barriga, E. W. (2019). *Nivel de autoestima y su influencia en la satisfacción con la vida en el personal de tropa del servicio militar voluntario del cuartel Santiago Salaverry Arequipa – 2018* [tesis doctoral, Universidad Nacional de San Agustín]. Repositorio Institucional UN SA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10623>
- Barros, V. A. (2016). *Programa de desarrollo personal para fortalecer los niveles de autoestima en los usuarios del servicio de integración laboral para personas con discapacidad* [tesis de licenciatura, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional UDA. <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6217/1/12429.PDF>

Bender, J. E., Hernández, E., Prida, M., Araujo, F. y Zamora, F. (2002). Caracterización clínica de pacientes con lesión medular traumática. *Rev Mex Neuroci* 3(3), 135-142.
<http://www.ujaen.es/investiga/cvi296/FisioNeuro/Seminario24.pdf>

Branden, N. (1994). *Los seis pilares de la Autoestima*. Paidós.
<https://books.google.com.pe/books?id=MfhI44CDPMMC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Branden, N. (1996). *Cómo mejorar su autoestima*. Paidós

Branden, N. (2011). *El poder de la Autoestima*. Paidós.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45072983/EL_PODER_DE_LA_AUTOESTIMA.pdf?1461600019=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEL_PODER_DE_LA_AUTOESTIMA.pdf&Expires=1614130049&Signature=fPuZTrCIbyOQSyrKckEkeEtJdDoUJrTwyYH8bH9Ejy08YY2ywopazQdpHtLRWn1KNPhs1r6VzIUWqeg8dCtJ4M4mU8sZAsl99faC4PUUSrL7WG~UObhe50zP5TjJVpDtk6kltA4~-hWEObV432N24nlgVfNbnlcA4fgJnj8c~tXzrWRuM9e6gyH8pOKO1A--wSMe4nhdDLfUGJAokjPCvc-iATbFRCu2onzFcwPuM6RCqukOcq8o-Y7-DoxBvV7HAHwoeKbhRcdIWozTbaGf9DAHe7DwCdj5B5B6I4tB0MqysWEk1QHyultNRoFIDdRse5cG9ptwCnt~mnfyG1QSJA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Cabañero, J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres

embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
<http://www.psicothema.com/pdf/3017.pdf>

Ceballos-Ospino, G., Paba-Barbosa, C., Suescún, J., Celina, H., Herazo, E. y Campo-Arias, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 29-39.
<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a03.pdf>

Contreras, R. (2019). *Autoestima y satisfacción vital en los pobladores del asentamiento humano Rinconada del Sol, San Juan de Lurigancho, 2019* [tesis de licenciatura, Universidad Católica los Ángeles]. Repositorio Institucional ULADECH.
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/15602/AUTOESTIMA_SATISFACCION_VITAL_CONTRERAS_SALAS_ROLANDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Del Risco, P. M. (2007). *Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor* [tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP.
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/399/DEL_RISCO_AIRALDI_PATRICIA_SOPORTE_SOCIAL_SATISFACCION.pdf?sequence=1&isAllowed=y

DIRSAPOL. (2018, 13 de diciembre). *¿Cómo es el servicio de medicina física y rehabilitación en el Hospital PNP "LNS"?* [Video]. Youtube.
https://www.youtube.com/results?search_query=medicina+fisica+y+rehabilitacion+pnp&ab_channel=DIRSAPOL

Gallar, M. G. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. (4.^a ed.). Ediciones Paraninfo.

García, M. G. (2018). *Autoestima y satisfacción con la vida del Adulto mayor. Distrito Huamachuco* [tesis de licenciatura, Universidad Católica los Ángeles]. Repositorio Institucional ULADECH CATOLICA.
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/8205/AUTOESTIMA_SATISFACCION_%20GARCIA%20_NUNUVERO_MARILIN_GREGORIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lerner, L. (2007). *Del automaltrato a la autoestima*. Lugar Editorial

Llanos, R. (2019). *Autoestima y satisfacción vital en mujeres víctimas del centro de salud, “Pedro López Guillen”, Huarochiri, 2019* [tesis de licenciatura, Universidad Católica los Ángeles]. Repositorio Institucional ULADECH.
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/15598/AUTOESTIMA_SATISFACCION_VITAL_LLANOS_PANDURO_RUTH.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López, C. F. (2017). *Resiliencia y Satisfacción con la Vida en adultos mayores que asisten a CAM's en Lima Metropolitana* [tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional UPC.
https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/622941/lopez_FC.pdf?sequence=5&isAllowed=y

López, L. (2017). *Eficacia del metodo kabat y de terapia del espejo para mejorar la calidad de vida en pacientes amputados por diabetes mellitus, hospital almanzor aguinaga asenjo, chiclayo – 2017* [tesis doctoral, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio

<http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/3146/BC-TES-TMP-1940.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lugo, L. H., y García, H. I. (2009). Descripción de la calidad de vida en una cohorte de pacientes con Lesión Medular en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. *Revista Colombiana De Medicina Física Y Rehabilitación*, 19(2), 14-27.
<https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/33>

Marcolongo, G. (2017). *4 motivos por los que personas con discapacidad no consiguen empleo*. Incluyeme. <https://www.incluyeme.com/4-motivos-los-personas-discapacidad-no-consiguen-empleo/>

Mckay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima Evaluación y mejora*. (J. Vigil, trad.). Ediciones Martínez Roca. https://tuxdoc.com/download/autoestima-evaluacion-y-mejora-matthew-mckay-y-patrick-fanning_pdf

Mora, M. y Raich, R. M. (2006). *Autoestima*. Síntesis

Moreno, B. (2007). *Psicología de la Personalidad* (1.ª ed.). Editorial Paraninfo.

Moyano, N. C., Martínez, M. y Muñoz, M. P. (2013). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 12(2), 161–168. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281931436008.pdf>

Observatorio nacional de la discapacidad. (2020). *Inscripciones en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad*. Conadis.

<https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/inscripciones-en-el-registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad-octubre-2020/>

Organización de las Naciones unidas. (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. Naciones Unidas.
<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Organización mundial de la salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ediciones OMS. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1

Organización mundial de la salud. (2020). *Discapacidad y salud*. Ediciones OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Ortega, R. A. (2017). *Factores protectores o de riesgo de la satisfacción con la vida adultos mayores. Zona 7* [tesis para título de especialista, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio institucional UNL.
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18317/1/TESIS%20LISTA.pdf>

Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 16, 381-414.
<https://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>

Rea, P. (2015). *Psicología positiva: La autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor en personas con discapacidad motriz* [tesis de máster, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional UVA.
<http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11145/TFM-G400.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books.

Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística* (1.^a ed.). Universidad Ricardo Palma.
<https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>

Smith, D. G. y Skinner, H. B. (2014). *Amputaciones. H. B. Skinner y P. J. McMahon (coord.), Diagnóstico y tratamiento en ortopedia* (5.^a ed.). McGRAW-Hill Medical.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1596§ionid=98181103>

Suarez, G. T. (2017). *Grado de satisfacción con la vida de las madres de familia del asentamiento humano Violeta Ruesta, del distrito de Castilla provincia Piura, 2015* [tesis de licenciatura, Universidad Católica los Ángeles]. Repositorio Institucional ULADECH CATOLICA.

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2077/SATISFACCION_CON_LA_VIDA_ADULTEZ_SUAREZ_VIDAL_GABRIELA_TATIANA.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Vásquez, A. J., Vásquez-Morejón, R. y Bellido, G. (2013). Fiabilidad y Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31, 37-43.
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/296>

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87–116. <http://hdl.handle.net/1765/16195>

Ventura-León, J., Caycho-Rodriguez, T. y Barboza-Palomino, M. (2018). Evidencias psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg en adolescentes Limeños.

<https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/363/pdf>

Verdugo, Z. Y. (2017). *Calidad de vida de las personas con discapacidad en relación a la funcionalidad familiar Loja 2016* [tesis de título especialista, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Institucional UNL.

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18268/3/CD%20INFORME%20FINAL%20TESIS%20CALIDAD%20DE%20VIDA.pdf>

Vidaña, L., Fernández-Castro, J., Ezquerro, S., Merchán, J. y Rodríguez, M. (2018). Relación entre roles y satisfacción vital en personas con discapacidad física. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 18(2), 53 - 63. doi:10.5354/0719-5346.2018.48879

Villavicencio-Ramírez, I. J. y Rivero-Álvarez, R. P. (2014). Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la sociedad pública de beneficencia de lima metropolitana 2011. *Revista científica Alas Peruanas*. 1(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.21503/sd.v1i1.422>

World Health Organization. (2013). *International Perspectives on Spinal Cord Injury*. ISCOS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94190/9789241564663_eng.pdf;jsessionid=9429E05D6E63EC162A770CC19752A6CB?sequence=1

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He recibido información suficiente sobre el trabajo de investigación titulada: “AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE UN HOSPITAL DE LAS FUERAS ARMADAS, LIMA METROPOLITANA, 2021”, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el mismo.

De la información recibida he comprendido:

- Que el objetivo de la investigación consiste en determinar el nivel de autoestima y satisfacción con la vida en las personas con discapacidad de un Hospital de las Fuerzas Armadas, Lima Metropolitana, 2021.
- Que mi participación es voluntaria y consiste en la aplicación de dos instrumentos de investigación.
- Que puedo retirarme del estudio si lo considero conveniente.
- Que mi participación no entraña ningún riesgo en mi salud.
- Que mis datos personales serán protegidos mediante el anonimato y los resultados no serán usados contra mi persona.
- Que mi participación no me generará gasto alguno.

Por lo manifestado, “Acepto consciente y libremente participar en el trabajo de investigación anteriormente mencionado, habiendo recibido información suficiente sobre mi participación”.

SI

NO

ANEXO 2
ENCUESTA

Diagnóstico:

Lesión medular () Amputación ()

Sexo:

F () M ()

Edad:.....

Estado civil:

Soltera/o () Casada/o () Conviviente ()
Separada/o () Viuda/o () Divorciada/o ()

Número de hijos/as:

Nivel de instrucción:

Primaria completa () Primaria incompleta () Secundaria completa ()
Secundaria incompleta () Técnico () Superior ()

Trabajo:

Civil (): Dependiente () Independiente () No trabajo ()
Militar (): Actividad () Retiro () Sometido a Ley ()