

RELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE
VIDA DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA Y SUS
CUIDADORES PRIMARIOS DEL ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ

Paula Andrea Gómez Gómez

María Camila Pino Marín

Esthefany Vélez Montes



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2020

RELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA Y SUS CUIDADORES PRIMARIOS DEL ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ

Paula Andrea Gómez Gómez

María Camila Pino Marín

Esthefany Vélez Montes

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor: Diego Alfredo Tamayo Lopera, Magíster (MSc) en [Neuropsicología].



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2020

Tabla de contenido

	pág.
Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
1. Planteamiento de problema.....	10
2. Justificación.....	15
3. Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. Marco referencial.....	18
4.1 Marco de antecedentes.....	18
4.1.1 Antecedentes Internacionales.....	18
4.1.2 Antecedentes Nacionales.....	22
4.3 Marco teórico.....	26
4.4 Marco ético legal.....	40
5. Metodología.....	42
5.1 Enfoque.....	42
5.2 Tipo de estudio.....	42
5.3 Nivel de estudio.....	42
5.4 Diseño del estudio.....	42
5.5 Población.....	42
5.1 Muestra.....	42

5.6 Técnicas de recolección de información.....	43
5.7 Procedimiento.....	47
6. Resultados.....	47
7. Discusión.....	54
8. Conclusiones.....	57
9. Recomendaciones.....	59
Referencias.....	60
Anexos.....	69

Lista de Tablas

	pág.
Tabla 1. Datos sociodemográficos de un grupo de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios del valle de Aburrá en el año 2020.....	48
Tabla 2. Estrategias de afrontamiento de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios en un grupo del Valle de Aburrá en el año 2020.....	49
Tabla 3. Calidad de vida de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios en un grupo del Valle de Aburrá en el año 2020.....	50
Tabla 4. Correlación entre las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el grupo de cuidadores primarios de personas en situación de discapacidad física.....	51
Tabla 5. Correlación entre las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el grupo de personas en situación de discapacidad física.....	53

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento (EA) y la calidad de vida (CV) de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios residentes en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá. La metodología fue de enfoque cuantitativo, de alcance relacional-comparativo con diseño transversal. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y la escala integral de calidad de vida (GENCAT). La muestra estuvo conformada por 40 personas, 20 personas en situación de discapacidad física y 20 cuidadores primarios. Los resultados evidenciaron que las personas con discapacidad física presentan una correlación positiva entre solución de problemas (EA) y desarrollo personal (CV) $RS= 0,466$ y una correlación negativa entre reacción agresiva (EA) y bienestar emocional (CV) $RS= -0,474$. En los cuidadores primarios se encontró correlación positiva entre solución de problemas (EA) y bienestar físico (CV) $RS= 0,447$ y una correlación negativa entre la expresión de la dificultad de afrontamiento (EA), y el bienestar emocional $RS= -0,446$. Los hallazgos obtenidos evidenciaron la correlación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento en ambas poblaciones estudiadas.

Palabras clave: Personas en situación de discapacidad física, Cuidadores primarios, Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida.

Abstract

This research had the objective to analyse between the coping strategies and people's quality of life (QoL) with disabilities problems and their caregivers, who are residents from Area Metropolitana del Valle de Aburrá. The methodology utilised is quantitative research and cross sectional study design. The measures used were: Modified Coping Strategies Scale (CSS-R) and The Comprehensive Quality of Life Scale (COMQOL). The sample was devised with 40 people, 20 with physically disabilities and 20 primary caregivers. The results evidenced that physically disabled people, showed a positive correlation between problem solving (CS) and personal development (QOL) $RS=0,466$ and a negative correlation between aggressive reaction (CS) and mental well-being (QOL) $RS=0,0474$. Primary caregivers manifested a positive correlation between solving problems (CS) and physically well-being (QOL), $RS=0,447$ and a negative correlation between (CS) and mental well-being (QOL). Findings evinced, correlation between quality life and coping strategies in both of the studied populations.

Keywords: Physically Disabled People, Primary Caregivers, Coping, Quality of life

Introducción

La presente investigación buscó analizar la relación entre la calidad de vida (CV) y las estrategias de afrontamiento (EA) de personas en situación de discapacidad física (DF) y sus cuidadores primarios, esta temática fue elegida ya que se evidenciaron grandes vacíos en cuanto a investigaciones que estudiaran en conjunto estas dos poblaciones. Además de las repercusiones psicológicas y sociales a las que se ve enfrentada dicha población; aspectos desde los cuales se partió para considerar las variables calidad de vida y estrategias de afrontamiento como factores predictores de la salud mental.

Las personas que se encuentran en situación de DF presentan diferentes tipos de afectaciones que influyen en el desempeño de tareas cotidianas, lo que expone a esta población a diversas barreras, algunas de estas son: la falta de oportunidades, la estigmatización social y la poca adecuación de espacios y recursos, factores que intervienen en la participación social y en la CV, no sólo de estas personas sino también de la que se encuentra a cargo de los cuidados ya que ésta ejerce un rol primordial en el diario vivir. Así pues, tanto la persona a cargo como la persona en situación de DF se encuentran expuestos a grandes cargas de estrés desde las cuales cada ser humano busca dar respuesta por medio de las diferentes EA.

Teniendo en cuenta los diversos factores y repercusiones a los que se ve expuesta dicha población, se consideró importante evaluar las variables de la investigación a través de dos instrumentos los cuales fueron: la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) realizada por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006) y la escala integral de calidad de vida (GENCAT) realizada por Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009). Con la implementación de los instrumentos anteriormente mencionados y los resultados obtenidos se identificó las variables EA y CV que utilizan las personas en situación de DF y sus respectivos

cuidadores primarios, además de ello se estableció la comparación entre las dos variables que implementaban ambos grupos.

Finalmente, el lector se encontrará con la relación entre las EA y la CV de los dos grupos poblacionales. Los resultados, discusión y conclusiones de esta investigación son un aporte para conocer más sobre el universo psicológico, el lector podrá descubrir una nueva mirada sobre algunos aspectos de la situación de vida de las personas en situación de DF y sus cuidadores primarios.

1. Planteamiento del Problema

Las personas en situación de discapacidad ya sea física, cognitiva, sensorial o intelectual, según la Organización Mundial De La Salud están conformadas en uno de los grupos más ignorados en el mundo, dado a que estos no son grandes participes de la economía y tienen una mayor tasa de bajos recursos que aquellos que no tienen una discapacidad (OMS, 2017).

Actualmente cerca de 1000 millones de personas en el mundo tienen algún tipo de discapacidad y equivalen al 15% de la población mundial; entre 110 y 190 millones de personas tiene gran dificultad en el funcionamiento físico. Algunas de las barreras que tienen estas personas son la falta de oportunidades, el estigma social y la poca adecuación de espacios y recursos designados a esta población.

En América Latina se estima que existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad; entre el 80% y el 90% de las personas en situación de discapacidad en América Latina y el Caribe no se encuentran laborando formalmente. En Colombia y según las cifras de Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD, 2018) de los 1.342.222 colombianos reportados hasta el año 2017 el 3% se encuentran en situación de discapacidad, por cada 100 habitantes 3 sufren esta condición.

Los principales departamentos con la mayor tasa de personas con esta condición reportadas en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD – RUV 2017) son: Bogotá D.C 273.823 seguido por Antioquia 167.019, Valle del Cauca 114.254 y Santander con 81.626.

En Colombia existen diferentes leyes e instituciones encargadas de proteger los derechos de estas personas. La Ley 1145 del 10 de julio de 2007 y la Ley Estatutaria 1618 de 2013 son las que rigen, el Sistema Nacional de Discapacidad SND el cual se encarga de orientar a las

diferentes instituciones y programas para que ejecuten bien los principios generales que están contenidos en la Ley 1145. Dicho esto, el sistema de seguridad nacional está conformado por cuatro niveles que son: El Ministerio de Salud y Protección Social, El Consejo Nacional de Discapacidad, CND, Los Comités Departamentales y Distritales de Discapacidad, CDD y Los Comités Municipales y Locales de Discapacidad –CMD o CLD, encargados del seguimiento y evaluación de la política pública nacional de discapacidad (MINSALUD,2018).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) la discapacidad es un concepto que está en constante evolución, pero que actualmente está definido como aquellas interacciones que limitan la participación plena y efectiva en la sociedad entre las personas con una deficiencia y las que tienen igualdad de condiciones con las demás.

Las personas que se encuentran en situación de discapacidad física tienen diferentes tipos de condiciones que afectan su salud y su calidad de vida, como son la discapacidad en el miembro superior, inferior, malformaciones, y dificultades en la cadera (Botero & Londoño 2013). Dichas condiciones y limitaciones que presenta estas personas pueden afectar no solo su movilidad y desempeño en tareas cotidianas, sino que también generan malestar psicológico producto de los cambios que tienen que enfrentar con la discapacidad.

De esta manera, uno de los elementos más comunes en personas que se encuentran en situación de discapacidad física es tener que hacer frente al estrés que supone vivir en un contexto donde las condiciones para garantizar su inclusión a la sociedad no son adecuadas. Por otra parte, estas personas deben enfrentar cambios relevantes en su estilo de vida, que no siempre son sencillos de afrontar. Al experimentar una serie de eventos y condiciones amenazantes a su integridad física, familiar, laboral, académica y en otros contextos, donde dependiendo de la magnitud, duración e intensidad de la amenaza, puede provocar y generar altos grados de estrés.

Por tal motivo, es necesario que la persona desarrolle mecanismos para poder afrontar las situaciones estresantes, que promuevan la salud en comportamientos y actitudes que ayuden al bienestar, y reduzcan el riesgo en la salud física y mental (Barahona & Orozco, 2015).

El estrés es visto como una sensación de agobio, preocupación y agotamiento, puede afectar a personas de cualquier edad, género y circunstancias personales y puede desarrollar problema de salud tanto física como psicológica. El estrés es positivo en sentido a que da la energía para llevar ciertas situaciones, pero en exceso puede tener consecuencias en la salud como en el corazón y el sistema nervioso central (APA, 2015).

El afrontamiento es un factor importante en la calidad de vida de las personas, es por eso que en las personas con discapacidad física puedan existir diferentes estilos de afrontamiento que les permiten adaptarse a los problemas y dificultades relacionadas a su discapacidad y a sus tareas de la vida diaria Botero y Londoño (2013). En un estudio sugieren que estas personas utilizan un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, enfocándose en respuestas emocionales como son la ira, tristeza, rabia, entre otras. También empleando estilos de afrontamiento centrados en la tarea los cuales se encargan de elaborar planes de acción y resolver de manera lógica los problemas siendo este el más adecuado (Martínez & Agustín, 2011).

Por consiguiente, las estrategias de afrontamiento son definidas como esfuerzos que se utilizan frente a situaciones adversas, como mecanismos que le permiten al sujeto hacer frente a la situación estresante, desencadenante de reacciones comportamentales y emocionales, ya que, eventos como la enfermedad crónica y la discapacidad física, son fuentes importantes de estrés y malestar físico y emocional que requiere de recursos de afrontamiento, tanto para prevenir daño como para adaptarse al mismo (Lazarus & Folkman, 1986).

Es necesario mencionar que no basta con centrarse únicamente en las personas en situación de discapacidad física sino también en los cuidadores primarios (familia) quienes, junto con la persona con discapacidad, viven un proceso de adaptación que requiere cambios radicales en su vida y en el rol que toman al posicionarse como el cuidador del paciente (Pinto & Sánchez, 2000). A saber, Gómez, Peña y Parra (2015) mencionan que en un promedio del 19,8% de personas en situación de discapacidad en Colombia reportan cuatro o más deficiencias, para lo que se relaciona con el apoyo de un tercero para hacer las tareas diarias ya que la población que depende de un cuidador permanente es del 37,7 % que en su mayoría son mujeres.

Investigaciones sugieren que los principales estresores identificados en los cuidadores son la modificación de su cotidianidad para cumplir las demandas del paciente, ya que en algunas ocasiones estos presentan poca disponibilidad de tiempo y suelen abandonar su trabajo para poder lograr dedicarse adecuadamente al paciente, por esto es común que se desarrolle un aislamiento social y fuertes sentimientos de soledad (Moreno, Náder & López De Mesa, 2004).

Se podría decir que la situación de discapacidad física, genera un desequilibrio en la estabilidad emocional en todo el núcleo familiar ya que le exige a cada uno de los integrantes de la familia el despliegue de esfuerzos para afrontar los cambios que acarrea esta condición, dado a que se emplean recursos para establecer una adaptabilidad al estrés y a la resistencia frente a los cambios por lo tanto, se ve afectada de manera profunda su calidad de vida y por ende se requiere buscar e implementar estrategias de afrontamiento que faciliten la asimilación y aceptación de la situación. (Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013)

Por consiguiente, será relevante evaluar en esta investigación no solo las estrategias de afrontamiento, sino también los niveles de la calidad de vida ya que es un aspecto que indica como cada persona percibe su vida de acuerdo a las situaciones y experiencias vividas, este

constructo tanto como los estilos de afrontamiento brindará a la investigación importantes apreciaciones las cuales servirán para futuras intervenciones.

Para el año 2006 en Cali – Colombia, Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera (2006) expusieron en su estudio las implicaciones psicosociales que presentaban las personas con el Síndrome del cuidador de Adultos mayores discapacitados, el cual demostró que de 102 cuidadores evaluados el 87,3% corresponde a las mujeres, el tiempo que invierten en el cuidado se encuentra en una mediana de 3,5 años, de igual forma el tiempo dedicado al cuidado se encuentra en un rango entre 16 a 6 horas, el 63,7% no cuentan con ningún tipo de actividades recreativas, la mayoría de los cuidadores son esposos o esposas en un 52%, el 57,8 dedica todas sus actividades al hogar, según las escalas de ansiedad y depresión se evidencio que la mayoría de estos cuidadores presentan alteraciones emocionales, depresión 81,3 % y ansiedad 85,2%.

Durante el rastreo de antecedentes se encontró que en los estudios que se han realizado sobre la discapacidad física se le ha dado mayor relevancia en la intervención a la persona en situación de DF y no tanto a los cuidadores de las personas en situación de DF, ignorando el posible riesgo de la salud mental de estas personas. Se observa entonces pocas investigaciones en la actualidad que evalúen las condiciones de estos mismos puesto que el ser cuidador de una persona en dicha condición es una labor que genera una gran carga de estrés, ya que además de alterar la calidad de vida y roles familiares, puede traer como consecuencia graves repercusiones en la salud física y mental. Por ello esta investigación se enfocó en tener en cuenta tanto a las personas en dicha situación como a sus cuidadores primarios. Por lo dicho anteriormente la pregunta de investigación es:

¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios?

2. Justificación

Con esta investigación se pretende aportar información para que se les preste más atención a los cuidadores de personas con dicha discapacidad, ya que como se ha mencionado anteriormente tener un miembro en la familia en esa condición afecta de manera profunda su estilo de vida. Por ende, su salud mental debe de ser considerada relevante en el proceso de intervención. Así mismo, se pretende que las entidades de salud pública implementen grupos de apoyo que garanticen su bienestar físico y mental, esto teniendo en cuenta lo que plantea el proyecto de ley 33 de 2009: “acceso a programas que garanticen la estabilidad psicológica y el entendimiento de su situación y la de la persona a quien cuida y el enfrentamiento de retos, temores y duelos, asociados con la función de cuidador” (p.1).

Por lo dicho anteriormente, para la psicología se hace pertinente realizar esta investigación ya que le permite al profesional no solo identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento que implementan ambos, sino que también permite que las intervenciones terapéuticas puedan ser más específicas y por consiguiente más eficaces dado a que se enfocan en la salud mental tanto de la persona en situación de discapacidad como del cuidador ayudándolos a tener la capacidad de adaptarse positivamente ante dicha situación.

Por otro lado, la realización de este proyecto abre la puerta a futuras investigaciones para aquellos que se encuentren interesados por ampliar conceptos sobre este tema en particular donde se posibilite generar resultados beneficiosos para la población implicada.

Adicionalmente, se hace pertinente realizar esta investigación para la sociedad puesto que plantea la necesidad de fomentar la inclusión de las personas que se encuentran en situación de discapacidad física en las actividades cotidianas, permite contribuir a la disminución de las barreras, del estigma social y de la falta de oportunidades que dificultan la capacidad de las

personas en esta condición de tener una participación plena en la sociedad. Así mismo, la investigación podría dar paso para que la sociedad comprenda que los cuidadores necesitan apoyo para sobrellevar la carga que acarrea esta situación.

Para finalizar, es importante mencionar que para la Institución Universitaria de Envigado este proyecto es importante dado que además que permite realizar un aporte a la generación de espacios que favorezcan el acceso y la permanencia de esta población, también permite que a los estudiantes que se encuentran en dicha condición se les brinde mayor acompañamiento y apoyo por parte de los docentes y de los compañeros contribuyendo a una mejor adaptación e inclusión en el espacio educativo.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios del Área Metropolitana del Valle de Aburra.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir las estrategias de afrontamiento y el perfil de calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios.
- Comparar las estrategias de afrontamiento y calidad de vida entre personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios.
- Establecer la relación que hay entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios.

4. Marco Referencial

4.1 Marco de antecedentes

Se realiza una revisión teórica en la cual se evidencia diversos enfoques, que toman como estudio la discapacidad física (DF) y los cuidadores primarios de estos pacientes, relacionado con los constructos calidad de vida (CV) y estrategias de afrontamiento (EA), los cuales se han abarcado desde la psicología social, clínica, trabajo social, medicina, e investigaciones en educación. Se hace un rastreo de las investigaciones existentes a partir de una búsqueda en bases de datos académicas tales como Scielo, Google Académico, Ebsco Host, Dialnet, Redalyc, haciendo una revisión desde artículos de revista, trabajos de grado, y revisiones teóricas, tomando estos como guía, sustento y antecedente de la presente investigación.

Entre los resultados revisados se encontraron investigaciones con palabras clave como: discapacidad física, cuidadores primarios de pacientes con discapacidad física, calidad de vida, y estrategias de afrontamiento, variables que se han estudiado tanto a nivel nacional como internacional. A continuación, se presentarán un breve resumen de los antecedentes, inicialmente relacionados a los pacientes con discapacidad motora.

Antecedentes internacionales

Personas en situación de discapacidad.

Se encuentra un estudio realizado en Chile en donde como objetivo buscaron la relación entre la salud mental y los factores socio – demográficos de individuos con discapacidad motora mayores de 18 años de la región metropolitana de Santiago de Chile. Se evaluó en diferentes centros de rehabilitación y recreación de Santiago – Chile obteniendo como muestra final un total de 42 pacientes (Gonzales et al, 2012).

Como instrumento se utilizó la entrevista socio- demográfica, la CV fue evaluada por la escala SF -36 y como método de evaluación de la salud mental se utilizó el Cuestionario GHQ12 de Goldberg, versión abreviada del cuestionario general de Goldberg. Los resultados obtenidos fueron que a mayor nivel en educación existe una menor CV, también como conclusión general del estudio, no se presentan diferencias significativas entre salud mental y CV de los pacientes con discapacidad motora (Gonzales et al, 2012).

En Perú, Chávez (2015) realizó una investigación en la que buscaba analizar la relación entre CV y bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz de un centro de integración de discapacitados de Trujillo. En instrumento que se utilizó fue la escala de calidad de vida de Olson y Barnes (1982) y la escala de bienestar psicológico de José Sánchez Cánovas (1998). Se obtuvo una muestra final total de 134 personas de ambos sexos, con edades entre 25 y 60 años.

En los resultados obtenidos se encontró correlaciones significativas entre los niveles del factor “hogar y bienestar económico” de CV y las dimensiones de bienestar psicológico (subjetivo, material, laboral y relaciones de pareja). Como conclusión esta investigación señala que existe una correlación altamente significativa, positiva y de grado medio entre las variables evaluadas.

Se encontraron las siguientes investigaciones relacionadas con los cuidadores primarios de personas en situación de DF:

Se encuentra una investigación realizada en España, la cual analiza las variables sociodemográficas en la salud y la sobrecarga que puede generar un hijo con DF, se hace una comparación del impacto que tienen las madres cuidadoras en la etapa en la que se adquiere la discapacidad. El diseño de la investigación fue transversal, los participantes de la investigación

fueron 32 madres de personas con discapacidad, integrantes de dos asociaciones ASPAYM (Asociación de personas con lesión medular y otras discapacidades físicas) y COCENFE (Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica) dirigidas a personas con discapacidad y sus familiares. Los instrumentos aplicados para dicha investigación fueron el cuestionario *hac hoc* y la escala de sobrecarga del cuidador (Suriá, 2011).

Los resultados indicaron que el nivel de estrés o sobrecarga es mayor en las madres de hijos con discapacidad sobrevenida, lo que dificulta el afrontamiento a nuevas condiciones, interfiriendo en la adaptación a esta situación traumática, el nivel educativo de las madres guarda una relación negativa con el grado de sobrecarga, las que tienen estudios superiores presentan más sobrecarga que las que tienen estudios primarios, ya que tienen mayor conocimiento acerca de la problemática. La conclusión más relevante del estudio hace referencia a que la discapacidad y la manera de afrontarla varía, ya que influye varios aspectos como diferencias personales, temperamentos, y el contexto (Suriá, 2011).

Otra investigación realizada en el ámbito internacional es realizada en Chile, la cual buscó la relación entre las EA, el apoyo social, y el bienestar psicológico de los cuidadores, la investigación tuvo un alcance descriptivo, correlacional de tipo transversal. Se utilizó como instrumento: el cuestionario Brief Cope con el cual se evalúa 14 EA, la prueba FlourishingScale con la cual se midió el bienestar psicológico, la escala multidimensional de Apoyo Social Percibido, y un cuestionario socio-demográfico ad-hoc (García, Maniquian & Rivas, 2016).

Los resultados recogidos indican que hay una relación significativa entre las EA centrado en el problema (de aceptación), la de resignación (planificación), relacionado con el bienestar psicológico. Las conclusiones del estudio indican que los hallazgos obtenidos promueven elementos que contribuyen a la promoción del bienestar de los cuidadores informales, aspectos

como las redes de apoyo ya que por medio de este apoyo se genera una distribución de la carga (García, Maniquián & Rivas, 2016).

En España Flores , Jenaro, Moro y Tomsa (2014) realizaron una investigación en la cual tuvieron como objetivo evaluar las similitudes y diferencias en la salud y en la CV de los cuidadores familiares y profesionales de personas mayores en situación de dependencia se evaluó con los instrumentos : carga del cuidador (CBI) y el formulario de salud Goldberg, se evaluaron 600 cuidadores se halla en este estudio que los cuidadores familiares presentaron mayor sobre carga y menor salud física y psicológica en comparación los cuidadores profesionales presentaron satisfacción con la vida y con aspectos como el trabajo, familia y relaciones sociales, como conclusión este estudio señala que es importante generar apoyo para los cuidadores para mejorar la salud.

Pérez et al (2013) en Cuba realizan un estudio donde evaluaron la caracterización de la sobrecarga y de los EA en el cuidador informal de pacientes dependientes como instrumentos se emplearon entrevistas y el cuestionario de COPE, los hallazgos más significativos fueron que la sobrecarga se presentó en el 47,6 % de los cuidadores, el sexo femenino represento el 90 % , en cuanto a los estilos de afrontamiento se encontró que los más usados en los cuidadores fue la aceptación el afrontamiento activo y la reformulación positiva. El tipo de afrontamiento más frecuentemente usado fue el conductual activo. La conclusión más relevante de este estudio fue que la sobrecarga predomino en las mujeres, las EA más empleadas fueron la solución de problemas la cual se analizó con los datos sociodemográficos que esta EA no tiene que ver con la edad, el sexo o nivel educativo.

Antecedentes Nacionales

Personas en situación de discapacidad

Calpa y Guerrero, (2014) realizan una investigación en Colombia, en la cual tuvieron como objetivo establecer la relación existente entre los niveles de CV y las EA , en pacientes con discapacidad visual ,auditiva y motora el estudio tuvo un alcance correlacional de corte trasversal donde se evaluó 15 estudiantes con alguno de los diagnósticos anteriores pertenecientes a la Universidad de Nariño, el primer instrumento utilizado fue el cuestionario WHO-DAS II el cual fue diseñado para evaluar la discapacidad y la funcionalidad de estas personas, el segundo instrumento que se aplicó fue el inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI.

En cuanto a los resultados obtenidos, se encontró una dificultad en las medidas estadísticas para relacionar CV y EA, debido al poco número de participantes. La prueba que evaluó CV arrojó un resultado de 47% del total de participantes que percibieron niveles moderados en su CV, en cuanto a las EA se encontró que las poblaciones en situación de discapacidad utilizan mayormente la evitación de problemas, y la retirada social., de lo que se concluye esta población se encuentra hacia dos extremos la evasión y el aislamiento social, lo que les genera una reducción de las emociones negativas (Calpa & Guerrero, 2014).

Una investigación realizada en Medellín-Colombia , tuvo como objetivo indagar acerca de la CV relacionando esta con la salud de las personas con DF, esta investigación tuvo un nivel descriptivo trasversal con 175 personas con DF, el instrumento utilizado fue la encuesta de CV relacionado con la salud SF8, los hallazgos de esta investigación fueron que el 46% indicó tener buena calidad de vida, además se encontró en cuanto al género que las mujeres percibieron la CV

relacionada con la salud regular y mala a diferencia de los hombres (Cardona, Agudelo, Restrepo, Sánchez & Segura, 2011).

Como conclusión más importante de este estudio destaca el hecho de que la CV de las personas en esta condición está relacionada con el nivel educativo, ya que este influye y perjudica las oportunidades profesionales, lo que interfiere en la CV de estas personas, un aspecto principal relacionado con la salud fue el estado civil y el ser mujer. Las personas que participaron de este estudio refieren que el acceso a los servicios, el apoyo centrado en personas con discapacidad generaría una mayor sensibilización e inclusión en la sociedad (Cardona, Agudelo, Restrepo, Sánchez & Segura, 2011).

Botero y Londoño (2013) realizan una investigación en Bogotá, Colombia la cual tuvo como objetivo indagar acerca de los aspectos que determinan la CV, vinculando esta con la salud. El alcance de este estudio fue descriptivo correlacional, con la participación de 78 personas entre las edades 18-51 años con discapacidad motora, la evaluación se lleva a cabo por medio de los instrumentos: escala de autoeficacia generalizada, prueba de imagen corporal, inventario de escala de afrontamiento, prueba de optimismo disposicional, inventario de Beck y escala de ansiedad de Zung.

Los resultados obtenidos indicaron que la CV vinculada con la salud en las personas con DF a diferencia de otros grupos poblacionales como pacientes con enfermedades crónicas, se encuentra que tienen mejor CV que estos pacientes en ámbitos como rol social y función física (actividades cotidianas), además se encontró que las personas con DF utilizan estrategias centradas en la emoción y usualmente tienden más a utilizar la evitación. La conclusión más relevante de esta investigación destaca los factores predictores de la CV en personas con DF son: las condiciones de la enfermedad como dolor crónico (ubicación e intensidad) el uso de ayudas

técnicas, la depresión, el afrontamiento enfocado en la fantasía, la religión-espiritualidad, y la autoeficacia (Botero & Londoño, 2013).

González, Astudillo y Hurtado (2012) Realizaron una investigación en Tuluá – Colombia la cual tenían como objetivo evaluar la salud mental positiva y el apoyo social percibido en sujetos con DF en la cual la muestra estuvo conformada por 30 sujetos, 15 de sexo masculino y 15 de sexo femenino, la investigación fue descriptiva los instrumentos utilizados para evaluar fue el cuestionario de apoyo social MOS y sobre salud mental positiva creado por Lluch. Este estudio concluyó que los sujetos en situación de DF presentan un adecuado apoyo social percibido, logrando mantener el equilibrio diversas situaciones y fortaleciendo su bienestar.

Cuidadores primarios

Una investigación realizada en Colombia la cual tuvo como objetivo analizar los recursos y EA utilizadas por familias con un miembro en condición de discapacidad, evaluando el caso de tres familias , el diseño de investigación que se llevó a cabo fue transversal, los instrumentos utilizados fueron entrevista , observación, genograma y eco- mapa, a partir de dicho estudio encontraron que las familias que se enfrentan a situaciones difíciles ,se genera mayor cohesión familiar (Pérez, Hurtado & González, 2017).

La conclusión más relevante de este estudio se refiere a la sobreprotección que puede generar la madre cuidadora de una persona con discapacidad, lo que puede volverse un problema ya que no se dará el desarrollo adecuado de las habilidades en las personas con discapacidad (Pérez, Hurtado & González, 2017).

Por su parte Alcaraz, Lastra y Tuberquia, (2015) realizaron una investigación en Colombia la cual tuvo como objetivo analizar las EA, de los cuidadores de personas con

dependencia pertenecientes a la Corporación Coloresa, se realizó con un enfoque mixto cuantitativo-cualitativo, con un diseño de corte transversal, los instrumentos con los que se evaluó a la población fue con la Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) y la escala de estrategias de coping-modificada (EEC-M 2006).

Los hallazgos que se obtuvieron en este estudio establecen que la mujer la que ejerce el rol de cuidadora suple necesidades como aseo, alimentación, compañía y educación. Como conclusión más relevante de este estudio destaca la persona que ejerce el rol de cuidador, también demanda de cuidado, ya que si no se presta atención a estos se convertirá en otro posible paciente (Alcaraz, Lastra & Tuberquia, 2015).

En un estudio realizado en Colombia por Uscategui, Cardoso, Suescum y Sposito (2015) quienes tuvieron como objetivo describir las EA de padres con hijos en condición de discapacidad motora, fue una investigación cualitativa y la muestra dependió de la revisión teórica, se encontró que los instrumentos más utilizados para medir EA fueron la escala de Coping modificada (EEC-M), el cuestionario CEA, en los resultados establecieron que las EA más empleadas por los padres con hijos en dicha condición, fueron la reevaluación positiva, la solución de problemas, búsqueda de apoyo social y religión. La conclusión más relevante de este estudio fue que los padres al utilizar las EA anteriormente mencionadas se generan más tolerancia a los problemas y con esto la disminución del estrés generado, además del apoyo familiar y de amigos, se da mejor planificación para abordar un problema, y les permite utilizar la situación como un aprendizaje positivo.

4.2 Marco teórico

Para llevar a cabo la presente investigación, se considera importante abordar la conceptualización de los siguientes términos:

Discapacidad

La OMS en 2001, acogió la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF-2001), quienes parten desde dos enfoques el ecológico y el biopsicosocial, que se enfatizan en las relaciones de la persona, con los diversos entornos en los cuales se desenvuelve (Egea y Sarabia, 2001 en Córdoba & Aya, 2010). Desde este planteamiento, la discapacidad se compone a partir de las relaciones entre las personas con limitaciones y barreras del entorno, que dificultan la participación plena y efectiva e igualdad de condiciones en situaciones vitales.

La discapacidad desde la salud es entendida como una circunstancia que afecta las relaciones del sujeto y su interacción social, con esto también se ve perjudicada su integración y adaptación en espacios como el laboral, educativo y de recreación (Velarde & Ávila, 2002 en Fernando & Guerrero, 2014). Las personas en esta circunstancia pueden estar expuestas a menores niveles de salud en contraste a la población en general, siendo más vulnerables ante enfermedades ocasionadas por la mala alimentación, poca actividad física y consumo de sustancias, lo que puede traer consigo una baja calidad de vida. (OMS, 2011 en Fernando & Guerrero, 2014).

A lo largo de la historia, la discapacidad ha sido comprendida de diversas formas, siendo tal vez la posición de las personas en dicha condición en el entorno social y la actitud de la sociedad, el principio más adecuado para distinguirlas. No obstante, en la actualidad gira en torno

a dos modelos: el médico y el social, tomados como referentes de la discapacidad. (Seoane, 2011 en Hernández, 2015).

El modelo médico

En este modelo se comprende la discapacidad como una enfermedad y considera que siempre y cuando la persona en esta condición sea rehabilitada para tener valor como personas puede aportar a la sociedad (Ripollés, 2008 en Hernández 2015). En este modelo, la persona en dicha condición necesita de atención clínica brindada en forma de tratamiento individual por expertos, que encamine a alcanzar la cura, mejora o un cambio en él, centrándose en las consecuencias de la enfermedad (Corte Constitucional Sentencia T 427 de 2012).

Este modelo hace parte de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM, 1980) de la Organización Mundial de la Salud. En esta clasificación se diferencia los términos Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía, (Muñoz 2010 en Hernández, 2015, p.49), los cuales eran definidos como:

Deficiencia: Se refiere a “toda pérdida o anomalía permanente o temporal de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”. Puede ser en cualquier órgano, tejido u otras estructuras corporales, psíquicas o sensoriales.

Discapacidad: Es toda restricción o falta debida a una deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad en la forma que se considera normal para el ser humano. Abarca las limitaciones funcionales o el impedimento para desempeñar una actividad cotidiana que surge a consecuencia de una deficiencia.

Minusvalía: Hace referencia a una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que reduce o le impide ejercer una función

que es normal para esa persona dependiendo de la edad, del sexo o factores sociales y culturales. Esta situación de desventaja emerge de la interacción del individuo con el entorno que le rodea.

Modelo social

En este modelo se considera que la discapacidad está centrada en la integración de las personas en la sociedad, puesto que las personas en dicha condición requieren la actuación social, siendo esto una responsabilidad colectiva donde se debe hacer las modificaciones necesarias en el ambiente para la plena participación en todos los ámbitos de la vida para las personas en dicha condición. De tal modo que el problema es más ideológico o de actitud y necesita cambios sociales, lo que en la política compone un asunto de derechos humanos. De acuerdo a este modelo, la discapacidad se estructura como un asunto de índole política. (CIF, 2001).

Discapacidad física (DF)

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10, 1992), se refiere a la DF como alguna restricción o carencia de capacidad para ejecutar una acción de la forma o el nivel considerado normal para una persona en su situación sociocultural específica.

Este concepto se suele utilizar como una definición general que agrupa trastornos que están vinculados con algún deterioro motriz, a causa de un inadecuado funcionamiento del sistema óseo articular, muscular y/o nervioso que genera dificultades en el momento de realizar actividades de la vida cotidiana (Cedeño, 2006 en Aranda & Neira, 2010).

El término de DF en la revisión de la literatura se ha relacionado con movilidad reducida, desde una mirada inclusiva y como un concepto más amplio de la discapacidad, en el que se tiene en cuenta a “mujeres embarazadas, personas con problemas cardíacos o enfermedades, personas obesas y en recuperación (muletas, sillas de ruedas, andadores y otros)” (Vergara, 2016, p.14).

Desde esta concepción se puede entender la discapacidad como la afectación que puede tener una persona en sus diferentes ámbitos ya sea por factores físicos o sociales, que conlleven a tener un mayor esfuerzo en actividades comunes (Jaramillo, 2016).

En esta misma línea, es importante mencionar que la DF, tiene repercusión en todos los contextos sociales en relación a la calidad de vida de las personas, las experiencias y las limitaciones sociales cotidianas que afectan la calidad de vida de estas personas se transforman en síntomas somáticos y en reacciones emocionales. Teniendo en cuenta también la perspectiva de control que es posible tener en cuanto al manejo de dicha condición (Joyce-Moniz y Barros, 2007 en Botero, 2013).

Por otro lado, Pérez y Garaigordobil (2007 en Muñoa, 2015), exponen una clasificación de los trastornos motrices empleando distintos criterios. Por un lado, la topografía del trastorno motor o como expone Olmedo (2008), según la zona afectada, encontramos:

- Monoplejía: Es la parálisis de un miembro del cuerpo, ya sea brazo o pierna.
- Hemiplejía: Afecta a una mitad del cuerpo ya sea en su totalidad o parcialmente.
- Paraplejía: Se encuentran afectados ambos miembros inferiores.
- Tetraplejía: Se encuentra afectando las cuatro extremidades del cuerpo.
- Diplejía: Se encuentran más afectados los miembros inferiores que los superiores.

Finalmente, se considera que dicha condición genera un alto nivel de estrés puesto que requiere de la adaptación simultánea de roles dentro del núcleo familiar y la sociedad, ya que existen diversas situaciones complejas donde el cuidador debe de determinar las estrategias adecuadas que le faciliten, direccionar o manejar la situación de discapacidad (Moreno y Rodríguez, 2016 en Castañeda y Vega, 2016), porque acarrea múltiples cambios en el estilo de vida de una persona y de su núcleo familiar, que se asocian con la condición de dependencia

relacionada a una limitación física y/o mental, la modificación del estado de salud, y la transformación en el rol y en las actividades del día a día (Moreno & Rodríguez, 2006, p.79 en Castañeda y Vega, 2016).

Cuidador (CP)

Según La OMS (1999) el cuidador primario se define como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable de este en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta” (Alcaraz, Lastra & Tuberquia 2015 p.33).

Tipos de cuidadores según García (2009 en Alcaraz, Lastra & Tuberquia, 2015):

1. Cuidador familiar: es un integrante del entorno familiar, el cual dedica tiempo y esfuerzo para permitir que otro familiar en situación de discapacidad, pueda desenvolverse en su vida diaria y no recibe remuneración por esto, en esta categoría podría estar: hijos, conyugue, madre, padre.
2. Cuidador informal o principal: es el que ejerce la labor de cuidar a personas en situación de discapacidad, dedicando el mayor tiempo al cuidado del enfermo en esta categoría se encuentra: vecinos, o amigos allegados a la persona.
3. Cuidador formal: es el que tiene formación especialmente en el cuidado de una persona con discapacidad y reciben una remuneración por esto los encargados de realizar esta labor son: los profesionales en servicios asistenciales enfermero(a).

A partir de la conceptualización de los tipos de cuidadores se evidencia que el CP es entendido también como cuidador informal o familiar debido a que en estas categorías se agrupan las personas más allegadas al paciente que asumen el rol sin ninguna remuneración.

Un aspecto por destacar del rol que asume el CP, según las investigaciones revisadas, es que la mujer es la que usualmente se encarga de esta responsabilidad. Armstrong (2005) en Barrón y Alvarado, (2009) señala que las características demográficas de los cuidadores informales en gran parte lo conforman mujeres (83.6%); sobresaliendo las amas de casa (44.25%), entre las edades de 45 a 65 años, además que una gran parte lo conforman personas sin estudios (17.1%) y con una relación parental.

A partir de las investigaciones revisadas acerca de las implicaciones de la persona que asume el cargo de cuidador, se encontró que a nivel psicológico estas personas sufren diversas afectaciones en su salud física y emocional.

Por su parte Torres (2007 en Barrón y Alvarado 2009) señala que la tarea de cuidar a un enfermo en ocasiones puede generar la aparición de una amplia variedad de problemas: físico psíquico y socio familiar lo cual ocasiona un síndrome que es importante conocer y diagnosticar para prevenir su agravamiento, además considera que se debe tener en cuenta la influencia de la edad, genero, parentesco, tiempo, dedicación y otras cargas familiares.

Según lo mencionado anteriormente el cuidador a partir de la carga que conlleva, la responsabilidad y demás influencias externas es común que se desencadene el síndrome de desgaste de CP, el cual según Maslach y Jackson (1996) en Barrón y Alvarado (2009) en su teoría del estrés en CP, lo definen como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que lo pueden padecer personas que trabajan con

pacientes con necesidades de atención. Por ende, el estrés es una variable clave si se quiere comprender de forma más amplia qué variables son relevantes en la calidad de vida del CP y la persona en situación de DF.

En esta misma línea Zambrano y Ceballos (2007) señalan que los CP experimentan malestar físico y mental tras ejercer este rol además de que esta población dispone de pocos recursos de afrontamiento ante esta situación, por ello se genera el síndrome de carga del cuidador (SCC), en Colombia los cuidadores que presentan este síndrome oscilan entre los 50 años, con un promedio de 16 horas diarias dedicados a esta labor lo cual trae consigo dificultades económicas, de salud y sociales. El SCC puede estar relacionado con eventos situacionales, producto de ejercer el rol de cuidar a otro, este síndrome esta dado según hipótesis explicativas por factores como: indefensión aprendida, interés social, personalidad resistente, genero (siendo el femenino el más predispuesto), demandas emocionales, estrategias de afrontamiento inadecuadas, autoeficacia y el patrón de personalidad tipo A.

Estrés

El origen del término estrés empieza con la palabra *distrés* que en inglés significa pena o ficción, con el paso del tiempo se eliminó del término la primera sílaba, hasta convertirse en la palabra que hoy todo el mundo utiliza. Finalmente, el término estrés alude a la fuerza que actúa sobre un objeto causándole destrucción a si mismo logrando superar determinada magnitud. (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Uno de los pioneros en hablar y estudiar a fondo el síndrome del estrés fue Hans Selye en 1936 cuando empieza hablar del término estrés como una respuesta de adaptación y quien expone que el estrés es una respuesta no especificada del organismo ante unas exigencias del entorno. (Selye, 1956)

Por su parte, para Lazarus y Folkman el estrés psicológico es visto como la relación entre la persona y su entorno agotan los recursos personales del sujeto y al momento de realizar la evaluación sea necesario utilizar dos momentos los cuales son la: evaluación primaria y secundaria. En la primaria la persona analiza si la situación es irrelevante o estresante: es estresante si esta implica una amenaza, desafío, pérdida o daño. Después se pasa a la secundaria que es donde la persona evalúa sus recursos y sus estrategias de afrontamiento, la eficacia de estas estrategias y las consecuencias de su utilización (Lazarus & Folkman, 1986).

Es por eso que el estrés ha tenido un largo desarrollo histórico y ha ido formando diferentes enfoques los cuales son definidos por Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) de la siguiente forma:

Enfoque físico: Es procedente de la física, explica como las fuerzas aplicadas a un objeto, pueden hacer que se desintegre o se destruya por la presión ejercida.

Enfoque medico: inicia con la idea de que organismo debe sostener el equilibrio interno, pero la reacción a lo exterior hace que el individuo entre internamente en tensión causando enfermedad a partir de este choque emocional. Las situaciones que llevan a la enfermedad están relacionadas con lo afectivo del individuo, por el problema no resuelto, dando como consecuencia lesiones orgánicas o trastornos funcionales crónicos.

Enfoque fisiológico: Es cuando aparece con Selye explicando la secuencia que, del estrés dividida en tres fases con implicaciones biológicas, las cuales están definidas de la siguiente forma: periodo de choque, cuando existen alteraciones en el cuerpo como lo son el insomnio y la taquicardia. Fase de resistencia, y la última que se relaciona directamente a la adaptación y sus enfermedades que es la fase de agotamiento.

Enfoque bio-psico-social: Es un modelo integrador que reúne lo biológico, lo psíquico y lo social definiendo el estrés como la interacción entre un estímulo y una respuesta, el dependiendo de los recursos que el individuo tenga frente a uno de estos ejes puede hacer que este mismo desarrolle una enfermedad. Todo esto se define como la relación del individuo y su entorno acarreado las diferentes estrategias de afrontamiento que este desarrolla para enfrentar al entorno ante situaciones amenazantes.

El estrés también tiene componentes negativos que afectan el individuo las cuales se pueden clasificar en tres efectos: los efectos físicos que pueden provocar en el sujeto una serie de síntomas como lo son la tensión en los músculos del cuerpo que puede estar acompañada de taquicardia, malestar estomacal, sudoración y temblor, con los efectos emocionales, estos pueden producir una falta de interés en las actividades diarias, problemas en la concentración, impaciencia, irritabilidad y ansiedad y con los efectos comportamentales que pueden inducir al abuso de sustancias psicoactivas, generando también trastornos en la alimentación, malas relaciones interpersonales, bloqueos mentales, problemas del sueño. (Zavala ,2008)

Estrategias de afrontamiento (EA)

El afrontamiento es visto psicológicamente como las estrategias cognitivas y conductuales que se utilizan para afrontar demandas internas o externas que reducen el estrés ante una situación difícil de afrontar (Lazarus & Folkman 1984).

Lazarus y Folkman (1984) separan estas estrategias en dos grupos, el primero centrado en el problema y el segundo en las emociones. El afrontamiento que se centra en el problema funciona en la forma en cómo la persona soluciona sus problemas con el manejo de las demandas

ambientales o internos que suponen una amenaza y que a su vez descomponen la relación a su entorno mediante circunstancias problemáticas.

Al tiempo estas estrategias que se centran en el problema se dividen en dos, afrontamiento activo y afrontamiento demorado. El activo se refiere a todos los pasos que buscan minimizar o cambiar los efectos de las situaciones, incluye las acciones directas realizadas con el mayor esfuerzo personal. El afrontamiento demorado es quien actúa de forma no prematura, es necesario ya que da una respuesta necesaria buscando la oportunidad apropiada (Lazarus & Folkman, 1986).

Las estrategias centradas en las emociones incluyen esfuerzos para modificar y regular emocionalmente el malestar y manejar las emociones que da el acontecimiento estresante. Estas formas de afrontamiento tienen más probabilidad de aparecer cuando al momento de hacer la evaluación de la situación, no se logra modificar lo amenazante del entorno (Lazarus & Folkman, 1986).

Los autores DI-Colloredo , Aparicio y Moreno (2007) sugieren una categorización de estas estrategias de afrontamiento centradas en la emociones, las cuales son:

1. **Apoyo social emocional:** es cuando se busca ayuda en lo moral, la simpatía y la comprensión. Cuando la persona acepta su situación estresante e intenta afrontarla o tratarla.
2. **Apoyo en la religión:** para muchas personas esta estrategia les facilita la reinterpretación positiva y el uso activo de las estrategias de afrontamiento. Las personas que buscan este apoyo espiritual tienden a estar en grupos de crecimiento

personal y obras benéficas, los cuales minimizan la situación estresante aumentando su autoestima y adaptándose mejor a las circunstancias.

3. **Reinterpretación positiva:** en esta categoría se trata es el estrés emocional sin tratar con el estresor, logrando que se haga menos estresante la situación y también a su vez se utilicen las estrategias centradas en el problema.
4. **Concentración y desahogo:** busca centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizarlas. Esto puede significar algo positivo y algo negativo a lo largo del tiempo, es positivo en sentido que si se emplea bien puede ser aceptado en un momento de alta tensión, pero si esto se prolonga por largos tiempos, puede generar problemas en la adaptación y logrando así distrae al sujeto del afrontamiento activo.
5. **Liberación cognitiva:** es previa a la liberación conductual, consiste en tener actividades de distracción que eviten pensar en la situación que el estresor interfiere.
6. **Negación:** Ignorar la situación estresante puede reducir el estrés y con esto favorecer al afrontamiento, siendo útil en un periodo de transición, no es recomendable para largos periodos ya que puede afectar una aproximación activa.
7. **Liberación de sustancias:** el uso de drogas y alcohol para que estos actúen de formar en que se evite pensar en la situación estresante.

Las últimas variables son las menos recomendadas ya que según los autores son las menos funcionales, pero la variable de apoyo social les permite a los sujetos poder identificar y expresar sus sentimientos y compartir esta situación con otras personas en crisis similares, recibiendo material que pueda ayudarlos, construyendo metas reales y adquiriendo una información y una retroalimentación (DI-Colloredo, Aparicio & Moreno 2007). Estas personas afrontan mejor las situaciones de estrés y tienen mejor salud mental. (Lazarus & Folkman 1986).

Hay una serie de EA que se implementan frente al estrés según el autor Fernández (2003) se pueden clasificar algunas de la siguiente forma:

- Reacción depresiva: el individuo se pone de forma pesimista frente a la situación estresante
- Planificación: a través de un análisis racional general estrategias que puedan dar una solución al problema.
- Conformismo: sensación de falta de control pero que sin embargo con esto el individuo no hace nada para cambiar su situación y la acepta de la manera que viene.
- Desconexión mental: pensar en cosas distintas al problema en forma de distracción
- Desarrollo personal: aprender del problema y con esto desarrollar estrategias personales.
- Distanciamiento. supresión cognitiva de los efectos emocionales que acarrea el problema.
- Supresión de actividades distractoras: buscar soluciones solo concentrándose en el problema.
- Refrenar el afrontamiento: recolectar información y no hacer nada hasta que se tenga una respuesta
- Respuesta paliativa: busca situaciones las cuales nos hagan sentir mejor como lo es fumar, comer, beber, entre otras.

Para esta investigación se utilizó para establecer y evaluar las EA el cuestionario EEC-M realizado por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006) los cuales definen las estrategias utilizadas para la evaluación clasificadas de la siguiente forma:

1. Búsqueda de alternativa: Esta busca cognitivamente la mejor forma de analizar y general

solución a la causa de los problemas.

2. Conformismo: La resignación en situaciones estresantes.

3. Control emocional: Es la forma cognitivo-comportamental que busca a través de las emociones tolerar el acontecimiento estresante.

4. Evitación emocional: Evitar de forma cognitivo-comportamental la expresión de las emociones por desaprobación social o carga emocional.

5. Evitación comportamental: Actividades comportamentales que ayuden a la solución, eliminación o neutralización de las emociones generadas por estas mismas.

6. Evitación cognitiva: Forma en la que se busca a través de la negación o distracción eliminar los pensamientos negativos o perturbadores.

7. Reacción agresiva: Estrategia de comportamiento en la cual se expresa de forma libre la ira a causa de la frustración y desesperación, haciendo que se reaccione hacia sí mismo, los demás y los objetos de forma agresiva.

8. Expresión emocional abierta: Para neutralizar las emociones se expresan abiertamente las mismas.

9. Reevaluación positiva: Ver de forma optimista los problemas y aprender de estos para así poder enfrentar la situación y generar pensamientos positivos.

10. Búsqueda de apoyo social: Búsqueda de alternativas para la solución del problema con otras personas.

11. Búsqueda de apoyo profesional: Búsqueda de recursos profesionales para resolver el problema.

12. Religión: forma cognitivo-comportamental que busca a través de la oración y el rezo, enfrentar y tolerar los problemas.

13. Refrenar el afrontamiento: Buscar alternativas antes de enfrentar el problema.

14. Espera: forma cognitivo-comportamental que pretende que la situación con el pasar del tiempo se resuelva sola.

Calidad de vida (CV)

Puede ser vista como una apreciación adecuada del bienestar y la satisfacción personal, en ámbitos como el familiar, económico, psicosocial, laboral, oportunidades de inclusión en lo social, educativo y la salud física; la satisfacción que experimente en cada una de estas dimensiones es de carácter subjetivo dado que varía en la cultura y en los sujetos (OMS, 1996).

CV es un concepto muy amplio ya que es definido desde diferentes áreas como la medicina, las ciencias sociales y la economía, además se relaciona con diferentes términos como: satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, auto-reporte en salud, estado de salud, salud mental, ajuste, estado funcional y valores vitales, lo cual genera confusión en cuanto a una definición clara del término (Meberg 1993 en Urzúa & Caqueo 2012).

Desde el área de la salud se encuentra la Organización mundial de la salud como precursora del concepto calidad de vida, OMS (1948) la definió como “un estado de complejo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”; no obstante, con el tiempo en la práctica médica y las poblaciones de salud se fueron alejando de esta noción (Schwartzmann, 2003).

Hay que resaltar que se ha generado confusión entre estado de salud y Calidad de vida, lo que ha causado problemas éticos, técnicos y conceptuales. Por ejemplo, pacientes asmáticos analizados en varias etapas de su enfermedad refieren que el hecho de pasar bien en la vida, dar y recibir amor, tener actitud positiva ante sucesos de la vida eran aspectos que aportaban a la vida un grado más alto de CV (Schwartzmann, 2003).

Por ello es relevante aclarar desde las distintas dimensiones en las que una persona evalúa su CV, según Ardila, (2003) se percibe desde dos puntos de vista: el subjetivo, donde se incluye la intimidad: 1) Expresión emocional, 2) Seguridad percibida, 3) Productividad personal, 4) Salud percibida.

El otro punto de vista es el objetivo, que implica el bienestar material: 1) Relaciones armónicas con el ambiente, 2) Relaciones armónicas con la comunidad, 3) Salud objetivamente considerada.

Como se ha mencionado anteriormente no se ha llegado a una definición global que defina CV, no obstante, en las investigaciones que abordan este concepto se encuentran palabras en común como: bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo-objetivo, a partir de esto se puede llegar a definir CV de manera global como el nivel de bienestar procedente de la valoración que una persona hace desde lo objetivo y subjetivo en las diversas áreas de la vida (Urzúa & Caqueo 2012).

Teniendo en cuenta los dilemas que se han generado para dar una conceptualización de CV Meeberg (1993) en Urzúa y Caqueo (2012) después de realizar una revisión de la literatura llega a un acuerdo dando una serie de aproximaciones de lo que se entiende por CV, con la finalidad de establecer una diferencia y evitar confusiones con otros conceptos como anteriormente se ha mencionado; sintetiza los siguientes elementos: 1) Sentimientos de satisfacción con la vida en general, 2) Capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, 3) Un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos, 4) Una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida.

4.3 Marco ético legal

Para la realización de la investigación se tomó como referencia el capítulo II de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio De Salud Nacional, donde se determinan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En esta resolución se aclara que en toda investigación en la que el ser humano este participando como sujeto de estudio, se deberá tomar como privilegio el respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. Seguidamente, se mencionan algunos de los artículos que orientan este estudio (Ministerio de Salud, 1993).

Artículo 6. Contempla que todo estudio que se realice con seres humanos se lleva a cabo por medio de principios científicos y éticos, teniendo presente como fundamentación estudios científicos. Se tiene en cuenta la seguridad de los beneficiarios y se nombrara de manera clara los riesgos.

Artículo 8. En este se tiene en cuenta la privacidad de los sujetos implicados en una investigación, dando la identificación del sujeto de investigación solo cuando se requiera en los resultados, esto con autorización de los evaluados.

Artículo 11. Como reglamento en las investigaciones se debe tener presente el uso de técnicas que no comprometa las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas participes además de ello se debe considerar la no intervención de aspectos sensibles que comprometan la salud mental (Ministerio de Salud, 1993, pp. 1-2).

A cada uno de los participantes se les asegura su anonimato en todo momento, tanto a las personas en situación de discapacidad como a sus cuidadores primarios y a los respectivos

directivos de las entidades en las que los participantes pertenecen. Esto respaldado a través del consentimiento informado en el anexo No 1.

5. Metodología

5.1 Enfoque

La presente investigación se realizó desde el enfoque cuantitativo el cual está enmarcado en el paradigma empírico analítico sustentado por los autores Hernández, Fernández y Baptist (2014), por medio este enfoque se pretende analizar la realidad objetiva del fenómeno estudiado.

5.2 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue transversal ya que se analizó los datos de variables recopiladas en un solo momento, donde se tuvo como propósito describir y analizar la incidencia de estas, como se llevó a cabo en este estudio con las variables calidad de vida y estrategias de afrontamiento.

5.3 Nivel de estudio

El alcance de dicha investigación fue relacional-comparativo debido a que su finalidad fue conocer la relación que hay entre las variables mencionadas en las personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios.

5.4 Diseño de estudio

Este estudio está enmarcado desde un diseño no experimental ya que las variables calidad de vida y estrategias de afrontamiento no se manejaron de manera intencional para ver efecto sobre otras, además el fenómeno se observó en el contexto natural.

5.5 Población

La investigación se realizó con Personas con discapacidad física residentes en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y sus cuidadores primarios.

5.5.1 Muestra

La muestra estuvo conformada por 40 personas, las cuales se dividieron en dos grupos: 20 personas en situación de discapacidad física y sus respectivos 20 cuidadores primarios. El muestreo del estudio fue intencional debido a que participaron personas voluntarias que cumplieran con los criterios de inclusión y a las cuales se tuvo acceso ya que la pandemia impidió obtener una muestra más representativa.

Criterios de inclusión: personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios, que se encuentran en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá del departamento de Antioquia- Colombia, mayores de 18 años.

Criterios de exclusión: personas con enfermedad psiquiátrica o neurológica que le impida comprender y desarrollar los instrumentos, personas que no firmen el consentimiento informado y menores de edad.

5.6 Técnicas de recolección de información

Instrumentos

Se realizó la medición de dos variables las cuales son: estrategias de afrontamiento y calidad de vida.

El instrumento que se utilizó para medir la variable de estrategias de afrontamiento fue el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Coping (EEC – M) Modificada, realizada por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006). La cual fue una escalada modificada de la versión de 1993 hecha por de Chorot y Sandín (ECC-R) La aplicación tiene una duración de 25 minutos aproximadamente y su aplicación puede darse en personas a partir de los 17 años. El

instrumento cuenta con 69 ítems de respuesta tipo Likert, el cual se compone de 12 escalas revisadas en el Alfa de Cronbach con un total de 0,847 y teniendo una validez eficaz con una varianza del 58%. Anexo No 3.

La otra variable calidad de vida se evaluó mediante la escala integral de calidad de vida (GENCAT) de realizada por Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009) , la cual está adaptada al modelo multidimensional de calidad de vida que actualmente cuenta con aceptación internacional, es aplicable en adultos a partir de los 18 años, es de administración individual con una duración de 10 a 15 minutos aunque puede alcanzar 30 minutos teniendo en cuenta otros factores como la lectura o problemas externos, esta escala evalúa calidad de vida de una manera objetiva por medio de 69 ítems distribuidos en 8 subescalas: bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.

Los ítems se responden con una frecuencia de cuatro opciones: 1 nunca o casi nunca, 2 a veces, 3 frecuentemente, 4 siempre o casi siempre. La finalidad de esta escala es identificar el perfil de calidad de vida para la realización de planes de apoyo y la mejora de la calidad de los servicios sociales. En cuanto a confiabilidad de la escala esta cuenta con un coeficiente de 0,97, la fiabilidad total de la escala es 0,956, cuenta con un Alfa de Cronbach fue de 0,847, la validez de esta escala es de 0.92 (Verdugo, Arias, Gómez & Schalock, 2009). Anexo No 2.

Plan de análisis

Se realizó la medición de las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida a través del estadístico U de Mann – Whitney. Para las correlaciones el estadístico implementado fue el coeficiente de correlación Rho de Spearman, teniendo como significancia estadística valor $p < 0.05$. El software utilizado para hacer la base de datos y el posterior análisis fue el IBM SPSS versión 24.

Operalización de Variables

Variable	Definición operacional (indicadores de medición)	Naturaleza	Unidad de medida	Valor final
Bienestar emocional	Suma de ítems desde el 1 a 8	Cuantitativa	Puntaje	8-32
Relaciones interpersonales	Suma de ítems desde el 9 a 18	Cuantitativa	Puntaje	10-40
Bienestar material	Suma de ítems desde el 19 a 26	Cuantitativa	Puntaje	8-32
Desarrollo personal	Suma de ítems desde el 27 a 34	Cuantitativa	Puntaje	8-32
Bienestar físico	Suma de ítems desde el 35 a 42	Cuantitativa	Puntaje	8-32
Autodeterminación	Suma de ítems desde el 43 a 51	Cuantitativa	Puntaje	9-36
Inclusión social	Suma de ítems desde el 52 a 59	Cuantitativa	Puntaje	8-32
Derechos	Suma de ítems desde el 60 a 69	Cuantitativa	Puntaje	10-40
Solución de problemas	Suma de los ítems 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68	Cuantitativa	Puntaje	9– 54
Búsqueda de apoyo social	Suma de los ítems 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57	Cuantitativa	Puntaje	7 – 42
Espera	Suma de los ítems 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69	Cuantitativa	Puntaje	9 – 54
Religión	Suma de los ítems 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67	Cuantitativa	Puntaje	8– 48

Evitación emocional	Suma de los ítems 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62	Cuantitativa	Puntaje	8– 48
Búsqueda de apoyo profesional	Suma de los ítems 7, 15, 35, 48, 58	Cuantitativa	Puntaje	5 – 30
Reacción agresiva	Suma de los ítems 4, 12, 22, 33, 44	Cuantitativa	Puntaje	5 – 30
Evitación cognitiva	Suma de los ítems 31, 32, 42, 54, 63	Cuantitativa	Puntaje	5– 30
Reevaluación positiva	Suma de los ítems 5, 13, 46, 56, 64	Cuantitativa	Puntaje	5 – 30
Expresión de la dificultad de afrontamiento	Suma de los ítems 45, 52, 55, 61	Cuantitativa	Puntaje	4 – 24
Negación	Suma de los ítems 1, 2, 3	Cuantitativa	Puntaje	3 – 18
Autonomía	Suma de los ítems 94, 95	Cuantitativa	Puntaje	2 – 12
Edad	Mayores de 18	Cuantitativa		18 – 70 años
Sexo		Cualitativa	Masculino (1), femenino (2)	
Estrato socioeconómico	De 1 a 5	Cuantitativa	Escala de 1 a 5	
Estado civil	Casado, soltero, unión libre, separado, viudo	Cualitativo	Casado (1), Soltero (2), separado (4), viudo (5)	De 1 a 5
Nivel de escolaridad	Primaria, bachillerato, universidad, técnico	Cualitativa	Primaria (1), bachillerato (2), técnico (3); universitario (4)	De 1 a 4

5.7 Procedimiento

Para el procedimiento de esta investigación inicialmente se realizó la recolección de datos en la Asociación de Limitados Físicos y/o Mentales de Envigado (ALFIME) en donde a cada evaluado se le dieron indicaciones de las pruebas y se le explicó la información de la investigación que se estaba llevando a cabo. Luego de esto, se le hizo entrega del consentimiento informado y se verificó que cumpliera con los criterios para dicha investigación; es importante mencionar que en el momento que los participantes estuvieron resolviendo los test, las investigadoras estuvieron presentes. Sin embargo, dado a la emergencia sanitaria por causa del COVID-19, para continuar con la recolección de información y para la selección de los participantes, se hizo difusión del objetivo de la investigación y criterios de inclusión en redes sociales, luego de esto se procedió a aplicar los instrumentos por medios digitales utilizando la herramienta de Google Forms a personas voluntarias que cumplieran con los criterios de inclusión con su respectivo consentimiento informado.

6. Resultados

Analizando los resultados de los datos sociodemográficos se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la variable sexo entre las personas en situación de DF y el cuidador primario; siendo las mujeres las que representan la mayor cantidad de cuidadores primarios y los hombres quienes representan la mayor cantidad de personas en situación de DF. En cuanto al estado civil no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre la persona en situación de DF y el cuidador primario, no obstante, se puede establecer que los solteros son el grupo de mayor frecuencia en la muestra. (Ver tabla 1)

Tabla 1

Datos sociodemográficos de un grupo de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios del Valle de Aburrá en el año 2020

Variable	Persona en situación de DF	Cuidador primario n (%)	N	X²	Valor p
Sexo					
Femenino	6 (30,0)	14 (70,0)	20 (50,0)	6.400a	,011
Masculino	14 (70,0)	6 (30,0)	20 (50,0)		
Edad					
Menor a 25 años	2 (10,0)	3 (15,0)	5 (12,5)	.533a	,766
Entre 25 y 35 años	8 (40,0)	6 (30,0)	14 (35,0)		
Mayor a 35 años	10 (50,0)	11 (55,0)	21 (52,5)		
Estado civil					
Casado(a)	3 (15,0)	7 (35,0)	10 (25,0)	6.415a	0,093
Separado(a)	0 (0,0)	2 (10,0)	2 (5,0)		
Soltero(a)	17 (85,0)	10 (50,0)	27 (67,5)		
Viudo(a)	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (2,5)		
Escolaridad					
Bachillerato	7 (35,0)	7 (35,0)	14 (35,0)	.000a	1,000
Técnico	5 (25,0)	5 (25,0)	10 (25,0)		
Universitario	8 (40,0)	8 (40,0)	16 (40,0)		
Estrato socioeconómico					
Estrato 1	5 (25,0)	1 (5,0)	6 (15,0)	3.248a	,355
Estrato 2	4 (20,0)	6 (30,0)	10 (25,0)		
Estrato 3	10 (50,0)	12 (60,0)	22 (55,0)		
Estrato 4	1 (5,0)	1 (5,0)	2 (5,0)		

p: < 0,05

En cuanto a las estrategias de afrontamiento no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las personas en situación de DF y el cuidador primario, es decir, ambos grupos recurren a las mismas EA. Sin embargo, se encuentra como tendencia que las personas en situación de DF recurren más que el cuidador primario a estrategias como: solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía y los cuidadores recurren más a la estrategia de religión (ver tabla 2).

Tabla 2.

Estrategias de afrontamiento de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios en un grupo del Valle de Aburrá en el año 2020.

Variables	Persona en situación de DF Me (RI)	Cuidador primario Me (RI)	U de Mann Whitney	Valor p
Solución de problemas	81,5 (30)	60,0 (28)	155,5	,226
Búsqueda de apoyo social	40,0 (27,5)	62,5 (43,8)	134,5	,075
Espera	55,0 (47,5)	55,0 (42,5)	185,0	,683
Religión	50,0 (33,8)	62,5 (70,0)	187,0	,725
Evitación emocional	35,0 (65,0)	47,5 (48,8)	195,0	,892
Búsqueda de apoyo profesional	80,0 (44,0)	75,0 (35,0)	148,0	,157
Reacción agresiva	50,0 (48,8)	55,0 (65,0)	193,5	,860
Evitación cognitiva	82,5 (42,5)	70,0 (27,5)	132,5	,067
Reevaluación positiva	90,0 (43)	60,0 (58)	147,0	,149
Expresión de la dificultad de afrontamiento	27,5 (20,0)	25,0 (25,0)	171,5	,437
Negación	60,0 (35,0)	50,0 (36,3)	174,5	,481
Autonomía	70,0 (22,5)	55,0 (36,3)	161,0	,271

p: < 0,05

Respecto a las variables de calidad de vida se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable bienestar material y en autodeterminación, siendo las personas en situación de DF quienes más se preocupan por el bienestar material y por la autodeterminación.

En cuanto a la variable de desarrollo personal no hay una diferencia significativa. No obstante, hay una ligera tendencia a que hay mayor desarrollo personal en las personas en situación de DF. Respecto a la variable de inclusión social hay una tendencia a que el cuidador primario se sienta más incluido socialmente que la persona en situación de DF (Ver tabla 3).

Tabla 3.

Calidad de vida de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios en un grupo del Valle de Aburrá en el año 2020.

Variables	Persona en situación de DF Me (RI)	Cuidador primario Me (RI)	U de Mann Whitney	Valor p
Bienestar emocional	75,0 (34,0)	75,0 (43,8)	197,5	,945
Relaciones interpersonales	79,5 (25,0)	75,0 (43,8)	162,5	,303
Bienestar material	50,0 (57,0)	9,0 (36,0)	122,0	,033
Desarrollo personal	91,0 (13,3)	79,5 (45,0)	145,0	,134
Bienestar físico	37,0 (54,8)	16,0 (34,3)	169,0	,398
Autodeterminación	91,0 (11,0)	79,5 (31,5)	96,5	,004
Inclusión social	63,0 (44,8)	79,5 (66,0)	184,5	,673
Derechos	50,0 (50,0)	37,0 (56,8)	189,0	,764

p: < 0,05

Para realizar la correlación entre las variables evaluadas de EA y CV se utilizó la prueba estadística de Spearman. Al analizar los resultados se encontró que hay una correlación estadísticamente significativamente positiva en la variable solución de problemas ya que se relaciona con las relaciones interpersonales y el bienestar físico, es decir a mayor solución de problemas el cuidador primario tiene mejores relaciones interpersonales y mayor bienestar físico. Así mismo se encontró que la variable de religión se relaciona con el bienestar emocional, es decir los cuidadores que utilizan la religión como EA tienen mayor bienestar emocional.

De igual manera se encontró una correlación estadísticamente significativa negativa entre la variable reacción agresiva con autodeterminación e inclusión social, es decir los cuidadores primarios entre más utilizan la EA reacción agresiva tienen menos autodeterminación e inclusión

social. Se evidencia también una correlación entre la variable expresión de la dificultad de afrontamiento y la variable bienestar emocional, lo cual indica que a mayor expresión de la dificultad de afrontamiento los cuidadores tienen menos bienestar emocional. (Ver tabla 4)

Tabla 4.

Correlación entre las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el grupo de cuidadores primarios de personas en situación de discapacidad física.

CUIDADOR PRIMARIO	Bienestar emocional	Relac. Interp.	Bienestar material	Dllo Personal	Bienes Físicos	Autodet	Inclusión social	Derechos
Rho de Spearman								
Solución de problemas	,350	.682**	,235	,401	.447*	,415	,028	,339
Búsqueda de apoyo social	,271	,054	,044	-,245	,125	-,012	-,249	,020
Espera	-,200	-,376	,125	-,051	-,159	-,260	-,237	-,212
Religión	.514*	,046	,293	,133	,398	,192	-,115	,091
Evitación emocional	-,222	-,110	,019	,161	-,189	,046	,222	-,214
Búsqueda de apoyo profesional	-,164	-,234	-,088	-,305	-,083	-,247	-,384	-,125
Reacción agresiva	-,402	-,225	-,066	-,370	-,342	-.567**	-,595**	-,304
Evitación cognitiva	-,176	-,096	,081	,110	-,192	,137	,017	,042
Reevaluación positiva	,341	,113	,251	,336	,256	,418	.465*	,380
Expresión de la dificultad de afrontamiento.	-,446*	-,260	,064	-,098	-,343	-,217	-,221b	-,352
Negación	-,002	-,300	-,009	-,087	,032	-,052	,254	,193
Autonomía	-,085	,070	,080	,093	-,066	-,054	-,050	-,126

* valor $p < 0,01$ ** valor $p < 0,05$

En el grupo de personas en situación de DF se encontró que entre las variables evaluadas de EA y CV hay correlaciones estadísticamente significativas positivas y negativas. Respecto a las positivas se encontró: entre la variable solución de problemas y las variables bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal y bienestar físico, lo cual indica que las personas en situación de DF que tienden a buscar la solución de problemas a los cuales se ven enfrentados presentan mayor bienestar emocional, tienen mejores relaciones interpersonales, mayor desarrollo personal y bienestar físico. Respecto a la variable búsqueda de apoyo social también se observó una correlación significativa con las variables bienestar físico e inclusión social, es decir a mayor búsqueda de apoyo social más bienestar físico e inclusión social. Así mismo se observa una correlación significativa entre la variable búsqueda de apoyo profesional y las variables de desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación y derechos, lo cual da a entender que las personas en situación de DF entre más recurren a la búsqueda de apoyo profesional tienen mayor desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación y derechos. De igual manera, se halló una correlación significativa entre la variable reevaluación positiva y las variables bienestar emocional, relaciones interpersonales y desarrollo personal, es decir aquellas personas que tienden a modificar el significado de la situación estresante enfocándose en los posibles aspectos positivos tienen mayor bienestar emocional, relaciones interpersonales y mayor desarrollo personal.

Respecto a las correlaciones estadísticamente significativas negativas se encontró: entre la variable evitación emocional y la variable inclusión social, lo cual indica que entre mayor evitación emocional hay menor inclusión social. Otra correlación significativa que se halló fue entre la variable reacción agresiva y las variables bienestar emocional e inclusión social, es decir a medida que aumenta la reacción agresiva en las personas de este grupo poblacional disminuye

su bienestar emocional al igual que su inclusión social. Se observa una correlación significativa entre las variables negación y bienestar físico, es decir a medida que aumenta la negación en las personas de este grupo poblacional disminuye su bienestar físico. Finalmente, también se puede observar una correlación significativa entre las variables autonomía e inclusión social, esto indica que a medida que aumenta la autonomía disminuye la inclusión social. (Ver tabla 5)

Tabla 5.

Correlación entre las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el grupo de personas en situación de discapacidad física.

PERSONA EN SITUACIÓN DE DF		Bienestar emocional	Relac. Interp.	Bienestar material	Dllo personal	Bienestar Físico	Autodet.	Inclusión social	Derechos
Rho de Spearman	Solución de problemas	.610**	.561*	-,024	.466*	.600**	,301	,266	,148
	Búsqueda de apoyo social	,297	,366	,181	,380	.454*	-,006	.486*	,364
	Espera	,049	-,073	-,045	,068	-,142	,228	-,341	,154
	Religión	-,067	-,375	,387	,020	-,101	,105	,212	-,120
	Evitación emocional	,055	,224	-,329	,202	,256	,095	-,547*	,150
	Búsqueda de apoyo profesional	,161	,393	,295	.523*	.636**	.532*	,195	.592**
	Reacción agresiva	-,474*	-,016	,064	,060	-,053	,248	-,504*	-,023
	Evitación cognitiva	,205	,165	,178	,366	,247	,279	-,320	,334
	Reevaluación positiva	.642**	.455*	,175	.478*	,443	,318	-,003	,220
	Expresión de la dificultad de afront.	-,182	-,345	-,002	,143	,196	-,136	-,311	-,166
	Negación	,044	-,206	,050	-,235	-,522*	-,164	0,000	-,151
	Autonomía	-,166	-,212	-,303	-,074	-,066	-,157	-,673**	-,185

* valor $p < 0,001$ ** valor $p < 0,05$

7. Discusión

Las EA son mecanismos psíquicos los cuales permiten al individuo afrontar adaptativamente las diferentes situaciones estresantes que se le presentan a lo largo de la vida (Lazarus & Folkman, 1986). Cuando una persona se encuentra en situación de DF tanto ésta como su cuidador primario presentan cambios en su CV, la cual está enfocada en el bienestar físico, familiar, educativo, laboral y la satisfacción personal (OMS, 1996). Los hallazgos expuestos en este estudio evidenciaron correlaciones entre las EA y CV, ya que en ambas poblaciones cuando recurren a EA más adaptativas hay mejores indicadores de CV, de igual manera altos niveles de CV permiten implementar mayores EA.

El primer hallazgo significativo hace referencia a las características sociodemográficas en las cuales se encontró que el sexo femenino representa la mayor cantidad de cuidadores primarios. En un estudio realizado en Colombia en cuanto a los cuidadores se encontró que la mayoría son de sexo femenino, en dicho estudio se sugiere que el rol de cuidador asumido mayormente por la mujer se relaciona con factores culturales como la crianza, los juegos y las relaciones sociales en la niñez (Pérez et al 2013; Espín, 2008 en Alcaraz, Lastra & Tuberquia, 2015). La prevalencia en cuanto a la mujer como cuidadora puede estar influenciado por factores culturales y sociales desde los cuales a la mujer se le ha atribuido el rol de ser la encargada de las labores del hogar y del cuidado de su pariente. Respecto a la población de personas en situación de DF en concordancia con la presente investigación en estudios previos se encontró que las personas en dicha situación eran del sexo masculino son quienes representan la mayor cantidad de la muestra. (Botero & Londoño, 2013; Calpa & Guerrero, 2014).

En relación con el estado civil en la presente investigación no se presentó una diferencia estadísticamente significativa entre las dos poblaciones evaluadas, sin embargo, se puede

establecer que los solteros son el grupo de mayor frecuencia en la población de personas en situación de DF. Este hallazgo se relaciona con el estudio realizado por Calpa y Guerrero (2014) donde se obtuvo como resultado que la mayoría de las personas con DF se encontraban solteros.

En la presente investigación respecto a las EA que emplean las personas en situación de DF no se presentaron diferencias significativas, sin embargo, se observa una tendencia predominante en las variables: solución de problemas, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, negación y autonomía. Las personas en situación de discapacidad física que tienden a recurrir a estrategias de afrontamiento enfocadas a acciones de tipo confrontativo, les permite no solo manejar con eficacia el evento estresor, sino también reducir el malestar emocional que pueda ocasionar esta situación. Botero y Londoño (2013) encontraron que las personas con DF obtuvieron puntajes elevados en la solución de problemas, evitación y fantasía. En contraste, Calpa y Guerrero (2014) en su estudio realizado con estudiantes en situación de discapacidad encontraron que ponen en práctica con mayor frecuencia un estilo de afrontamiento evitativo ya que estrategias como evitación de problemas y retirada social fueron las alternativas más empleadas por la mayoría de los sujetos.

Uscategui, et al (2015) en su estudio encontraron que las estrategias más empleadas por padres (cuidadores) de hijos con discapacidad motora fueron la reevaluación positiva, la solución de problemas, búsqueda de apoyo social y religión. Según la presente investigación esta población emplea con más frecuencia la EA búsqueda de apoyo profesional, esto permite analizar que ante la imposibilidad de enfrentar por si mismos los problemas se busca un apoyo externo como alternativa para afrontar eventos estresores.

Teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación, la CV de las personas en situación de DF se puede percibir que las condiciones de vivienda, los ahorros e ingresos tanto

económicos como materiales que obtiene la persona gracias a su esfuerzo, son aspectos que influyen en gran medida en su CV ya que le permite de alguna manera tener mayor autodeterminación a la hora de decidir por sí mismo/a. Chavéz (2015) en su estudio sobre calidad de vida y bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz encontró una correlación altamente significativa y positiva entre la CV con la dimensión bienestar material, dicho estudio valida lo que se encontró en la presente investigación en la variable bienestar material, siendo las personas con DF quienes más se preocupan por este ítem.

En relación con la CV de los cuidadores primarios Flores et al. (2014) en su investigación acerca de salud y CV en cuidadores de personas mayores en situación de dependencia en cuanto a las variables de CV se encontró que el cuidador familiar en las variables CV laboral, familiar y social tuvieron puntuación más baja. Mientras que en la presente investigación se encontró que los cuidadores primarios presentaron mayor tendencia a sentirse incluidos socialmente.

Al realizar la correlación entre las variables EA y CV en los cuidadores primarios, se encontró que a mayor solución de problemas hay mayor relaciones interpersonales y bienestar físico. García, Maniquian y Rivas (2016) encontraron en su investigación una correlación significativa entre las EA planificación y apoyo social percibido con el bienestar psicológico, estos concluyen acerca de la importancia del apoyo social para el bienestar en los cuidadores; se puede deducir que por medio de la implementación de EA solución de problemas se genera un impacto positivo en la CV de los cuidadores primarios.

En cuanto a la correlación entre EA y CV en personas con DF se evidencia que a mayor solución de problemas aumenta el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal y el bienestar físico. A partir de lo encontrado se puede analizar que recurrir a EA centradas en la solución de problemas le permite a la persona en situación de DF asumir un

papel activo y por ende tener una mejor CV. En concordancia con la investigación de Botero y Londoño (2014), en la cual exponen que las personas con DF que implementan con frecuencia la estrategia solución de problemas presentan mejor satisfacción y bienestar psicológico en la esfera del rol social, salud mental y vitalidad, factores que permiten tener una mejor CV.

Por último, en la actual investigación respecto a la correlación EA y CV en las personas con DF se obtuvo que a mayor búsqueda de apoyo social aumenta el bienestar físico y la inclusión social. González, Astudillo y Hurtado (2012) concluyeron en su investigación que el apoyo social es favorable para las personas en situación de DF, ya que las construcciones sociales que hacen estas personas son efectivas teniendo una mejor CV diferente a lo que se esperaba para su condición. Se puede plantear el apoyo social como una variable de gran importancia al momento en que las personas en situación de DF construyen sus relaciones sociales logrando alcanzar un bienestar emocional que les permite afrontar situaciones estresantes en su vida, desarrollando una mejor CV.

8. Conclusiones

Al describir las variables de EA que implementan tanto la persona en situación de DF como sus cuidadores primarios, no se encontraron diferencias entre los dos grupos estudiados, sin embargo, se observó que las personas en situación de DF tienen mayor tendencia a recurrir a: solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, reevaluación positiva, negación y autonomía. En cuanto a la población de cuidadores primarios se observó tendencia en búsqueda de apoyo profesional y la evitación cognitiva.

Respecto a la CV se presentaron diferencias estadísticamente significativas en ambas poblaciones, en las variables bienestar material y autodeterminación siendo las personas con DF quienes más se preocupan por estas dimensiones, mientras que el cuidador primario tuvo mayor tendencia en la inclusión social.

En cuanto a las correlaciones estadísticamente significativas positivas entre EA Y CV en la población de cuidadores primarios se encontró que cuando recurren con frecuencia a la EA solución de problemas se da mayores relaciones interpersonales y aumenta el bienestar físico. También los cuidadores recurren a la estrategia religión a mayor empleo de esta se da más bienestar emocional. Por último, en cuanto a las correlaciones negativas se halló que cuando los cuidadores acuden más a la estrategia reacción agresiva disminuye la capacidad de autodeterminación e inclusión social.

Los cuidadores primarios al recurrir con frecuencia a la EA evitación cognitiva buscan neutralizar los pensamientos perturbadores que traen consigo el ejercer el rol de cuidador. Por ende, dicha población recurre con frecuencia a la estrategia búsqueda de apoyo profesional para manejar la situación de manera práctica enfocándose principalmente en el bienestar del discapacitado físico y no tanto del suyo.

En la población de personas en situación de DF en las correlaciones significativas positivas se evidenció que a mayor uso de la estrategia de solución de problemas aumenta las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, el bienestar emocional y físico. Así mismo al recurrir con frecuencia a la EA búsqueda de apoyo social se presenta mayor bienestar físico e inclusión social. De igual manera se encontró que esta población en la medida en que recurren a la búsqueda de apoyo profesional se incrementa el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación y los derechos personales y civiles. En última instancia se halló una correlación positiva en la cual a mayor uso de la estrategia reevaluación positiva se da más bienestar emocional, desarrollo personal y relaciones interpersonales.

Referente a las correlaciones significativas negativas en la población en situación de DF se analizó que entre más recurren a la estrategia evitación emocional disminuye la inclusión social. Se observó que entre más acudan a la EA reacción agresiva merma el bienestar emocional e inclusión social. También se evidencio que dicha población al implementar mayormente la estrategia negación, se reduce el bienestar físico la última correlación que se demostró en la presente investigación fue en la EA autonomía, a medida que aumenta esta variable, la dimensión de inclusión social de CV disminuye.

Por lo mencionado anteriormente se puede concluir que cuando ambas poblaciones emplean con frecuencia EA adaptativas hay una mejora en la CV de igual manera se puede establecer que una apropiada CV influye en un adecuado afrontamiento del problema.

9. Recomendaciones

Una vez concluido el proyecto de investigación, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, los antecedentes y referentes teóricos se recomienda para futuras investigaciones:

- A causa de la emergencia sanitaria COVID- 19 y las condiciones de recolección de la muestra del estudio, es necesario repetir la muestra en otro momento más adelante para ver las diferencias y cambios después de la pandemia, en las EA utilizadas y la CV en ambas poblaciones.

-Debido a lo extenso de ambos instrumentos se presentó limitación en algunos evaluados, por ello, se recomienda realizar una adaptación y estandarización de instrumentos más cortos que midan estas mismas variables.

- Es importante ver el desarrollo de las EA utilizadas en un rango de tiempo en las personas con situación de DF y ver en qué puede influir al tener una discapacidad adquirida y sobrevenida ya que al no evaluarse estos dos factores y teniendo en cuenta anteriores investigaciones, esto puede marcar una diferencia para futuras intervenciones en esta población.

- Referente a los cuidadores en Colombia es importante realizar más investigaciones en esta población ya que en artículos previos se observó que es una población poco estudiada en el país.

- Aumentar la población de la muestra para confirmar o encontrar nuevos hallazgos en los resultados que se presenten con una mayor cantidad de participantes.

Referencias

- Aranda, P. y Neira, D. (2010). Dinámica familiar de pacientes con discapacidad motora severa del programa Multidéficit del Instituto de Rehabilitación infantil Teletón Santiago. (Tesis de pregrado). Universidad academia de humanismo cristiano, Santiago, Chile.
Recuperado de <https://bit.ly/2Zfniqj>
- Arcaraz, Lastra y Tuberquia. (2015). Estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de personas con dependencia de la corporación COLORESA. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperado de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14278/1/AlcarazYaclin_2015_EstrategiasAfrontamientoCuidadores
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, 35(2), 161- 164. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Asociación Americana de Psicología, Centro de Apoyo, APA Help Center (2015)
Comprendiendo el estrés crónico Recuperado de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico>
- Barahona, L. M., y Orozco, C. V. (2015). Desensibilización sistemática en el trastorno de estrés postraumático de los miembros del cuerpo de bomberos de la compañía (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/945/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2015-0009.pdf>

Barrón , B. y Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer.

Instituto Nacional de cancerología De México. Universidad Autónoma de Tamaulipas.

México DF. Recuperado de

<https://www.yumpu.com/es/document/read/14341271/desgaste-fisico-y-emocional-del-cuidador-primario-en-cancer>

Botero, P. A y Londoño, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en

personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 16 (2), 125-

137. DOI: 10.14718/ACP.2013.16.2.12

Calpa, M. y Guerrero, M. (2014). Relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento

en estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño. (Tesis de

pregrado). Universidad de Nariño, San Juan de Pasto, Colombia. Recuperado de

<http://biblioteca.udenar.edu.co:8085/atenea/biblioteca/90017.pdf>

Cardona, D, Agudelo, A, Restrepo, L, Sánchez, L.y Segura, A. (2014). Calidad de vida de las

personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011. *CES Salud Pública*, 5(2),

137-146. Recuperado

de http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3176

Castañeda, V. y Vega, A. (2016). Estrategias de afrontamiento que utilizan dos madres de la

corporación de la Ciudad de Medellín para enfrentar la situación de discapacidad

visual de su hijo. (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Bello, Antioquia. Recuperado de <https://bit.ly/2AaGoWb>

Chávez, C. (2015). Calidad de vida y bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz de un centro de integración de discapacitados de Trujillo. (Tesis de pregrado).

Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú. Recuperado de

<https://bit.ly/2NCrFXa>

Congreso de Colombia. (2009). Proyecto de ley 33 de 2009 Senado: Congreso de Colombia.

Recuperado de <http://legislacion.vlex.com.co/vid/proyecto-ley-senado-451467698>

Córdoba, L. y Aya, V. (2010). Calidad de vida en familias de jóvenes con discapacidad intelectual (Tesis de pregrado). Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca.

Recuperado de <https://bit.ly/3dChFaH>

Di-Colloredo, C., Aparicio, D., y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>

Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A., y Herrera, J., (2006) Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Revista Colombia Medica* 37 (1) 31-3. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Julian_Herrera2/publication/26433879_Sindrome_de_l_cuidador_de_adultos_mayores_discapacitados_y_sus_implicaciones_psicosociales/links/0f317535f5f58a2671000000/Sindrome-del-cuidador-de-adultos-mayores-discapacitados-y-sus-implicaciones-psicosociales.pdf

Fernando, M. y Guerrero, M (2014). Relación entre calidad de vida y estrategias de

afrontamiento en estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño.

(Tesis de pregrado). Universidad de Nariño, San Juan de Pasto. Recuperado de <http://biblioteca.udenar.edu.co:8085/atenea/biblioteca/90017.pdf>

Fernández-Abascal, E.G., Jiménez, M.P., y Martín M.D. (2003). *Emoción y Motivación: La adaptación humana*. Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces.

Flores, N., Jenaro, C., Moro, L y Tomsa, R. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores de pendientes: estudio comparativo. *European Journal of investigation in Health, Psychology and Education* , 4, 78-88. DOI:10.1989/ejihpe.v4i2.55

González, P; Astudillo, E y Hurtado, E (2012) Salud mental positiva y apoyo social percibido con personas con discapacidad física. *Revista cultura del cuidado* 9 (2), 39-49. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6003024>

González, Sofía, Tello, Javiera, Silva, Paula, Lüders, Claudia, Butelmann, Sandy, Frisch, Rosemarie, Solar, Felipe, Rigo-Righi, Cristina, & David, Perla. (2012). Quality of life in motor-handicapped patients according to socio-demographic factors and mental health. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(1), 23-34. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000100003>

García, Felipe E, Manquián, Esteban, y Rivas, Gisela. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300010&lng=es&tlng=es.

Hernández, M. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192015000200004&lng=en&lng=es.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptist, P. (2014). *Metodología en la Investigación*. México: McGraw-hill / interamericana editores, s.a. de c.v.

Jaramillo, E. (2016). La movilidad reducida de las personas con discapacidad y su regulación en Colombia. (Tesis de pregrado). Universidad Militar Nueva Granada. Recuperado de <https://bit.ly/3i8Ex5q>

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Macías MA, Madariaga C, Valle M, y Zambrano J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>

Martínez, A., Piqueras, J., y inglés, C. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Alicante: Universidad de Alicante*. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>

Ministerio de salud. (2018). Abecé de la discapacidad Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-de-la-discapacidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. (2017). Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD) Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/presentacion-sala-situacional-discapacidad-2017.pdf>

Ministerio de Salud. (1993). Resolución N^a 008430 de 1993 (octubre 04). Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Moreno M, Náder A, y López De Mesa C, (2004). Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud.

Av. enferm., Volumen 22, Número 1. Recuperado de:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37935/40168>

Muñoa, M-T. (2015). Resumen de la discapacidad (Tesis de pregrado). Universidad de Navarra, España. Recuperado de <https://bit.ly/3i6TZPp>

Naciones Unidas. (2019). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Material de promoción, Serie de Capacitación Profesional N^o 15. Recuperado de:

https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre-Acevedo, D.C. (2006).

Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>

Olmedo, C. (2008). Los alumnos con deficiencia motora. *Revista digital Innovación y experiencias educativas*; 9 1 -8. Recuperado de:

https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_9/CATALINA_OLMEDO_2.pdf

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación

Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento:

Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor. Recuperado de

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la

Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra: OMS. Recuperado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=ACCE3E70B4EA2A67DB5EBBBC7B3BDC03?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2017). 10 datos sobre la discapacidad. Recuperado de:

www.who.int/features/factfiles/disability/es/

Pérez, L., Hurtado, M, y Gonzalez, P. (2017). Recursos y Estrategias de Afrontamiento de

Familias con un Miembro En Condición de discapacidad. Tres Casos en la ciudad de

Medellín. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperada de

<http://hdl.handle.net/10495/13974>

Pérez, D., Rodríguez, A., Herrera, M, .García, R., Echemendia, B y Chang de la Rosa, M (2013).

Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes con dependencia. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 51(2), 174-

13. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223229324006>

Pinto, N, y Sánchez,B. (2000). El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación

crónica de enfermedad, en Cuidado y Práctica de Enfermería, Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia Recuperado de:

<http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/02.pdf>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T 427 de (2012). Magistrada Ponente:

María Victoria Calle Correa. Versión digital disponible en:

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-427-12.htm>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos

conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. DOI: [https://dx.doi.org/10.4067/S0717-](https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002)

[95532003000200002](https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002)

Sierra, Juan Carlos, Ortega, Virgilio, y Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres

conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade* 9 (1) 10 - 59, Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Suriá, R. (2011). Discapacidad adquirida y discapacidad sobrevenida: análisis comparativo de la

sobrecarga que genera ambas formas de discapacidad en las madres de hijos afectados.

42, 67-84. Recuperado de

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/34648/1/2011_Suria_Siglo-Cero.pdf

Urzúa M, Alfonso, y Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del

concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. Recuperado de

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Uscategui, C ; Cardoso, J ; Suescun, L y Sposito, J (2015). Estrategias de afrontamiento de

padres con hijos en condición de discapacidad motora. (Trabajo de pregrado) Universidad

Cooperativa de Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/2YEWLnl>

Verdugo M A, Schalock RL y Gómez IE. (2009). Manual de aplicación de la escala GENCAT de

calidad de vida. Barcelona. Recuperado de <https://inico.usal.es/publicaciones/pdf/Gencat->

[Manual.pdf](https://inico.usal.es/publicaciones/pdf/Gencat-Manual.pdf)

Vergara, P, A. (2016). Propuesta de implementación de playas accesibles para personas con discapacidad motriz y movilidad reducida en el cantón Salinas, provincia de Santa Elena.

(Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

DOI: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/6627>

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Que calidad de vida? / Grupo de la OMS

sobre la calidad de vida. Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

Zavala J. (2008) Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos

Recuperado de: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/1817>

Zambrano, R., Ceballos, N. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colomb Psiquiat.*

Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10495/7232>

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

Señor (a) usted ha sido seleccionado (a) para participar en un ejercicio académico investigativo que consiste en la aplicación de los cuestionarios: Estrategias de Afrontamiento de Coping (EEC – M) Modificada y escala integral de calidad de vida (GENCAT). El objetivo general de la investigación es analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de personas en situación de discapacidad física y sus cuidadores primarios

Este ejercicio se clasifica “sin riesgo”, según se describe en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En caso de que usted desista de participar usted se encuentra en total libertad de abandonar el proceso, sin dar explicaciones al respecto.

Gracias a su participación se podrá fortalecer el proceso formativo de algunos psicólogos en formación.

La información personal que usted dará en el presente cuestionario permanecerá en secreto y no será publicada ni divulgada bajo ninguna circunstancia. A los resultados de los test se les asignará un código que permitirá procesar la información y manejarla de manera confidencial.

Este ejercicio está guiado por las estudiantes:

Paula Andrea Gómez Gómez - paulis_andre5@hotmail.com

María Camila Pino Marín - Camila2612_th@hotmail.com

Esthefany Vélez Montes - tefa_960122@hotmail.com

Asesor: Diego Alfredo Tamayo Lopera

Anexo 2: Gencat: Escala de calidad de vida

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro. ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.</p>					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.</p>					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.</p> <p>ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.</p> <p>ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.</p> <p>ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".</p>					

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.</p>					

GENCAT. Escala de Calidad de vida

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

Anexo 3: Escala de coping

ESCALA DE COPING MODIFICADA

Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema.

Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes

	Pregunta	Respuesta	Opciones de respuesta	
1	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado		NUNCA	1
2	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)		CASI NUNCA	2
3	Procuro no pensar en el problema		A VECES	3
4	Descargo mi mal humor con los demás		FRECUENTEMENTE	4
5	Intento ver los aspectos positivos del problema		CASI SIEMPRE	5
6	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento		SIEMPRE	6
7	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional			
8	Asisto a la iglesia			
9	Espero que la solución llegue sola			
10	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados			
11	Procuro guardar para mí los sentimientos			
12	Me comporto de forma hostil con los demás			
13	Intento sacar algo positivo del problema			
14	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema			
15	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten			
16	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro			
17	Espero el momento oportuno para resolver el problema			
18	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona			
19	Establezco un plan de actuación y procuró llevarlo a cabo			
20	Procuró que los otros no se den cuenta de lo que siento			
21	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema			
22	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias			
23	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema			

24	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	
25	Tengo fe en que Dios remedie la situación	
26	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	
27	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	
28	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	
29	Dejo que las cosas sigan su curso	
30	Trato de ocultar mi malestar	
31	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	
32	Evito pensar en el problema	
33	Me dejo llevar por mi mal humor	
34	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	
35	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	
36	Rezo	
37	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	
38	Pienso que lo mejor es esperar a ver que puede pasar	
39	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema	
40	Me resigno y dejo que las cosas pasen	
41	Inhibo mis propias emociones	
42	Busco actividades que me distraigan	
43	Niego que tengo problemas	
44	Me salgo de casillas	
45	Por mas que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	
46	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	
47	Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir	
48	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	
49	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	
50	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	
51	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	
52	Me es difícil relajarme	
53	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	
54	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	

55	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	
56	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	
57	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	
58	Intento conseguir mas información sobre el problema acudiendo a profesionales	
59	Dejo todo en manos de Dios	
60	Espero que las cosas se vayan dando	
61	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	
62	Trato de evitar mis emociones	
63	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	
64	Trato de identificar las ventajas del problema	
65	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	
66	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	
67	Busco tranquilizarme a través de la oración	
68	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	
69	Dejo que pase el tiempo	