

ESTUDIOS D E PSICOLOGÍA

2007-28/3

FUNDACIÓN INFANCIA Y APRENDIZAJE

Sumario / Contents

REVISIONES Y REFLEXIONES / REVIEWS AND REFLEXIONS

- 283 Análisis de la enunciación: distinciones operativas para un análisis dialógico del discurso
(Utterance analysis: Operative distinctions for a dialogical discourse analysis)
Antonia Larraín y Lorena Medina
- 303 De la psicología del drama al drama de la psicología. La relación entre la *vida* y la *obra* de Lev S. Vygotski
(From the psychology of drama to the drama of psychology: The relationship between the *life* and *work* of Lev S. Vygotsky)
Pablo del Río y Amelia Álvarez

INFORMES DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH REPORTS

- 333 Análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario Autoconcepto Forma 5 en estudiantes universitarios
(Analysing the psychometric properties of the questionnaire "Autoconcepto Forma 5" in a sample of university students)
Juan-Luis Núñez, José Martín-Albo, José-Gregorio Navarro y Fernando Grijalvo
- 343 Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos
(Physical disability: Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms)
José-Ignacio Pérez y Maite Garaigordobil
- 359 Discapacidad visible y no visible: diferencias en el autoconcepto
(Visible and non visible Disability: Differences in self-concept)
Carolina Fernández, M^a Dolores López-Justicia y M^a Tamara Polo
- 369 Efectos del entrenamiento en conciencia fonológica y reglas de correspondencia grafema-fonema en la adquisición del lenguaje escrito de adultos analfabetos
(Effects of phonological awareness and phoneme-grapheme correspondence training on illiterate adults' literacy acquisition)
M^a Villa Carpio, Silvia A. Defior y Fernando Justicia

Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos

JOSÉ-IGNACIO PÉREZ Y MAITE GARAIGORDOBIL

Universidad del País Vasco



Resumen

El estudio tiene 3 objetivos: 1) analizar el autoconcepto, la autoestima y diversos síntomas psicopatológicos en personas con y sin discapacidad motriz; 2) explorar la existencia de diferencias de género en el autoconcepto, la autoestima y síntomas psicopatológicos en ambas muestras; y 3) estudiar las relaciones existentes entre el autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en los participantes con y sin discapacidad motriz. La muestra está configurada con 165 participantes, de 19 a 40 años, 128 sin discapacidad y 37 con discapacidad motriz. El estudio emplea una metodología descriptiva y selectiva, administrando 3 instrumentos de evaluación: LAEA, EA, SCL-90-R. Los resultados del ANOVA confirman que no existen diferencias en autoconcepto y autoestima entre las personas con y sin discapacidad motriz, sin embargo, las personas con discapacidad motriz tienen puntuaciones superiores en varios síntomas (obsesión-compulsión, ansiedad fóbica, psicoticismo y en el índice de distrés por los síntomas), mientras que las personas sin discapacidad motriz tienen puntuaciones superiores en síntomas de somatización. Los resultados del ANOVA no han encontrado diferencias de género en ninguna variable ni en el grupo con discapacidad motriz ni en el grupo sin discapacidad. Los coeficientes de Pearson evidencian relaciones significativas inversas del autoconcepto y la autoestima con el total de síntomas psicopatológicos en los participantes con y sin discapacidad motriz.

Palabras clave: Discapacidad motriz, autoconcepto, autoestima, psicopatología.

Physical disability: Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms

Abstract

The purpose of this study is three-fold: 1) to analyse self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in subjects with and without physical disability; 2) to explore the existence of gender differences in self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in the two samples; 3) to study the relationships between self-concept/self-esteem and psychopathological symptoms. The sample is made up of 165 participants aged 19 to 40 years, 128 without and 37 with physical disability. The study uses descriptive and selective methodology. To measure study variables three assessment instruments were applied: LAEA, EA, SCL-90-R. The ANOVA results show that there were no significant differences between participants with and without physical disability in self-concept and self-esteem. However, participants with physical disability had higher scores in various psychopathological symptoms (obsession-compulsion, phobic anxiety, psychoticism, and a positive symptom distress index), while participants without physical disability had higher scores in somatisation. According to ANOVA analysis, neither the group of physical disability nor the group without physical disability evidenced significant gender differences in any variable. Pearson coefficients showed significant inverse relationships between self-concept/self-esteem and total psychopathological symptoms in participants with and without disability.

Keywords: Physical disability, self-concept, self-esteem, psychopathology.

Agradecimientos: El estudio que se expone ha sido financiado por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad del País Vasco (1/UPV 00006.231-H-15910/2004).

Correspondencia con los autores: José Ignacio Pérez. Dep. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa 70. 20018 Donostia-San Sebastián. Tfno: 943 – 01 56 41 / Fax: 943 – 01 56 70. E-mail: joseignacio.perez@ehu.es (<http://www.sc.ehu.es/joseignacio> – <http://www.sc.ehu.es/garaigordobil>)

Discapacidad motriz: conceptualización

El término discapacidad motriz hace referencia a una alteración de la capacidad del movimiento que implica en distinto grado a las funciones de desplazamiento y/o de manipulación, bucofonatorias o de la respiración que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Generalmente son la consecuencia de lesiones medulares, parálisis cerebral, distrofias musculares, esclerosis múltiple, etcétera (Crespo, 2005). Independientemente de su etiología, para clasificar los trastornos motrices observados en las distintas patologías se utilizan frecuentemente criterios tales como 1) la topografía del trastorno motor: tetraplejía (afectación de los cuatro miembros), paraplejía (afectación de dos miembros, superiores o inferiores), hemiplejías (afectación de dos miembros de un lado u otro del cuerpo), diplejías (afectación indistinta de dos miembros cualquiera) y monoplejía (afectación de un solo miembro); y 2) las características del movimiento: espasticidad (tono muscular excesivo), hipotonía (disminución del tono muscular), distonía (alteración del tono muscular caracterizada por espasmos de contracción intermitente), etcétera. Sin embargo, a menudo resulta imposible situar a un afectado en una de estas categorías, debido a la existencia de formas de transición entre unos y otros de los grupos así caracterizados. Además, en buena parte de los casos, la categorización taxonómica se dificulta aún más por la existencia de trastornos asociados, tales como déficit visual y/o auditivo, o la presencia relativamente frecuente de retraso intelectual (bien como consecuencia de un trastorno primario o como resultado de la propia discapacidad motriz).

Autoconcepto-autoestima y discapacidad motriz

Al igual que en el resto de las discapacidades, el autoconcepto y la autoestima resultan variables críticas en el estudio de la discapacidad motriz. La comparación social desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la autoestima, puesto que la persona se evalúa en comparación con los otros. En este sentido, cualquier información negativa que se derive de este proceso en base a limitaciones significativas en el funcionamiento de alguna de las habilidades adaptativas supone una amenaza potencial para la autoestima y un riesgo para la salud, puesto que diversos estudios han evidenciado la relación entre comparación social negativa y problemas psicológicos (Allen y Gilbert, 1995; Buunk, Zurriaga y González, 2006; Swallow y Kuiper, 1988). Las investigaciones llevadas a cabo sobre el autoconcepto y la autoestima de las personas con discapacidades motrices arrojan resultados contradictorios, y a pesar de que los resultados de algunas de ellas evidencian que el autoconcepto-autoestima de las personas con esta discapacidad es habitualmente negativo (McDaniel, 1976; Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor y Swank, 2003; Taleporos y McCabe, 2005; Tam y Watkins, 1995), son muchos los trabajos que no evidencian diferencias significativas entre el autoconcepto-autoestima de personas con y sin discapacidad motriz (Antle, 2004; Blake y Rust, 2002; Manuel, Balkrishnan, Camacho, Smith y Koman, 2003; Wright, 1983).

En lo que a las diferencias de género se refiere, los resultados de los estudios que han analizado las diferencias de género en el autoconcepto y la autoestima en adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad motriz no evidencian diferencias significativas (Antle, 2004; Hansen, 1995; King, Schultz, Steel, Gilpin y Cathers, 1993; Stevens, Steele, Jutai y Kalnins, 1996; Tam y Watkins, 1995), en la línea de otros trabajos que tampoco las han encontrado en la población general (Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005; Lameiras y Rodríguez, 2003; Matud, Ibáñez, Marrero y Carballeira, 2003).

Síntomas psicopatológicos y discapacidad motriz

Los resultados de diversos estudios han mostrado que la discapacidad motriz aumenta el riesgo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta, especialmente trastornos depresivos (Cox, 1999; Kokkonen, Kokkonen y Saukkonen, 1998; Turner y Turner, 2004; Turner y Beiser, 1990; Turner y McLean, 1989). Otras investigaciones la relacionan con trastornos psicósomáticos (Kokkonen *et al.*, 1998), y con un aumento de la sensibilidad interpersonal y desequilibrio en el control de los impulsos (Leyendecker, 2004); sin embargo, también resaltan la gran variabilidad interpersonal y la existencia de factores protectores, fundamentalmente el apoyo social (Antle, 2004; Cox, 1999; Leyendecker, 2004).

La literatura sobre la discapacidad motriz no evidencia diferencias significativas en función del género, salvo en el caso de adultos con un diagnóstico de retraso mental asociado, lo que aumenta significativamente la probabilidad en los hombres de que concurren conductas agresivas (Erickson, 2000). Sin embargo, en lo que a la población sin discapacidad motriz se refiere, las mujeres parecen mostrar en muchos estudios mayores niveles de síntomas psicopatológicos tanto en los índices globales del SCL-90 como en alguna de sus dimensiones. En concreto, en población general española González de Rivera y colaboradores (González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez Abuín y Rodríguez Pulido, 2002) hallaron en las mujeres puntuaciones superiores en las dimensiones de somatización, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, así como en el índice sintomático general, el total de síntomas positivos y el índice de distrés o malestar por los síntomas.

Objetivos e hipótesis del estudio

El estudio tiene 3 objetivos: 1) analizar comparativamente el autoconcepto, la autoestima y diversos síntomas psicopatológicos en personas de 19 a 40 años, con y sin discapacidad motriz; 2) explorar la existencia de diferencias de género en el autoconcepto, la autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin discapacidad motriz; y 3) estudiar las relaciones existentes entre el autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en personas con y sin discapacidad motriz. La investigación plantea 5 hipótesis: 1) Las personas con discapacidad motriz tendrán puntuaciones en autoconcepto y autoestima significativamente inferiores respecto a las personas sin discapacidad. 2) Las personas con discapacidad motriz tendrán puntuaciones significativamente superiores en síntomas psicopatológicos respecto a las personas sin discapacidad; 3) No se encontrarán diferencias de género ni en el autoconcepto ni en la autoestima, de los participantes con o sin discapacidad motriz; 4) Las mujeres tendrán puntuaciones superiores en síntomas psicopatológicos; y 5) Los participantes con alto autoconcepto y autoestima tendrán pocos síntomas psicopatológicos.

Metodología

Participantes

La muestra global está configurada por 165 participantes de 19 a 40 años de edad, pertenecientes a las tres provincias de la Comunidad Autónoma Vasca, 128 sin discapacidad motriz y 37 con discapacidad motriz.

Los 37 participantes con discapacidad motriz fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad (19-22, 23-30, 31-40) de entre todos los usuarios de la *Asociación de ayuda a la Parálisis Cerebral y Alteraciones Afines de Guipúzcoa (ASPACE)* con suficiente desarrollo cognitivo como para comprender las cuestiones planteadas en los instrumentos de evaluación. Esta asociación está constituida por padres y amigos de personas afectadas de Parálisis

Cerebral y alteraciones afines. En la actualidad la componen 1800 socios y utilizan sus servicios en alguna de sus modalidades en torno a 450 usuarios. Su misión es mejorar la calidad de vida de las personas con Parálisis Cerebral y alteraciones afines, así como de su entorno, comprometiéndose en el desarrollo de servicios y programas que funcionan en base a principios normalizados. Aunque originariamente la muestra de personas con discapacidad motriz fue de 43 participantes, se eliminaron del estudio aquellos que en el momento de la evaluación acudían al psicólogo debido a la existencia de un trastorno mental (depresión, ludopatía, angustia...), resultando una muestra final configurada por 37 participantes de 19 a 40 años, de los cuales el 56.8% son varones (21 personas) y el 43.2% mujeres (16 personas). Esta muestra contiene participantes con distintos niveles de estudios: sin estudios (45.9%), estudios primarios (40.5%), secundarios (2.7%), y FP o Bachiller (10.8%). El 91.9% son trabajadores manuales en talleres protegidos. Todos tienen certificado de discapacidad, con porcentajes de discapacidad que oscilan entre el 65% y el 96%. Respecto al diagnóstico emitido por ASPACE, la etiología de la discapacidad motriz se relaciona en un 70% con parálisis cerebral infantil (26 participantes), en un 10.8% con un traumatismo que generó lesión cerebral (4 participantes), y en un 2.7% (1 participante respectivamente) con lesión medular prenatal, espina bífida, síndrome de Prader Willy, artrogriposis, cuadro neurológico progresivo, ataxia telangiectásica, y anoxia perinatal. Respecto a la edad en la que se produjo la discapacidad motriz, un 81.1% la tiene desde el nacimiento, un 13.5% informa que se produjo entre los 2 y los 7 años, y el 5.4% desarrolló este problema entre los 18 y los 20 años de edad. Dentro de la topografía del trastorno motor un 32.4% tiene diagnóstico de tetraplejia, un 27% de diplejia, un 21.6% de tetraparesia, un 8.1% de hemiplejia, y un 2.7% respectivamente de paraplejia, paraparesia y triplejia. El principal trastorno motor en un 37.8% no está especificado, en un 29.7% se debe a espasticidad, en un 27% a distonía, así como en un 2.7% respectivamente a flacidez y a degeneración progresiva. Por otro lado, un 37.8% no tiene asociado retraso mental, sin embargo, un 8.1% tiene inteligencia límite (70-80), un 45.9% tiene retraso mental ligero (50/55-70), y un 8.1% retraso mental moderado (35/40-50/55). Excepto 3 participantes (8.1%) que tiene una deficiencia visual asociada, el resto, 34 personas (91.9%) no presenta otras deficiencias. El 73% (27) requiere desplazamiento asistido, el 5.4% (2) no necesita desplazamiento asistido pero tiene alguna dificultad para desplazarse, mientras que el 21.6% (8) no tiene problemas de desplazamiento. El 40.5% (15) tiene dificultades de manipulación y un 8.1% (3) tiene un nivel de manipulación nula. Una gran parte de la muestra con discapacidad motriz, es decir, 26 personas (70.3%) no presenta problemas de comprensión oral, sin embargo, 17 personas (45.9%) tiene problemas de expresión oral, dificultades con la articulación, el tono de voz... En lo que se refiere a la comprensión escrita, 24 participantes no tienen dificultades (64.9%), mientras que el 24.3% (9) tiene algunos problemas de comprensión, y 10.8% (4) manifiestan tener una comprensión escrita nula. Y en la capacidad de expresión escrita, el 40.5% tiene dificultades mientras que el 10.8% manifiesta tener un nivel de expresión escrita nula. Únicamente un 5.4% (2) emplea ordenador.

La selección de participantes sin discapacidad motriz fue aleatoria. Para ello se tomó como referencia la muestra de un estudio previo llevado a cabo con 1579 personas de 12 a 65 años, realizado en la Comunidad Autónoma Vasca a partir de los censos de las tres capitales de las provincias: Bilbao, San Sebastián y Vitoria. En este estudio previo se tuvieron en cuenta diversos estratos: índice de población en cada ciudad, sexo, nivel de estudios, ocupación laboral... y se empleó un muestreo aleatorio simple, eliminándose personas que en el momen-

to de la evaluación se encontraban en tratamiento psicológico debido a la existencia de un trastorno mental. Para seleccionar los 128 participantes del estudio comparativo actual se tuvo en cuenta que tuvieran cierto nivel de homogeneidad con las características de la muestra con discapacidad motriz (edad, estudios, ocupación...). De los 128 participantes sin discapacidad motriz el 57.8% son varones (74), mientras que el 42.2% son mujeres (54). La población sin discapacidad motriz contiene personas con distintos niveles de estudios: sin estudios (0.8%), primarios (51.6%) y secundarios (47.7%), así como con distintos niveles de ocupación: estudiantes (10.2%), trabajadores manuales (74.2%), profesionales y trabajadores de actividades intelectuales (3.9%), amas de casa (9.4%), y parados (2.3%). Los coeficientes de la Chi-cuadrado de Pearson para variables como sexo, $\chi^2 = 0.01$, $p > .05$, edad, $\chi^2 = 24.38$, $p > .05$, asistencia psicológica en el pasado, $\chi^2 = 0.40$, $p > .05$, o actualmente, $\chi^2 = 17.78$, $p > .05$, evidencian que no existen diferencias entre ambos grupos muestrales en estas variables. Sin embargo, se constatan algunas diferencias en el nivel de estudios, $\chi^2 = 83.65$, $p < .05$, con un porcentaje superior de participantes sin estudios en el grupo con discapacidad motriz, y así mismo se evidencian ciertas diferencias en el nivel de ocupación laboral, $\chi^2 = 21.06$, $p < .05$, con un porcentaje un poco superior de trabajadores manuales e inferior de estudiantes en la muestra de participantes con discapacidad.

Diseño y Procedimiento

El estudio realizado emplea una metodología descriptiva y selectiva. Para evaluar las variables objeto de estudio se administran tres instrumentos de evaluación: La escala de autoestima (EA, Rosenberg, 1965), el Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos (LAEA) (Garaigordobil, en prensa), y el Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 2002). La batería de evaluación fue aplicada a los participantes sin discapacidad motriz por psicólogos y estudiantes de psicología formados en seminarios con esta finalidad. La aplicación de las pruebas se llevó a cabo en 2 sesiones de evaluación. En el caso de los participantes con discapacidad motriz, la administración de los instrumentos fue realizada por los tutores-educadores de los participantes, supervisados por el responsable del centro. La aplicación fue individual. En primer lugar, se les explicó brevemente el objetivo de la investigación y a continuación se procedió a la administración de los instrumentos de evaluación, leyendo conjuntamente cada pregunta, recogiendo las respuestas de los participantes y aclarando las dudas que puntualmente surgían sobre el significado de alguno de los ítems de los cuestionarios.

Instrumentos de Evaluación

Con la finalidad de medir las variables dependientes se administran 3 instrumentos de evaluación con adecuadas garantías psicométricas de fiabilidad y validez.

LAEA. Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos (Garaigordobil, en prensa). El listado está compuesto por 57 adjetivos y se solicita al evaluado que valore en una escala de estimación de 0 a 4 (nada-mucho) en qué grado estos adjetivos le definen o describen su personalidad. Un estudio realizado con una muestra de 634 participantes obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de .92, y un coeficiente de Spearman-Brown de .83. La fiabilidad test-retest obtenida con una muestra de 142 estudiantes universitarios y un intervalo de 40 días fue alta ($r = .83$, $p < .001$), evidenciando la estabilidad temporal de la prueba. Para analizar la validez del LAEA, se realizaron correla-

ciones con otros instrumentos que miden el autoconcepto (AF-5, García y Musitu, 1999) y con una escala de autoestima (EA, Rosenberg, 1965), obteniéndose correlaciones significativas del LAEA con el AF-5 ($r = .71, p < .001$) y con la EA ($r = .63, p < .001$) que muestran validez de constructo.

EA. Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). Evalúa la autoestima general con 10 afirmaciones que aluden a sentimientos globales de autovaloración (en general estoy satisfecho conmigo mismo), 5 de los cuales están redactados en sentido positivo y 5 en sentido negativo. La persona debe leer las afirmaciones e informar en qué medida pueden ser aplicadas a él mismo, haciendo la valoración sobre una escala de tipo Likert con 4 categorías de respuesta (de muy de acuerdo a muy en desacuerdo). La fiabilidad de la prueba ha sido ampliamente documentada en la literatura. McCarthy y Hoge (1982) han informado de coeficientes de consistencia (α de Cronbach) que se sitúan entre .74 y .77, y de fiabilidad test-retest de .63 (intervalo de 7 meses) y de .85 (intervalo de 2 semanas). La validez de la escala como medida unidimensional de la autoestima ha sido también comprobada en varios estudios (Rosenberg, 1965; Silber y Tippet, 1965).

SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado (Derogatis, 2002). Este autoinforme está compuesto por 90 ítems distribuidos en 10 escalas psicopatológicas: *somatización* (vivencias de disfunción corporal, con alteraciones neurovegetativas de los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular), *obsesión-compulsión* (conductas, pensamientos e impulsos que la persona considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar), *sensibilidad interpersonal* (sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales), *depresión* (vivencias disfóricas, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, ideas autodesestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos), *ansiedad* (manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda o "pánico", incluye signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas), *hostilidad* (pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento), *ansiedad fóbica* (miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación o de huida, con un mayor peso en la escala de los síntomas de agorafobia y fobia social que los de la fobia simple), *ideación paranoide* (conducta paranoide, que incluye suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control), *psicoticismo* (espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia leve hasta la psicosis florida, y que en la población general se relaciona más con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta), y *escala adicional* (síntomas misceláneos que constituyen un claro referente de depresión melancólica). Del sumatorio de las puntuaciones de las 10 escalas se obtiene una puntuación total en el SCL-90-R. Además la prueba permite calcular el *índice sintomático general* (GSI), medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global, el *total de síntomas positivos* (PST), número de síntomas presentes, y el *índice de distrés de síntomas positivos* (PSDI), que relaciona el sufrimiento o "distrés" global con el número de síntomas. Resultados de estudios con muestra española (González de Rivera et al., 2002) sugieren buena fiabilidad de la prueba, siendo coherentes con los del autor (Derogatis, 2002). Los coeficientes α oscilan entre .81 y .90. La estabilidad temporal (entre .78 y .90) con un intervalo

test-retest de una semana muestra estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo. Otros estudios de validez muestran la relación entre el perfil de las dimensiones sintomáticas y el grupo diagnóstico al que pertenece la muestra clínica, encontrando puntuaciones significativamente mayores en las muestras psiquiátricas que en las muestras no clínicas (de las Cuevas y González de Rivera, 1991). Los estudios originales del autor con muestras americanas evidencian la validez de constructo (Derogatis y Cleary, 1977) y la convergente dadas las altas correlaciones de las dimensiones sintomáticas con el MMPI en pacientes psiquiátricos (Derogatis, Rickels y Rock, 1976), así como validez de criterio o empírica (Derogatis, 2002).

Resultados

Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin discapacidad motriz

Con la finalidad de comparar el autoconcepto, la autoestima y diversos síntomas psicopatológicos en personas con y sin discapacidad motriz (ambos sin trastornos mentales), se calcularon las medias, desviaciones típicas y se realizó un análisis de varianza (ANOVA) que puso de relieve los resultados que se presentan en la tabla I.

TABLA I
Diferencias en autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos entre personas con y sin discapacidad motriz

	Sin Discapacidad Motriz (<i>n</i> = 128)		Con Discapacidad Motriz (<i>n</i> = 37)		Anova <i>F</i> (1, 163)
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
Autoconcepto	151.59	25.04	156.78	33.32	1.01
Autoestima	31.50	3.36	31.03	4.40	0.26
Somatización	9.85	6.42	6.73	5.90	7.05 **
Obsesión-compulsión	7.76	5.87	11.86	7.92	11.82 ***
Sensibilidad interpersonal	6.53	5.58	7.89	8.16	1.36
Depresión	7.91	7.10	10.16	8.22	2.67
Ansiedad	5.07	5.71	6.51	7.94	1.50
Hostilidad	3.36	3.46	2.86	3.71	0.58
Ansiedad fóbica	1.31	2.24	2.64	3.99	6.88 *
Ideación paranoide	4.28	3.40	3.94	4.28	0.25
Psicoticismo	2.32	2.99	4.73	7.10	9.85 **
Adicional (depresión melancólica)	4.76	4.18	4.54	5.62	0.07
Total síntomas psicopatológicos	53.11	35.81	61.89	50.18	1.42
GSI Índice sintomático general	0.59	0.39	0.68	0.55	1.36
PST Total de síntomas positivos	33.46	18.29	33.18	18.86	0.00
PSDI Índice estrés síntomas positivos	1.54	0.63	1.83	0.69	5.87 *

+ *p* < .09 * *p* < .05 ** *p* < .01 *** *p* < .001

Como se puede observar en la tabla I, las personas con discapacidad motriz, comparados con las que no tienen esta discapacidad, no tenían diferencias significativas ni en el autoconcepto, $F(1, 163) = 1.01, p > .05$, ni en la autoestima, $F(1, 163) = 0.26, p > .05$. En lo que se refiere a los síntomas psicopatológicos, se encontraron diferencias en algunas escalas. Se hallaron puntuaciones superiores en las personas con discapacidad motriz en síntomas de obsesión compulsión,

$F(1, 163) = 11.82, p < .001$, ansiedad fóbica, $F(1, 163) = 6.88, p < .05$, en psicoticismo, $F(1, 163) = 9.85, p < .01$, y en el índice de distrés por los síntomas, $F(1, 165) = 5.87, p < .05$, mientras que las personas con discapacidad motriz mostraban puntuaciones inferiores en síntomas de somatización, $F(1, 163) = 7.05, p < .01$.

Para ratificar los resultados obtenidos en el análisis de varianza (ANOVA) se ha realizado la prueba de Levene para la igualdad de varianzas poniéndose de relieve la existencia de varianzas desiguales en el autoconcepto, los síntomas de ansiedad fóbica, de psicoticismo y en el índice de distrés. Teniendo en cuenta estos datos se ha llevado a cabo un análisis T-test para explorar las diferencias significativas en las medias entre los grupos con y sin discapacidad motriz cuyos resultados pueden observarse en la tabla II.

TABLA II
Igualdad de varianzas (Levene) y diferencias entre los grupos con y sin discapacidad motriz en las variables objeto de estudio (T-test)

Variables	Levene	T-test
Autoconcepto	6.59 *	-0.87
Autoestima	0.41	0.51
Somatización	0.54	2.65 **
Obsesión-compulsión	3.63	-3.43 ***
Sensibilidad interpersonal	4.01	-1.16
Depresión	0.43	-1.63
Ansiedad	2.74	-1.22
Hostilidad	0.00	0.76
Ansiedad fóbica	6.36 *	-1.94 *
Ideación paranoide	0.56	0.50
Psicoticismo	19.81 ***	-2.08 *
Adicional (depresión melancólica)	1.75	0.26
Total síntomas psicopatológicos	0.52	-1.19
GSI Índice sintomático general	0.52	-1.16
PST Total de síntomas positivos	0.04	0.08
PSDI Índice distrés síntomas positivos	4.68 *	-2.29 *

+ $p < .09$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Como se puede observar en la tabla II, los resultados confirman diferencias entre los grupos con y sin discapacidad motriz en las mismas variables, ratificando los resultados obtenidos en el ANOVA. Por otro lado, los resultados del análisis multivariado (MANOVA) para el conjunto de las variables evaluadas (autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos), Traza de Pillai, $F(1, 163) = 12.78, p < .001$, confirman la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos (con y sin discapacidad motriz), siendo el tamaño del efecto grande ($\eta^2 = .587; r = .76$).

Variables que discriminan entre personas con y sin discapacidad motriz

Se llevó a cabo un análisis discriminante utilizando como variable de agrupación la pertenencia al grupo con y sin discapacidad. Se tomaron como variables independientes (VIs) las puntuaciones de los participantes en autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. En la tabla III se ofrecen los resultados obtenidos (estadísticos de contraste de la función discriminante, coeficientes estandarizados y peso de las variables discriminantes en la función).

TABLA III
Estadísticos de contraste de la función discriminante, coeficientes estandarizados y peso de las variables discriminantes en la función

Funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig
1	0.622	69.19	7	.000
Variables discriminantes	Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas		Relación variables discriminantes-función	
Síntomas SCL-90-R				
Somatización		-0.668		-0.279
Obsesión-compulsión		1.112		0.389
Sensibilidad interpersonal		-0.516		0.119
Ideación paranoide		-0.512		-0.041
Psicoticismo		0.924		0.316
Adicional		-0.717		-0.016
Índice de distres por síntomas		0.467		-0.253

Como puede observarse en la tabla III, de todas las VIs incluidas, las que muestran mayor peso en la función discriminante, es decir, las que más contribuyen a diferenciar los grupos, son las variables psicopatológicas y, en concreto (en orden decreciente en valores absolutos según su poder de predicción), los síntomas de obsesión-compulsión, de psicoticismo, de somatización, y el índice de distres por los síntomas positivos. El estadístico Lambda de Wilks global para el modelo obtenido paso a paso permite valorar el grado de diferenciación existente entre los grupos tomando como referencia las VIs incluidas en cada paso y los resultados obtenidos certifican la significatividad de los dos ejes discriminantes, con lo que su capacidad explicativa es buena, es decir, separa bien los grupos con y sin discapacidad motriz. Los resultados de la prueba de Box ($M = 91.047$, $F = 3.00$, $p < .001$) sobre igualdad de las matrices de covarianza constata diferencias significativas entre ambas condiciones.

Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos: Diferencias de género en personas con y sin discapacidad motriz

Para explorar la existencia de diferencias de género en el autoconcepto, la autoestima, y los síntomas psicopatológicos en participantes con y sin discapacidad motriz, se realizó un análisis de varianza (ANOVA). Los resultados obtenidos en las personas con discapacidad motriz se presentan en la tabla IV, y los obtenidos en personas sin discapacidad se exponen en la tabla V.

Como se puede observar en la tabla IV y V, no se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres en ninguna de las variables evaluadas, es decir, ni en el autoconcepto, ni en la autoestima, ni en síntomas psicopatológicos. Estos resultados se confirman tanto en los participantes con discapacidad motriz (ver Tabla IV), como en la muestra de personas sin esta discapacidad (ver Tabla V).

Relaciones del autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en personas con y sin discapacidad motriz

Se llevó a cabo un análisis de las relaciones entre el autoconcepto y la autoestima con diversos síntomas psicopatológicos tanto en participantes con discapaci-

TABLA IV
Diferencias de género en autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con discapacidad motriz

	Varones + Mujeres (n = 37)		Varones (n = 21)		Mujeres (n = 16)		Anova F (1, 35)
	M	DT	M	DT	M	DT	
Autoconcepto	156.78	33.32	151.71	33.08	163.43	33.50	1.12
Autoestima	31.03	4.40	30.29	4.02	32.00	4.80	1.39
Somatización	6.73	5.90	6.42	5.69	7.12	6.33	0.12
Obsesión-compulsión	11.86	7.92	10.71	6.15	13.37	9.79	1.02
Sensibilidad interpersonal	7.89	8.16	6.66	5.97	9.50	10.37	1.09
Depresión	10.16	8.22	9.00	6.31	11.68	10.22	0.97
Ansiedad	6.51	7.94	4.95	3.69	8.56	11.20	1.92
Hostilidad	2.86	3.71	2.47	2.67	3.37	4.80	0.52
Ansiedad fóbica	2.64	3.99	1.57	1.80	4.06	5.49	3.80 +
Ideación paranoide	3.94	4.28	3.23	2.73	4.87	5.69	1.34
Psicoticismo	4.73	7.10	3.33	3.33	6.56	10.00	1.92
Adicional (depresión melancólica)	4.54	5.62	3.09	2.68	6.43	7.71	3.42 +
Total síntomas psicopatológicos	61.89	50.18	51.47	24.70	75.56	69.85	2.15
GSI Índice sintomático general	0.68	0.55	0.57	0.27	0.83	0.77	2.16
PST Total de síntomas positivos	33.18	18.86	32.23	16.13	34.43	22.43	0.12
PSDI Índice distrés síntomas positivos	1.83	0.69	1.65	0.52	2.07	0.83	3.51 +

+ $p < .09$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

TABLA V
Diferencias de género en autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos totales en una muestra de persona sin discapacidad motriz

	Varones + Mujeres (n = 128)		Varones (n = 74)		Mujeres (n = 54)		Anova F (1, 126)
	M	DT	M	DT	M	DT	
Autoconcepto	151.59	25.04	149.04	25.84	155.41	23.54	1.79
Autoestima	31.50	5.13	31.54	5.18	31.45	5.09	0.00
Somatización	9.85	6.42	9.02	6.05	11.00	6.79	2.99
Obsesión-compulsión	7.76	5.87	7.74	6.32	7.79	5.26	0.00
Sensibilidad interpersonal	6.53	5.58	6.31	6.19	6.83	4.66	0.27
Depresión	7.91	7.10	7.04	6.65	9.11	7.57	2.68
Ansiedad	5.07	5.71	4.55	5.24	5.79	6.28	1.48
Hostilidad	3.36	3.46	3.48	3.88	3.20	2.81	0.20
Ansiedad fóbica	1.31	2.24	1.08	2.06	1.63	2.45	1.87
Ideación paranoide	4.28	3.40	4.25	3.70	4.33	2.99	0.01
Psicoticismo	2.23	2.99	2.04	3.05	2.50	2.91	0.73
Adicional (depresión melancólica)	4.76	4.18	4.51	4.16	5.11	4.22	0.63
Total síntomas psicopatológicos	53.11	35.81	50.05	37.18	57.31	33.72	1.28
GSI Índice sintomático general	0.59	0.39	0.55	0.41	0.63	0.37	1.28
PST Total de síntomas positivos	33.46	18.29	31.55	18.55	36.09	17.75	1.93
PSDI Índice distrés síntomas positivos	1.54	0.63	1.54	0.71	1.55	0.49	0.01

+ $p < .09$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

dad motriz como en personas sin discapacidad cuyos resultados se presentan en la tabla VI.

TABLA VI
Correlaciones entre el autoconcepto, y de la autoestima con síntomas psicopatológicos totales en una muestra de personas con y sin discapacidad motriz

	Sin Discapacidad Motriz (n = 128)		Con Discapacidad Motriz (n = 37)	
	LAEA Autoconcepto	EA Autoestima	LAEA Autoconcepto	EA Autoestima
Somatización	-.19 *	-.20 *	-.15	-.21
Obsesión-compulsión	-.30 ***	-.31 **	-.45 **	-.42 **
Sensibilidad interpersonal	-.41 ***	-.42 ***	-.29 +	-.36 *
Depresión	-.24 **	-.37 ***	-.22	-.35 *
Ansiedad	-.16 +	-.21 *	-.23	-.29 +
Hostilidad	-.23 **	-.28 ***	-.27 +	-.29 +
Ansiedad fóbica	-.11	-.13	-.14	-.21
Ideación paranoide	-.15	-.20 *	-.28 +	-.22
Psicoticismo	-.22 *	-.18 *	-.21	-.30 +
Adicional (depresión melancólica)	-.16 +	-.26 **	-.27	-.27
Total síntomas psicopatológicos	-.30 ***	-.36 ***	-.32 *	-.38 *
GSI Índice sintomático general	-.30 ***	-.36 ***	-.32 *	-.38 *
PST Total de síntomas positivos	-.28 **	-.34 ***	-.45 **	-.50 **
PSDI Índice distrés por síntomas positivos	-.07	-.14	-.23	-.12

+ $p < .09$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Los coeficientes de correlación obtenidos (ver Tabla 6) evidencian diferencias entre los participantes con y sin discapacidad motriz. Los resultados ponen de relieve la existencia de correlaciones significativas negativas del autoconcepto y la autoestima con muchos de los síntomas psicopatológicos explorados en las personas sin discapacidad motriz (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, psicoticismo, depresión melancólica, total síntomas psicopatológicos, índice sintomático general, total síntomas positivos). Por consiguiente, los datos sugieren que las personas con alto autoconcepto y autoestima sin discapacidad motriz tenían pocos síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, psicoticismo, depresión melancólica). Sin embargo, los coeficientes de correlación obtenidos con personas con discapacidad motriz difieren de los obtenidos por personas sin discapacidad, ya que las personas con discapacidad motriz que tenían alto autoconcepto y autoestima presentan puntuaciones bajas en síntomas de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, en el total de síntomas psicopatológicos, en el índice sintomático general, y en el total de síntomas positivos. No obstante, en ambas muestras se constata que los participantes con alto autoconcepto y autoestima tienen pocos síntomas psicopatológicos en general.

Discusión

Los resultados han puesto de relieve que en autoconcepto-autoestima no existen diferencias significativas entre personas con y sin discapacidad motriz. Estos resultados refutan la hipótesis 1 que proponía puntuaciones inferiores en las personas con discapacidad motriz. Los resultados contradicen los obtenidos en diversos trabajos (McDaniel, 1976; Nosek *et al.*, 2003; Taleporos y McCabe, 2005; Tam y Watkins, 1995), que han encontrado que el autoconcepto-autoestima de las personas con esta discapacidad era habitualmente negativo. Sin embar-

go, apuntan en la misma dirección que algunos trabajos recientes que no evidencian diferencias significativas entre el autoconcepto-autoestima de personas con y sin discapacidad motriz (Antle, 2004; Blake y Rust, 2002; Manuel *et al.*, 2003; Wright, 1983). La explicación quizás podríamos encontrarla en un modelo social de la discapacidad, desde el cual se propone que las dificultades a las que se tienen que enfrentar las personas con una discapacidad motriz están más influenciadas por su realidad social que por las características físicas de su propia discapacidad (Longmore, 1995; Oliver, 1996). Así, a pesar de que tanto las personas con discapacidad motriz como sus familias continúan teniéndose que enfrentar a muchos prejuicios e ideas equivocadas sobre la discapacidad motriz (Balter, 1999; Harper, 1999; Hebl y Kleck, 2000; Oliver, 1996), quizás resulta progresivamente más fácil en la sociedad occidental reajustar los valores y aceptar la discapacidad de forma tal que se integre adecuadamente en el propio autoconcepto. En este sentido, Naugle (1988) señala que si la discapacidad es percibida de una forma más realista tanto por el individuo como por su familia, las expectativas pasarán de estar centradas en las habilidades afectadas a centrarse en el propio individuo, en el desarrollo de estrategias compensatorias y en la estructuración o reestructuración del autoconcepto.

En segundo lugar, los resultados del estudio han puesto de relieve que las personas con discapacidad motriz tienen puntuaciones significativamente superiores respecto a las personas sin discapacidad en síntomas psicopatológicos tales como, síntomas de obsesión-compulsión (conductas, pensamientos e impulsos que la persona considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar), de ansiedad fóbica (miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación o de huida), psicoticismo (sentimientos de alienación social), y en el índice de distrés o sufrimiento por los síntomas. Sin embargo paradójicamente, las personas con discapacidad motriz tuvieron puntuaciones significativamente más bajas en somatización. Este resultado tal vez pudiera deberse a la propia naturaleza de la escala utilizada para la evaluación de la somatización, que quizás no recoja adecuadamente los síntomas relacionados con las vivencias de disfunción corporal más característicos del colectivo con discapacidad motriz; otra explicación podría derivar del nivel de edad inferior (adolescentes y jóvenes) de los participantes de los estudios previos que relacionan la discapacidad motriz con trastornos psicosomáticos (Kokkonen *et al.*, 1998), ya que quizás la edad podría ser un factor determinante a la hora de referir este tipo de problemas o de integrarlos en su propia vivencia de la discapacidad. Por consiguiente, los datos de este trabajo ratifican parcialmente la hipótesis 2, y en general apuntan en la dirección de los estudios que han mostrado que la discapacidad motriz aumenta el riesgo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta; no obstante no se confirma el mayor nivel de trastornos depresivos (Cox, 1999; Kokkonen *et al.*, 1998; Turner y Turner, 2004; Turner y Beiser, 1990; Turner y McLean, 1989), psicosomáticos (Kokkonen *et al.*, 1998) y de la sensibilidad interpersonal (Leyendecker, 2004) que se ha hallado en otros estudios. Cabe señalar como posible explicación a estos resultados la gran variabilidad interpersonal y la existencia de factores protectores —fundamentalmente el apoyo social— en el desarrollo o no de síntomas psicopatológicos en este colectivo (Antle, 2004; Cox, 1999; Leyendecker, 2004).

En tercer lugar, no se han encontrado diferencias de género en el autoconcepto y en la autoestima, ni en el grupo con discapacidad motriz ni en el grupo sin discapacidad. Estos resultados confirman la hipótesis 3, que planteaba que no se hallarían diferencias de género ni en el autoconcepto ni en la autoestima, y son coherentes con los obtenidos en otros estudios realizados con adolescentes y

adultos con discapacidad motriz que tampoco evidenciaron diferencias significativas (Antle, 2004; Hansen, 1995; King *et al.*, 1993; Stevens *et al.*, 1996; Tam y Watkins, 1995), o los realizados con grupos sin discapacidad motriz (Garaigordobil *et al.*, 2005; Lameiras y Rodríguez, 2003).

Por otro lado, los resultados del estudio ponen de relieve que en síntomas psicopatológicos no existen diferencias entre varones y mujeres, ni en la muestra con discapacidad motriz ni en las personas sin discapacidad, por lo que se refuta la hipótesis 4, que proponía que las mujeres tendrían más síntomas psicopatológicos. Los resultados ratifican los obtenidos en otros estudios sobre discapacidad motriz que no han evidenciado diferencias significativas en función del género, salvo en el caso de adultos con un diagnóstico de retraso mental asociado, lo que aumenta la probabilidad en los hombres de que concurren conductas agresivas (Erickson, 2000). Sin embargo, contradicen los resultados de estudios llevados a cabo con población sin discapacidad en los que las mujeres tenían mayores niveles de síntomas psicopatológicos, evidenciándose puntuaciones superiores en las dimensiones de somatización, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, así como en los tres índices del SCL-90 (González de Rivera *et al.*, 2002). Tal vez un factor que puede explicar la discrepancia con los resultados del estudio de González de Rivera *et al.* (2002) es el mayor nivel de estudios de su muestra en comparación con la muestra que se utiliza en este trabajo, en la que no se han incluido personas con estudios superiores ni universitarios. Algunos análisis exploratorios realizados con otras muestras (Garaigordobil, en prensa) han permitido observar que a mayor nivel de escolarización, mayores son las diferencias entre varones y mujeres en síntomas psicopatológicos, observándose superiores puntuaciones en las mujeres.

Finalmente, los coeficientes de correlación obtenidos muestran algunas diferencias entre los grupos con y sin discapacidad motriz. Los resultados sugieren que las personas sin discapacidad motriz con bajo autoconcepto y autoestima tenían muchos síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, psicoticismo, adicionales, total de síntomas psicopatológicos, en el índice sintomático general, y en el total de síntomas positivos). Sin embargo, los coeficientes de correlación obtenidos con personas con discapacidad motriz, ponen de relieve que los participantes con bajo autoconcepto y autoestima únicamente presentan puntuaciones elevadas en síntomas de obsesión-compulsión, de sensibilidad interpersonal, en el conjunto total de síntomas psicopatológicos, en el índice sintomático general, y en el total de síntomas positivos. Con todo, los resultados sugieren que, en general, las personas con alto autoconcepto y autoestima, con o sin discapacidad motriz, tienen pocos síntomas psicopatológicos.

En términos generales los datos de este estudio ponen de relieve que las personas con discapacidad motriz, en comparación con la población general, no evidencian diferencias significativas en autoconcepto-autoestima, lo que probablemente se relacione en buena medida con el hecho de que todos los participantes con discapacidad son miembros de una asociación cuyos servicios y programas funcionan en base a principios normalizados, y a que la práctica totalidad de los participantes (91.9%) se desempeñan como trabajadores manuales en talleres protegidos. Posiblemente el apoyo social familiar e institucional haya influido decisivamente en los resultados obtenidos. En este sentido, Antle (2004) sugiere que el apoyo social percibido por parte de los jóvenes con discapacidad física es el mejor predictor de su autoconcepto, con mayor peso en los análisis de regresión que variables tales como el género, la edad, el diagnóstico o el momento de aparición de la discapacidad motriz. Por consiguiente, puesto que el apoyo social percibido parecería ser una variable moduladora fundamental en el impacto que

diversos factores asociados a la discapacidad motriz pueden tener en el autoconcepto-autoestima de estas personas, resultaría de sumo interés contar con información adicional sobre este particular. Sin duda, no disponer de la misma supone una limitación del presente estudio, que necesariamente lleva a plantearse como línea abierta de investigación cara al futuro la valoración de la naturaleza y significado que dichas experiencias de apoyo social tienen para este colectivo, así como su relación con las variables evaluadas en el presente trabajo. En este sentido, una reciente investigación sobre los procesos de apoyo social y la adaptación de las personas con discapacidades crónicas (King, Willoughby, Specht y Brown, 2006) identifica tres tipos diferentes de apoyo que sin duda merecerían ser explorados: a) apoyo emocional (valoración y aceptación que permita que la persona perciba que "se cree en ella" y favorezcan la autoestima), b) apoyo instrumental (orientación y provisión de estrategias que favorezcan la autoeficacia), y c) apoyo cognitivo (afirmación, confirmación, y nuevas perspectivas que favorezcan la coherencia de la concepción del sí mismo y del mundo).

Con todo, puesto que se observa que la discapacidad motriz es un factor de riesgo asociado a la presencia de diversos trastornos psicopatológicos, los resultados de este estudio también tienen importantes implicaciones prácticas, puesto que subrayan la necesidad de alertar a los distintos profesionales que trabajan en contacto con personas con discapacidad motriz sobre la mayor incidencia de trastornos psicopatológicos en esta población, y sensibilizarles sobre la importancia de identificar precozmente indicadores de posibles trastornos de esta índole. Además, a nivel asistencial, estos resultados ratifican la necesidad de proveer servicios adecuados para la valoración y tratamiento psicológico de las personas con esta discapacidad.

Finalmente, señalar que el trabajo identifica algunas áreas de inconsistencia que requerirían de un estudio más exhaustivo, y que hacen referencia a la naturaleza de las interacciones entre autoconcepto-autoestima y síntomas psicopatológicos, así como la sorprendentemente baja incidencia de síntomas psicósomáticos en las personas con discapacidad motriz. Con toda probabilidad, un estudio con una muestra más amplia de población con discapacidad motriz y la utilización de instrumentos de evaluación complementarios a los autoinformes —que recojan información detallada no sólo sobre autoconcepto-autoestima y síntomas psicopatológicos, sino también sobre variables tales como el apoyo social real y percibido, el rendimiento, la adaptación, o el nivel de inteligencia— aportarían información esclarecedora sobre estas cuestiones.

Referencias

- ALLEN, S. & GILBERT, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19, 293-299.
- ANTLE, B. J. (2004). Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Health and Social Work*, 29 (3), 167-175.
- BALTER, R. (1999). From stigmatization to patronization: The media's distorted portrayal of physical disability. En L. L. Schwartz (Ed.), *Psychology and the media: A second look* (Vol. 2, pp. 147-171). Washington, DC: American Psychological Association.
- BLAKE, T. R. & RUST, J. O. (2002). Self-esteem and self-efficacy of college students with disabilities. *College Student Journal*, 36 (2), 214-221.
- BUUNK, A. P., ZURRIAGA, R. & GONZÁLEZ, P. (2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Journal Psychology and Health*, 21 (6), 791-807.
- COX, B. J. (1999). Predictors of depression in adults with cerebral palsy: A biopsychosocial model. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (4-B), 1847.
- CRESPO, C. (2005). Definición de discapacidad motriz. En I. Martínez, J. G. Storch de Gracia, P. Sánchez & C. Delgado, *Pautas básicas para facilitar la Prueba de Acceso a Estudios Universitarios de las personas con discapacidad en la Universidad Complutense de Madrid*. Madrid: Universidad Complutense.
- DE LAS CUEVAS, C. & GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L. (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis*, 12, 326-336.
- DEROGATIS, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado*. Madrid: TEA. (Trabajo original publicado en 1983).

- DEROGATIS, L. R. & CLEARY, P. A. (1977). Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- DEROGATIS, L. R., RICKELS, K. & ROCK, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- ERICKSON, B. (2000). Slipping on the Ice: The Relationship between Verbal Skills, Aggression, and Self-Esteem in Men with Cerebral Palsy and Mental Retardation. Paper presented at the *Annual Meeting of the American Association on Mental Retardation* (12th, Washington, D.C., May 30-June 3, 2000).
- GARAIGORDOBIL, M. (en prensa). LAEA. *Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos*. Madrid: Pirámide.
- GARAIGORDOBIL, M., DURÁ, A. & PÉREZ, J. I. (2005). Psychopathological symptoms, behavioural problems, and self-concept/self-esteem: A study with adolescents from 14 to 17 years. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 1, 53-63.
- GARCÍA, F. & MUSTU, G. (1999). *AF-5. Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., DE LAS CUEVAS, C., RODRÍGUEZ ABUÍN, M. & RODRÍGUEZ PULIDO, F. (2002). *SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised, adaptación española*. Madrid: TEA.
- HANSEN, J. M. (1995). Social self-concept in children with physical disabilities: Exploring the role of friendship. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55 (9-B), 4169.
- HARPER, D. C. (1999). Presidential address: Social psychology of difference: Stigma, spread, and stereotypes in childhood. *Rehabilitation Psychology*, 44 (2), 131-144.
- HEBL, M. R. & KIECK, R. E. (2000). The social consequences of physical disability. En T. F. Heatherton (Ed.), *The social psychology of stigma* (pp. 419-439). Nueva York: Guilford Press.
- KING, G. A., SCHULTZ, I. Z., STEEL, K., GILPIN, M. & CATHERS, T. (1993). Self-evaluation and self-concept of adolescents with physical disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 132-140.
- KING, G. A., WILLOUGHBY, C., SPECHT, J. A. & BROWN, J. (2006). Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. *Qualitative Health Research*, 16 (7), 902-925.
- KOKKONEN, E. R., KOKKONEN, J. & SAUKKONEN, A. L. (1998). Do neurological disorders in childhood pose a risk for mental health in young adulthood? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40 (6), 364-368.
- LAMEIRAS, M. & RODRÍGUEZ, Y. (2003). Age and sex differences in self-esteem among spanish adolescents. *Psychological Reports*, 93, 876-878.
- LEYENDECKER, C. (2004). Behaviour Disorders in Children and Adolescents with a Physical Disability - A Critical Review of Explanations and Empirical Results / Zur Frage der Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Körperbehinderungen. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 73 (3), 291-303.
- LONGMORE, P. K. (1995). The second phase: From disability rights to disability culture. *The Disability Rag & Resource*, Sept.-Oct., 4-11.
- MANUEL, J. C., BALKRISHNAN, R., CAMACHO, F., SMITH, B. P. & KOMAN, L. A. (2003). Factors associated with self-esteem in preadolescents and adolescents with cerebral palsy. *Journal of Adolescent Health*, 32 (6), 456-458.
- MATUD, M. P., IBÁÑEZ, I., MARRERO, R. & CARBALLEIRA, M. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29 (123), 51-78.
- MCCARTHY, J. D. & HOGE, D. R. (1982). Analysis of age effects in longitudinal study of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 372-379.
- MCDANIEL, J. W. (1976). *Physical disability and human behaviour*. Nueva York: Pergamon Press.
- NAUGLE, R. I. (1988). Denial in rehabilitation: Its genesis, consequences and clinical management. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 31, 218-231.
- NOSEK, M. A., HUGHES, R. B., SWEDLUND, N., TAYLOR, H. B. & SWANK, P. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science and Medicine*, 56(8), 1737-1747.
- OLIVER, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. Londres: Macmillan.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- SILBER, E. & TIPPETT, J. (1965). Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- STEVENS, M., STEELE, C. A., JUTAI, J. W. & KALNINS, I. V. (1996). Adolescents with physical disabilities: Some psychosocial aspects of health. *Journal of Adolescent Health*, 19 (2), 157-164.
- SWALLOW, S. W. & KUIPER, N. A. (1988). Social comparison and negative self evaluations: An application to depression. *Clinical Psychology Review*, 8, 55-76.
- TALEPOROS, G. & MCCABE, M. P. (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology and Health*, 20 (5), 637-650.
- TAM, S. F. & WATKINS, D. (1995). Towards a Hierarchical Model of Self-Concept for Hong-Kong Chinese Adults with Physical-Disabilities. *International Journal of Psychology*, 30 (1), 1-17.
- TURNER, J. B. & TURNER, R. J. (2004). Physical Disability, Unemployment, and Mental Health. *Rehabilitation Psychology*, 49 (3), 241-249.
- TURNER, R. J. & BEISER, M. (1990). Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 343-350.
- TURNER, R. J. & MCLEAN, P. (1989). Physical disability and psychological distress. *Rehabilitation Psychology*, 34, 225-242.
- WRIGHT, B. A. (1983). *Physical disability. A psychological approach*. Nueva York: Harper and Row.