

Monográfico

Factores asociados al empoderamiento en personas con lesión medular tras un accidente de tráfico



Raquel Suriá Martínez

Departamento de Comunicación y Psicología Social, Facultad de Derecho, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de julio de 2014

Aceptado el 20 de noviembre de 2014

On-line el 2 de septiembre de 2015

Palabras clave:

Accidente de tráfico

Discapacidad

Empoderamiento

Calidad de vida

RESUMEN

Objetivo: Analizar la capacidad de empoderamiento de un grupo de personas con lesión medular en función de la edad, el sexo, la condición funcional y la edad en la cual adquirieron la lesión.

Métodos: Participaron 94 personas con lesión medular (42 tetrapléjicos y 52 parapléjicos), que contestaron la versión española adaptada de la Escala de Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean (1997), diseñada para medir el empoderamiento.

Resultados: Los análisis indicaron niveles más altos de esta capacidad en las mujeres. Asimismo, las personas con tetraplejía que tuvieron el accidente hace más años indicaron más empoderamiento.

Conclusión: El estudio sugiere que esta capacidad puede variar y evolucionar. Por lo tanto, es importante fomentarla en programas de intervención-acción.

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

Factors associated with empowerment in people with a spinal cord injury due to traffic accidents

ABSTRACT

Objetivo: Analizar la capacidad de empoderamiento de un grupo de personas con lesión medular en función de la edad, el sexo, la condición funcional y la edad en la cual adquirieron la lesión.

Methods: Ninety-four participants with a spinal cord injury (42 tetraplegics and 52 paraplegics) completed the Spanish version of the Rogers, Chamberlin, Ellison and Crean Scale (1997), designed to measure empowerment.

Results: The analyses indicated higher levels of empowerment among women. Persons with tetraplegia whose injury was more longstanding also showed greater empowerment.

Conclusion: This study suggests that the capacity to become empowered can vary and evolve and should therefore be promoted in intervention programs.

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

Keywords:

Traffic accidents

Disability

Empowerment

Quality of life

Introducción

Los accidentes de tráfico suponen un problema de salud en todo el mundo. Aunque es cierto que el número de víctimas ha descendido desde la implantación de diferentes planes de seguridad vial¹, cada año mueren en el mundo más de 1,2 millones de personas y se producen entre 20 y 50 millones de traumatismos no mortales por esta causa². Entre las secuelas más frecuentes y catastróficas destacan los traumatismos craneoencefálicos, las amputaciones y las lesiones medulares².

Centrándonos en la lesión medular, esta puede definirse como todo proceso patológico (conmoción, contusión, laceración, compresión o sección) que afecta a la médula espinal y que puede originar alteraciones de la función neurológica por debajo de la lesión, motoras, sensitivas y autonómicas³. Además, se distingue

entre paraplejía y tetraplejía⁴: la primera sucede cuando se daña el área dorsal, lumbar o sacra, y afecta a los miembros inferiores, mientras que cuando la lesión es en el área cervical la persona sufre tetraplejía y pierde el movimiento y la sensación en las partes superior e inferior de su cuerpo. A partir de esta definición, e independientemente de la condición funcional de la lesión, las repercusiones de este tipo de lesiones afectan de manera grave e irreversible a las capacidades y funciones de los pacientes en toda su integridad⁵, y por tanto deben desarrollar diferentes mecanismos que les permitan iniciar una nueva vida con restricciones importantes en la esfera del movimiento y en otras áreas que requieren un esfuerzo extra para realizar un adecuado ajuste vital^{6,7}. Estos mecanismos de afrontamiento se han definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que produce cualquier acontecimiento estresante sobre su bienestar psicológico, y que pueden mediar entre el estrés y la salud⁸.

Uno de los elementos que ha cobrado relevancia a partir del estudio del afrontamiento es el empoderamiento (*empowerment*), que hace referencia al potencial de cada persona para alcanzar metas y

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.11.006>Correos electrónicos: raquel.suria@ua.es, raquel.suria.martinez@gmail.com<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.11.011>

0213-9111/© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

objetivos definidos por ella misma, abordando así la vida en términos de oportunidades personales y sociales⁹⁻¹¹. Otros autores^{12,13} señalan que el empoderamiento es un constructo que comprende atributos personales, como el sentido de competencia, de influencia y de autoeficacia, que ponen en marcha comportamientos orientados al logro de resultados y metas determinadas. Por tanto, el proceso de empoderamiento significa vencer una situación de impotencia y adquirir el control sobre la propia vida a través de las capacidades y de los recursos desarrollados por el individuo¹⁴, dirigidos a potenciar la autodeterminación y la toma de decisiones y, con ello, mejorar su autoestima, su autonomía y, en general, su calidad de vida.

Con el propósito de comprender y fomentar el empoderamiento en diferentes escenarios, algunos autores han dedicado sus esfuerzos a describir este proceso en distintos colectivos en desventaja o vulnerabilidad social, como minorías étnicas^{15,16}, mujeres^{17,18} o personas con discapacidad^{19,20}. Sin embargo, no han profundizado en los factores individuales que pueden asociarse a su desarrollo (p. ej., la edad o el sexo).

Centrándonos en las personas que han sufrido un accidente de tráfico y viven con una lesión medular, existe una laguna en el estudio del empoderamiento de este colectivo y de las posibles variables relacionadas con la lesión medular, como es la condición funcional de discapacidad ocasionada por la lesión.

Además de otros factores sumamente relevantes, como el apoyo de los cuidadores y familiares, otra variable que puede influir en el desarrollo y la potenciación del empoderamiento es la edad que se tiene cuando ocurre el accidente de tráfico. Así, parece que es más fácil desarrollar esta potencialidad desde edades más tempranas, puesto que se aprende a convivir con esa situación, mientras que cuanto más tarde aparece, mayor nivel de desajuste porque la persona tiene adquiridos unos patrones de comportamiento más arraigados²¹.

Con el propósito de profundizar en el estudio del empoderamiento en las personas con lesión medular en las diferentes condiciones expuestas, y dada la importancia de establecer programas que fomenten esta potencialidad en las personas que viven el suceso traumático de tener una lesión medular tras un accidente de tráfico, el objetivo de este trabajo es cuantificar el grado de empoderamiento de las personas con una lesión medular a consecuencia de un accidente de tráfico y valorar su asociación con la edad, el sexo, la antigüedad del accidente y la condición funcional de los afectados.

Método

Participantes

Se ha estudiado la serie de casos transversal constituida por una muestra intencional (por motivos de accesibilidad) de personas con lesión medular pertenecientes a ASPAYM (Asociación de Paraplégicos y Personas con Gran Discapacidad Física), asociación de la Comunidad Valenciana que cuenta con 900 socios. La población elegible estaba constituida inicialmente por los 142 socios mayores de 18 años con lesión medular causada por un accidente de tráfico que acudían a alguna de las reuniones convocadas periódicamente por dicha asociación en Alicante. De ellos, 94 (la muestra final de estudio) accedieron a participar tras asistir a las reuniones presenciales en las cuales la investigadora, vinculada a la asociación, les explicó el objetivo del estudio y les propuso su participación. Los cuestionarios utilizados para recabar la información se administraron presencialmente en las mismas reuniones, una vez que los participantes otorgaron su consentimiento por escrito. La aplicación del cuestionario se adaptó a las condiciones de cada participante. El tiempo estimado de aplicación fue de aproximadamente

15 minutos. La recogida de datos se llevó a cabo entre enero y septiembre de 2013.

Instrumentos

El cuestionario constaba de dos partes. En la primera se incluían preguntas para obtener el perfil sociodemográfico de los participantes (sexo, edad, nivel de funcionalidad y antigüedad de la lesión); la segunda es la escala elaborada por Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean, diseñada para medir el nivel de empoderamiento (tabla 1). Se empleó la versión traducida al español por Suriá²², destinada a explorar el empoderamiento de los progenitores de hijos con discapacidad. La escala está formada por un total de 28 ítems, con respuesta tipo Likert de 4 puntos (1 = nada de acuerdo, 4 = muy de acuerdo). La información solicitada recoge aspectos relativos a la percepción del propio sujeto en función de la capacidad para la toma de decisiones. La puntuación máxima es de 84 puntos, y la medida de corte se establece en tres rangos: nivel bajo = 0 a 27; nivel medio = 28 a 56; nivel alto = 57 a 84.

Se eligió esta escala por su fácil aplicación, por estar validada para población joven y adulta, y por las propiedades psicométricas que muestra la versión original²³. Así, se han indicado una fiabilidad adecuada ($\alpha = 0,86$) y una validez que mostró una varianza explicada del 53,9%, quedando definida por cinco factores: autoestima-autoeficacia (explica el 24,5% de la varianza total), poder/impotencia (explica el 12,4% de la varianza total), activismo comunitario-autonomía (explica el 7,6% de la varianza total), optimismo-control sobre el futuro (explica el 5,4% de la varianza total), e ira apropiada (explica el 4% de la varianza total). Asimismo, la versión traducida²² mostró una fiabilidad del 88% y una varianza que explica el 72,92% de la variabilidad.

Análisis estadístico

Para comprobar si la escala se adecuaba a los requerimientos de este estudio se comprobaron sus propiedades psicométricas en la muestra. Para ello se utilizó el análisis factorial con componentes principales (AFECP), previa aplicación del test de esfericidad de Barlett y la medida de adecuación muestral KMO. La fiabilidad se comprobó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Para comprobar si había diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la escala y sus factores se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para las variables dicotómicas (sexo y condición funcional). Para las variables de más de dos grupos (edad y edad a la que sucedió el accidente de tráfico) se utilizó la prueba de Kruskal Wallis. Posteriormente los contrastes *post hoc* se realizaron con la prueba U de Mann-Whitney y el ajuste de Bonferroni. Se emplearon pruebas no paramétricas porque las variables no cumplían el supuesto de homocedasticidad de varianza. Finalmente, con el objetivo de deslindar la asociación del empoderamiento con las variables independientes posiblemente relacionadas (sexo, condición de funcionalidad, edad y años de antigüedad del accidente), se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar si existía relación entre las variables cuantitativas, y se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple. Para cumplir los requisitos del modelo, los datos se transformaron según el modelo de transformaciones potenciales desarrollado por Box y Cox²⁴. Se utilizó esta prueba porque permite estimar la transformación potencial más adecuada cuando no hay una razón a priori para elegir un modelo concreto de transformación.

Resultados

En la tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de la muestra: el 52,1% (n = 49) eran varones y el rango de edad se

Tabla 1
Análisis factorial de la versión en español de la escala de Rogers et al. (1997)

Ítems	Factores				
	1 Autoestima-autoeficacia	2 Poder-impotencia	3 Activismo comunitario-autonomía	4 Optimismo-control sobre el futuro	5 Ira apropiada
1. Casi puedo determinar qué va a pasar en mi vida	0,507		0,195	-0,317	
2. La gente está limitada solamente por lo que cree		0,658	0,546	0,235	
3. La gente tiene más poder si se une como grupo	0,822	0,078			0,039
4. Enfadarse por algo nunca sirve de ayuda ^a		0,133	0,341	0,586	
5. Tengo una actitud positiva acerca de mí mismo/a	0,885		0,235		0,155
6. Por lo general confío en las decisiones que tomo	0,192	0,230	0,557		0,304
7. La gente no debe enfadarse si no les gusta algo ^a		0,259	0,741		0,345
8. La mayoría de mis desgracias se deben a la suerte ^a			0,230	0,678	0,398
9. Me veo como una persona capaz	0,614	0,352	0,264		
10. Causar problemas nunca te lleva a ninguna parte ^a	-0,179	0,121	0,164	0,654	
11. Las personas que trabajan juntas pueden tener un efecto en su comunidad	0,815		0,110	-0,105	
12. A menudo me siento capaz de superar las barreras	0,981	0,041	0,079		
13. En general soy optimista sobre el futuro	0,942	0,078	0,037		
14. Cuando hago planes, estoy casi seguro/a de que funcionarán	0,864		0,037	-0,008	0,043
15. Enfadarse por algo es el primer paso para cambiar	0,931	0,081			
16. Por lo general, me siento solo/a ^a	0,158		0,540	0,019	-255
17. Los expertos están en mejor posición para decidir lo que la gente debe hacer ^a	-0,064		0,050	-0,065	0,580
18. Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría	0,341	0,697	-0,053		0,552
19. Generalmente logro lo que me propongo hacer	0,321	0,576	0,011	0,006	0,615
20. La gente debe tratar de vivir sus vidas como quieran	0,341	0,697	-0,053	-0,004	0,552
21. No puedes luchar contra la Administración ^a	0,239	0,102	0,816	0,240	0,187
22. La mayoría del tiempo me siento impotente ^a	0,064	-0,035	0,371	0,688	0,165
23. Cuando no estoy seguro/a de algo, sigo al grupo ^a	0,110	0,016	0,192	0,560	0,531
24. Siento que como persona tengo valor, al menos en igualdad de condiciones que los demás	0,382	0,331	0,065	0,333	
25. La gente tiene derecho a tomar sus propias decisiones	0,025	0,976	0,078	0,037	
26. Siento que tengo una serie de buenas cualidades	0,042	0,946	0,066	0,065	
27. Muy a menudo, un problema puede ser resuelto actuando para solucionarlo	0,092	0,962	0,126	0,105	
28. Trabajar con otros en mi comunidad puede ayudar a cambiar las cosas para mejor	0,049	0,978	0,116	0,082	
% varianza explicada de cada factor	25,994	15,801	9,756	8,699	8,046
% varianza total explicada de la escala	86,296				

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: normalización *varimax* con Kaiser.

^a Ítems reconvertidos por tener sentido negativo.

Tabla 2
Perfil sociodemográfico de la muestra de estudio

Variabes	Categorías	N	%
Sexo	Varón	49	52,1
	Mujer	45	47,9
Edad (años)	21-30	20	21,3
	31-40	24	25,5
	41-50	29	30,9
	>50	21	22,3
	<1	19	20,2
Edad de la lesión (años)	De 1 a 5	22	23,4
	De 6 a 10	26	27,7
	>10 años	27	28,7
	Total	94	100,0
Nivel gravedad neurológica	Paraplejía	52	55,3
	Tetraplejía	42	44,7
	Total	94	100,0

situó entre 21 y 58 años, aunque el 30,9% de los participantes tenían entre 41 y 50 años de edad.

Tanto el test de esfericidad de Barlett [$\chi^2 = 103,552$ ($p < 0,001$)] como el KMO (0,544) indicaron ser favorables para realizar el AFCEP. Los resultados se muestran en la [tabla 1](#). Se obtuvieron cinco factores que explicaron el 68,29% de la varianza. La fiabilidad del cuestionario fue adecuada (alfa = 0,86).

En general se observó un nivel moderadamente alto de empoderamiento ($M = 57,76$, $DT = 11,42$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad ($\chi^2_{(94)} = 9,52$; $p = 0,06$), aunque sí según el sexo ([tabla 3](#)); los análisis indicaron mayores puntuaciones en las mujeres en la escala global ($\chi^2_{(94)} = 20,720$; $p < 0,05$) y en el factor 2 ($\chi^2_{(94)} = 13,548$; $p < 0,05$), el factor 3 ($\chi^2_{(94)} = 15,048$; $p < 0,05$) y el factor 5 ($\chi^2_{(94)} = 20,720$; $p < 0,05$).

Al atender a las puntuaciones medias del empoderamiento en función de la condición funcional de la lesión medular ([tabla 4](#)), los resultados fueron estadísticamente significativos tanto en la

Tabla 3
Puntuaciones medias y desviaciones típicas de empoderamiento en función de la edad y del sexo

	N	Factor 1 Autoestima-autoeficacia		Factor 2 Poder-impotencia		Factor 3 Activismo comunitario-autonomía		Factor 4 Optimismo-control sobre el futuro		Factor 5 Ira apropiada		Total	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
<i>Edad (años)</i>													
21 a 30	20	15,98	4,90	16,08	2,82	9,97	3,88	4,19	1,30	3,44	0,87	55,60	14,92
31 a 40	24	17,04	4,74	16,11	3,15	12,33	3,00	4,70	1,35	3,81	1,00	55,77	21,13
41 a 50	29	16,22	3,59	16,16	2,72	10,77	2,69	4,16	1,15	3,51	0,88	56,19	13,82
Más de 50	21	16,05	4,49	16,11	2,85	10,91	3,38	4,32	1,28	3,57	0,92	57,18	16,59
χ^2		9,37		6,49		5,76		12,00		1,88		9,52	
p		0,060		0,090		0,120		0,610		0,590		0,060	
<i>Sexo</i>													
Mujer	45	15,30	4,44	17,74	2,42	12,63	3,36	5,90	1,20	3,02	0,97	58,50	10,19
Varón	49	17,52	4,48	14,17	2,75	9,91	3,20	4,82	1,13	4,97	0,69	54,04	9,45
U		21,115 ^a		13,548 ^a		15,048 ^a		14,882		11,25 ^a		20,720 ^a	
p		0,006		0,034		0,007		0,060		0,010		0,022	

M: media; DT: desviación típica.

Tabla 4
Puntuaciones medias y desviaciones típicas de empoderamiento según la edad en la que se adquiere la lesión medular y el nivel funcional

	N	Factor 1 Autoestima-Autoeficacia		Factor 2 Poder-Impotencia		Factor 3 Activismo comunitario-Autonomía		Factor 4 Optimismo-Control sobre el futuro		Factor 5 Ira apropiada		Total	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
<i>Edad en que sobrevino la lesión</i>													
< 1 año	19	14,26ab	3,88	15,06	2,76	9,87ab	2,91	3,05abc	0,95	3,52	0,96	46,35abc	8,99
Entre 1 y 5 años	22	15,62	4,29	16,75	2,67	10,56	3,67	4,74b	1,21	3,69	0,95	56,81 ^a	10,25
De 6 a 10 años	26	17,43a	4,54	16,32	2,52	11,96a	3,47	4,71a	1,12	3,57	0,88	59,00b	9,41
Más de 10 años	27	16,38b	4,66	16,35	3,42	11,90b	3,15	4,97c	1,56	3,57	0,99	58,30c	12,11
χ^2		11,21 ^a		2,24		7,48 ^a		10,78 ^a		0,249		8,62	
p		0,011		0,520		0,050		0,010		0,969		0,030	
<i>Nivel de funcionalidad</i>													
Paraplejia	42	14,25	4,63	15,12	2,84	11,76	3,42	5,94	1,21	3,29	0,86	53,27	10,50
Tetraplejia	52	17,83	3,41	17,96	2,64	12,17	2,73	6,69	1,16	5,87	0,92	58,61	8,58
U		594,50 ^a		693,50 ^a		663,50 ^a		690,50		785,50 ^a		535,50 ^a	
p		0,010		0,050		0,040		0,080		0,050		0,041	

M: media; DT: desviación típica.

(aa, bb . . .) Pares de letras iguales en cada columna indican diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos en cada factor.

^a Nivel de significación de 0,05.

Tabla 5
Coeficientes y niveles de significación para las variables incluidas en el modelo

	B	Error típico	Beta	t	p
Constante	51,501	3,223		9,860	0,019
Sexo	-2,796	1,863	-0,123	-1,222	0,052
Nivel de funcionalidad	5,011	1,861	0,479	3,768	0,021
Edad	-1,490	1,266	-0,161	-1,177	0,242
Antigüedad de la lesión	4,533	1,202	0,434	2,107	0,038

puntuación total ($\chi^2_{(94)}=535,50$; $p < 0,05$) como en los factores que la componen, excepto en el factor 4 ($\chi^2_{(94)}=690,50$; $p=0,08$), destacando el grupo con tetraplejía. Esto mismo se observó en el empoderamiento en función de la antigüedad de la lesión medular ($\chi^2_{(3,94)}=8,62$, $p < 0,05$), pues se encontraron unos niveles más altos de esta capacidad al comparar las puntuaciones medias entre el grupo que lleva más de 10 años viviendo con una lesión medular con el grupo de aquellos a quienes la lesión medular les ha sobrevenido hace menos de 1 año. Esto se observó tanto en el factor 1 ($\chi^2_{(3,94)}=11,21$; $p < 0,05$) como en el factor 3 ($\chi^2_{(3,94)}=7,48$; $p < 0,05$) y en el factor 4 ($\chi^2_{(3,94)}=10,78$; $p < 0,05$). Asimismo, los análisis mostraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo que adquirió la lesión medular hace entre 6 y 10 años al compararlo con el grupo que tuvo el accidente de tráfico hace menos de 1 año en los mismos factores, es decir, en los factores 1, 3 y 4. Finalmente, en lo concerniente al factor 4 se observaron puntuaciones medias superiores en el grupo de personas que sufrieron la lesión medular hace entre 1 y 5 años en comparación con el grupo con lesión medular desde hace menos de 1 año.

Se observó una relación positiva entre el empoderamiento y el nivel de funcionalidad ($\eta=0,521$; $p < 0,001$), entre el empoderamiento y la antigüedad de la lesión medular ($\eta=0,517$; $p < 0,001$), y entre esta y la edad ($\eta=0,632$; $p < 0,05$). Al incluir las cuatro variables en un modelo de análisis de regresión múltiple (tabla 5), se observó un valor de ANOVA estadísticamente significativo ($F_{(4,93)}=16,92$, $0,78$; $p < 0,05$), con unos coeficientes estandarizados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) para el nivel de funcionalidad (0,279) y la antigüedad de la lesión (0,334).

Discusión

En este trabajo se parte de la necesidad de generar nuevos conocimientos sobre las personas que adquieren una lesión medular tras un accidente de tráfico. Así, es en este contexto en el que el empoderamiento cobra relevancia a la hora de dotar a estas personas de recursos para enfrentarse exitosamente a los múltiples obstáculos que les pueden acaecer a lo largo de la vida. Por ello, en este estudio se opta por explorar el empoderamiento que desarrollan las personas que han sufrido un accidente de tráfico y tienen una lesión medular en función de factores como el sexo, la edad, la condición funcional de la lesión medular y la antigüedad de la lesión.

En general, el grado de empoderamiento de los participantes es moderadamente alto. En línea con esto, otros autores también han encontrado asociación entre personas con discapacidad y altos grados de empoderamiento, en concreto en personas con discapacidad intelectual, observándose en la mayoría sentimientos de control de sus vidas, una alta autoestima y reacciones relativamente indiferentes al estigma²⁵⁻²⁸. Estos datos no implican que las personas que tienen una discapacidad no experimenten emociones negativas, sino que las emociones positivas coexisten con las negativas en estas circunstancias adversas²⁹, y que pueden ayudar a potenciar la capacidad de afrontamiento para adaptarse adecuadamente a dichas circunstancias^{30,31}.

Al atender a las variables que pueden asociarse al desarrollo del empoderamiento se observa que en principio la edad no parece

guardar relación con el desarrollo de esta capacidad. No ocurre lo mismo al examinar las puntuaciones medias de empoderamiento en función del sexo, las cuales indican que son las mujeres las que más desarrollada tienen esta fortaleza. Esto se observa en la mayoría de las dimensiones, excepto en el factor 4 (optimismo-control sobre el futuro), en el que no hay diferencias, y en el factor 5, el relativo a la autoestima, en el cual los varones puntúan más alto. Posiblemente, por desgracia, los estereotipos y las modas que marcan la sociedad alejan mucho a las personas con discapacidad física de los cánones de la belleza, acentuándose esto especialmente en las mujeres^{32,33}, lo cual podría repercutir en una menor autoestima en ellas.

En cuanto a las medias de los grupos en función de las variables relacionadas con la lesión medular, sí parece que esta potencialidad se ve más determinada. Esto se observa al comparar las puntuaciones de la escala según la antigüedad de la lesión medular: cuanto más tiempo ha pasado desde la lesión, mayores niveles de empoderamiento desarrollados, lo cual se refleja en la escala total y en autoestima-autoeficacia, activismo comunitario-autonomía y optimismo-control sobre el futuro. Si bien es cierto que una discapacidad es dolorosa en cualquier periodo de la vida, cuanto más tiempo va transcurriendo desde que sobreviene el accidente de tráfico más oportunidades de asimilar el proceso de cambio e ir aprendiendo a adaptarse a esta nueva forma de vida³⁴. Estos resultados están en línea con los obtenidos por otros autores que indican que cuanto más tiempo se convive con la discapacidad mejor es la adaptación^{5,21}. En este sentido, esta potencialidad podría verse influenciada por la edad; sin embargo, aunque la antigüedad se asocia a la edad, no ocurre lo mismo entre esta y el empoderamiento.

En referencia al desarrollo del empoderamiento según la condición funcional de la lesión medular, y al contrario de lo esperado, los resultados muestran que los participantes con menor grado de funcionalidad tienen mayor empoderamiento. Esto se observa en general y en los factores relativos a autoestima-autoeficacia, activismo comunitario-autonomía y optimismo-control sobre el futuro. Si atendemos a la definición de empoderamiento y a que esta capacidad se desarrolla según el individuo va encontrándose barreras y va superándolas, esto podría explicar que las limitaciones a las que se enfrentan las personas con estos problemas van a propiciar oportunidades para potenciar esta fortaleza, por lo que una menor funcionalidad podría generar una mayor capacidad de superación y, por tanto, reflejarse en autoeficacia, autonomía, optimismo y control. Otra explicación plausible puede apoyarse en los cuidados y el apoyo psicológico y social recibidos por los participantes: si son superiores en los participantes con tetraplejía con respecto a los que sufren paraplejía, ello podría explicar el mayor empoderamiento detectado en los primeros.

Por tanto, de estos resultados se desprende la idea de que la experiencia de vivir con una discapacidad por una lesión medular, lejos de hundir a la persona, parece que pone en marcha un proceso de lucha para superar este hecho traumático y afrontar con éxito los obstáculos que lleva añadidos³⁵. Así, es precisamente en este contexto en el que el empoderamiento adquiere relevancia, no solo como elemento de superación sino también como fenómeno en el que hay que profundizar, con el objetivo de que en cualquier programa de intervención se fomenten la construcción y el desarrollo de esta capacidad en las personas que conviven con esta situación.

El trabajo presenta algunas limitaciones que pueden influir en la magnitud de las asociaciones detectadas. La principal radica en que no hay que olvidar que la experiencia de las características de la lesión medular y la discapacidad derivada de esta son únicas para cada persona y van a estar conformadas por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, temperamentos y contextos distintos), que deberían haberse tenido en cuenta a la hora de explicar la variabilidad en el empoderamiento. En cuanto al número de participantes, somos

conscientes de su reducido número, limitado por la disponibilidad de la población elegible. Por otra parte, es posible que los participantes que colaboraron tuvieran más capacidad de superación y estuvieran más motivados para participar en comparación con los reacios a participar. De hecho, es lógico suponer que pertenecer y asistir a las reuniones ayude a potenciar esta capacidad. Estos aspectos sobreestimarían el grado de empoderamiento y podrían sesgar la magnitud de algunas de las asociaciones detectadas. En futuras investigaciones habría que controlar estos sesgos con el fin de incrementar la validez interna de los resultados. Por tanto, sería conveniente seguir indagando en futuros estudios que exploren estos aspectos para permitir la mejora del diseño de los programas y planes de intervención-acción que fomenten los factores que promuevan el empoderamiento de las personas que han tenido un accidente de tráfico y viven con una lesión medular.

Editor responsable del artículo

Miguel Ángel Negrín Hernández.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Una de las variables que cobra especial relevancia para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad es el empoderamiento. Sin embargo, su valoración en las personas con lesión medular sobrevenida tras un accidente de tráfico es inexistente.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se identifican algunos factores asociados al empoderamiento en personas con lesión medular, lo que puede ayudar al desarrollo de programas de intervención que fomenten esta potencialidad, así como a mejorar el conocimiento de las circunstancias vitales de las personas con este tipo de lesión.

Contribuciones de autoría

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

Financiación

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

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

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

Bibliografía

1. Fierro I, Gómez-Talegón T, Álvarez F. Road-rage in the general population. *Gac Sanit.* 2010;24:423-7.
2. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES). Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial del accidentado de tráfico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. 118 p.
3. Geisler WO, Jousse AT, Wynne-Jones M, et al. Survival in traumatic spinal cord injury. *Paraplegia.* 1983;21:364-73.
4. Forner I, Muñoz J, Forner A, et al. Valoración del daño corporal en la lesión medular: diferencias entre tetraplégicos y parapléjicos. *Rehabilitación.* 2004;38:51-8.
5. Wyndaele M, Wyndaele JJ. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey. *Spinal Cord.* 2006;44:523-9.
6. Henaio-Lema CP, Pérez-Parra JE. Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan.* 2010;10:157-72.
7. Verdugo MA, Arias B, Ibáñez A, et al. Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: reliability and validity in Spain. *Int J Clin Health Psychol.* 2010;10:105-23.
8. Rueda MB, Aguado AL. Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2012.
9. Rappaport J. Studies in empowerment: introduction to the issue. *Prevention in Human Services.* 1984;3:1-7.
10. Zimmerman M. Empowerment theory. En: Rappaport J, Seidman E, editores. *Handbook of community psychology.* New York: Kluwer; 2000. p. 46-64.
11. Segado S. Nuevas tendencias en trabajo social con familias: una propuesta para la práctica desde el empowerment. Madrid: Trotta; 2011.
12. Bejerholm U, Björkman T. Empowerment in supported employment research and practice: is it relevant? *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57:588-95.
13. Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in healthy cities. *Health Promot Int.* 2009;24:145-55.
14. López A, Segado S. Empowerment and social work with families. En: MorenoA, coordinador. *Family well-being: European perspectives: social indicators research.* New York: Springer; 2004. p. 277-301.
15. Bertely M. Educación, derechos sociales y equidad. México: COMIE; 2003.
16. Weissenberg R. The politics of empowerment. Westport, CT: Praeger; 1999.
17. Gallway J, Bernasek A. Literacy and women's empowerment in Indonesia: implications for policy. *J Econ Issues.* 2004;38:519-25.
18. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, et al. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv.* 1997;48:1042-7.
19. Kay S. Empowerment and political kind: the role of disabilities service organization encouraging people with disabilities to vote. *Journal of Rehabilitation.* 1998;64:33-7.
20. Balcázar F, Keys C, Suárez-Balcázar Y. Empowering Latinos with disabilities to address signs of independent living and disability rights. A capacity building approach. *J Prev Interv Community.* 2001;21:53-70.
21. Suriá R. Discapacidad y empoderamiento: análisis de esta potencialidad en función de la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Anuario de Psicología.* 2013;43:297-311.
22. Suriá R. Análisis del empoderamiento en padres y madres de hijos con discapacidad. *Boletín de Psicología.* 2014;110:83-98.
23. Röger U, Rütten A, Frahsa A, et al. Differences in individual empowerment outcomes of socially disadvantaged women: effects of mode of participation and structural changes in a physical activity promotion program. *Int J Public Health.* 2011;56:465-73.
24. Box GE, Cox DR. An analysis of transformations. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol.* 1964;26:211-52.
25. Legendre P, Legendre LF. *Numerical ecology.* Londres: Elsevier; 2012.
26. Corrigan P. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Q.* 2002;73:217-28.
27. Corrigan P, Gelb B. Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatr Serv.* 2006;7:393-8.
28. Rodríguez-Cárdenas DE, González-Bernal MR. Exploración de la experiencia de empoderamiento en personas con discapacidad física integradas al aula regular. *Psicogente.* 2012;15:153-67.
29. Folkman S, Moskowitz JT. Positive affect and the other side of coping. *Am Psychol.* 2000;55:647-54.
30. Frazier P, Tennen H, Gavian M, et al. Does self-reported post-traumatic growth reflect genuine positive change? *Psychol Sci.* 2009;20:912-9.
31. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol.* 2000;55:5-14.
32. Ledesma JA. La imagen social de las personas con discapacidad: estudio en homenaje a José Julián Barriga Bravo. Madrid: CERMI; 2008.
33. Levinson D, Levinson J. *The seasons of a woman's life.* New York: Alfred Knopf; 1996.
34. Suriá R, Magro V. Discapacidad tras un accidente de tráfico. . . ¿Cómo continúa la vida después? *Tráfico y Seguridad Vial.* 2012;157:15-8.
35. Saavedra E, Villalta M. Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación.* 2008;8:81-90.