

INVESTIGACIONES

***RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS Y EL AUTOCONCEPTO EN ADULTOS CON DISCAPACIDAD MOTORA***

***RELATIONSHIP BETWEEN EDUCATION BACKGROUND AND SELF-CONCEPT AMONG ADULTS WITH MOTOR DISABILITY***

**M.ª D. LÓPEZ JUSTICIA<sup>1</sup>**  
**C. FERNÁNDEZ JIMÉNEZ<sup>1</sup>**  
**M.ª T. POLO SÁNCHEZ<sup>1</sup>**

Fecha de Recepción: 19-12-2005

Fecha de Aceptación: 18-05-2006

**RESUMEN**

En el presente estudio se analizaron las posibles diferencias en el autoconcepto de 50 personas afectadas por discapacidad motora en función del nivel de estudios (universitarios y no universitarios). Se utilizó la escala de autoconcepto AF5 (García y Musitu, 1999) que evalúa diferentes dimensiones del mismo. Los resultados mostraron un nivel de autoconcepto académico, social y físico más bajo en las personas con discapacidad motora que no tenían estudios universitarios. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. Ante estos resultados se recomienda que las personas con discapacidad motora mejoren su formación académica, participen en asociaciones y en programas de apoyo personal para favorecer su bienestar psicológico y facilitar su integración social y laboral.

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Granada.

## **PALABRAS CLAVE**

Discapacidad Motora, Deficiencia Motora, Estudios Universitarios, Autoconcepto, Adultos, Género.

## **ABSTRACT**

This paper examines the likely differences in self-concept among 50 individuals suffering from motor disability according to their education background (university graduates and non university graduates). AF5, a self-concept scale (García and Musitu, 1999) was used to measure self-concept dimensions. Results showed that non graduates had a lower academic, social and physical self-concept than graduates. No significant differences were found by gender. In order to increase their psychological wellbeing and to facilitate their social and labour integration, it is suggested that people with motor disability should improve their education and take part in associations and personal support programs.

## **KEY WORDS**

Motor Disability, Motor Deficiency, University Students, Self-concept, Adults, Gender.

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad la atención a personas con discapacidad motora sigue representando un importante desafío para organizaciones y profesionales dedicados al cuidado de la salud y la calidad de vida. Asimismo, las importantes consecuencias que este tipo de discapacidad tienen a nivel físico, psicológico y social, unido al creciente aumento del número de personas afectadas, hacen necesario su estudio desde una perspectiva multidisciplinar.

En 1981 las Naciones Unidas estimaban en 450 millones (un 10% de la población mundial) el número de personas con minusvalía, de ellos unos 100 millones eran discapacitados de tipo motor. Esta cifra, lejos de disminuir, se ha incrementado considerablemente en los últimos años, especialmente por los accidentes viales y laborales. Un ejemplo de este incremento lo tenemos en España, pues la última encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de salud (INE, 2002) informaba que un 9% de la población sufría algún tipo de discapacidad, siendo concretamente la de tipo motor la más frecuente. Así, se ha estimado que el 54% de las deficiencias asociadas a discapacidades en este país son de tipo físico.

La denominación discapacidad motora, tal y como reconoce la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 1995), se refiere a cualquier restricción o falta de capacidad (como consecuencia de una deficiencia física) para

llevar a cabo una actividad de la manera o el nivel considerado normal para un individuo en su situación sociocultural específica. La deficiencia física, según este mismo sistema de clasificación, supone la pérdida o anormalidad de una estructura anatómica o de una función a nivel fisiológico o físico, así los problemas motores, dentro de esta última categoría, vendrían dados por una anomalía orgánica del aparato locomotor o de las extremidades, a lo que habría que sumar las deficiencias del sistema nervioso, referidas a parálisis de las extremidades superiores e inferiores (paraplejias y tetraplejias) y los trastornos de coordinación del movimiento.

Las personas con discapacidad motora forman un colectivo muy heterogéneo, lo que ha dado lugar a numerosos estudios que han abordado las diferentes repercusiones que, en mayor o menor medida, la discapacidad motora produce en todos los ámbitos de la vida de la persona discapacitada. En este sentido, habría que añadir a las secuelas físicas (problemas de movilidad y comunicación, alteraciones en el control de esfínteres, sensibilidad, respuesta sexual, etc.), los importantes efectos que a nivel social y psicológico produce esta discapacidad (Hancock, Craig, Dickson, Chang & Martín, 1993; Kemp & Krause, 1999; Ortiz, López, Martín y Juan, 1990; Shontz, 1983). Un aspecto en el que habitualmente las personas afectadas por la discapacidad motora expresan dificultades es la referida al autoconcepto.

El autoconcepto se entiende

como el conjunto de características que cada persona utiliza para definirse como individuo y diferenciarse de los demás (Burns, 1982, 1990; Harter, 1999; Machargo, 1997); estando integrado por la identidad del sujeto (autoconcepto propiamente dicho o autoimagen), esto es, la percepción que tiene de sí mismo; la autoestima, o valor que atribuye a su particular manera de percibirse (González y Tourón, 1994); y el componente comportamental, ya que el autoconcepto influye en la conducta del ser humano y condiciona en gran medida su comportamiento. Es habitual utilizar indistintamente autoconcepto y autoestima (a pesar de que existen diferencias entre ambos términos) puesto que uno y otro incluye elementos cognitivos, afectivos y de comportamiento (Burns, 1982, Machargo, 1997); por ello se implican y complementan de manera que un autoconcepto positivo llevaría a una autoestima positiva y viceversa.

Con frecuencia se ha afirmado que el autoconcepto juega un papel clave en la vida personal, profesional y social de los individuos porque favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento educativo, social y laboral, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y al equilibrio psíquicos (Machargo, 1997; Markus & Kitayama, 1991); de ahí la importancia que debe suscitar su atención. En la edad adulta se considera que una persona es psicológica o comportamentalmente madura si se conoce, percibe y valora de modo realista, sin

alteraciones muy marcadas en su autoconcepto (Fierro, 2000). Niveles altos de autoconcepto se relacionan con la superación de las consecuencias de la discapacidad, con una actitud positiva ante la vida, mayor grado de compromiso y participación, etc., mientras que bajos niveles repercuten negativamente en la salud física y psíquica, y se relacionan con infravaloración personal, depresión, aislamiento social, etc. (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson y Loftus, 2003).

Distintos trabajos han puesto de relieve el efecto que tiene la discapacidad motora en el autoconcepto de adolescentes y adultos (Blum, Resnick, Nelson & Germaine, 1991; Green, Pratt, & Grigsby, 1984; King, Shultz, Steel, Gilpin & Cathers, 1993; Lindström & Köhler, 1991; Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor & Swank, 2003). En otros también se han hallado diferencias en la dimensión del autoconcepto físico (Tam 1998; Tam, Chan, Lam & Lam, 2003), poniendo de relieve que la no aceptación de la deficiencia y del propio cuerpo suele ser un problema bastante habitual en estas personas, situación que puede generar la aparición de reacciones emocionales negativas tales como frustración, estrés, depresión, ansiedad, etc. (Bracken, Shepard & Webb, 1981; Kishi, Robinson & Forrester, 1994; Richards, 1986). A pesar de las aportaciones de estos estudios, sin embargo, no hemos encontrado trabajos que comparen el autoconcepto y la formación académica, aspecto que creemos puede ser relevante en adultos afectados porque el nivel de estudios condiciona, entre otros aspectos, las posibilidades de empleo y la integra-

ción social. Una mayor formación académica puede ser sinónimo de una mayor capacidad, competencia, oportunidades, habilidades, etc., por lo que el acceso a estudios superiores puede convertirse en una experiencia que favorezca el sentimiento de valía personal, de hecho, el acceso a la universidad se ha señalado como un suceso especialmente crítico a la hora de influir en el autoconcepto (Ethier & Deaux, 1990).

En España, según los últimos datos recogidos en el II Plan de Acción Nacional para las personas con Discapacidad (2003), las personas sin discapacidad que tienen estudios universitarios duplican a la población con discapacidad (44,9% frente al 19,2%). Estas marcadas diferencias se observan en otros niveles educativos, siendo el porcentaje de analfabetismo en este país muy superior entre las personas con discapacidad (7,5% frente al 0,6%). Puede ser que el bajo porcentaje de personas que accedían hasta hace pocos años a los estudios universitarios expliquen en parte la asociación que en muchos casos se ha establecido entre discapacidad y bajo autoconcepto. En el presente estudio se planteó precisamente conocer esta cuestión, esto es, averiguar en qué medida la educación superior puede incidir en alguna o algunas dimensiones del mismo, determinando si las personas discapacitadas con estudios universitarios difieren respecto de las personas sin estudios superiores. Además, también nos interesaba conocer la posible existencia de diferencias en función del género, aunque el objetivo central del estudio no era este.

## MÉTODO

### Sujetos

En este estudio participaron 50 personas (30 hombres y 20 mujeres) con edades comprendidas entre los 20 y 40 años de edad, con una media de edad de 33,6 años. Todos residían en la provincia de Granada, estando afectados por discapacidad motora en diferente grado y no teniendo ningún otro tipo de alteración a nivel cognitivo y/o sensorial. Atendiendo a la localización del problema motor la composición de la muestra era la siguiente: 9 personas con deficiencia en las extremidades superiores (2 hombres y 7 mujeres), 28 personas con problemas en extremidades inferiores (16 hombres y 12 mujeres), 4 personas hemipléjicas (3 hombres y 1 mujer) y 9 personas (varones) con tetraplejía. Respecto al origen de la deficiencia, 21 de los participantes manifestaban una deficiencia de carácter congénito, mientras los 29 restantes presentaban discapacidad adquirida. La edad de aparición de la discapacidad en este último caso era posterior a los 15 años.

Todos los participantes tenían un nivel económico medio; las ocupaciones que desempeñaban 36 de ellos eran diversas (amas de casa, estudiantes, administrativos, administración pública, etc.), mientras los 14 restantes no realizaban ningún tipo de actividad remunerada, aunque recibían prestaciones sociales. En cuanto al estado civil, 33 personas estaban solteras, 15 casadas y 2 estaban divorciadas.

Ninguno de los participantes tenía problemas de habla y/o comunica-

ción. Para el desplazamiento 9 de ellos utilizaban silla de ruedas, 2 usaban muletas y 2 empleaban bastones.

Para nuestro estudio las personas que integraban la muestra se dividieron en dos grupos atendiendo a su diferente nivel educativo: un primer grupo, formado por 25 personas (17 hombres y 8 mujeres) sin estudios universitarios y un segundo grupo, constituido por 25 personas (13 hombres y 12 mujeres) con estudios superiores.

### **Instrumentos**

Para valorar el autoconcepto se utilizó el cuestionario AF5 (García y Musitu, 1998). Esta prueba parte de una consideración multidimensional del autoconcepto (Musitu, García y Gutiérrez, 1991; Shavelson, Hubner & Stanton 1976), perspectiva que tiene en la actualidad mayor apoyo (Marsh, 1993; Stevens, 1996). Consta de 30 afirmaciones a las cuales hay que asignarles un valor de 1 a 99 según el grado de acuerdo con el contenido de cada frase. Mide 5 dimensiones del autoconcepto: académico-laboral (percepción que tiene la persona de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador), social (percepción de su desempeño en las relaciones sociales), emocional (percepción de la persona sobre su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana, percepción general de su estado y en situaciones específicas), familiar (percepción que tiene de su implicación, participación e

integración en el medio familiar) y físico (percepción de su aspecto físico y de su condición física). Se eligió esta prueba porque es fácil de administrar y se puede aplicar a adultos con diferente nivel académico (García y Musitu, 1999), así como por su validez y fiabilidad (la estructura factorial de los ítems de la escala confirmó satisfactoriamente las dimensiones teóricas, los componentes explicaban el 51% de la varianza total - coeficiente alpha de Cronbach de .815- y las 5 dimensiones tenían intercorrelaciones entre 0.00 y 0.32).

Se administró un segundo cuestionario para obtener información sobre variables sociodemográficas, de salud y de actividad, concretamente: edad, género, tipo de deficiencia, edad a la que le detectaron o comenzó la deficiencia, localización de ésta, nivel de estudios, ocupación, estado civil, salud percibida, presencia de otros trastornos o enfermedades, identificación de las principales barreras físicas, tipo de ayudas que utilizaban, nivel de satisfacción en las relaciones familiares, nivel de satisfacción en las relaciones con los amigos, actividades de ocio y servicios de apoyo recibidos. El cuestionario elaborado post-hoc era de tipo Likert con 5 alternativas de respuesta y con un total de 30 ítems.

### **Procedimiento**

Tras contactar con diversas asociaciones de personas con discapacidad motora, se convocó a los socios para informarles brevemente del objetivo del

estudio y de la importancia de su participación. A continuación, una vez conocida su disposición para participar, se les dieron las instrucciones necesarias para cumplimentar cada una de las pruebas utilizadas, aclarando las dudas surgidas. Ambos cuestionarios se pasaron de forma individual y anónima, no siendo necesario someterlos a ningún tipo de adaptación, puesto que todos los afectados tenían movilidad manual suficiente para cumplimentarlos.

Una vez analizados los datos obtenidos, se volvió a convocar a los participantes en el estudio; en esta segunda sesión se les informó de manera individual del resultado de las evaluaciones, aclaran-

do en cada caso el significado de las mismas.

## RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se llevó a cabo la prueba “t” de student para grupos independientes, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 13.0.

En un primer momento se compararon las medias de las puntuaciones obtenidas por las personas sin estudios universitarios en cada una de las dimensiones de la prueba, con las medias de las puntuaciones de las personas con estudios universitarios. En la Tabla 1 se presentan las puntuaciones medias y las desviaciones típicas obtenidas en cada grupo.

**Tabla 1. Puntuaciones medias**

Estudios		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Académico/Laboral	Sin estudios universitarios	25	6,2848	2,47734	,49547
	Con estudios universitarios	25	8,1004	1,27537	,25507
Social	Sin estudios universitarios	25	6,7632	1,90997	,38199
	Con estudios universitarios	25	8,1180	1,26558	,25312
Emocional	Sin estudios universitarios	25	5,8460	2,39363	,47873
	Con estudios universitarios	25	6,7480	2,06652	,41330
Familiar	Sin estudios universitarios	25	7,2024	2,52238	,50448
	Con estudios universitarios	25	8,3360	1,38218	,27644
Físico	Sin estudios universitarios	25	4,6788	2,11052	,42210
	Con estudios universitarios	25	6,6204	1,43632	,28726

**Tabla 2. Comparación de medias entre las personas con estudios universitarios y sin estudios universitarios**

Variable	Grupo	Media	T	P
Autoconcepto académico/laboral	SIN EST. SUP.	6,28	3,258	0,002
	CON EST. SUP.	8,10		
Autoconcepto social	SIN EST. SUP.	6,76	2,957	0,005
	CON EST. SUP.	8,11		
Autoconcepto físico	SIN EST. SUP.	4,67	3,803	0,000

Realizadas las diferencias de medias entre ambos grupos, presentamos en la Tabla 2 únicamente aquellas diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

Como puede observarse en la tabla, los resultados obtenidos indicaban la existencia de diferencias significativas entre los dos grupos en la dimensión del autoconcepto físico  $t(49)=3,803$ ,  $p<.000$ , del autoconcepto académico/laboral  $t(49)=3,258$ ,  $p<.002$  y del autoconcepto social  $t(49)=2,957$ ,  $p<.005$ ; datos que ponían de manifiesto que los participantes sin estudios universitarios mostraban un nivel de autoconcepto físico, social y académico/laboral más bajo que las personas con estudios superiores.

A continuación nos interesaba conocer la posible existencia de diferencias en relación al sexo según el nivel de estudios, para lo cual llevamos a cabo un nuevo análisis, mediante una prueba U de Mann-Whitney. Los resultados obtenidos mostraban la ausencia de diferencias significativas  $U(49)= 262.5$ ,  $p<.253$ .

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro trabajo se observa que las personas con discapacidad motora con un nivel de estudios más bajo tenían una percepción más negativa acerca de su cuerpo o aspecto físico, así como respecto de sus habilidades y competencias para desenvolverse en un contexto social, académico y/o laboral; aunque no parecían tener dificultades en su estado emocional o en su percepción sobre la implicación, participación e integración en el medio familiar. Por el contrario, las personas discapacitadas que sí habían cursado estudios superiores, tenían una percepción más positiva sobre las aptitudes y capacidades tanto a nivel académico como laboral, lo que lleva a suponer que los logros académicos parecen influir favorablemente en esta percepción. A similares conclusiones llegamos en el caso de la dimensión del autoconcepto social, observando que estas últimas personas tenían una percepción más positiva acerca de sus habilidades sociales y una mayor calidad y cantidad de redes sociales. Probablemente, el acceso a

la universidad pueda contribuir a mejorar y ampliar estas redes, al igual que parece fomentar el aprendizaje de diferentes habilidades sociales que harán a la persona más competente a nivel social y laboral. A pesar de que hubiera sido de gran utilidad contrastar estos resultados con los obtenidos en otros estudios, esto no ha sido posible por la carencia existente en este sentido. También se observaba que las personas discapacitadas que habían realizado estudios superiores se percibían a nivel físico de una manera más positiva, esto es, presentaban mejor aceptación de su propio cuerpo así como de la deficiencia motora y mostraban mayor interés por su aspecto y forma física. Este dato contrasta, en parte, con otras investigaciones anteriores (Tam, 1998; Tam, Chan, Lam & Lam, 2003) en las que se concluía que las personas con discapacidad física suelen presentar un bajo autoconcepto físico cuando se comparan con otros sin esta discapacidad, aunque entre estos trabajos y el nuestro existen notables diferencias, por ejemplo en relación a la muestra y a la consideración del nivel de estudios. Creemos, por tanto, que el presente estudio puede completar las aportaciones de aquellos, poniendo de manifiesto que la situación de personas afectadas por discapacidad motora parece variar cuando se analiza la incidencia de estudios universitarios.

De los resultados obtenidos en el presente trabajo se deriva que la realización de estudios universitarios parece influir positivamente en diferentes dimensiones del autoconcepto, independientemente del sexo, ya que no aparecieron diferencias entre los participantes. Eviden-

temente, no se trata de sugerir que todas las personas con alguna discapacidad motora deban realizar estudios universitarios, más bien, nuestra propuesta iría encaminada en dos direcciones: por una parte, favorecer el asociacionismo como una forma de propiciar el establecimiento de relaciones sociales satisfactorias, constituir un foro donde discutir su problemática, compartir experiencias, canalizar sus reivindicaciones, etc.; asimismo, proponemos su participación en talleres formativos para aprender a vivir con su limitación motora descubriendo y subrayando sus potencialidades más que sus limitaciones. Creemos que tanto una como otra sugerencia mejorarían los aspectos deficitarios que aparecen en el estudio efectuado. El segundo frente al que nos hemos referido va en la dirección de mejorar su formación académica, si es su deseo, ya que al parecer, redundaría en una mayor autoconfianza y bienestar personal, mejora las relaciones sociales y la percepción física de cada uno; algo que sin duda puede ayudar en su integración social y laboral. En este sentido, creemos que es importante potenciar en la persona discapacitada la motivación y el deseo de lograr objetivos educativos realistas ajustados a sus posibilidades y fomentar unas expectativas positivas sobre el papel que pueden desempeñar en la sociedad. Según la teoría de la comparación social (Marsh, 1987, 1990; Rogers, Smith & Coleman, 1978), una persona puede desarrollar unos niveles de aspiración y rendimiento más bajos de lo normal, si se compara con otras que obtienen más éxitos o parecen más capaces. En este sentido, la persona discapacitada con estudios universitarios respecto a la discapaci-

tada sin estudios, se va a percibir más competente y capaz y, en consecuencia, sus metas profesionales van a ser más altas y optimistas que en el otro caso.

## CONCLUSIONES

Diferentes investigaciones han señalado que las personas con discapacidad motora presentan con frecuencia un nivel de autoconcepto bajo en relación a las personas sin discapacidad (Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor & Swank, 2003; Tam, Chan, Lam, & Lam, 2003). Partiendo de que, efectivamente este colectivo puede ser más vulnerable en cuanto a la probabilidad de sufrir alteraciones en esta variable, en el presente estudio se ha tratado de determinar qué factores podrían condicionar el nivel de autoconcepto de personas con discapacidad motora que poseen estudios superiores frente a otras con igual discapacidad sin estudios. Pese a ser este uno de los aspectos más influyentes en la posterior adaptación social y laboral de la persona discapacitada, no hemos encontrado estudios que analicen esta relación. En el trabajo que hemos llevado a cabo se comprueba que un mayor nivel académico se relaciona con un mejor autoconcepto académico, social y físico, independientemente del sexo. Podemos concluir, por tanto, que las personas con discapacidad motora sin estudios universitarios deberían recibir

apoyo personal, social y académico/laboral para mejorar su percepción en estas áreas, no olvidemos que niveles altos de autoconcepto se relacionan con la superación de las consecuencias de la discapacidad, con una actitud positiva ante la vida, mayor grado de compromiso y participación, etc., mientras que bajos niveles repercuten negativamente en la salud física y psíquica y se relacionan con infravaloración personal, depresión, aislamiento social, etc. (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson y Loftus, 2003).

Nuestras recomendaciones se podrían resumir en: mejorar su formación académica, facilitar su participación en programas de apoyo personal y favorecer el asociacionismo. Creemos que todo ello redundará en su bienestar personal, e incidirá positivamente en su integración social y laboral.

A pesar de que los datos ponen de relieve las dificultades que presenta esta población, no obstante, somos conscientes de que la muestra evaluada es reducida; proponemos, por tanto, el diseño de futuros estudios en los que se compruebe la relación entre la integración y satisfacción laboral de la persona con discapacidad motora y el hecho de cursar estudios universitarios. Sugerimos, además, comprobar si esta relación presenta diferencias en función del género o el tipo de discapacidad motora.

## BIBLIOGRAFÍA

- Blum, R.W., Resnick, M.D., Nelson, R., & Germaine, A. (1991). Family and peer issues among adolescents with spina bifida and cerebral palsy. *Pediatrics*, 88(2), 280-285.
- Bracken, M. B., Shepard, M.J., & Webb, S.B. (1981). Psychological response to acute spinal cord injury: An epidemiological study. *Paraplegia*, 19 (5), 271-283.
- Burns, R.B. (1982). *Self-Concept Development and Education*. Londres: Holt, Rinehart and Winston.
- Burns, R.B. (1990). *El Autoconcepto: Teoría, Medición, Desarrollo y Comportamiento*. Bilbao: EGA.
- España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2003). *II Plan de Acción Nacional para las personas con Discapacidad 2003-2007*. Madrid: Autor.
- Ethier, K., & Deaux, K. (1990). Hispanics in ivy: assessing identity and perceived threat. *Sex Roles*, 22, 427-440.
- Fierro, A. (2000). El desarrollo de la personalidad en la adultez y la vejez. En J. Palacios, A. Marchesi, y C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación*, Vol. I (pp.567-589). Madrid: Alianza.
- García, F., y Musitu, G. (1999). *AF5. Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- González, M. C., y Tourón, J. (1994). *Autoconcepto y Rendimiento Escolar*. Pamplona: EUNSA.
- Green, B.C., Pratt, C.C., & Grigsby, T.E. (1984). Self-concept among persons with long-term spinal cord injury. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*. 65(12), 751-754.
- Hancock, K.M., Craig, A.R., Dickson, H.G., Chang, E., & Martín, J. (1993). Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: A longitudinal study. *Paraplegia*, 31 (4), 349-357.
- Harter, S. (1999). *The construction of self: A developmental perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Instituto Nacional de Estadística. (2002). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999 (Resultados nacionales detallados)*. Madrid: Editor.
- Kemp, B.J., & Krause.J.S. (1999). Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury: A exploratory study. *Rehabilitation Psychology*, 44(3), 235-247.
- King, G.A., Shultz, I.Z., Steel, K., Gilpin, M., & Cathers, T. (1993). Self-evaluation and self-concept of adolescents with physical disabilities. *American Journal Occupational Therapy*, 47(2), 132-140.
- Kishi, Y., Robinson, R.G., & Forrester, A.W. (1994). Prospective longitudinal study of depression following

- spinal cord injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 6 (3), 237-244.
- Lindström, B., & Köhler, L. (1991). Youth, disability and quality of life. *Pediatrician*, 18 (2), 121-128.
- Machargo, J. (1997). *Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima*. Vol. I & II. Madrid: Escuela Española.
- Markus, H., & Kitayama, S. (1991). Cultura and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Marsh, H. (1987). The big-fish-little-pond effect on academic self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 79, 280-295.
- Marsh, H. (1990). The structure of academic self-concept: The Marsh/Shavelson model. *Journal of Educational Psychology*, 82 (4), 623-636.
- Marsh, H. V. (1993). The multi-dimensional structure of academic self-concept: Invariance over gender and age. *American Educational Research Journal*, 30, 841-860.
- Musitu, G., García J.F., y Gutiérrez, M. (1991). *AFA. Autoconcepto Forma-A*. Madrid: TEA.
- Nosek, M.A., Hughes, R.B., Swedlund, N., Taylor, H.B., & Swank, P. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science & Medicine*, 56 (8), 1737-1747.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10* (Publicación científica 554). Washington, D.C.: OPS.
- Ortiz, P., López, T., Martín, M.J., y Juan, M. (1990). *Consideraciones acerca de la repercusión de la paraplejía en la imagen corporal*. Comunicación presentada en el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia, España.
- Richards, J.S. (1986). Psychologic adjustment to spinal cord injury during first postdischarge year. *Archives of Physical Medicine And Rehabilitation*, 67 (4), 362-365.
- Rogers, C., Smith, M., & Coleman, J. (1978). The social comparison in the classroom: The relationship between academic achievement and self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 70, 50-57.
- Shavelson, J., Hubner, J.J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-442.
- Shontz, F.C. (1983). Physical disability and personality: Theory and research. En J. Subbins (Ed.), *Social and psychological aspects of disability* (pp.333-354). Baltimore: University Park Press.

- Smith, E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B., y Loftus, G. (2003). *Introducción a la Psicología*. Madrid: Thomson.
- Stevens, R. (1996). *Understanding the self*. London: Sage.
- Tam, S. (1998). Comparing the self-concepts of persons with and without physical disabilities. *Journal of Psychology*, 132 (1), 78-87.
- Tam, F., Chan, M., Lam. H., & Lam, L. (2003). Comparing the self-concepts of Hong Kong Chinese adults with visible and not visible physical disability. *Journal of Psychology*, 137 (4), 363-372.