



DISCAPACIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO: UNA REVISIÓN TEÓRICA

DISABILITY AND COPING STYLES: A THEORETICAL REVIEW

Paula A. Botero*

Universidad Católica de Colombia

RESUMEN

En el presente artículo se hace una revisión teórica sobre los elementos más importantes relacionados con el afrontamiento, teniendo como marco de referencia el proceso de ajuste que enfrentan las personas ante eventos que pueden dar como consecuencia una discapacidad, haciendo énfasis en la discapacidad física. Así mismo, se revisa el proceso de evaluación y ajuste que deben realizar las personas al afrontar las situaciones cotidianas de la vida con una limitación importante en las funciones y/o estructuras relacionadas con la movilidad. Se hace una revisión desde la teoría de Lazarus y Folkman (1986) y se revisan algunas investigaciones realizadas en personas con enfermedades crónicas y con discapacidad física. Se evidencian resultados contradictorios en cuanto a las estrategias usadas de manera más frecuente por personas con discapacidad. Algunos autores encuentran que las personas con discapacidad física que refieren mejor ajuste emocional a la discapacidad evidencian estilos de afrontamiento orientados a la solución de problemas, aun cuando otros autores refieren que las personas con discapacidad, utilizan en mayor medida durante el proceso de adaptación, un afrontamiento centrado en la emoción.

Palabras claves: *Afrontamiento, Discapacidad física, emoción, solución de problemas (consultadas en DeCS).*

ABSTRACT

In this paper, a theoretical review is made about the most important topics related to coping. As a process, people with physical disabilities have to copy stressful events associated to the cause of the disability itself; as well as the assessment and adjustment processes they have to make facing daily activities with a mobility limitation produced by body impairments in functions and/or structures. The revision was made regarding Lazarus and Folkman's theory (1986) and updated researches about coping in chronicle diseases and physical disabilities. In conclusion, the researchers show contradictory findings regarding coping strategies used more often by people with disabilities. Some authors find better emotional adjustment to disability in problem – solving focused coping (Pollard & Kennedy, 2007; Rueda, Aguado & Alcedo, 2008). Otherwise, another authors refer emotion focused coping as the strategy used in cases of disability (Pucheu, Consoli, D'Auzac, Francais & Issad, 2004; Ortiz, Ramos & Vera – Villaroel, 2003; Londoño, Contreras, Delgado, Tobón & Vinaccia, 2005; Abbott, Hart, Morton, Gee & Conway, 2008).

Key words: *Coping skills, Physical Disability, Emotions, Problem-Solving (consultadas en MeSH).*

*Paula Andrea Botero Soto es Psicóloga, MSc con énfasis en Psicología Clínica. Esta revisión teórica se deriva en parte del proyecto de grado para obtener el título de Maestría en Psicología de la Universidad Católica de Colombia, supervisado por la Dra. Constanza Londoño Pérez, denominado: "Afrontamiento, imagen corporal, condiciones de

discapacidad, problemas emocionales y afectivos, optimismo y autoeficacia como predictores de calidad de vida en personas en situación de discapacidad física” (Bogotá – Colombia).

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Paula Andrea Botero Soto, dirección electrónica paula.botero@konradlorenz.edu.co

ARTÍCULO DE REVISIÓN. RECIBIDO: noviembre 2 de 2012 APROBADO: marzo 25 de 2013

INTRODUCCIÓN

Se ha encontrado que aproximadamente 600 millones de personas experimentan discapacidades de diversos tipos en el mundo, muchos de ellos provenientes de países en vía de desarrollo (Organización Mundial de la Salud OMS, 2005). En los censos realizados en Centroamérica y Suramérica se ha encontrado una prevalencia de discapacidad que va desde el 14.5% hasta el 1%, tal y como se observa en la Tabla 1 (Banco Interamericano de Desarrollo, 2007).

En Colombia, se ha observado un incremento sustancial de la población en general y así mismo un aumento significativo de las personas que reportan una situación de discapacidad, de acuerdo con los datos aportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE: En el Censo de 1993, se observó que 593546 personas reportaron por lo menos una deficiencia severa, representando el 1.85% del total de la población (DANE, 2005). De acuerdo con los resultados mundiales, este porcentaje fue relativamente bajo dado que se adoptó el modelo de deficiencias, que excluye a muchas personas con limitación en el desempeño de las actividades cotidianas debido a condiciones de salud. Los datos del Censo de 1993 mostraron que del total de personas que reportaron discapacidades, el 34.47% presentaban ceguera, el 24.85% sordera, el 16.62% retraso mental, el

9.1% parálisis o pérdida de miembros inferiores, el 8.9% parálisis o pérdida de miembros superiores y el 6.1% reportaron mudez (DANE, 2004).

Los datos del Censo Colombiano del 2005 reportaron que, de la población colombiana censada ese año (42'090.502), el 6.3% presentaban al menos una limitación, siendo esto equivalente a 2'651.701 personas. De este grupo, se encontró que el 43.4% presentaba limitaciones visuales, el 29.3% limitaciones permanentes para moverse o para caminar, el 17.3% reportaba limitaciones para oír aun con aparatos especiales, el 14.6% presentaba limitaciones para usar brazos o manos, el 13% para hablar, el 11.7% para entender o aprender, el 9.9% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo, el 9.4% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, y el 18.8% presentan otra forma de limitación (DANE, 2005).

El DANE está trabajando en la actualización de los datos sobre discapacidad en Colombia a través del Registro para la Localización y Caracterización de personas con Discapacidad (RLCPD), en donde a marzo del 2010 se cuentan con 857132 personas registradas, siendo esto el 32.3% de personas con discapacidad o limitaciones permanentes, teniendo como punto de referencia el dato reportado por el Censo del 2005. De acuerdo con estos datos, el 30.3% de estas personas presentan como principal alteración para el desarrollo de

actividades cotidianas los movimientos (cuerpo, manos, brazos y piernas), el 21.6% alteraciones en el sistema nervioso, el 15% en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, el 14.8% en los ojos, el 5.3% en la voz y el habla, el 4.9% en los oídos, el 4.8% en la digestión, el metabolismo y las hormonas, el 1.5% en el sistema genital y reproductivo, el 1% en la piel, el .5% en los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto) y el .3% reporta otra limitación (DANE, 2010).

Tabla 1.
Tasas de prevalencia de discapacidad en América Latina y el Caribe (ALC)

| País | % | Fecha |
|-------------------|-------|---------------|
| Brasil | 14.5% | Censo 2000 |
| Chile | 12.9% | Encuesta 2004 |
| Ecuador | 12.1% | Encuesta 2004 |
| Panamá | 11.3% | Encuesta 2005 |
| Nicaragua | 10.3% | Encuesta 2003 |
| Perú | 8.7% | Censo 2005 |
| Uruguay | 7.6% | Encuesta 2003 |
| Argentina | 7.1% | Encuesta 2001 |
| Colombia | 6.3% | Censo 2005 |
| Costa Rica | 5.4% | Censo 2000 |
| Barbados | 4.6% | Censo 2000 |
| Trinidad y Tobago | 4.5% | Censo 2001 |
| Venezuela | 4.1% | Censo 2001 |
| Guyana | 3.9% | Encuesta 1981 |
| Bolivia | 3.8% | Censo 2001 |
| Guatemala | 3.7% | Encuesta 2005 |
| Jamaica | 2.8% | Censo 2000 |
| Surinam | 2.8% | Censo 1980 |
| Honduras | 2.7% | Encuesta 2002 |
| Bahamas | 2.3% | Censo 2000 |
| México | 1.8% | Censo 2000 |
| El Salvador | 1.5% | Encuesta 2004 |
| Paraguay | 1% | Censo 2002 |

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (2007)

En general, las cifras reportadas sobre discapacidad movilizan iniciativas gubernamentales y no gubernamentales orientadas a facilitar la inclusión social de personas en situación de discapacidad. Para que la inclusión social y laboral sea posible, se deben tener en cuenta tanto las habilidades del individuo para

desenvolverse socialmente, como la disposición de la sociedad en general para aceptar a las personas con las diferencias y limitaciones propias de su condición. Las personas en situación de discapacidad tienen barreras internas que dificultan su participación en actividades sociales, recreativas, educativas y laborales, en relación con las limitaciones funcionales, fatiga, pasividad, retraimiento, depresión, vulnerabilidad al estrés, entre otras. No obstante, hay barreras externas relacionadas con el medio físico y social donde se desenvuelven las personas que pueden ser controladas a través de iniciativas y programas para la población. Entre estas barreras se encuentran los obstáculos para la movilidad, urbanísticos, de transporte, las actitudes sociales estereotipadas, la falta de oportunidades y la dificultad de acceso a los recursos (Ibañez & Mudarra, 2004).

Dada la alta prevalencia de la situación de discapacidad en la población colombiana y el interés creciente del Gobierno, el sector privado y las comunidades en programas de inclusión eficaces, se pretende hacer una revisión teórica acerca de la discapacidad y el afrontamiento como factores relacionados que van a determinar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad, consideradas en una situación de alta vulnerabilidad y que merece atención integral que facilite el proceso de inclusión social.

Discapacidad

Tradicionalmente han existido diversos modelos que abordan el tema de la discapacidad y orientan la respuesta de los servicios de rehabilitación de acuerdo con la concepción de discapacidad. El modelo tradicional o cultural ve a las personas con discapacidad como demoniacas,

desafortunadas y/o proscritas, e históricamente el abordaje de esto eran asesinatos a las personas con discapacidad, percibidos como una carga para la sociedad. El modelo médico está basado en el conocimiento científico, en donde se entiende a la discapacidad como un problema ubicado en el cuerpo de la persona y la respuesta estará orientada en contextos clínicos o institucionales, en los cuales las personas con discapacidad asumen el rol pasivo de pacientes (Palacios, 2008).

El modelo ecológico entiende a la discapacidad como el resultado de la relación entre las personas con el entorno, y las respuestas van dirigidas a los ámbitos familiares, comunitarios y los imaginarios, la accesibilidad y el acceso de la sociedad; por ende el centro de la acción es el contexto, para mejorar las limitaciones y restricciones de las personas. El modelo biopsicosocial ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad, sin ser exclusivo de la persona, en donde se ve al ser humano como el eje central, teniendo presentes elementos biológicos, psicológicos y condiciones sociales (Fundación Saldarriaga Concha & Fundación Santa Fe de Bogotá, 2009).

La Organización Mundial de la Salud OMS (2001), ha formulado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) un modelo integrador biopsicosocial para conceptualizar y categorizar la discapacidad. Desde esta perspectiva, se entiende a la discapacidad como las deficiencias en las funciones y/o estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una

persona que tiene una condición de salud en interacción con factores ambientales y personales. La discapacidad puede ser conceptualizada como una forma de funcionamiento de la persona en relación con las capacidades que tiene, las estructuras corporales y las expectativas de su entorno personal y social. En esa medida, la discapacidad no es algo que se tiene, como el color de los ojos, ni algo que se es, como una persona baja o delgada (Gaviria, 2000).

De acuerdo con los cambios surgidos en la definición propuesta por la CIF, se ha hecho evidente la necesidad de contemplar la interacción del individuo con los factores contextuales que favorecen la calidad de vida de las personas. Las instituciones gubernamentales y no gubernamentales tienen la responsabilidad y el compromiso social con estas personas para facilitar la adaptación al contexto social, de tal forma que las limitaciones en las actividades y la restricción en la participación no sea un impedimento para que perciban un bienestar subjetivo en su vida.

Los datos estadísticos recopilados por el DANE parten de una perspectiva multidimensional, en donde la discapacidad es una consecuencia de una serie de condiciones del ambiente y por tal razón, debe ser concebida como un problema social que implica una serie de cambios y adecuaciones desde todos los sectores del país, no exclusivamente del sector salud, para facilitar la participación y la integración de las personas en situación de discapacidad en todos los ámbitos (DANE, 2004).

Se ha observado un cambio significativo en la atención integral ofrecida para la población

en situación de discapacidad, pasando de un modelo proteccionista y asistencialista que suministraba caridad, asistencia y protección a un modelo centrado en el individuo para promover la autonomía personal, jugando un papel activo en el proceso de habilitación/rehabilitación integral. Entonces, es importante reconocer que la inclusión debe conceder la participación plena de las personas en situación de discapacidad en todos los espacios de la vida social (salud, educación, recreación, espacios públicos, vivienda, etc.) (Fundación Saldarriaga Concha, 2007). La habilitación y rehabilitación integral de las personas en situación de discapacidad, incluye que por medio de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales se propenda por un mejoramiento en la calidad de vida de dichas personas y se logre una integración total al medio familiar, social y ocupacional (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Teniendo presentes los debates sobre la denominación que se debe usar para referirse a personas con discapacidad, los movimientos norteamericanos plantean que se debe usar el término de persona con discapacidad, para evidenciar que la discapacidad está fuera de las personas sin ser inherente a la condición de la persona, en donde no está deteriorada la condición humana como tal sino algunas funciones. Otro movimiento que va en contravía con el anterior, aboga por el término persona discapacitada que enfatiza en el carácter poblacional y de minoría dentro de una sociedad, reivindicando los derechos de grupos sociales que trabajando unidos facilitan un mayor reconocimiento en la sociedad, de donde sale el famoso lema “Nothing about us without us” (Moreno, 2007).

Esos debates, de corte terminológico implican posturas particulares y formas de entender la discapacidad. Acorde con el modelo biopsicosocial promulgado por la OMS se habla hoy día de personas en condición o en situación de discapacidad, resaltando la relación entre el sujeto y su entorno a través del reconocimiento del carácter social de la discapacidad y siendo uno de los modelos más aceptados por la comunidad.

En relación con el género y la discapacidad, es común observar en las instituciones y en los proyectos de inclusión laboral y social, una mayor proporción de hombres en comparación con las mujeres. Esto puede estar asociado con que el género masculino, evidencia una mejor salud subjetiva y menos síntomas depresivos, emocionales y somáticos que las mujeres (Möller-Leimkühler, 2002), y esto facilita la adaptación y ajuste a la discapacidad. Las construcciones socioculturales de los roles femeninos y masculinos, también explican en parte las diferencias de género observadas, dado que ante una situación de discapacidad las mujeres tienden a ser más pasivas en la búsqueda de opciones laborales, ya que dedican su tiempo más a temas de salud y presentan mayor necesidad de recibir atención ante su situación de discapacidad, en comparación con actitudes despreocupadas de los hombres ante la misma situación (Möller-Leimkühler, 2002).

Así mismo, las competencias y los comportamientos relacionados con temas de la salud y la discapacidad, están asociados a imaginarios sociales de fragilidad, suavidad y necesidad de cuidado en las mujeres en contraposición con la agresión, el estoicismo y la autoconfianza esperada en los hombres, que van a

determinar su inclinación a participar más activamente en proyectos de inclusión laboral, que les permita recuperar o asumir su rol dentro de la sociedad (Oliffe & Phillips, 2008).

En esta misma línea, la discapacidad física de la misma manera que las enfermedades crónicas, es una condición transversal que afecta todas las esferas y componentes de la calidad de vida de las personas, tiene un carácter permanente, irreversible y está asociado con muchos problemas de adaptación. Así como se observa en las enfermedades crónicas, en la discapacidad física la calidad de vida va a estar determinada por la experiencia del ajuste a las limitaciones cotidianas que produce la discapacidad, junto con los síntomas somáticos como el dolor crónico asociado, las reacciones emocionales que se producen y la percepción de control que pueden tener en cuanto al manejo de la situación de discapacidad (Joyce-Moniz & Barros, 2007).

En ese sentido, las personas en situación de discapacidad, reconocen que su estado de salud restringe su participación en las actividades de la vida diaria, generando marginación y exclusión en muchos ámbitos. Adicional a la condición de salud, la falta de recursos económicos dificulta su participación en actividades educativas, laborales, recreativas y religiosas de la comunidad a la que pertenecen, limitando las posibilidades de desarrollo personal y de inclusión en la comunidad (Moreno, Rodríguez, Gutiérrez, Ramírez & Barrera, 2006).

En Colombia, las personas con discapacidad se ven enfrentadas a muchas barreras que no les permiten participar en igualdad de

condiciones en espacios sociales, laborales, educativos y culturales. La labor de instituciones privadas y públicas que trabajan en pro de la población es garantizar la eficacia en sus procesos para aumentar el bienestar general de estas personas, el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, generando impacto no solo en la población vulnerable sino avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y la erradicación de la pobreza. El interés por la calidad de vida, en parte se deriva del desarrollo tecnológico que ha dispuesto estrategias que permiten extender la vida y mejorar las condiciones de vida de personas con enfermedades crónicas y degenerativas, alineado con ajustes no sólo en las políticas de gestión y de disponibilidad de recursos, sino también en las decisiones clínicas (Costa Neto & Cavalcanti, 2005).

Calidad de Vida y Discapacidad

La calidad de vida es entendida como un fenómeno subjetivo de acuerdo con la valoración que la persona hace de la satisfacción de sus necesidades. La calidad de vida para las personas en situación de discapacidad se relaciona con el desarrollo de sus derechos y las oportunidades ofrecidas por la comunidad. Va a estar influenciada por las condiciones de vida en el hogar, en el trabajo, en la educación, en la salud, en el bienestar subjetivo y en la participación de las actividades (Ministerio de Protección Social, 2004).

Hablando específicamente del concepto de calidad de vida en personas en situación de discapacidad, se ha encontrado que cuando una

persona sufre de alguna condición médica particular, la evaluación de la calidad de vida va a estar determinada por el impacto que perciba de la enfermedad y el efecto del tratamiento en el bienestar. De esta manera, la calidad de vida va a incluir la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y disminución de oportunidades a raíz de la enfermedad (Cano, Quiceno, Vinaccia, Gaviria, Tobón & Sandín, 2006).

En el ámbito de la discapacidad intelectual, se define la calidad de vida individual como un estado de bienestar personal multidimensional, con componentes objetivos y subjetivos, influenciada por factores personales y contextuales, integrando además, los múltiples factores ambientales que influyen en la vida de las personas (Gómez, Verdugo, Arias, & Navas, 2008). La noción de calidad de vida en el contexto de la enfermedad y la discapacidad va a integrar la apreciación personal del bien – estar, del bien – ser y del bien – vivir con una condición de salud que genera una interacción particular de la persona con su mundo (Costa Neto & Cavalcanti, 2005).

La categorización de los componentes del concepto de calidad de vida en población con discapacidad permite que se amplíe la perspectiva de análisis del constructo y que se tenga en cuenta una posición más holística de la calidad de vida. Dentro de esta categorización, Ballesteros, Novoa, Muñoz, Suárez y Zarante (2006) han definido cuatro aspectos de la calidad de vida en familias de niños con malformaciones congénitas: el estatus funcional, relacionado con la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria; la gravedad de los síntomas relacionados con la

enfermedad y el tratamiento; el funcionamiento y el bienestar psicológico y por último, el funcionamiento social y el papel desempeñado en diferentes contextos.

Además de estos componentes, es importante tener en cuenta algunas variables clínicas y demográficas que tienen mayor nivel de predicción de calidad de vida en personas en situación de discapacidad. Por ejemplo, en el caso de pacientes con esclerosis múltiple, se ha encontrado que el grado de funcionamiento físico y la participación en actividades va a determinar con un alto nivel predictivo la calidad de vida percibida. Así mismo, el uso de ayudas técnicas para la movilidad, como la silla de ruedas, favorece la percepción de calidad de vida en estos pacientes. La ausencia de daños cognitivos o de ingesta mejora la calidad de vida percibida. Además, entre mayor sea la persona y mayor tiempo lleve afrontando la esclerosis múltiple mejor percepción de la calidad de vida (Ford, Gerryoe, Johnson & Tennant, 2001).

En cuanto al papel de la familia en la calidad de vida de la persona con discapacidad, se ha encontrado que los enfoques tradicionales apuntan a determinar cuál es el efecto de la discapacidad de un miembro de la familia en la misma, evaluando aspectos tales como el estrés, las estrategias de afrontamiento, las prácticas parentales, el ambiente familiar, la relación marital, las necesidades familiares, entre otros. En la actualidad, se ha comenzado a dimensionar la calidad de vida desde un punto de vista más integral, en donde se conceptualiza a la familia como una unidad de apoyo, centrado más en los aspectos positivos y las fortalezas de la familia para enfrentarse a la situación de discapacidad de

uno de sus miembros, más que el enfoque patológico tradicional (Córdoba, Gómez & Verdugo, 2008).

Desde el modelo de calidad de vida que integra a la familia, se asume que las familias perciben mayor calidad de vida en la medida en que los miembros tienen las necesidades cubiertas, disfrutan de tiempo juntos y poseen oportunidades para alcanzar metas importantes y relevantes para ellos (Park, Turnbull & Turnbull, 2002).

En Colombia, se han realizado estudios sobre calidad de vida, entendida desde una perspectiva socioeconómica, con el fin de conocer el estado actual de la población en cuanto a variables como el estado de la vivienda, los servicios del hogar, la tenencia y financiación de vivienda, características generales y composición del hogar, aspectos relacionados con la salud, aspectos relacionados con la niñez, la educación, las condiciones laborales, las condiciones de vida del hogar (bienes) y la relación de gastos en el núcleo familiar. Es evidente que estas variables son elementos determinantes del concepto de calidad de vida, pero se dejan de lado aquellos aspectos subjetivos con respecto a las valoraciones que hacen las personas sobre sus condiciones actuales (DANE, 2007).

Ballesteros *et al* (2006) afirman que los resultados arrojados a partir de investigaciones sobre discapacidad y calidad de vida, ponen de manifiesto una necesidad de definir una política en Colombia que sea más clara sobre la discapacidad en la infancia, formulando planes específicos de prevención y tratamiento desde el sistema de protección social.

En relación con los programas de tratamiento y rehabilitación que integran las variables psicológicas, se ha encontrado que su efecto genera una mejoría altamente significativa en el bienestar subjetivo y la calidad de vida de las personas, en donde se integran técnicas de rehabilitación física, más una aproximación cognitivo conductual (Jensen, Busch, Bodin, Hagberg, Nygren & Bergstrom, 2009).

Teniendo en cuenta la incidencia y prevalencia de la discapacidad física en Colombia y las diversas causas de discapacidad, es necesario revisar cuáles estrategias de afrontamiento utilizan las personas cuando se enfrentan a estos eventos que dejan como secuelas lesiones permanentes que dificultan la movilidad.

Afrontamiento

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento se relaciona con los esfuerzos cognitivos y conductuales que desarrolla un individuo para manejar las demandas internas y/o externas del medio ambiente. Cuando estas demandas son percibidas como más altas que los recursos del individuo para manejarlas ocurre el estrés. En esta definición, el afrontamiento se entiende como el proceso, es decir, todas aquellas acciones del individuo para manejar el evento estresor, independientemente del resultado que obtenga. Las estrategias de afrontamiento pueden tener dos finalidades que se presentan de manera independiente o en conjunto dependiendo de la situación: controlar la respuesta emocional que se produce en la situación estresante (dirigido a la emoción) o generar un cambio en el problema que es la causa de la perturbación (dirigido al

problema) (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007).

Por otra parte, Rueda, Aguado y Alcedo (2008), definen el afrontamiento como un constructo multidimensional y multicondicionado de naturaleza cognitivo conductual que por su relación con la personalidad presenta estabilidad en el tiempo, aunque es de carácter situacional al estar expuesto a la interacción con cada situación particular. En esta definición de afrontamiento, se reconocen todos los esfuerzos por enfrentar una situación estresante, orientados ya sea a la resolución del problema, al control emocional o a las dos.

Ante el evento estresante se presentan tres tipos de evaluación cognitiva: la evaluación primaria, que puede ser de daño o pérdida, de amenaza y de desafío. La evaluación secundaria implica la valoración de los comportamientos, los recursos y las habilidades que tiene la persona para enfrentar el evento estresante y la respuesta de estrés se desencadena al evaluar que no tiene recursos o son insuficientes para afrontar la situación. Por último, viene la etapa de reevaluación donde la persona puede ajustarse al evento estresante, dependiendo de los recursos disponibles y la percepción de control de la situación (Lazarus & Folkman, 1986; Gaviria, *et al*, 2007).

La evaluación primaria es la primera parte del proceso de valoración e interpretación de la situación que realiza la persona para determinar las consecuencias que el evento provocará en la persona. En relación con la evaluación primaria, hay tres posibles evaluaciones: irrelevante cuando el evento no trae implicaciones para la persona y no hay un interés particular en las posibles

consecuencias. Las evaluaciones benignas y positivas, que están relacionadas con las consecuencias que preservan o ayudan al bienestar y generan emociones placenteras. Las evaluaciones estresantes pueden ser de daño o pérdida (perjuicio, lesiones, discapacidad, enfermedad, daño a la estima propia o social y pérdidas de un ser querido), de amenaza (prever daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se esperan en el futuro, como pacientes con quemaduras graves o víctimas de polio, dado que además de las dificultades presentes prevén las limitaciones y dificultades de adaptación en el futuro) y de desafío (implica la valoración de las fuerzas que se necesitan para vencer en una confrontación y en general, ayuda a movilizar recursos para un futuro cercano y produce emociones placenteras y agradables) (Lazarus & Folkman, 1986).

Luego de determinar y categorizar el evento de acuerdo a las posibles evaluaciones primarias de una situación, viene la evaluación secundaria donde la persona evalúa lo que puede hacer en dicha situación. En esta evaluación aparecen dos creencias: la expectativa de resultados, que se relaciona con la valoración de que ciertas conductas producirán ciertos resultados, y la expectativa de eficacia, en donde la persona valora su capacidad para realizar con éxito cierta conducta y lograr así resultados deseados. La última fase de este proceso es la reevaluación, en donde se produce un cambio en la evaluación inicial que realiza la persona con base en la nueva información del ambiente y de las reacciones de la persona ante la situación y de acuerdo a esta información, se puede aumentar o

reducir la tensión que siente la persona en ese momento (Lazarus & Folkman, 1986).

Dentro de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, se encuentran la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los eventos negativos, los trastornos emocionales también serían una estrategia centrada en la emoción como un paso previo para que la persona movilice recursos para la acción (Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007).

Así mismo, los estilos de afrontamiento también pueden ser vistos de acuerdo al papel activo o pasivo que juega la persona ante la situación estresante. El afrontamiento activo se relaciona con las acciones de la persona para continuar con su vida a pesar del dolor, implicando un manejo adecuado de las emociones, generando mayor bienestar y estados afectivos positivos. El afrontamiento pasivo se relaciona con la sensación de pérdida de control de la situación y acciones en búsqueda del apoyo de los otros (dependencia) (Contreras *et al* 2007). Las estrategias de afrontamiento activas centradas en el problema y la aceptación se relacionan con estados de ajuste positivos, mientras que estrategias de afrontamiento como el uso de drogas o alcohol, la desvinculación conductual, la negación y la fantasía se relacionan con estados de ajuste negativo (Pollard & Kennedy, 2007).

El afrontamiento efectivo se relaciona directamente con los recursos de afrontamiento y los valores, objetivos, creencias y compromisos de la persona. Los compromisos son aquellas cosas que son importantes para la persona y que van a

influir en las decisiones que toma. Las creencias son aspectos cognitivos que enmarcan la forma como la persona interpreta y da significado a los eventos. Así mismo, los factores de la situación como la novedad y la incertidumbre influyen en los recursos de afrontamiento elegidos por la persona. Eventos como la enfermedad crónica y la discapacidad física, son fuentes importantes de estrés y malestar físico y emocional que requieren de recursos de afrontamiento, tanto para prevenir daño como para adaptarse al mismo (González & Padilla, 2006).

Se han estudiado los factores que generan mayor impacto en la calidad de vida de las personas; entre ellos se encuentran las condiciones de salud tales como severidad de los síntomas (Kojima *et al* 2009; Krethong, Jirapaet, Jitpanya & Sloan, 2008; Gaviria *et al* 2007; Vinaccia, Quiceno, Fonseca, Fernández & Tobón, 2006; Stuijbergen, Seraphine, Harrison & Adachi 2005); condición de enfermedad y/o discapacidad adquirida o congénita (Uppal, 2006; Ford *et al*, 2001); tipo de discapacidad o limitación (Ballesteros *et al* 2006); grado de independencia y autonomía en las actividades cotidianas (Pérez, Rodríguez, Galán & Blanco, 2005).

El afrontamiento es una variable mediadora significativa entre los estresores de la vida y el ajuste psicológico, y se evalúa la efectividad del afrontamiento en la medida en que las personas manifiesten un ajuste y equilibrio psicológico ante los eventos estresores. Se ha encontrado que para personas que padecen enfermedades crónicas, es más adaptativo utilizar una estrategia de afrontamiento enfocada en el

problema (Abbott, Hart, Morton, Gee & Conway, 2008).

Las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas para enfrentarse a eventos como la enfermedad crónica o la discapacidad, van a estar influenciadas por la interpretación cognitiva del evento, el significado que le dé la persona a la calidad de vida, el apoyo social percibido y la valoración asignada a las redes sociales como una fuente de apoyo para la adaptación a la enfermedad o discapacidad (Gaviria *et al* 2007).

Además, el afrontamiento es una de las variables predictoras del estrés psicológico más potentes en personas con lesión medular, en comparación con el nivel de la lesión, la edad, la severidad de la lesión y el tiempo ocurrido desde la lesión, específicamente aquellas estrategias de afrontamiento centradas en el problema están más relacionadas con menores niveles de depresión y estrés (v.g. Bonanno, Kennedy, Galatzer-Levy & Lude, 2012; Lequerica, Forchheimer, Albright, Tate, Duggan & Rahman, 2010). Pollard y Kennedy (2007) encontraron en un estudio longitudinal a 10 años con personas con lesiones medulares que la estrategia de afrontamiento más usada a lo largo del tiempo fue la aceptación, al igual que el afrontamiento activo y la reinterpretación positiva. Las estrategias de afrontamiento menos usadas a lo largo de los 10 años fueron la desvinculación comportamental, la negación y el uso de alcohol y drogas. Las estrategias de afrontamiento usadas predominantemente en la etapa inicial de ajuste a la lesión medular, que no se mantuvieron a lo largo de los 10 años, fueron el soporte social

instrumental y emocional, la supresión de actividades competitivas y la religión.

Se ha encontrado una relación estrecha entre la calidad de vida y las atribuciones causales sobre la salud y los estilos de afrontamiento que utilizan los pacientes para enfrentar la enfermedad. Cuando los pacientes están convencidos de que su comportamiento puede influenciar su condición de salud, hay mayor percepción de calidad de vida física; por otra parte, la calidad de vida psicológica se ve más afectada cuando la condición de salud se percibe como incontrolable, utilizando estilos de afrontamiento enfocados en la emoción (estrategias de evitación) (Pucheu, Consoli, D'Auzac, Francais & Issad, 2004).

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, (2007) encontraron que dentro de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por 28 pacientes con cáncer, están la evitación conductual y emocional, y la alta supresión de pensamientos negativos sustituidos por pensamientos positivos que les ayudan a tolerar la enfermedad. En pacientes que sufren de dolores crónicos, las estrategias de afrontamiento adaptativas van a favorecer menos angustia y respuestas punitivas más bajas ante el dolor, en comparación con estrategias con bajo control percibido y alta necesidad de soporte (Londoño, Contreras, Delgadillo, Tobón & Vinaccia, 2005).

En relación con las enfermedades y la manera como los pacientes se enfrentan a esta condición, los pacientes perciben altos niveles de estrés, pero aquellos que utilizan estrategias de afrontamiento orientadas al problema garantizan una mejor adaptación a la enfermedad. Las atribuciones globales, internas, inestables y

controlables se asocian indirectamente con un ajuste psicológico positivo a la condición de salud. El afrontamiento enfocado en el problema se asocia con resultados más favorables de la enfermedad, mientras que el afrontamiento enfocado en la emoción lo adoptan pacientes con condiciones de salud menos controlables (Pucheu *et al* 2004).

Las personas con lesiones medulares utilizan estrategias de afrontamiento generales y específicas, de acuerdo a demandas del ambiente y la situación como las relaciones interpersonales, las barreras de accesibilidad, las dificultades laborales, síntomas esporádicos o intermitentes (espasticidad, dolor, infecciones urinarias) y adaptación a secuelas crónicas como la falta de sensibilidad y la movilidad reducida. Las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con lesión medular, no dependen del nivel ni el tipo de lesión, sino de otras variables personales relacionadas. Por ejemplo, la etiología de la lesión medular y su naturaleza traumática puede influir en la aceptación, conformismo y serenidad reportados en las personas con dicha lesión, siendo las de causas deportivas las que se relacionan más con este tipo de afrontamiento. Entre las estrategias de afrontamiento más eficaces y relacionadas con mayor bienestar en personas con lesiones medulares se encuentra la resolución de problemas, la planificación, la reestructuración cognitiva, la búsqueda de apoyo social, la revaloración positiva, el distanciamiento, el autocontrol, la confrontación, la aceptación y el espíritu de lucha. Dentro de las estrategias de afrontamiento menos eficaces con mayores indicadores de depresión y ansiedad están el

escape, la evitación, la minimización de la amenaza, la desvinculación conductual, el distanciamiento mental, la supresión de actividades, el pensamiento desiderativo, la dependencia social, la confrontación, la culpabilización, la preocupación mental por la causa de la lesión y el grado en que pudo ser evitada (Rueda, Aguado & Alcedo, 2008).

La adherencia a los tratamientos e intervenciones médicas para las condiciones de enfermedades van a estar directamente relacionadas con los estilos de afrontamiento utilizados por el paciente. Por ejemplo, en modalidades de tratamiento de diálisis en casa, es mucho más favorable un estilo de afrontamiento vigilante y activo; por otra parte, un estilo de afrontamiento menos vigilante y más pasivo es adecuado para la adherencia a la intervención cuando la modalidad es hospitalaria (Pucheu *et al* 2004).

Se han estudiado las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas que padecen de fibrosis quística, dadas las demandas físicas y emocionales estresantes que implica esta enfermedad. Una forma de afrontar la enfermedad involucra una estrategia enfocada en la emoción, de evitación, pasividad y distracción, en donde los pacientes expresan poco interés en la enfermedad o los tratamientos o intentan distraerse a sí mismo de la situación. El afrontamiento que enfoca la atención en la enfermedad puede ser positivo, optimista o enfocado en el problema. Los pacientes pueden monitorear su estado de salud, manifestando un deseo de pelea o lucha (Abbott *et al* 2008).

Abbott *et al* (2008), encontraron que las personas con fibrosis quística demostraron una resiliencia psicológica considerable y reportaron una estrategia de afrontamiento optimista para tratar su enfermedad. Estas expectativas optimistas y positivas frente a la enfermedad están asociadas con una disminución de los síntomas físicos y una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Taylor *et al* (2008), estudiaron la relación que existía entre la disminución en la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar terminal y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Encontraron que una mejor calidad de vida psicológica estaba asociada a altos niveles de enfrentamiento activo y bajos niveles de estrategias de evitación. El afrontamiento activo está asociado con bajos niveles de depresión, ansiedad de estado y de rasgo, estrés y altos niveles de soporte social.

Cuando las personas con una situación de discapacidad o con enfermedad crónica emplean estrategias de afrontamiento como la distracción y la oración, se observa un ajuste funcional más pobre y una posición de desesperanza/indefensión que conlleva a consecuencias emocionales negativas. Adicionalmente, el impacto que tienen las creencias negativas de carácter ansioso en la percepción de la calidad de vida, se encuentra asociado con un sentido de pérdida de control y evitación de situaciones que dificulten su estado de salud (Keeley, Creed, Tomenson, Todd, Borglin & Dickens, 2008).

En pacientes con insuficiencia renal crónica, se ha encontrado que la autofocalización negativa es el estilo de afrontamiento más asociado con la calidad de vida, en donde las puntuaciones bajas en salud general, vitalidad,

función social, rol emocional y salud mental se asociaron con este estilo de afrontamiento, que involucra mayor autoconvencimiento negativo, autoculpa, indefensión, sentimientos de incapacidad para resolver la situación y resignación. Las personas que utilizan este estilo pasivo de afrontamiento, sienten que no tienen control sobre la situación y hay mayor dependencia del medio social (Contreras *et al* 2007).

Los resultados confirman el poder predictivo de las estrategias de afrontamiento, para la adaptación psicosocial luego de un estresor que lleve a una amputación. En personas con amputación de miembro inferior, se ha encontrado igualmente que la estrategia de afrontamiento de evitación no centrada en el problema estaba asociada con una adaptación postamputación psicosocial mucho más pobre, con una incidencia mayor de disfunciones físicas y psicosociales, especialmente problemas de ansiedad y depresión (Desmond & MacLachlan, 2006).

Optimismo

Se han propuesto en relación con las enfermedades los conceptos de optimismo, pesimismo y realismo asociados a la percepción de la satisfacción con la vida bajo condiciones de estrés. Una persona con un estilo optimista está dispuesta, bajo todas las circunstancias a esperar lo mejor de las situaciones. Por otra parte, una persona pesimista habitualmente toma el peor punto de vista de los eventos. Una persona realista mantiene una percepción de la calidad de vida verdadera o con el mínimo de errores de interpretación de acuerdo a características de la salud, de ingresos, entre otros aspectos. Las posiciones optimistas y pesimistas son vistas

como errores cognitivos de la percepción de la satisfacción con la vida (Groot & Van Den Brink, 2007).

Alternativamente, el optimismo/pesimismo puede ser visto como la evaluación del estado actual del mundo, de tal forma que esta evaluación positiva/negativa se compara con la que realizarían otras personas de la misma situación o evento. El optimismo/pesimismo tiene un efecto directo e indirecto en la valoración de la calidad de vida. Los efectos indirectos se observan a través de los mecanismos de afrontamiento como el espíritu de lucha observado en personas optimistas y la desesperanza/indefensión vista en pesimistas (Groot & Van Den Brink, 2007).

El afrontamiento proactivo se relaciona con los estados afectivos, la satisfacción con la vida y los síntomas físicos y puede ser entendido desde dos perspectivas: como un método en el que los seres humanos valoran los objetivos y preparan los recursos para alcanzarlos con éxito y como proceso a través del cual el individuo se prepara para enfrentarse a estresores futuros. El optimismo, facilita el afrontamiento proactivo al establecer expectativas de que el futuro será favorable (Sohl & Moyer, 2009).

En estudios sobre calidad de vida y optimismo en pacientes con condiciones crónicas de salud, generalmente se ha asociado un mejor estado de salud física con un enfrentamiento más exitoso a los desafíos de la vida, aunque Vinaccia, Quiceno, Zapata, Abad, Pineda y Anaya (2006) encontraron que las personas que sufren de lupus eritematoso sistémico, tienen una alta predisposición hacia el optimismo a pesar de la

condición crónica. Además, la función social o la capacidad de las personas para continuar con su vida social habitual, a pesar de los problemas de salud física y/o emocional, puede estar directamente relacionada con el optimismo disposicional, de tal forma que a mayor optimismo mejor es la función social de las personas.

La enfermedad constituye una situación adversa a largo plazo y tiene un carácter incontrolable que moviliza dentro de las personas reevaluaciones cognitivas, en cuanto a los aspectos de tensión de la situación. Las reevaluaciones cognitivas pueden orientarse en el significado negativo de la tensión (desamparo y desesperanza), pueden disminuir el significado adverso de la tensión (aceptación y ajuste) y pueden ofrecer un significado positivo al evento. Estas reevaluaciones cognitivas van a facilitar el ajuste cognitivo de las personas con enfermedad crónica (Vinaccia *et al* 2006).

En esa medida, el afrontamiento negativo está dado ante las reevaluaciones cognitivas enfocadas en el sentido negativo de la enfermedad, percibida como incontrolable, impredecible e inmodificable. La aceptación como estilo de afrontamiento, ocurre cuando la persona reduce el sentido adverso de la enfermedad y desarrolla habilidades para vivir con la condición de salud y controlar las secuelas de la enfermedad en su vida diaria (Vinaccia *et al* 2006).

El optimismo disposicional, entendido como las expectativas o creencias estables y generalizadas positivas acerca del futuro, se relaciona con proyectos de vida realizables y sostenibles promovidos por procesos de

intervención psicológica y en casos donde se evalúan pocas oportunidades de cambiar la situación como en el caso de la discapacidad, las estrategias centradas en la emoción van a resultar de mucha utilidad conjugadas con expectativas optimistas que favorecen la adaptación (Ortíz, Ramos & Vera-Villaruel, 2003).

Se encuentran en la literatura correlaciones significativas positivas entre soporte social y autoeficacia en pacientes con enfermedad pulmonar terminal, reportando así mismo una mejor calidad de vida psicológica (Taylor *et al* 2009). Relacionado con el afrontamiento está la tendencia en las personas con discapacidad física hacia el optimismo disposicional, que al igual que con personas con fibrosis quística y lupus eritematoso sistémico está asociada con una mejor calidad de vida y menos síntomas físicos que interfieren con la vida cotidiana de las personas (Abbott *et al* 2008; Vinaccia, Quiceno, Zapata, 2006).

CONCLUSIONES

En conclusión, las personas en situación de discapacidad física utilizan con mayor frecuencia estrategias centradas en la emoción, principalmente la evitación en las primeras etapas del proceso de adaptación. Este hallazgo se asocia con el grado de incontrolabilidad y de permanencia de la situación de discapacidad que hace que en este contexto las estrategias orientadas a solucionar el problema no resulten tan efectivas, tal como lo habían planteado previamente Abbott, Hart, Morton, Gee y Conway (2008) y como se observa en pacientes con cáncer (Gaviria *et al* 2007) y con mujeres con artritis

reumatoide (Carlisle, John, Fife-Schaw & Lloyd, 2005).

La adaptación en casos de enfermedad crónica o discapacidad va a implicar un ajuste entre las demandas y expectativas que exige un evento que causa una limitación permanente y las capacidades de las personas para dar respuesta a estas demandas, pero como en estos casos no hay posibilidades de cambiar la situación, las estrategias orientadas a la emoción ayudan a reducir el impacto emocional que genera el evento y a largo plazo a lograr un equilibrio ante la situación (Rodríguez, Pastor & López, 1993).

En las personas con discapacidad física, así como en otros grupos poblacionales, pueden existir diferencias importantes en los estilos de afrontamiento utilizados para adaptarse a problemas y dificultades relacionadas con la discapacidad y con la vida diaria. Sin embargo, parece que las personas con discapacidad física, tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, especialmente la evitación. De igual forma y en relación con variables psicológicas se ha encontrado que el afrontamiento es un factor que determina significativamente la calidad de vida en personas con discapacidad o condiciones crónicas de enfermedad (Taylor *et al* 2008; Abbott *et al* 2008; Gaviria *et al* 2007; Contreras *et al* 2007; Groot & Van Den Brink, 2007; Cano *et al* 2006; Desmond & MacLachlan, 2006; Vinaccia *et al* 2006b). Todo este cuerpo de conocimientos derivados de la investigación, debe ayudar a fortalecer los protocolos o guías de atención para las personas que por condiciones adquiridas presentan una discapacidad, de tal forma que a través de intervenciones clínicas eficientes, se

garantice el mejor ajuste posible a la situación, trabajando estrategias de afrontamiento que fortalezcan su adaptación.

REFERENCIAS

- Abbott, J.; Hart, A.; Morton, A.; Gee, L. & Conway, S. (2008). Health – related quality of life in adults with cystic fibrosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 149-157.
- Ballesteros, B.P.; Novoa, M.; Muñoz, L.; Suárez, F. & Zarante, I. (2006). Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas: Perspectiva del cuidador principal. *Universitas Psychologica*, 5(3), 457-473.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2007). *Datos de Discapacidad: Fuentes más recientes sobre tasas de prevalencia en América Latina y el Caribe (ALC)*. Autor: En: http://www.iadb.org/sds/SOC/site_6215_s.htm
- Bonanno, G.A.; Kennedy, P.; Galatzer-Levy, I.R. & Lude, P. (2012). Trajectories of Resilience, Depression, and Anxiety Following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 236-247.
- Cano, E.; Quiceno, J.; Vinaccia, S.; Gaviria, A.M.; Tobón, S. & Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5(3), 511-520.
- Carlisle, A.C.; John, A.M.; Fife – Schaw, C. & Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, 10, 571-587.
- Contreras, F.; Esguerra, G.A.; Espinosa, J.C. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
- Córdoba, L.; Gómez, J. & Verdugo, M.A. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 7(2), 369-383.
- Costa Neto, S.B. & Cavalcanti, T.C. (2005). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnóstica. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 53-63.
- DANE (2010). *Información Estadística Total Nacional*. Bogotá, Colombia. Autor: En: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=120
- DANE (2007). *Encuesta Calidad de Vida 2007*. Bogotá, Colombia. Autor: En: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=35&id=576&Itemid=1086
- DANE (2005). Boletín Censo General 2005. Discapacidad – Colombia. Bogotá, Colombia. Autor: En:

- <http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf>
- DANE (2004). Información Estadística de la Discapacidad. Bogotá, Colombia. Autor: En: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf
- Desmond, D. & MacLachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science & Medicine*, 62, 208-216.
- Ford, H.L.; Gerryoe, E.; Johnson, M.H. & Tennant, A. (2001). Health status and quality of life of people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 23(12), 516-521.
- Fundación Saldarriaga Concha & Fundación Santa Fe de Bogotá (2009). *La discapacidad en el contexto del sistema general de seguridad social en salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico*. Bogotá, Colombia.
- Fundación Saldarriaga Concha (2007). *Lineamientos de política de atención a la discapacidad*. Así Vamos en Salud. Colombia: Autor.
- Gaviria, A.M.; Vinaccia, S.; Riveros, M.F. & Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gaviria, P. (2000). Una mirada a la persona con discapacidad desde la perspectiva ecológica. *Avances Síndrome de Down*, 11(1).
- Gómez, L.E.; Verdugo; M.A.; Arias, B. & Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 189-199.
- González, A.L. & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.
- Groot, W. & Van Den Brink, H.M. (2007). Optimism, pessimism and the compensating income variation of cardiovascular disease: A two-tiered quality of life stochastic frontier model. *Social Science & Medicine*, 65, 1479-1489.
- Ibañez, P. & Mudarra, M.J. (2004). Relaciones sociales de personas con discapacidad, en el ocio y tiempo libre. *Revista Española de Pedagogía*, LXII(229), 521-540.
- Jensen, I.B.; Busch, H.; Bodin, L.; Hagberg, J.; Nygren, A. & Bergstrom, G. (2009). Cost effectiveness of two rehabilitation programmes for neck and back pain patients: A seven year follow-up. *Pain*, 142, 202-208.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud. Desarrollo e intervención*. Bogotá, Colombia: El Manual Moderno.
- Keeley, P.; Creed, F.; Tomenson, B.; Todd, C.; Borglin, G. & Dickens, C. (2008). Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service

- utilization in people with chronic low back pain. *Pain*, 135, 142-150.
- Kojima, M.; Kojima, T.; Ishiguro, N.; Oguchi, T.; Oba, M.; Tsuchiya, H.; Sugiura, F.; Furukawa, T.A.; Suzuki, S. & Tokudome, S. (2009). Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 425-431.
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C. & Sloan, R. (2008). A Causal Model of Health – Related Quality of Life in Thai Patients with Heart - Failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 254-260.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Segunda edición. México: Martínez Roca.
- Lequerica, A.H.; Forchheimer, M.; Albright, K.J.; Tate, D.G.; Duggan, C.H. & Rahman, R.O. (2010). Stress Appraisal in Women with Spinal Cord Injury: Supplementary Findings Through Mixed Methods. *International Journal of Stress Management*, 17(3), 259-275.
- Londoño, C.; Contreras, F.; Delgadillo, G.; Tobón, S. & Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 25-31.
- Ministerio de la Protección Social (2004). *Lineamientos de Política. Habilitación / Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2002). Barriers to help – seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
- Moreno, M. (2007). *Políticas y concepciones en discapacidad: un binomio por explorar*. Universidad Nacional, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.
- Moreno, M.E.; Rodríguez, M.C.; Gutiérrez, M.; Ramírez, L. & Barrera, O. (2006). ¿Qué significa la discapacidad? *Aquichan*, 6(1), 78-91.
- Oliffe, J.L. & Phillips, M.J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health*, 5(3), 194-202.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2005). Disabled often among the 'poorest of poor'. *Bulletin of the World Health Organization (BLT)* 83(4).
- Organización Mundial de la Salud OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF*. Editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Ortíz, J.; Ramos, N. & Vera-Villaruel, P. (2003). Optimismo y salud: Estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicológica*, 10(1), 119-134.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y*

- plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad y Ediciones Cinca. España.
- Park, J., Turnbull, A. & Turnbull, R. (2002). Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities. *Exceptional Children*, 68, 151-170.
- Pérez, M.A.; Rodríguez, A.M.; Galán, A. & Blanco, A. (2005). Calidad de vida en la salud: Algunas investigaciones en el ámbito hospitalario. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 64-72.
- Pollard, C. & Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10 – year review. *British Journal of Health Psychology*, 12, 347-362.
- Pucheu, S.; Consoli, S.M.; D'Auzac, C.; Francais, P. & Issad, B. (2004). Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 317-322.
- Rodríguez, J.; Pastor, M.A. & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rueda, M.B.; Aguado, A.L. & Alcedo, M.A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 109-124.
- Sohl, S.J. & Moyer, A. (2009). Refining the conceptualization of a future-oriented self-regulatory behavior: Proactive coping. *Personality and Individual Differences*, 47(2), 139-144.
- Stuifbergen, A.K.; Seraphine, A.; Harrison, T. & Adachi, E. (2005). An explanatory model of health promotion and quality of life for persons with post-polio syndrome. *Social Science & Medicine*, 60, 383-393.
- Taylor, J.; Smith, P.; Babyak, M.; Barbour, K.; Hoffman, B.; Sebring, D.; Davis, R.; Palmer, S.; Keefe, F.; Carney, R.; Cisk, I.; Freedland, K. & Blumenthal, J. (2008). Coping and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 71-79.
- Uppal, S. (2006). Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities. *Social Science & Medicine*, 63, 525-539.
- Vinaccia, S.; Quiceno, J.M.; Fonseca, P.; Fernández, H. & Tobón, S. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 47-56.
- Vinaccia, S.; Quiceno, J.M.; Zapata, C.; Abad, L.; Pineda, R. & Anaya, J.M. (2006). Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 57-65.