

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS  
FACULTAD DE EDUCACION



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, NIVELES Y FACTORES  
DE LA ESPERANZA - DESESPERANZA EN PERSONAS CON  
LESION MEDULAR. ESTUDIO COMPARATIVO

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL  
DE LOS REQUISITOS PARA EL GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLINICA

POR

KAREN DE LOS ANGELES CANUL ORTEGA

SEPTIEMBRE DE 2009

CIB  
Ej.1



73093



UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

FACULTAD DE EDUCACION



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, NIVELES Y FACTORES  
DE LA ESPERANZA - DESESPERANZA EN PERSONAS CON  
LESION MEDULAR: ESTUDIO COMPARATIVO

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL  
DE LOS REQUISITOS PARA EL GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLINICA

POR

KAREN DE LOS ANGELES CÁNUL ORTEGA

SEPTIEMBRE DE 2009



## RESUMEN

### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, NIVELES Y FACTORES DE LA ESPERANZA-DESESPERANZA EN PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR: ESTUDIO COMPARATIVO

Por

Karen de los Ángeles Canul Ortega

Asesor: Mario Ramón Pereyra Lavandina



## RESUMEN DE TESIS DE LICENCIATURA

Universidad de Montemorelos

Facultad de Educación

Título: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, NIVELES Y FACTORES DE LA ESPERANZA-DESESPERANZA EN PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR: ESTUDIO COMPARATIVO

Investigadora: Karen de los Ángeles Canul Ortega

Asesor: Mario Ramón Pereyra Lavandina, doctor en Psicología

Fecha de terminación: Septiembre de 2009

### Problema

La investigadora considera la lesión medular como una variable importante. Esta investigación pretendió conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento, niveles y factores de la esperanza-desesperanza en personas con lesión medular y sin ella.

### Metodología

El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, transversal y comparativo. La población de estudio fueron las personas con lesión medular que asistieron a la reunión de células madre del Centro de Rehabilitación y Educación Especial del DIF



de Monterrey, Nuevo León. Entre las pruebas estadísticas se realizaron estudios básicos y operaciones de significación estadística, como la “*r*” de Pearson y la “*t*” de Student para muestras independientes.

### Resultados

Al comparar personas con lesión medular y sin lesión medular, se encontró que los lesionados medulares utilizan más la estrategia de resolución de problemas. Al correlacionar el tiempo de rehabilitación y discapacidad, se encontró que a mayor tiempo de rehabilitación se desarrolla más la estrategia reestructuración cognitiva, y que a mayor tiempo de discapacidad la estrategia de apoyo social se ve disminuida. Las personas con lesión medular y sin ella, tienden a utilizar más la estrategia de expresión emocional, especialmente en solteros. El factor pesimismo se utilizó más en solteros que en casados en ambos grupos. Se encontró diferencia significativa solo en el grupo de lesión medular en los factores pesimismo, fatalismo y desesperanza.

### Conclusiones

Se encontró diferencia significativa únicamente en la estrategia de resolución de problemas en ambos grupos, teniendo al grupo de lesión medular con medias más altas que el grupo sin lesión medular. No se encontró diferencia significativa entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza en ambos grupos. Se encontró relación significativa únicamente en la estrategia reestructuración significativa y el tiempo de rehabilitación en los lesionados medulares. No se encontró diferencia significativa entre los niveles y factores de esperanza-desesperanza y el tiempo de rehabilitación en el grupo de lesión medular. Se



encontró relación significativa únicamente en la estrategia de apoyo social relacionada de forma negativa con el tiempo de discapacidad en el grupo de lesión medular. No se encontró relación entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza y el tiempo de discapacidad en el grupo de lesión medular. Se encontró diferencia significativa únicamente en la estrategia expresión emocional en ambos grupos con respecto al estado civil, donde los solteros obtuvieron medias más altas que los casados. No se encontró diferencia en los niveles y factores de la esperanza-desesperanza, solamente se encontró diferencia significativa en el factor pesimismo entre ambos grupos con respecto al estado civil, con medias más altas en solteros que en casados. Se encontraron diferencias significativas en el grupo de lesión medular, en los factores pesimismo, fatalismo y desesperanza, donde las personas solteras presentaron medias más altas que los casados.

Universidad de Morelos

Facultad de Educación

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, NIVELES Y FACTORES  
DE LA ESPERANZA-DESESPERANZA EN  
PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR:  
ESTUDIO COMPARATIVO

Tesis  
presentada en cumplimiento parcial  
de los requisitos para el grado de  
Licenciatura en Psicología Clínica

por

Karen de los Ángeles Canul Ortega

Septiembre de 2009



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, NIVELES Y FACTORES DE LA  
ESPERANZA-DESESPERANZA EN PERSONAS CON LESIÓN  
MEDULAR: ESTUDIO COMPARATIVO

Tesis  
presentada en cumplimiento parcial  
de los requisitos para el grado de  
Licenciatura en Psicología Clínica

por

Karen de los Ángeles Canul Ortega

APROBADA POR LA COMISIÓN:



Dr. Mario Pereyra Lavandina  
Presidente



Dra. Ana Lucrecia Salazar Rodríguez  
Secretaría



Dr. Jaime Rodríguez Gómez  
Vocal

14 de septiembre de 2009  
Fecha de aprobación

## **DEDICATORIA**

Primeramente le doy gracias a Dios por la oportunidad de terminar mi formación profesional con éxito.

Agradezco a mis padres por su gran apoyo incondicional que a través de mi desarrollo personal y profesional fueron vistos por su esfuerzo y dedicación.

A mi hermana y mi novio por darme aliento a seguir adelante pese a las vicisitudes y momentos de desánimo y al mismo tiempo momentos de alegría y dicha.

A mis estimados amigos (as) que con su amistad me han brindado mi mejor estancia en esta universidad a lo largo de mi carrera.

A mis asesores por su paciencia, tiempo y dedicación, por las oportunidades y palabras de aliento que me permitieron terminar este trabajo con éxito, además de sus conocimientos que sin duda me serán de gran ayuda en un futuro.

A todos ellos gracias porque a través de los años se que Dios los seguirá bendiciendo por ser seres tan maravillosos.



## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS.....	vi
Capítulo	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
Antecedentes .....	1
Justificación.....	2
Definición del problema.....	4
Declaración del problema .....	4
Preguntas de investigación .....	5
Hipótesis.....	5
Objetivos de investigación.....	6
Limitaciones.....	7
Delimitaciones.....	7
Supuestos .....	8
Definición de términos.....	8
II. MARCO TEÓRICO.....	10
Lesión medular.....	10
Psicología de la rehabilitación.....	11
Variables estudiadas de la LM.....	13
El afrontamiento.....	14
Concepto del afrontamiento.....	14
Funciones del afrontamiento.....	15
Clasificación de las estrategias de afrontamiento.....	18
Efectividad de las estrategias de afrontamiento.....	19
Esperanza-desesperanza.....	21
El poder salutífero de la esperanza.....	23
Modelo de la esperanza-desesperanza. M. Pereyra (2006)...	25
Variables de la presente investigación.....	27

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
Diseño de la investigación.....	29
Población.....	29
Hipótesis nulas.....	30
Operacionalización de variables e hipótesis.....	31
Instrumentos.....	32
Recolección de datos.....	36
Procesos para el análisis de datos.....	37
IV. RESULTADOS.....	38
Datos demográficos.....	38
Comportamiento de variables.....	40
Pruebas de hipótesis.....	41
V. RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
Resumen.....	45
Discusión.....	46
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Apéndice.....	52
A. CARTAS DE APROBACIÓN DEL USO DE LOS INSTRUMENTOS.....	53
B. INSTRUMENTOS.....	55
C. DECLARACIONES DE LOS INSTRUMENTOS.....	63
D. SALIDAS COMPUTARIZADAS DE LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	67
LISTA DE REFERENCIAS.....	105



## LISTA DE TABLAS

1. Síntesis de las dimensiones del modelo esperanza-desesperanza.....	26
2. Operacionalización de hipótesis y variables.....	31
3. Datos demográficos de las personas con LM y el grupo sin LM.....	39
4. Comportamiento de las estrategias de afrontamiento en ambos grupos.....	40
5. Comportamiento de la variable esperanza-desesperanza en ambos grupos...	41

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **Antecedentes**

Durante años la discapacidad física ha sido objeto de estudio para el mejoramiento de la calidad de vida de personas que sufren de este mal, por esa razón, las investigaciones en distintas disciplinas y técnicas, han tenido como objetivo fundamental explicar, valorar, corregir o rehabilitar, y en lo posible prevenir las carencias y desviaciones del individuo para procurar su adaptación al medio ambiente (López, 2007). Lo que permita sobrellevar su propia discapacidad, y así, integrarlo a la sociedad.

La OMS (2001), define la discapacidad como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Dentro de las discapacidades en el área física se encuentra la lesión medular traumática, que es una de las variables de nuestro estudio, que se caracteriza por una presentación clínica súbita, de curso constante, desenlace no mortal y con secuelas de incapacitación grave (Rolland, 2000). Lo que significa que la persona que lo vive, recibe una interrupción inesperada y brusca de las actividades y proyectos personales, familiares, profesionales y sociales.



La persona accidentada se encuentra frente a una situación de inactividad laboral, lo que lo lleva a un descenso de ingresos y un aumento de gastos hospitalarios y tratamientos a este problema. Por lo que la persona tiene que tomar conciencia de la posible discapacidad que llevará en su vida futura, ya que lo frecuente en estas lesiones es la discapacidad para toda la vida, lo cual trae consigo una serie de cambios y problemás (Tron e Ito, 2004).

Muchas de las personas que asisten a los centros de rehabilitación y reciben atención, tanto física como psicológica, logran un gran avance en su recuperación. Por esa razón se quiere profundizar en este estudio, sobre la manera en como una persona con limitación física, como lo es la lesión medular, logra afrontar su discapacidad.

Es importante mencionar que la forma en que se afrontan las situaciones que ocurren a lo largo de la vida, depende de características propias, personalidad, edad, creencias, género, experiencias previas, apoyo familiar y otras, lo cual puede determinar la eficacia del afrontamiento, que depende en gran medida, del adecuado manejo de las emociones negativas que es relevante para contribuir a la mejoría o el agravamiento de la enfermedad (Godoy y Moreno, 2002).

### **Justificación**

Datos de la población norteamericana señalan un 48,3% de las LM debidas a accidentes de tráfico, un 22,1% a caídas, un 14,2% son de origen deportivo, un 12,5% por heridas y un 2,9% atribuibles a otras causas (Brucker, 1983).

Un estudio realizado por García y Herruzo (1995), mencionan que las lesiones medulares son mayormente de origen traumático, el 66% y el 75% de los casos, de

las cuales, las de mayor frecuencia se deben a accidentes de tráfico (45%), las caídas (28%), golpes (20%), entre los que destacan los accidentes laborales, seguidos a distancia por los deportivos (3%), las agresiones (2%) y las complicaciones quirúrgicas (2%). Este estudio y otros anteriores (Mazaira, 1987) reflejan que se mantienen los mismos porcentajes a lo largo del tiempo.

En otro estudio realizado por Pérez, Galicia, Pardini, Ibarra y Renan (1998), con respecto a la epidemiología de la LM en México, se reportó que la relación hombre mujer es de 6 a 1. Presentando el pico máximo de edad a los 30.1 para ambos sexos. En este mismo estudio se reportó que la incidencia de la lesión medular es de 18.1 x millón de habitantes por año. La causa más frecuente es la caída de altura en 34.5%, seguida de la herida por arma de fuego de 29% y 26.7% el accidente automovilístico. El bajo nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico más bajo resultaron ser los más afectados en este estudio. El costo anual de los tratamientos de los pacientes que no mueren de inmediato se aproxima a los 11 mil millones de dólares.

Un estudio más reciente por Pérez, Martín, Renán y Durán (2008), menciona que el accidente automovilístico ocupó el primer lugar seguido de la caída de altura pero muy cerca la herida por arma de fuego, aun cuando estos resultados son similares a otros reportados en México (Uribe, 1994), se observa tendencia al aumento de heridas por arma de fuego y coincide con lo reportado en 1998, en el Distrito Federal. Probablemente los cambios sociopolíticos y económicos del país se reflejen de alguna manera en esta patología.

De acuerdo a la tipología de la LM, la parálisis de las extremidades superiores e inferiores, llamada cuadriplejía, constituye el 54% de los casos y la paraplejía, que

afecta las extremidades inferiores, constituye el 46% restante. El problema se observa más frecuentemente en varones, en un 82% de los casos (Rothman, 2000). Las cifras del párrafo anterior denotan la cantidad de personas que sufren una LM desde edades tempranas y que no solo involucran pérdidas físicas, económicas o de tipo social, sino que además el problema de la LM involucra aspectos de tipo emocional que se ven afectados a partir de esta limitación y que de alguna manera pueden llegar a repercutir en la recuperación de la persona.

Se tomará el término de LM para referirse al grupo de estudio, sin importar nivel o extensión de la discapacidad.

### **Definición del Problema**

La presente investigación estudió a las personas con LM, centrándose en la forma en la que afrontan su discapacidad, mediante la valoración de las estrategias de afrontamiento que utilizan para la adaptación a su discapacidad. Por otro lado, se estudió si el tiempo de rehabilitación, discapacidad y estado civil se ven relacionados con las estrategias de afrontamiento y los niveles y factores de la esperanza-desesperanza en el grupo de LM y el grupo sin LM.

### **Declaración del problema**

En la presente investigación se planteo el siguiente problema:

¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles y factores de la esperanza-desesperanza, en las personas con LM, que asistieron a la reunión de células madre en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, DIF de Monterrey, Nuevo León, durante los meses de noviembre de 2008 a abril de 2009?



## **Preguntas de Investigación**

A partir de este problema surgen las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento en personas con LM en comparación con personas sin LM?
2. ¿Cuáles son los niveles de la esperanza-desesperanza en personas con LM en comparación con personas sin LM?
3. ¿Existe correlación y de qué tipo es, entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de rehabilitación y discapacidad de los LM?
4. ¿Existe correlación y de qué tipo es, entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza y el tiempo de rehabilitación y discapacidad en LM?
5. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento en relación al estado civil en ambos grupos?
6. ¿Cuáles son los niveles y factores de la esperanza-desesperanza relacionados con el estado civil en ambos grupos?

## **Hipótesis**

Las hipótesis planteadas en este estudio son las siguientes:

H1. Existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento entre el grupo de LM y el grupo sin LM.

H2. Existe diferencia entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza entre el grupo de LM y el grupo sin LM.

H3. Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de rehabilitación en los LM.

H4. Existe relación entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza y el tiempo de rehabilitación en los LM.

H5. Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de discapacidad en los LM.

H6. Existe relación entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza y el tiempo de discapacidad en los LM.

H7. Existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento y el estado civil en ambos grupos.

H8. Existe diferencia entre los niveles y factores de la esperanza- desesperanza y el estado civil en ambos grupos.

### **Objetivos de la Investigación**

Los objetivos de esta investigación fueron los siguientes:

1. Estudiar las estrategias de afrontamiento que son utilizadas más frecuentemente por los pacientes con LM.
2. Investigar si las estrategias de afrontamiento y los niveles y factores de la esperanza-desesperanza se ven relacionados con el estado civil de personas con LM y sin ella.
3. Encontrar si hay correlación y de qué tipo es, entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de la esperanza-desesperanza en comparación, al tiempo de rehabilitación y discapacidad en el grupo de LM.

### **Limitaciones**

La investigación pretendía alcanzar un censo de 70 sujetos con LM, que asistieron a la reunión de implantes de células madre al Centro de Rehabilitación y Educación Especial del DIF de Monterrey N. L. pero por falta de tiempo y organización solo se alcanzaron a obtener 30 sujetos en nuestro estudio, no logrando la cantidad de sujetos que se pretendía. Los sujetos sin LM fueron tomados con características demográficas similares al grupo de LM como son edad, estado civil, género y religión. Otras de las limitaciones son que la variable esperanza-desesperanza desde el modelo utilizado en la investigación carece de estudios en la LM.

### **Delimitaciones**

La presente investigación se centró en personas que sufren LM, que asistieron a la reunión de implantes de células madre al Centro de Rehabilitación y Educación Especial del DIF de Monterrey N.L. de noviembre de 2008 a abril de 2009.

Se limitó al estudio de los niveles de la esperanza-desesperanza (E-D); optimismo, regresión, prospección, desconfianza, fatalismo y pesimismo, escalas de la E-D. Se limitó al estudio de los niveles de las estrategias de afrontamiento; resolución de problemas, autocrítica, reestructuración cognitiva, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, evitación de problemas y retirada social.

Se limitó a utilizar la prueba inventario de estrategias de afrontamiento obtenido de España al no encontrar pruebas en México que midieran la variable afrontamiento. Así mismo, el grupo sin LM se tomó de personas que comprendían algunas características demográficas similares (edad, genero, y estado civil) buscando homolgarlo con el grupo de LM.

## **Supuestos**

Se supone que cada individuo tiene un perfil de uso de las estrategias y no una estrategia única que lo identifique. Se supone que los grupos son equivalentes, la única diferencia es que unos son LM y otros no.

## **Definición de términos**

A continuación se mencionan las definiciones de los términos utilizados en la investigación:

**Desesperanza:** es la actitud a darse por derrotado o de abandonarse en la enfermedad, el problema o las condiciones que atormentan, es decir, a pesar que no hay remedio y no vale la pena hacer esfuerzos de superación (Pereyra, 2006, 152).

**Discapacidad:** es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (OMS, 2001).

**Esperanza:** "Es un proceso dialéctico y dramático, de carácter multidimensional y polifacético. La esperanza es precisamente ese espíritu de rebeldía ante lo aparentemente inmutable; un noble impulso hacia la vida que lleva a vencer el maleficio del desaliento y los callejones sin salida" (Pereyra, 2006, 152).

**Estrategias de afrontamiento:** "Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1984, 141).



Lesión medular: “una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión. El daño puede implicar la ausencia del control voluntario de los músculos esqueléticos, la pérdida de sensación y la pérdida de función autonómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad de daño neural residual” (Brucker, 1983, 285).

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Lesión medular**

González (1999), menciona que las LM ejercen siempre un impacto devastador en la vida de las personas que las sufren, ya que se afectan al unísono un conjunto de funciones biológicas tales como el deambular autónomo, la sensibilidad del propio cuerpo, el control de esfínteres, la sexualidad, la posibilidad de procrear y, a veces, funciones tan básicas como la respiración. Es por esa razón que las personas que padecen esta discapacidad tienen que generar grandes cambios en su vida para lograr adaptarse a su nueva vida.

Castellanos, Brown y Valenzuela (2004), mencionan que la LM es uno de los motivos de consulta en los hospitales y uno de los problemas de mayor impacto personal y social que producen en la persona y su familia modificaciones en la vida, la posibilidad de subsistencia, la actividad productiva y su papel en la sociedad. Por eso, la rehabilitación debe ser integral; debe considerar a la persona en sus aspectos psicológicos, sociológicos y biológicos. En general, debe lograr el reintegro social de la persona en las condiciones más ventajosas.

La LM es definida como, “una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión.

El daño puede implicar la ausencia del control voluntario de los músculos esqueléticos, la pérdida de sensación y la pérdida de función autonómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad de daño neural residual” (Brucker, 1983, 285). Esto implica no solo un daño físico, sino una experiencia traumática que afecta a la persona de forma global (física, psicológica y socialmente), ya que junto a la importante pérdida de funciones físicas, motoras y sensoriales, puede requerir profundos cambios en el estilo de vida y un gran esfuerzo de adaptación a todos los niveles.

### **Psicología de la rehabilitación**

La psicología de la rehabilitación estudia los aspectos psicológicos intervinientes y afines a la rehabilitación de la discapacidad física adquirida. Pelechano (1987) y Aguado (1989), entienden la rehabilitación, como un estado previo al que retornar y unas capacidades residuales a optimizar.

El origen de la psicología de la rehabilitación se produce durante la II Guerra Mundial, donde se toma en cuenta la importancia de los factores psicológicos y sociales en la rehabilitación y la entrada de nuevos profesionales procedentes de las ciencias sociales y de la conducta (Lofquist, 1979; Fraser, 1984; y Aguado, 1995). Lo que dio lugar a la formación de psicólogos para intervenir en ese campo. Los avances médicos que garantizan la supervivencia de la persona con LM ponen la importancia en variables psicosociales como intervinientes. Cuando la LM está médicamente estabilizada, es precisamente cuando los aspectos psicológicos y sociales aparecen como más relevantes. Una vez garantizada la supervivencia, la rehabilitación se dirige a minimizar las limitaciones funcionales, a conseguir el mayor grado de

autonomía posible en el desempeño de las actividades de la vida diaria y a maximizar la calidad de vida de la persona. Por tanto, el objetivo de la rehabilitación no es únicamente la recuperación médico-funcional, sino una adaptación satisfactoria a una situación radicalmente distinta, proceso en el que las variables psicológicas juegan un papel central

Martín (2003), menciona que la rehabilitación es el componente de la prevención que se centra en la reducción o eliminación de una discapacidad. Se impone el estudio psicológico de esta esfera, especialmente la integración social, el apoyo familiar y social al discapacitado, así como la evaluación de los programas de rehabilitación, en todos sus componentes.

Fraser (1984), definió la psicología de la rehabilitación como un área de especialidad que tiene una serie de subáreas, temas, roles y principios compartidos por los psicólogos que trabajan en el campo de la rehabilitación y que son distintivos.

Trieschmann (1988), menciona que la rehabilitación es como un proceso que se extiende durante toda la vida para aprender a vivir con la discapacidad en el propio ambiente. En la rehabilitación integral son de suma importancia la readaptación a su entorno familiar, social, y laboral o la rehabilitación psicológica, física y funcional. La rehabilitación psicológica, es un proceso gradual que comienza en la fase de hospitalización pero que continúa a lo largo de la vida del individuo, así el LM debe hacer un ajuste psicológico para adaptarse a su nueva situación y al entorno a su ambiente social (Miangolarra-Page, 2003: 327).

En general, el estudio de los aspectos psicológicos de la discapacidad física ha girado en torno a dos ejes principales de investigación: 1) el estudio de las carac-



terísticas de personalidad de los grupos de personas con discapacidad y, 2) el proceso de adaptación, ajuste o impacto psicológico ante la aparición de la discapacidad física (Aguado, 1990). Estas áreas de estudio han tenido su máximo desarrollo en la LM. Este estudio pretende individualizar este segundo eje indagando por las estrategias de afrontamiento que precisamente resulten más eficaces.

### **Variables estudiadas de la LM**

De acuerdo a lo anterior, algunos de los estudios que han formado parte de la psicología de la rehabilitación, investigan la manera en la que las personas con LM hacen frente a su propia realidad. La LM es una discapacidad permanente que permite en el individuo un ajuste en cada área de su vida y esto depende del apoyo de la familia, la forma en la que el individuo afronta su discapacidad y otras variables psicosociales que intervienen en este proceso de adaptación.

Algunos de los estudios han encontrado que la calidad de vida, depende del grado de satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, de la actividad laboral, de la vida marital y estructural (Hornquist, 1995).

Duff (1997) y el equipo de Radnitz (Radnitz, Hsu, Willard, Perez-Strumolo *et al.*, 1998; Radnitz, Hsu, Tirch, Willard *et al.*, 1997), han estudiado los trastornos de ansiedad asociados al *estrés postraumático* en personas con LM de etiología traumática (asalto, caída, accidente de tráfico, etc.).

Entre las variables psicosociales estudiadas en las personas con LM una de las que más atención está recibiendo es el apoyo social. Los autores están de acuerdo en su papel favorecedor del bienestar y de la adaptación a la LM (Decker, 1982).

García, Alcedo y Aguado (2008), mencionan el impacto de la LM de la persona sobre la esfera de la sexualidad, en particular. Así, en su vida sexual la persona ha de afrontar cambios tanto en lo físico como en lo emocional y relacional. Y otros autores como Campo y Sánchez (2003) enfocan la sexualidad y maternidad en la mujer con LM.

Por otro lado, Pelechano (1991), considera que el núcleo familiar debe servir como base a los programas de intervención. Esta idea es aceptada por Burish y Bradley (1983), quienes además hacen hincapié en que la familia al no saber como ayudar en el proceso de rehabilitación, pueda perjudicar al sujeto sobreprotegiéndolo o por el contrario distanciándose de él.

## **El afrontamiento**

### **Concepto del afrontamiento**

El desarrollo teórico y metodológico del afrontamiento, podría agruparse en dos aproximaciones distintas, una como un estilo personal de afrontar el estrés lo cual significa que es relativamente estable y otra que lo entiende como proceso.

En la teoría psicoanalítica se introdujo el concepto de defensas del yo para referirse a los mecanismos psicológicos defensivos que emplea el sujeto para hacer frente a los agentes que atentan contra su integridad. Los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de las disposiciones personales para hacer frente a las diferentes situaciones estresantes (Belloch, Sandín y Ramos, 1995: 21)

Entendiendo el afrontamiento como proceso viene la formulación del modelo cognitivo del estrés, uno de los mayores desarrollos teóricos del afrontamiento promovidos en los años setenta por Lazarus y Folkman. Desde esta perspectiva teórica

el afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984).

Algunos investigadores han definido las estrategias de afrontamiento de acuerdo al contexto donde han sido estudiadas.

Lorencetti y Simonetti (2005), entienden el afrontamiento como el conjunto de estrategias utilizadas por las personas para adaptarse a circunstancias adversas, es decir, los esfuerzos realizados por los individuos para lidiar con situaciones estresantes crónicas o agudas. El afrontamiento es pues, un proceso a través del cual el individuo controla las demandas de la relación con el medio para satisfacer las demandas sociales, mantener los estados físico, psicológico y social estables y controlar los estresores potenciales, antes que ellos se conviertan en una amenaza.

Stone, Lelder y Schneider (1988,183), expresan que el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar las situaciones difíciles.

Sandín (2003), menciona que el afrontamiento desempeña un papel importante como mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica de las personas.

### **Funciones del afrontamiento**

Payne (2001), menciona que la función principal del afrontamiento es aumentar o disminuir las demandas de la vida y los estresores; la efectividad de los recur-

sos de afrontamiento estarán en función del evento y las evaluaciones continuas y los recursos de afrontamiento personales.

El afrontamiento como proceso descrito por Lazarus y Folkman (1984), implica asumir los siguientes principios: (a) indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz, se habla del afrontamiento. Por ejemplo: la negación parece ser adaptativa durante la fase de cuidados hospitalarios en pacientes que han sufrido un infarto, pero peligrosa si se utiliza después de la hospitalización, (b) el afrontamiento depende del contexto. Se trata de una disposición orientada al contexto más que como una disposición estable. El afrontamiento para diferentes amenazas varía en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas. Por ejemplo: cuando una persona afronta el problema del cáncer, la estrategia de afrontamiento depende de que, en un momento dado, aquella está tratando con una u otra amenaza generada por la enfermedad, (c) algunas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de las situaciones estresantes, (d) la teoría del afrontamiento como proceso enfatiza al menos dos funciones principales del afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción. Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga (1999), definen el *afrontamiento centrado en el problema* como el referido a los intentos por controlar las situaciones problemáticas que se le plantean a través de alguna acción directa, solucionando problemas mediante la toma de decisiones, búsqueda de información y otras. Todas estas acciones tienen en común el objetivo de intentar solucionar eficazmente la situación planteada. El *afrontamiento centrado en la emoción*, por el contrario, se utiliza para controlar ésta y reducir las emociones negativas consecuentes al estrés. En este tipo



de afrontamiento se incluyen estrategias tales como evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos, regulación afectiva, descarga emocional, aceptación y reevaluación de la situación. En el primer caso, se busca alterar la relación individuo-ambiente, manipulando el entorno. Este tipo de afrontamiento se presenta cuando la situación es evaluada como susceptible de cambio. En el afrontamiento dirigido a la emoción busca regular la respuesta emocional que aparece como resultado de la situación estresante. Este tipo de afrontamiento tiene lugar cuando el individuo considera que no puede hacer nada para alterar su relación con el entorno (Hernandez, Cerezo y Lopez, 2007) y (e) el afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. Si se puede hacer algo, predomina el afrontamiento focalizado en el problema, si la valoración dice que no puede hacerse nada, entonces predomina el focalizado en la emoción.

Según el Portal de Salud Mental (s. f.) ante la aparición de un suceso estresante, el individuo realiza una serie de evaluaciones sobre el mismo, en primer lugar encontramos: (a) Evaluación primaria. Analizar si el hecho es positivo o no y, además valorar, las consecuencias presentes y/o futuras del mismo y (b) evaluación secundaria, que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales, sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente.

El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como: (1) Desafío o reto, donde el sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Esta situación moviliza los recursos del mismo y ge-

nera sentimientos de eficacia y de logro y (2) amenaza, donde el sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación y se siente desbordado por ella. Genera claras respuestas ansiosas. Su actividad de afrontamiento se deteriora, se torna poco eficaz, oscilando de una actividad caótica, poco organizada, a la simple inactividad; es significativo el deterioro de las funciones de evaluación, la incapacidad de hacer frente a ella, lo que la hace incontrolable, vinculando de este modo el estrés que es la simple percepción de demanda a la que es sometido el organismo, con la angustia y con la ansiedad.

Moos (1993), distingue entre un estilo de afrontamiento de aproximación al problema, pudiendo ser ésta conductual o cognitiva y un estilo de afrontamiento de evitación. A diferencia de la propuesta de Lazarus, el primer estilo de afrontamiento sería funcional, facilitando el ajuste del individuo, mientras el estilo de evitación sería disfuncional, aumentando la probabilidad de que apareciesen problemas físicos y psicológicos.

### **Clasificación de las estrategias de afrontamiento**

Dentro del modelo de Lazarus y Folkman(1984), se describen las ocho diferentes estrategias de afrontamiento para manejar la situaciones estresantes. Las dos primeras centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en las dos áreas: (1) Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas, (2) planificación de la solución de problemas: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema, (3) distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte a uno, (4) autocontrol:

esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales, (5) aceptación de la responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema, (6) escape- evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo, o de estrategias como beber, comer, usar drogas o tomar medicamentos, (7) reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante y (8) búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares etc.), para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional. Existen en realidad muchas estrategias de afrontamiento que puede manejar un individuo, el uso de unas u otras suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Lo que podría significar que al tomar algo constructivo de las situaciones favorece las estrategias enfocadas a la solución de problemas, mientras que en las otras enfocadas a las emociones solo ocurre la aceptación de la situación estresante.

### **Efectividad de las estrategias de afrontamiento**

Los investigadores han encontrado una mayor frecuencia de utilización de algunas estrategias de afrontamiento por parte de los lesionados medulares, entre ellas la aceptación, la reestructuración cognitiva y la revalorización positiva (Felton, Revenson y Hinrichsen, 1984; Gardner, 1993; Kennedy, Lowe, Grey y Short, 1995). Parece haber una mayor utilización de estrategias activas y de resolución de problemas para afrontar la LM, dato que confirma su utilidad en el entorno rehabilitador y su mayor eficacia frente a las estrategias centradas en la emoción (Felton et al., 1984 y otros).

Kennedy, Lowe, Grey y Short (1995), comparan la variable afrontamiento en una muestra de personas con LM agudas y otras de larga evolución. Los resultados muestran que los agudos (n=41) tienen más probabilidad de utilizar las estrategias de apoyo social, así como el consumo de drogas y alcohol, mientras que los de larga evolución (n=30), utilizan más las estrategias centradas en la emoción. La aceptación, la negación y la desvinculación conductual son estrategias utilizadas por ambos grupos.

Elfström, Kreuter, Ryden, Persson y Sullivan (2002), analizan el efecto de las estrategias de afrontamiento en el ajuste psicológico en las personas con LM, junto con otras como son las socio-demográficas, las de apoyo social y las propias relativas a la discapacidad. La muestra de estudio estuvo formada de 255 personas de la "Gothenburg Spinal Injuries Unit" en Suecia. Encontraron que las personas con altos niveles de aceptación de la discapacidad presentan una baja ansiedad y una moral muy positiva; al igual el apoyo social se relaciona con pocos sentimientos de incapacidad e inutilidad.

En algunos estudios se ha encontrado que las conductas de afrontamiento más eficaces y asociadas con un mayor bienestar en las personas con LM residen en la resolución de problemas, la planificación y la reestructuración cognitiva (Drew-Cates, 1989; Buckelew et al., 1990 y otros) y la búsqueda de apoyo social (Coca, 1990; Moore et al., 1994 y otros). Junto a éstas, la revaloración positiva, el distanciamiento, el autocontrol y la confrontación (Warner, 1989; Reidy, Caplan y Shawaryn, 1991).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento menos eficaces y asociadas a una mayor depresión o ansiedad son las conductas de escape-avoidancia (Warner,



1989; Coca, 1990), la minimización de la amenaza (Buckelew et al., 1990, 1991), la desvinculación conductual (Kennedy et al., 1995), el pensamiento desiderativo, la confrontación y la culpabilización.

El afrontamiento activo y centrado en la “resolución de problemas” está asociado a menores índices de depresión, mientras que el afrontamiento pasivo, que incluye principalmente las estrategias de evitación o centradas en la emoción, suele ir acompañado de mayor malestar psicológico (Frank y Elliott, 1987; Coca, 1990; Buckelew et al., 1990, 1991).

### **Esperanza-Desesperanza**

“La esperanza es la medicina milagrosa de la mente. Ella inspira la voluntad de vivir. Ella es un poderoso aliado” (Peterson 1961), se entiende la esperanza como una forma de vivir positiva pese a la circunstancias adversas de la vida; la persona logra entender cualquier dificultad de una manera más abierta a su propia realidad.

En apartados anteriores se ha mencionado la manera en la que la LM llega a afectar cada una de las dimensiones de la vida del individuo y que en algún momento la esperanza llega a quedar en segundo plano. Es por eso que es muy importante reconocer que “la esperanza es el principal recurso humano para soportar el estrés” (Pereyra, 2006: 23)

Para Seligman (2003), las emociones positivas pueden centrarse en el futuro y presente. Respecto al futuro, están el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza; las relacionadas con el presente son la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo la euforia, el placer y la más importante el llamado *flow*, o experiencia óptima, que incluye felicidad, competencia percibida e interés intrínseco por la actividad realizada.

Por otra parte, las fortalezas son rasgos o características psicológicas que se presentan en situaciones distintas a través del tiempo, y sus consecuencias suelen ser positivas. Poner en práctica una fortaleza provoca emociones positivas auténticas (Seligman, Oteen, Park y Peterson, 2005) y actúan como barreras contra la enfermedad, entre éstas se encuentran el optimismo, las habilidades interpersonales, la fe, el trabajo ético, la esperanza, la honestidad, la perseverancia y la capacidad para fluir (flow), entre otras, logrando así un estado de bienestar.

De manera contraria también las emociones negativas juegan un papel muy importante en la salud del individuo, así como la forma de enfrentar las situaciones difíciles como las de la vida cotidiana.

Las investigaciones realizadas hasta la fecha permiten afirmar que estas variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo y afectando la salud.

Existen numerosas evidencias que demuestran cómo las situaciones estresantes influyen en el sistema nervioso y pueden llevar a una supresión de la función inmune (Goleman, 1998).

Seligman (1992) menciona que las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas y perseverantes, tienen mejor autoestima y generan acciones más exitosas. Mantienen más alertas sus defensas inmunológicas, se muestran más activas frente a las dificultades, toman más decisiones y adoptan mayor cantidad de medidas para crearse una red de apoyo afectivo y social. Las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas más

fácilmente frente a la adversidad, se deprimen con más facilidad y más a menudo, cuentan con una menor actividad inmunológica.

### **El poder salutífero de la esperanza**

Los estudios han demostrado con una infinidad de evidencia que “la dinámica de la esperanza está profundamente conectada con la esencia de la vida humana, el bienestar y la salud”, en quienes sufren una enfermedad, como por ejemplo, el SIDA (Kylma, 2005).

La autora cristiana Elena de White (1975) afirma con precisión cómo las fuerzas anímicas actúan sobre el pensamiento y organismo, proponiendo ejercitarlas para bien.

La condición de la mente influye en la salud mucho más de lo que generalmente se cree. Muchas enfermedades son el resultado de la depresión mental. Las penas, la ansiedad, el descontento, remordimiento, sentimiento de culpabilidad y desconfianza, menoscaban las fuerzas vitales, y llevan el decaimiento y a la muerte... El valor, la esperanza, la fe, la simpatía y el amor fomentan la salud y alargan la vida. Un espíritu satisfecho y alegre es como salud para el cuerpo y fuerza para el alma... nada tiende más a fomentar la salud del cuerpo y del alma que el espíritu de agradecimiento y alabanza. Resistir a la melancolía, a los pensamientos y sentimientos de descontento, es un deber tan positivo como el de orar. (pags.185, 194)

En los últimos años, estudios experimentales han descubierto que la esperanza o el optimismo reportan menos síntomas físicos y mejor bienestar psicológico o estado de salud (Ebert, Tucker y Roth, 2002), aun después de sufrir una enfermedad grave o la muerte de algún familiar (Kivimäki et al., 2005).

Las ventajas de una elevada esperanza son muchas, Snyder (1995: 357-358) menciona que quienes tienen alta esperanza, comparado con la gente de bajo nivel, poseen más metas, incluso más difíciles, pero tienen éxito en lograr alcanzar sus

objetivos, ya que perciben sus metas como desafíos. Revelan mayor felicidad y menos nerviosismo. Tienen habilidades superiores para afrontar la adversidad, se recuperan más rápidamente de una enfermedad o un accidente y reportan menos estados de agotamiento (burnout) como dificultades en el trabajo.

La desesperanza es el factor de mayor peso en el incremento de la tristeza o la disforia (Reff, Know y Campbell, 2005). Beck (1967), afirmó que “la desesperanza es el corazón de la depresión, confirmándolo con una multitud de evidencias, derivadas de estudios propios y de otros investigadores.

Según Rohles, Riskind y Neville, (1985), la desesperanza es capaz de predecir una depresión con un intervalo de cinco semanas, no solo en adultos, sino también en la infancia. Kashani, Dandoy y Reid (1992), relacionaron la desesperanza con la depresión en términos de atribuciones, motivación y gratificación aplazada, afirmando la prevención de la desesperanza en la escuela para evitar las depresiones.

Weishaar y Beck (1992), confirmaron que la desesperanza es la variable mediadora entre la depresión y los intentos suicidas en la edad madura. También se encontró que mientras la desesperanza es muy alta, los tratamientos con antidepresivos corren riesgo de fracasar (Papakostas et al., 2005).

La esperanza o la desesperanza no son solo estrategias para afrontar situaciones, también implican un mejoramiento o decaimiento de la salud, sea física, emocional, social, etc. Así por ejemplo, la ansiedad o la depresión pueden tener consecuencias nefastas sobre la salud, deteriorando las expectativas o la calidad de vida, en tanto las emociones positivas promueven el bienestar subjetivo y la longevi-



dad, pues a través de ellas cada una de las áreas vitales del ser humano se ve reforzada por el bienestar subjetivo (Vázquez, Hernangómez y Hervás, 2004).

### **Modelo de Esperanza- Desesperanza M. Pereyra (2006)**

Entre los diferentes modelos teóricos de estudios de la esperanza y la desesperanza, se presenta a continuación el modelo de Mario Pereyra.

Se entiende la esperanza-desesperanza (E-D), como un proceso dialéctico y dramático, de carácter multidimensional y polifacético. Es dialéctico porque concibe la esperanza y la desesperanza como alternativas polarizadas, polos opuestos, un avanzar o retroceder. En otros términos la esperanza-desesperanza no son actitudes o comportamientos separados, sino que están relacionados entre sí. El aspecto polifacético de la E-D, abarca 6 áreas psicológicas a saber:

1. Cognitiva: es un sistema de cogniciones que contiene expectativas positivas acerca de si mismo, de los demás, del contexto y del propio futuro.
2. Emocional: emocionalmente, la esperanza produce un sentimiento de fortaleza interior. Consuelo, tranquilidad, seguridad y confianza.
3. Conductual: se refiere a la disposición a la acción de la esperanza, que esta orientada a un resultado en una o más de las 4 áreas sea: psicológica, física, social y religiosa.
4. Interrelacional: porque influye en las relaciones humanas logrando una comunicación más solidaria y redes sociales de mejor calidad.

5. Axiológica: la esperanza sostiene los valores de la vida; es expresión de la fe y la confianza, tanto a nivel humano como trascendente. Manifiesta una actitud de solvencia o crédito en el porvenir.

6. Trascendente: se refiere a la creencia de que Dios hará lo mejor para el beneficio propio, aunque las realidades presentes no lo manifiesten o lo anticipen (Pereyra, 2006: 153-154).

El modelo es multidimensional porque comprende 8 dimensiones de E-D, como se sintetizan en la Tabla 1, en sus contenidos más importantes.

Tabla 1

*Síntesis de las dimensiones del modelo esperanza-desesperanza (Pereyra, 2006)*

<b>ESPERANZA</b>	<b>DESESPERANZA</b>
Sentido Prospectivo <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mirar hacia adelante</li> <li>- Con metas y objetivos de vida</li> </ul>	Sentido Retrospectivo <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mirar hacia atrás</li> <li>- Sin objetivos de vida</li> </ul>
Esperar lo Mejor <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas generales positivas</li> <li>- optimismo</li> </ul>	Esperar lo Peor <ul style="list-style-type: none"> <li>- expectativas generales negativas</li> <li>- pesimismo</li> </ul>
Novedad <ul style="list-style-type: none"> <li>- posibilidad, apertura, creación</li> <li>- idea de tiempo lineal</li> </ul>	Repetición <ul style="list-style-type: none"> <li>- rutina, compulsión, "juego sin fin"</li> <li>- idea de tiempo circular</li> </ul>
Libertad <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Libertad para", autoconstrucción</li> <li>- Control interno</li> </ul>	Fatalismo <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predestinación, ideas de fracaso</li> <li>- Control externo</li> </ul>
Fortaleza <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desafío, coraje, resistencia</li> <li>- Capacidad de afrontamiento</li> </ul>	Derrotismo <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de renuncia</li> <li>- Desamparo o indefensión</li> </ul>
Confianza <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguardar perseverante</li> <li>- Solidaridad y cooperación</li> </ul>	Desconfianza <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad, temor, escepticismo</li> <li>- Menor apoyo social y moral</li> </ul>
Orientación Productiva <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amor, maduración, biofilia</li> <li>- "Síndrome de crecimiento"</li> </ul>	Orientación Destructiva <ul style="list-style-type: none"> <li>- Simbiosis, narcisismo, necrofilia</li> <li>- Síndrome de la decadencia</li> </ul>
Trascendencia <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fe en Dios</li> <li>- Creer en la realidad ultramundana</li> </ul>	Inmanencia <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de fe en un poder superior</li> <li>- Niega realidad ultramundana</li> </ul>

La esperanza se basa en actitudes positivas para enfrentar cualquier circunstancia, especialmente adversas. Por ejemplo, el optimismo permite en el individuo solucionar sus problemas de mejor manera que en forma pesimista que limita al individuo para alcanzar el éxito.

La esperanza propuesta desde la psicología positiva, es considerada una fortaleza de carácter, no entendida como algo superior a una simple dimensión de bienestar, de la calidad de vida o de la salud, sino como una expresión de excelencia, de las cualidades o virtudes que describen las cualidades superiores de la naturaleza humana (Pereyra, 2006: 63).

### **Las variables de la presente investigación**

Específicamente en relación con las estrategias de afrontamiento se ha encontrado que los sujetos optimistas tienen más estrategias de afrontamiento centradas en el problema que los pesimistas, valoran de forma más positiva las situaciones estresantes y buscan apoyo social. En cambio, los sujetos pesimistas tienden a negar, a rendirse y a no comprometerse con las metas, enfocándose en los sentimientos negativos (Scheier, Weintraub y Carver, 1986).

En relación al grupo de estudio, Taylor (1983) y Elliott, et al. (1991), han observado que un alto nivel de “esperanza” y cierto grado de “optimismo” pueden ser eficaces en la adaptación a la LM, si se combinan con estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la búsqueda de soluciones, de ayuda, consejo o apoyo social (Máson, 1994; Moore et al., 1994).

Algunos estudios que han comparado el afrontamiento de los lesionados medulares con el de la población general han encontrado puntuaciones un poco más

altas en “desesperanza” y “fatalismo” (Hancock et al., 1993; Craig, Hancock y Chang, 1994), aceptación (Kennedy et al., 1995) y revaloración positiva (Gardner, 1993).

En el área de la salud, hay evidencia que sugiere la importancia de las estrategias favorecedoras del control (Viney y Westbrook, 1981). De igual forma, las estrategias centradas en la “resolución de problemas” y las estrategias cognitivas con alto componente de acción parecen ser de especial relevancia en el entorno rehabilitador. Por el contrario, el “fatalismo”, el “escape” y la “evitación” se relacionan con una mayor depresión y estrés percibido en las personas con discapacidad (Landreville, Du-be, Lalande y Alain, 1994).



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **Introducción**

Este capítulo describe la metodología que se utilizó en este estudio. Incluye el diseño de la investigación, la población de estudio, las hipótesis del estudio, la operacionalización de variables e hipótesis, los instrumentos, la recolección de datos y el proceso para el análisis de datos.

#### **Diseño de la investigación**

El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional, transversal y comparativo. Es descriptivo porque describe los datos y características de la población en estudio. Es de tipo correlacional porque tiene como propósito buscar el grado de relación existente entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de E-D en la LM. Es de tipo transversal porque estudió a los LM y grupo sin LM dentro de las variables de las estrategias de afrontamiento y los niveles de la E-D en un mismo momento y comparativo porque compara estas dos variables en grupo de lesionados medulares y grupos sin lesión medular.

#### **Población**

La población de este estudio fue programada originalmente sobre 70 personas con LM, que asistieron a la reunión de células madre en el Centro de Rehabilitación y

Educación Especial, DIF de Monterrey, Nuevo León, el 14 de diciembre de 2008. De entre los cuales se pudo contar con 30 sujetos para el estudio, los sujetos no fueron seleccionados aleatoriamente. La población de los LM estuvo compuesta por 5 mujeres y 25 hombres. El grupo sin LM estuvo integrado por 30 sujetos, con características demográficas similares (edad, estado civil, género y religión), a fin de homogeneizar ambos grupos del estudio.

### **Hipótesis nulas**

A continuación se enuncian las hipótesis nulas:

Ho1: No existe diferencia en las estrategias de afrontamiento entre personas con LM y el grupo sin LM.

Ho2: No existe diferencia entre los niveles y factores de la esperanza- desesperanza entre personas con LM y el grupo sin LM.

Ho3. No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de rehabilitación en los LM.

Ho4. No existe relación entre los niveles y factores de la esperanza- desesperanza y el tiempo de rehabilitación en los LM.

Ho5. No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de discapacidad en los LM.

Ho6. No existe relación entre los niveles y factores de la esperanza- desesperanza y el tiempo de discapacidad en los LM.

Ho7. No existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento y el estado civil en ambos grupos.

Ho8. No existe diferencia entre los niveles y factores de la esperanza- desesperanza y el estado civil en ambos grupos.

### Operacionalización de variables e hipótesis

A continuación la Tabla 2 presenta la operacionalización de las variables e hipótesis de este estudio indicando la prueba estadística utilizada en cada caso.

Tabla 2

#### Operacionalización de hipótesis y variables

Hipótesis Nulas	Variables	Nivel de medición	Prueba estadística
Ho1. No existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento en personas con LM y sin LM.	Estrategias de Afrontamiento	Métrica	Coeficiente de correlación r de Pearson con un nivel de significatividad de 0.05
	Lesión Medular	Nominal	
Ho2. No existe diferencia entre los niveles y factores de la esperanza- desesperanza en personas con LM y sin LM.	Niveles de esperanza- desesperanza	Métrica	Coeficiente de correlación r de Pearson con un nivel de significatividad de 0.05
	Lesión Medular	Nominal	
Ho3. No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de rehabilitación en los LM	Estrategias de afrontamiento	Métrica	Coeficiente de correlación r de Pearson con un nivel de significatividad de 0.05
	Tiempo de rehabilitación	Métrica	
Ho4. No existe relación entre los niveles y factores de la esperanza- desesperanza y el tiempo de rehabilitación en LM.	Niveles de esperanza- desesperanza	Métrica	Coeficiente de correlación r de Pearson con un nivel de significatividad de 0.05
	Tiempo de rehabilitación	Métrica	
Ho5. No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de discapacidad en LM.	Estrategias de afrontamiento	Métrica	Prueba de diferencia t de Student para muestras independientes, con un nivel de significatividad de 0.05
	Tiempo de discapacidad	Métrica	
Ho6. No existe relación entre los niveles y factores de la esperanza- desesperanza y el tiempo de discapacidad en LM.	Niveles de esperanza- desesperanza	Métrica	Prueba de diferencia t de Student para muestras independientes, con un nivel de significatividad de 0.05
	Tiempo de discapacidad	Métrica	
Ho7. No existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento y el estado civil entre ambos grupos.	Estrategias de afrontamiento	Métrica	Prueba de diferencia t de Student para muestras independientes, con un nivel de significatividad de 0.05
	Estado civil	Nominal	
Ho8. No existe diferencia entre los niveles y factores de la esperanza- desesperanza y el estado civil entre ambos grupos.	Esperanza-Desesperanza	Métrica	Prueba de diferencia t de Student para muestras independientes, con un nivel de significatividad de 0.05
	Estado civil	Nominal	

## Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos de evaluación: El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Cano, Rodríguez y García, 2007) y el Test de Esperanza-Desesperanza (Pereyra, 1996).

### **Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)**

El inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. La prueba original consta de 72 ítems, la cual se redujo a 40 ítems, por Cano, Rodríguez y García (2007), que se puntúan según la escala tipo likert de cinco puntos. Los autores mencionan que el estudio mostró excelentes propiedades psicométricas, superando incluso las del estudio original: ocho factores explicaron un 61 % de la varianza con sólo 40 ítems (frente a los 72 que explicaron un 47% en el instrumento original) obteniendo coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89. Para obtener la validez convergente, utilizaron intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento.

Las 8 escalas primarias del CSI son: resolución de problemas (REP), autocrítica (AUC), expresión emocional (EEM), pensamiento desiderativo (PSD), apoyo social (APS), reestructuración cognitiva (REC), evitación de problemas (EVP) y retirada social (RES).

A continuación se describen brevemente las ocho estrategias: (1) *Resolución de problemas*: se refiere a estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce, (2) *reestructuración cognitiva*:



estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante, (3) *apoyo social*: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional, (4) *expresión emocional*: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés, (5) *evitación de problemas*: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante, (6) *pensamiento desiderativo*: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante, (7) *retirada social*: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante y (8) *autocrítica*: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias:

*Manejo adecuado centrado en el problema*: incluye las subescalas resolución de problemas y reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado.

*Manejo adecuado centrado en la emoción*: incluye las subescalas apoyo social y expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.

*Manejo inadecuado centrado en el problema*: incluye las subescalas evitación de problemas y pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.

*Manejo inadecuado centrado en la emoción:* incluye las subescalas retirada social y autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias:

*Manejo adecuado:* incluye las subescalas resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante.

*Manejo inadecuado:* incluye las subescalas evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Cada estrategia de afrontamiento, está compuesta por 5 declaraciones descritas (ver apéndice C), Por ejemplo: la declaración "luche para resolver el problema", pertenece a la estrategia resolución de problemas.

El intervalo de cada una de las estrategias de afrontamiento es de 0 a 20, lo que significa que a mayor puntaje se utiliza más la estrategia de afrontamiento. Cada una se considera para su operación como escala métrica.

### **Test Esperanza- Desesperanza (TED)**

La nueva versión del Test Esperanza-Desesperanza (TED) (Pereyra, 1996) mantiene una escala de cinco puntos tipo likert con alternativas estandarizadas de manera gradual (*siempre, muchas veces, a veces si a veces no, muy pocas veces, nunca*), e incluye el total de 28 ítems, la prueba consiste en marcar una X en el casillero que mejor describa la manera de ser del individuo en cada una de las cuestiones.

Dentro de la esperanza se encuentran dos factores (optimismo y prospección) y en la desesperanza cuatro factores (pesimismo, regresión, desconfianza y fatalismo). De acuerdo a la validez de la prueba ocho jueces validaron los contenidos con importantes sugerencias. La reestructuración fue concretada definiendo los ítems de acuerdo a los presupuestos teóricos. Realizaron una correlación del TED con dos pruebas: el Beck Hopelessness Scale (BHS) de Beck que mide la desesperanza y el Herth Hope Index (HHI) de Herth que mide la esperanza. Teniendo como resultado una validación concurrente del TED. El estudio de la consistencia interna fue basada en cuatro investigaciones, con un número total de 465 sujetos registró un alfa de Cronbach .89 y .90, Spearman-Brown de .92 y el coeficiente de Guttman de .92. A continuación se describen brevemente los seis factores correspondientes a la esperanza-desesperanza: (1) Optimismo: se refiere a la fe depositada en el futuro como medio de afrontamiento positivo ante situaciones angustiosas o dolorosas, que posibilitaría una mejor adaptación, una vida más productiva, confianza propia y en Dios, además de la capacidad para disfrutar o gozar de la vida, (2) pesimismo: comprende las dimensiones de derrotismo, abatimiento, pesimismo y necrofilia, expresa fuertes contenidos emocionales disfóricos, con humor depresivo que ensombrecen el futuro y generan ideas suicidas, (3) regresión: comprende la dimensión regresiva, de fijación y evocación del pasado, (4) prospección: correspondería a la esperanza en el sentido prospectivo de tener metas, objetivos o proyectos que se esperan alcanzar, (5) desconfianza: falta de confianza o esperanza en una persona o cosa, y (6) fatalismo: contienen ideas de un destino prefijado y trágico.

Cada uno de los factores mencionados anteriormente están compuestos por algunas declaraciones (Ver apéndice C), por ejemplo; la declaración "Pienso que la suerte esta escrita y muy poco se puede hacer para cambiar el destino" pertenece al factor pesimismo, así como la declaración "Realmente disfruto de cada día y deseo vivir lo mejor posible, pertenece al factor optimismo. El intervalo de los factores que pertenecen a la variable E-D es del 0 a 20, lo que significa que mientras mayor sea el puntaje más utiliza el factor correspondiente. Cada factor se considera para su operación como escala métrica.

También para este estudio se utilizó una tabla de datos demográficos (TDD), para la recolección de información entre ellas, edad, estado civil, religión, género, además de dos variables de los LM que son tiempo de discapacidad y tiempo de rehabilitación.

### **Recolección de datos**

Durante la reunión de células madre realizado en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial del DIF CREE de Monterrey, Nuevo León, el 14 de diciembre de 2008, asistieron aproximadamente 70 personas con LM, en el momento del registro de las asistencia a la reunión, se alcanzó a hablar con 20 personas con LM para la participación en el estudio, al no contar con el tiempo necesario se optó por tomar de una lista provista por el departamento de bienestar y atención del desarrollo de las personas con discapacidad del DIF CREE de Monterrey Nuevo León, 50 pacientes más con LM para formar parte de esta investigación, se habló con los pacientes por vía telefónica, al contar con su aprobación para la participación del estudio, se enviaron por vía email, las dos pruebas a utilizar en la investigación, (Inventario de estrate-



gias de Afrontamiento y el Test de Esperanza- Desesperanza). Se pidieron sus datos demográficos para clasificarlos por (edad, estado civil, tiempo de rehabilitación, tiempo de la discapacidad y religión). Del grupo con LM se obtuvieron 6 pruebas de manera personal y 24 por vía email. El grupo sin LM, fue tomado a partir de la edad, estado civil y género de las personas con LM, logrando así una homogeneidad en ambos grupos, los instrumentos y datos demográficos fueron obtenidos mediante dos vías, 5 pruebas a través de vía email y 25 de manera personal.

### **Procesos para el análisis de datos**

Los datos de esta investigación fueron ordenados y organizados por medio de un programa estadístico llamado Statistical Package for the Social Science (SPSS v. 15.0, 2006), que tiene como finalidad registrar las diferencias y relaciones que hay entre las variables del estudio. El análisis del programa presentó conclusiones fiables, ya que los procedimientos fueron diseñados con las características de los datos que se describen en esta investigación. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la  $\chi^2$  de Pearson y la  $t$  de Student.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

Esta investigación tuvo el propósito de encontrar la relación que hay entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de esperanza-desesperanza, en personas con lesión medular con respecto al tiempo de rehabilitación y discapacidad además del estado civil. En seguida se presentan los resultados obtenidos por medio del instrumento aplicado a los sujetos evaluados y analizados con el programa Statistical Package for the Social Science (SPSS versión 14.0, 2006).

Para la realización de este estudio se presenta el siguiente problema de investigación: ¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de la esperanza-desesperanza, en las personas con LM, que asistieron a la reunión de células madre en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, DIF de Monterrey, Nuevo León, durante los meses de octubre de 2008 a abril de 2009?

#### **Datos demográficos**

En este estudio la población total evaluada fue de 60 personas, 10 personas de sexo femenino y 50 de sexo masculino, entre los cuales 30 fueron evaluadas como personas con LM y 30 personas sin LM, constituido por personas extraídas de la población general de Monterrey y Montemorelos N.L, buscando homogeneizar las variables demográficas (edad, género, estado civil y religión) para el estudio compa-

rativo. La población estuvo constituida por personas de entre 17 y 51 años en ambos géneros. Con respecto al grupo de LM que corresponde al enfoque principal de nuestro estudio se encuestaron 25 hombres (83.3%), y 5 mujeres (16.7%), de entre los cuales 13 son casados (43.3%), 14 solteros (46.6%), y 3 divorciados (10%); con respecto a la religión los 30 sujetos (100%) son católicos. En relación al tiempo de rehabilitación tomada del grupo de LM se encontró una media de 4.3 años y en relación al tiempo de discapacidad, se encontró una media de 10.9 años. El grupo sin LM tuvo algunos datos demográficos (edad, estado civil, género) similares al grupo de LM (ver Tabla 3).

Tabla 3

*Datos demográficos de las personas con LM y el grupo sin LM*

Variables	Grupo de LM (n=30)			Grupo sin LM (n=30)		
	N	%	M	N	%	M
1. Edad	30	100	35.16	30	100	34.66
2. Género						
Femenino	5	16.6		5	16.6	
Masculino	25	83.3		25	83.3	
3. Estado Civil						
Casado	13	43.3		15	50	
Soltero	14	46.6		14	46.6	
Divorciado	3	10		1	3.3	
4. Religión						
Católicos	30	100		14	46.6	
Adventistas	0			15	50	
Cristianos	0			1	3.3	
5. Tiempo de Rehabilitación (años).	29	97	4.30			
6. Tiempo de Discapacidad (años).	30	100	10.9			

### Comportamiento de las variables

A continuación se observa en las tablas 4 y 5, el comportamiento de las variables del estudio en el grupo de LM y el grupo sin LM.

En la tabla 4 se observa que algunas estrategias de afrontamiento tienen medias más altas en el grupo de LM, entre las cuales se encuentran las estrategias resolución de problemas, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva y evitación de problemas, con respecto al grupo control la media es mayor en autocrítica, expresión emocional y retirada social.

Tabla 4

*Comportamiento de las estrategias de afrontamiento en ambos grupos*

Estrategias de afrontamiento	LM (n=30)		Grupo sin LM (n=30)		t	sig.
	M	SD	M	SD		
1. Resolución de problemas	33.7	4.87	32.4	4.89	-2.05	0.045
2. Autocrítica	6.73	4.70	8.57	5.15	1.44	0.156
3. Expresión emocional	10.57	4.65	11.1	4.78	0.44	0.663
4. Pensamiento desiderativo	13	5.54	11.9	4.73	-0.83	0.412
5. Apoyo social	13.2	5.09	12.3	4.66	-0.71	0.478
6. Reestructuración cognitiva	14.67	3.51	12.8	4.15	-1.88	0.065
7. Evitación de problemas	9.8	3.97	8.7	4.00	-1.07	0.29
8. Retirada social	6.17	4.78	7	4.42	0.7	0.487

Con respecto al comportamiento de la variable esperanza-desesperanza en ambos grupos, los factores que componen medias más altas en el grupo de LM son, el optimismo, prospección, desconfianza, esperanza, regresión y en menor medida los factores pesimismo y desesperanza, el factor fatalismo se iguala con el grupo sin



LM. En relación al grupo sin LM, las medias más altas se encuentran en el factor pesimismo y desesperanza y entre las medias más bajas se encuentra la desconfianza, no existiendo significatividad en ninguno de los factores que componen esta variable en ambos grupos, como se aprecia en la Tabla 5.

Tabla 5

*Comportamiento de la variable esperanza-desesperanza en ambos grupos*

Esperanza- Desesperanza	LM (n=30)		Grupo sin LM (n=30)			
	M	SD	M	SD	T	sig.
1. Optimismo	33.7	4.87	32.4	4.89	-1.08	0.283
2. Pesimismo	0.67	3.87	1.13	3.78	1.82	0.074
3. Regresión	5.57	2.72	5.43	2.67	-0.19	0.849
4. Prospección	11.03	1.24	10.43	1.38	-1.77	0.083
5. Desconfianza	0.97	2.59	0.17	2.85	1.14	0.26
6. Fatalismo	1.97	1.69	1.97	1.71	0	1
7. Esperanza	47.73	6.40	45.53	6.20	-1.36	0.182
8. Desesperanza	14.77	6.52	17.2	8.30	1.26	0.212
9. G	88.97	10.61	84.33	11.37	-1.63	0.108

### Prueba de hipótesis

Los resultados obtenidos después del procesamiento de los datos se presentan a continuación.

#### Hipótesis 1

No existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento en personas con lesión medular y el grupo sin LM. Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes con un nivel de significatividad de 0.05. Se rechaza la hipótesis nula

únicamente en el caso del uso de la estrategia de resolución de problemas ( $t_{58} = -2.052$ ,  $p = 0.045$ ). En el resto de los casos se acepta la hipótesis nula, no existiendo diferencia en los niveles de uso de las estrategias de afrontamiento según corresponda al grupo de LM o al grupo sin LM. De esta hipótesis se concluye entonces que existe diferencia significativa en el uso de la estrategia de resolución de problemas, siendo mayor el uso en el grupo de lesionados ( $M = 17.13$ ,  $SD = 2.87$ ) que en el grupo control ( $M = 15.53$ ,  $SD = 3.159$ ) (Ver apéndice D).

## **Hipótesis 2**

No existe diferencia entre los niveles de la esperanza-desesperanza en personas con LM y el grupo control. Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes con un nivel de significatividad de 0.05. Se acepta la hipótesis nula ya que no se encontró ninguna diferencia entre los factores de la esperanza-desesperanza en el grupo LM y el grupo sin LM. De esta hipótesis se concluye que no existe diferencia significativa entre los niveles de E-D (Ver apéndice D).

## **Hipótesis 3**

No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de rehabilitación en los LM. Se utilizó la prueba de r de Pearson con un nivel de significatividad de 0.05 (Ver apéndice). Se rechaza la hipótesis nula únicamente en la correlación positiva de la estrategia de reestructuración cognitiva ( $r=.414$ ;  $p=.026$ ). En el resto de los casos se acepta la hipótesis nula, no existiendo relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de rehabilitación según corresponde al grupo de LM

#### **Hipótesis 4**

No existe relación entre los niveles de esperanza-desesperanza y el tiempo de rehabilitación en los LM. Se utilizó la prueba  $r$  de Pearson con un nivel de significatividad de 0.05 (Ver apéndice D). Se acepta la hipótesis nula, ya que no se encontró correlación entre los niveles de esperanza-desesperanza y el tiempo de rehabilitación en los LM, no existiendo diferencia significativa.

#### **Hipótesis 5**

No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de discapacidad en los LM. Se utilizó la prueba  $r$  de Pearson con un nivel de significatividad de 0.05 (Ver apéndice D). Se rechaza la hipótesis nula únicamente en la correlación negativa de la estrategia de apoyo social ( $r=-.361^*$ ;  $p=.05$ ) con el tiempo de discapacidad. En el resto de los casos se acepta la hipótesis nula no encontrando correlaciones significativas.

#### **Hipótesis 6**

No existe relación entre los niveles de esperanza-desesperanza y el tiempo de discapacidad en los LM. Se utilizó la prueba  $r$  de Pearson con un nivel de significatividad de 0.05 (Ver apéndice D). Se acepta la hipótesis nula no existiendo ningún tipo de significatividad entre las correlaciones de los niveles esperanza-desesperanza y el tiempo de discapacidad.

#### **Hipótesis 7**

No existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento y el estado civil en LM y grupo control. Se utilizó la prueba  $t$  de student para muestras independientes

con un nivel de significatividad de 0.05. Se rechaza la hipótesis nula únicamente en la estrategia expresión emocional ( $t_{54}=-2.628$ ;  $p=.011$ ), con una media en casados ( $M=9.32$ ) menor con respecto al grupo de solteros ( $M=12.36$ ). Al realizar la prueba t de student en ambos grupos por separado se observó que en el grupo sin LM sobresale la estrategia expresión emocional que se observa al juntarlos (ver apéndice D).

En el resto de los casos se acepta la hipótesis nula no existiendo diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento y el estado civil en ambos grupos.

### **Hipótesis 8**

No existe diferencia entre los niveles de esperanza-desesperanza y el estado civil en LM y grupo sin LM (Ver apéndice D). Se utilizó la prueba t de student para muestras independientes con un nivel de significatividad de 0.05. Se rechaza la hipótesis nula únicamente en el factor pesimismo ( $t_{54}=-2.044$ ;  $p=.046$ ), con una media en casados ( $M=-.86$ ) menor con respecto al grupo de solteros ( $M=1.29$ ), al realizar la prueba t de student en los grupos por separado se encontró nivel de significatividad solo en el grupo de los LM, en los factores pesimismo ( $t_{20.263}=-2.103$ ;  $p=.048$ ), con una media en casados ( $M=-2.38$ ) menor que en solteros ( $M=.64$ ), en el factor fatalismo ( $t_{25}=-2.126$ ;  $p=.044$ ) con una media menor en casados ( $M= 1.38$ ) que en solteros ( $M= 2.71$ ) y en desesperanza ( $t_{25}=-2.475$ ;  $p=.020$ ), con una media menor en casados ( $M= 11.92$ ) que en solteros ( $M= 17.86$ ). En el resto de los casos se acepta la hipótesis nula no existiendo diferencia entre los niveles de esperanza-desesperanza y el estado civil en ambos grupos.



## **CAPÍTULO V**

### **RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Resumen**

Esta investigación tuvo como propósito explorar la relación entre las variables estrategias de afrontamiento y los niveles y factores de la esperanza-desesperanza en personas con LM, en forma comparada.

En el Capítulo I se presentaron los antecedentes de este estudio. Así como la justificación, a fin de llegar a la definición y declaración del problema. Después de esto se presentaron las preguntas de investigación y las hipótesis del estudio, así como los objetivos. Posteriormente se establecieron las limitaciones, delimitaciones, a fin de conocer la extensión de la investigación y los supuestos, terminando con una definición de términos que son utilizados en este estudio.

En el Capítulo II se presentó el marco general de la Lesión Medular desde su concepto, así como la psicología de la rehabilitación y las variables que han sido estudiadas en los lesionados medulares. Luego se presentaron las estrategias de afrontamiento, desde su concepto, función, clasificación así como su efectividad. Por otro lado, se presentaron investigaciones de la esperanza-desesperanza y su influencia en la salud, así como el modelo de utilizado en el estudio.

Luego en el Capítulo III se estableció la metodología de investigación, comenzando con una breve introducción, se definió el tipo de diseño de la investigación a

realizar y se identificó y describió la población a estudiar. Se describieron la hipótesis nulas de la investigación, y se planteó la operacionalización de las hipótesis así como las variables. Se presentó la descripción de los instrumentos utilizados en el estudio con el que se logró la recolección de los datos y los procesos para el análisis de la información recolectada relacionada con los lesionados medulares y el grupo sin lesión medular.

En el Capítulo IV se presentaron los resultados de la investigación. En primer lugar fueron las variables demográficas, el comportamiento de las variables y finalmente las pruebas de las hipótesis.

En este Capítulo V se presenta la discusión de los resultados obtenidos y las conclusiones, así como las recomendaciones respectivas.

## **Discusión**

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizados por los lesionados medulares en comparación con el grupo sin lesión medular, se encontró diferencia significativa únicamente en la estrategia resolución de problemas, siendo más alta en los lesionados medulares que en el grupo sin lesión, lo que de acuerdo a la literatura pertenece al afrontamiento activo asociado a menores índices de depresión, mientras que el afrontamiento pasivo, que incluye principalmente las estrategias de “evitación” o centradas en la “emoción”, suele ir acompañado de mayor malestar psicológico (Soltz, 1998; Carroll, 1999; Rueda y Aguado, 2003, Elfström et al, 2005 y otros). Lo que significa que probablemente los lesionados medulares utilicen más esta estrategia debido a la necesidad que tienen para lograr la adaptación a su discapacidad de manera más eficaz.

Con respecto a la relación entre los niveles y factores de la esperanza desesperanza en el grupo de lesión medular y el grupo sin lesión, no se encontró diferencia significativa, contrario a otros estudios que han comparado el afrontamiento de los lesionados medulares con el de la población en general y han encontrado puntuaciones un poco más altas en desesperanza y fatalismo (Hancock et al., 1993; Craig et al., 1994), aceptación (Kennedy et al., 1995) y revaloración positiva (Gardner, 1993).

### **Estrategias de afrontamiento, tiempo de rehabilitación y discapacidad en la lesión medular.**

Según otros resultados de este estudio con respecto a las estrategias de afrontamiento encontradas en el tiempo de rehabilitación se obtuvo relación significativa positiva únicamente en la estrategia reestructuración cognitiva, siendo esta estrategia una de las ideales para manejar el estrés, independientemente del tiempo transcurrido de la lesión, según lo mencionado por los autores como Hanson et al. (1993) Pollard y Kennedy (2007), quienes afirman que existe una dinámica en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función del curso de la rehabilitación y del paso del tiempo junto a cierta estabilidad. Las estrategias centradas en la emoción son reflejo del grado de adaptación y de los niveles de estrés, mientras que las estrategias de resolución de problemas, la búsqueda de información, la reestructuración cognitiva, las conductas de interacción social, el olvido como alejamiento, los pensamientos reconfortantes, la religión o un ideal de vida son útiles para manejar el estrés, independientemente del tiempo transcurrido desde la lesión.

De acuerdo a la relación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de discapacidad, se encontró correlación significativa negativa únicamente en la estra-

tegia apoyo social. Lo que significa que mientras más tiempo tenga el sujeto con su discapacidad el apoyo social se ve disminuido. Estos resultados concuerdan con algunos estudios descritos por Beardshaw, 1988 y Fiedler, 1988, al mencionar que actualmente existen grandes carencias en los servicios de apoyo de las personas con discapacidad en general, y más aún de las que están envejeciendo. Así mismo el entorno familiar puede ejercer un importante papel sobre el tipo de apoyo social que las personas con discapacidad reciben en la edad adulta. Como destacan Ribes y Sanuy (2000), este paralelismo en el proceso de envejecimiento puede redundar en una disminución del apoyo social tanto a nivel emocional como instrumental.

### **Estrategias de afrontamiento y el estado civil en ambos grupos**

De acuerdo al estudio se encontró diferencia significativa en la estrategia expresión emocional con medias más altas en el grupo de solteros que en casados. Probablemente significa que las personas solteras tienden a expresar sus emociones con más facilidad que los casados. Este hallazgo es contrario a lo mencionado en Padierna et al. (2003) quienes afirman que los sujetos casados utilizan con más frecuencia algunas estrategias centradas en los aspectos emocionales y conductuales.

### **Niveles de E-D y el estado civil en LM**

Al analizar los niveles y factores de la esperanza-desesperanza con respecto al estado civil en ambos grupos se encontró diferencia significativa únicamente en el factor pesimismo, donde los solteros tenían medias más altas que los casados. Al separar los grupos, se encontró que en el grupo de LM los factores pesimismo, fatalismo y desesperanza son más utilizados por los solteros con LM que las casados. Lo



que podría significar que los solteros con LM tienden a ser más pesimistas, fatalistas y desesperanzados que lo casados. Esto puede deberse a que las personas que carecen de pareja no obtienen el apoyo, el ánimo y la supervisión que puede proporcionar la pareja, la cual ayuda al paciente a seguir con el tratamiento (Blackwell, 1976; Cross et al., 1980 y otros).

Se han encontrado estudios respecto al estado civil en algunas poblaciones estudiadas. Diversos autores mencionan que los solteros, separados, divorciados y viudos tienen mayor riesgo y por el contrario los casados parecen ser un factor protector para el suicidio e intento del mismo, debido a la estabilidad emocional que proporciona. Con esto no se quiere que los sujetos de este estudio tiendan a caer en el suicidio, pero podrían ser vulnerables en este aspecto. Ya que el “fatalismo”, el “escape” y la “evitación” se relacionan con una mayor depresión y estrés percibido en las personas con discapacidad (Landreville, Dube, Lalande y Alain, 1994).

### **Conclusiones**

A continuación se presentan las conclusiones de esta investigación:

1. Se encontró diferencia significativa únicamente en la estrategia de resolución de problemas en ambos grupos, teniendo al grupo de lesión medular con medias más altas que el grupo sin lesión medular.
2. No se encontró diferencia significativa entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza en ambos grupos.
3. Se encontró relación significativa únicamente en la estrategia reestructuración significativa y el tiempo de rehabilitación en los lesionados medulares.

4. No se encontró diferencia significativa entre los niveles y factores de esperanza-desesperanza y el tiempo de rehabilitación en el grupo de lesión medular.

5. Se encontró relación significativa únicamente en la estrategia de apoyo social relacionada de forma negativa con el tiempo de discapacidad en lesionados medulares.

6. No se encontró relación entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza y el tiempo de discapacidad en el grupo de lesión medular.

7. Se encontró diferencia significativa únicamente en la estrategia expresión emocional en ambos grupos con respecto al estado civil, donde los solteros obtuvieron medias más altas que los casados.

8. No se encontró diferencia en los niveles y factores de la esperanza-desesperanza, solamente se encontró diferencia significativa en el factor pesimismo entre ambos grupos con respecto al estado civil, con medias más altas en solteros que en casados. Al hacer la prueba t de student por separado, se encontró diferencias significativas en el grupo de lesión medular, en los factores pesimismo, fatalismo y desesperanza, donde las personas solteras presentaron medias más altas que los casados.

### **Recomendaciones**

A futuros investigadores

1. Investigar este tema con una muestra más amplia, para ver si estos resultados se confirman en muestras más amplias. Se necesita indagar más en el estudio de los niveles y factores de la esperanza-desesperanza, de manera multidimensional

**PROSP27**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	3.3	3.3	3.3
	2	1	1.7	1.7	5.0
	3	12	20.0	20.0	25.0
	4	45	75.0	75.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

**FAT28**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	19	31.7	31.7	31.7
	1	24	40.0	40.0	71.7
	2	9	15.0	15.0	86.7
	3	4	6.7	6.7	93.3
	4	4	6.7	6.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

## T-test

Diferencias entre las estrategias de afrontamiento en el grupo de LM y grupo sin LM.

Group Statistics

	LesionM	Lesión Medular	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
REP	0	No	30	15.53	3.159	.577
	1	Si	30	17.13	2.874	.525
AUC	0	No	30	8.57	5.157	.942
	1	Si	30	6.73	4.705	.859
EEM	0	No	30	11.10	4.780	.873
	1	Si	30	10.57	4.659	.851
PSD	0	No	30	11.90	4.737	.865
	1	Si	30	13.00	5.540	1.011
APS	0	No	30	12.30	4.662	.851
	1	Si	30	13.20	5.095	.930
REC	0	No	30	12.80	4.156	.759
	1	Si	30	14.67	3.517	.642
EVP	0	No	30	8.70	4.001	.731
	1	Si	30	9.80	3.978	.726
RES	0	No	30	7.00	4.426	.808
	1	Si	30	6.17	4.786	.874



**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			Mean Difference
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	
REP	Equal variances assumed	.163	.688	-2.052	58	.045	-1.600
	Equal variances not assumed			-2.052	57.486	.045	-1.600
AUC	Equal variances assumed	.627	.432	1.438	58	.156	1.833
	Equal variances not assumed			1.438	57.517	.156	1.833
EEM	Equal variances assumed	.046	.831	.438	58	.663	.533
	Equal variances not assumed			.438	57.961	.663	.533
PSD	Equal variances assumed	.807	.373	-.827	58	.412	-1.100
	Equal variances not assumed			-.827	56.634	.412	-1.100
APS	Equal variances assumed	1.027	.315	-.714	58	.478	-.900
	Equal variances not assumed			-.714	57.549	.478	-.900
REC	Equal variances assumed	1.384	.244	-1.878	58	.065	-1.867
	Equal variances not assumed			-1.878	56.456	.066	-1.867
EVP	Equal variances assumed	.021	.886	-1.068	58	.290	-1.100
	Equal variances not assumed			-1.068	57.998	.290	-1.100
RES	Equal variances assumed	.991	.324	.700	58	.487	.833
	Equal variances not assumed			.700	57.649	.487	.833

## T-test

### Diferencias entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza en los LM y grupo sin LM.

**Group Statistics**

	LesionM	Lesión Medular	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
OPT	0	No	30	32.40	4.896	.894
	1	Si	30	33.77	4.876	.890
PES	0	No	30	1.13	3.785	.691
	1	Si	30	-.67	3.871	.707
REG	0	No	30	5.43	2.674	.488
	1	Si	30	5.57	2.725	.498
PROSP	0	No	30	10.43	1.382	.252
	1	Si	30	11.03	1.245	.227
DESC	0	No	30	-.17	2.854	.521
	1	Si	30	-.97	2.593	.473
FAT	0	No	30	1.97	1.712	.313
	1	Si	30	1.97	1.691	.309
ESP	0	No	30	45.53	6.202	1.132
	1	Si	30	47.73	6.405	1.169
DESESP	0	No	30	17.20	8.302	1.516
	1	Si	30	14.77	6.521	1.191
TOTAL	0	No	30	84.33	11.372	2.076
	1	Si	30	88.97	10.611	1.937

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
OPT	Equal variances assumed	.007	.934	-1.083	58	.283	-1.367
	Equal variances not assumed			-1.083	57.999	.283	-1.367
PES	Equal variances assumed	.583	.448	1.821	58	.074	1.800
	Equal variances not assumed			1.821	57.970	.074	1.800
REG	Equal variances assumed	.203	.654	-.191	58	.849	-.133
	Equal variances not assumed			-.191	57.979	.849	-.133
PROSP	Equal variances assumed	.952	.333	-1.767	58	.083	-.600
	Equal variances not assumed			-1.767	57.383	.083	-.600
DESC	Equal variances assumed	.205	.653	1.136	58	.260	.800
	Equal variances not assumed			1.136	57.475	.260	.800
FAT	Equal variances assumed	.077	.782	.000	58	1.000	.000
	Equal variances not assumed			.000	57.992	1.000	.000
ESP	Equal variances assumed	.008	.928	-1.351	58	.182	-2.200
	Equal variances not assumed			-1.351	57.940	.182	-2.200
DESESP	Equal variances assumed	1.015	.318	1.262	58	.212	2.433
	Equal variances not assumed			1.262	54.920	.212	2.433
TOTAL	Equal variances assumed	.021	.885	-1.632	58	.108	-4.633
	Equal variances not assumed			-1.632	57.723	.108	-4.633

**Correlación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de rehabilitación y discapacidad en los LM.**

**Correlations**

		T.Rehabilit Tiempo de rehabilitación	T.Discap Tiempo de discapacidad
REP	Pearson Correlation	.281	-.116
	Sig. (2-tailed)	.140	.541
	N	29	30
AUC	Pearson Correlation	-.150	.132
	Sig. (2-tailed)	.437	.488
	N	29	30
EEM	Pearson Correlation	.259	-.147
	Sig. (2-tailed)	.174	.438
	N	29	30
PSD	Pearson Correlation	.105	-.159
	Sig. (2-tailed)	.587	.400
	N	29	30
APS	Pearson Correlation	.210	-.361*
	Sig. (2-tailed)	.275	.050
	N	29	30
REC	Pearson Correlation	.414*	-.151
	Sig. (2-tailed)	.026	.426
	N	29	30
EVP	Pearson Correlation	.070	-.264
	Sig. (2-tailed)	.719	.158
	N	29	30
RES	Pearson Correlation	-.152	-.009
	Sig. (2-tailed)	.431	.962
	N	29	30
T.Rehabilit Tiempo de rehabilitación	Pearson Correlation	1	.297
	Sig. (2-tailed)		.118
	N	29	29
T.Discap Tiempo de discapacidad	Pearson Correlation	.297	1
	Sig. (2-tailed)	.118	
	N	29	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



**Correlación entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza y el tiempo de rehabilitación y discapacidad en LM.**

Correlations			
		T.Rehabilit Tiempo de rehabilitación	T.Discap Tiempo de discapacidad
OPT	Pearson Correlation	.243	-.193
	Sig. (2-tailed)	.203	.306
	N	29	30
PES	Pearson Correlation	-.157	-.101
	Sig. (2-tailed)	.417	.597
	N	29	30
REG	Pearson Correlation	.094	-.009
	Sig. (2-tailed)	.629	.964
	N	29	30
PROSP	Pearson Correlation	.114	-.170
	Sig. (2-tailed)	.554	.370
	N	29	30
DESC	Pearson Correlation	-.229	-.087
	Sig. (2-tailed)	.232	.648
	N	29	30
FAT	Pearson Correlation	.084	-.087
	Sig. (2-tailed)	.664	.647
	N	29	30
ESP	Pearson Correlation	.235	-.167
	Sig. (2-tailed)	.219	.378
	N	29	30
DESESP	Pearson Correlation	-.103	-.061
	Sig. (2-tailed)	.595	.747
	N	29	30
TOTAL	Pearson Correlation	.206	-.063
	Sig. (2-tailed)	.283	.741
	N	29	30
T.Rehabilit Tiempo de rehabilitación	Pearson Correlation	1	.297
	Sig. (2-tailed)		.118
	N	29	29
T.Discap Tiempo de discapacidad	Pearson Correlation	.297	1
	Sig. (2-tailed)	.118	
	N	29	30

## T-test

Diferencia significativa entre las estrategias de afrontamiento y el estado civil en el grupo LM y grupo sin LM.

### Estadísticos de grupo

	edo.civil	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
REP	1 Casado	28	16.36	3.391	.641
	2 Soltero	28	16.43	2.886	.545
AUC	1 Casado	28	7.36	4.668	.882
	2 Soltero	28	8.21	5.459	1.032
EEM	1 Casado	28	9.32	3.878	.733
	2 Soltero	28	12.36	4.724	.893
PSD	1 Casado	28	11.32	5.742	1.085
	2 Soltero	28	13.54	4.393	.830
APS	1 Casado	28	11.61	4.557	.861
	2 Soltero	28	13.75	4.994	.944
REC	1 Casado	28	13.86	4.043	.764
	2 Soltero	28	13.75	4.061	.767
EVP	1 Casado	28	9.36	4.373	.827
	2 Soltero	28	9.57	3.766	.712
RES	1 Casado	28	5.50	3.921	.741
	2 Soltero	28	7.50	5.210	.985

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			Diferencia de medias
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	
REP	Se han asumido varianzas iguales	.616	.436	-.085	54	.933	-.071
	No se han asumido varianzas iguales			-.085	52.654	.933	-.071
AUC	Se han asumido varianzas iguales	.828	.367	-.631	54	.530	-.857
	No se han asumido varianzas iguales			-.631	52.729	.530	-.857
EEM	Se han asumido varianzas iguales	2.040	.159	-2.628	54	.011	-3.036
	No se han asumido varianzas iguales			-2.628	52.029	.011	-3.036
PSD	Se han asumido varianzas iguales	2.066	.156	-1.621	54	.111	-2.214
	No se han asumido varianzas iguales			-1.621	50.541	.111	-2.214
APS	Se han asumido varianzas iguales	.798	.376	-1.677	54	.099	-2.143
	No se han asumido varianzas iguales			-1.677	53.554	.099	-2.143
REC	Se han asumido varianzas iguales	.012	.914	.099	54	.922	.107
	No se han asumido varianzas iguales			.099	53.999	.922	.107
EVP	Se han asumido varianzas iguales	1.138	.291	-.196	54	.845	-.214
	No se han asumido varianzas iguales			-.196	52.834	.845	-.214
RES	Se han asumido varianzas iguales	2.534	.117	-1.623	54	.110	-2.000
	No se han asumido varianzas iguales			-1.623	50.152	.111	-2.000

## T-test

### Diferencias entre las estrategias de afrontamiento y el estado civil en los LM.

#### Estadísticos de grupo

	edo.civil	Estado Civil	N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
REP	1	Casado	13	17.77	2.976	.826
	2	Soltero	14	16.64	2.925	.782
AUC	1	Casado	13	6.38	3.618	1.003
	2	Soltero	14	7.14	5.816	1.554
EEM	1	Casado	13	9.08	4.192	1.163
	2	Soltero	14	11.43	4.502	1.203
PSD	1	Casado	13	10.92	6.551	1.817
	2	Soltero	14	14.57	4.309	1.152
APS	1	Casado	13	12.23	5.166	1.433
	2	Soltero	14	13.71	5.060	1.352
REC	1	Casado	13	15.00	3.342	.927
	2	Soltero	14	14.50	4.109	1.098
EVP	1	Casado	13	9.23	4.549	1.262
	2	Soltero	14	11.07	3.339	.892
RES	1	Casado	13	4.00	3.391	.941
	2	Soltero	14	7.57	5.543	1.481



**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			Diferencia de medias
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	
REP	Se han asumido varianzas iguales	.273	.606	.991	25	.331	1.126
	No se han asumido varianzas iguales			.991	24.779	.331	1.126
AUC	Se han asumido varianzas iguales	5.288	.030	-.403	25	.690	-.758
	No se han asumido varianzas iguales			-.410	21.961	.686	-.758
EEM	Se han asumido varianzas iguales	.206	.654	-1.402	25	.173	-2.352
	No se han asumido varianzas iguales			-1.406	24.999	.172	-2.352
PSD	Se han asumido varianzas iguales	2.910	.100	-1.722	25	.097	-3.648
	No se han asumido varianzas iguales			-1.696	20.524	.105	-3.648
APS	Se han asumido varianzas iguales	.022	.883	-.754	25	.458	-1.484
	No se han asumido varianzas iguales			-.753	24.763	.459	-1.484
REC	Se han asumido varianzas iguales	2.159	.154	.345	25	.733	.500
	No se han asumido varianzas iguales			.348	24.596	.731	.500
EVP	Se han asumido varianzas iguales	1.296	.266	-1.205	25	.240	-1.841
	No se han asumido varianzas iguales			-1.191	21.941	.246	-1.841
RES	Se han asumido varianzas iguales	4.263	.049	-2.000	25	.056	-3.571
	No se han asumido varianzas iguales			-2.035	21.762	.054	-3.571

## T-test

Diferencias entre las estrategias de afrontamiento y el estado civil en el grupo sin LM.

### Estadísticos de grupo

	edo.civil	Estado Civil	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
REP	1	Casado	15	15.13	3.335	.861
	2	Soltero	14	16.21	2.940	.786
AUC	1	Casado	15	8.20	5.401	1.395
	2	Soltero	14	9.29	5.060	1.352
EEM	1	Casado	15	9.53	3.720	.960
	2	Soltero	14	13.29	4.921	1.315
PSD	1	Casado	15	11.67	5.150	1.330
	2	Soltero	14	12.50	4.381	1.171
APS	1	Casado	15	11.07	4.061	1.049
	2	Soltero	14	13.79	5.117	1.368
REC	1	Casado	15	12.87	4.438	1.146
	2	Soltero	14	13.00	4.019	1.074
EVP	1	Casado	15	9.47	4.373	1.129
	2	Soltero	14	8.07	3.668	.980
RES	1	Casado	15	6.80	3.986	1.029
	2	Soltero	14	7.43	5.064	1.354

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			Diferencia de medias
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	
REP	Se han asumido varianzas iguales	.019	.892	-.923	27	.364	-1.081
	No se han asumido varianzas iguales			-.927	26.920	.362	-1.081
AUC	Se han asumido varianzas iguales	.478	.495	-.558	27	.582	-1.086
	No se han asumido varianzas iguales			-.559	26.999	.581	-1.086
EEM	Se han asumido varianzas iguales	1.659	.209	-2.327	27	.028	-3.752
	No se han asumido varianzas iguales			-2.304	24.177	.030	-3.752
PSD	Se han asumido varianzas iguales	.318	.577	-.468	27	.644	-.833
	No se han asumido varianzas iguales			-.470	26.785	.642	-.833
APS	Se han asumido varianzas iguales	1.772	.194	-1.591	27	.123	-2.719
	No se han asumido varianzas iguales			-1.578	24.816	.127	-2.719
REC	Se han asumido varianzas iguales	.511	.481	-.085	27	.933	-.133
	No se han asumido varianzas iguales			-.085	26.980	.933	-.133
EVP	Se han asumido varianzas iguales	.810	.376	.927	27	.362	1.395
	No se han asumido varianzas iguales			.933	26.715	.359	1.395
RES	Se han asumido varianzas iguales	.348	.560	-.373	27	.712	-.629
	No se han asumido varianzas iguales			-.370	24.707	.715	-.629

## T-test

Diferencias entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza y el estado civil en ambos grupos.

Group Statistics

	edo.civil	Estado Civil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
OPT	1	Casado	28	32.86	5.046	.954
	2	Soltero	28	33.29	5.149	.973
PES	1	Casado	28	-.86	2.877	.544
	2	Soltero	28	1.29	4.744	.897
REG	1	Casado	28	5.61	2.514	.475
	2	Soltero	28	5.64	2.972	.562
PROSP	1	Casado	28	10.75	1.143	.216
	2	Soltero	28	10.61	1.571	.297
DESC	1	Casado	28	-.79	2.425	.458
	2	Soltero	28	-.11	3.107	.587
FAT	1	Casado	28	1.79	1.524	.288
	2	Soltero	28	2.32	1.847	.349
ESP	1	Casado	28	46.46	6.374	1.205
	2	Soltero	28	46.54	6.834	1.291
DESESP	1	Casado	28	14.68	6.266	1.184
	2	Soltero	28	17.79	8.736	1.651
TOTAL	1	Casado	28	87.79	8.908	1.684
	2	Soltero	28	84.75	13.490	2.549



**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			Mean Difference
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	
OPT	Equal variances assumed	.070	.793	-.315	54	.754	-.429
	Equal variances not assumed			-.315	53.978	.754	-.429
PES	Equal variances assumed	1.792	.186	-2.044	54	.046	-2.143
	Equal variances not assumed			-2.044	44.489	.047	-2.143
REG	Equal variances assumed	.628	.431	-.049	54	.961	-.036
	Equal variances not assumed			-.049	52.559	.961	-.036
PROSP	Equal variances assumed	2.751	.103	.389	54	.699	.143
	Equal variances not assumed			.389	49.312	.699	.143
DESC	Equal variances assumed	2.132	.150	-.911	54	.366	-.679
	Equal variances not assumed			-.911	50.986	.367	-.679
FAT	Equal variances assumed	1.850	.179	-1.184	54	.242	-.536
	Equal variances not assumed			-1.184	52.121	.242	-.536
ESP	Equal variances assumed	.064	.801	-.040	54	.968	-.071
	Equal variances not assumed			-.040	53.740	.968	-.071
DESESP	Equal variances assumed	2.284	.137	-1.529	54	.132	-3.107
	Equal variances not assumed			-1.529	48.966	.133	-3.107
TOTAL	Equal variances assumed	3.054	.086	.994	54	.325	3.036
	Equal variances not assumed			.994	46.787	.325	3.036

## T-test

Diferencias entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza y el estado civil en el grupo de LM.

Group Statistics

	edo.civil	Estado Civil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
OPT	1	Casado	13	33.85	5.257	1.458
	2	Soltero	14	33.93	5.196	1.389
PES	1	Casado	13	-2.38	2.534	.703
	2	Soltero	14	.64	4.700	1.256
REG	1	Casado	13	5.08	2.362	.655
	2	Soltero	14	6.36	3.153	.843
PROSP	1	Casado	13	11.00	1.080	.300
	2	Soltero	14	10.93	1.492	.399
DESC	1	Casado	13	-1.46	2.106	.584
	2	Soltero	14	-.14	3.035	.811
FAT	1	Casado	13	1.38	1.609	.446
	2	Soltero	14	2.71	1.637	.438
ESP	1	Casado	13	47.85	6.555	1.818
	2	Soltero	14	47.50	7.166	1.915
DESESP	1	Casado	13	11.92	4.890	1.356
	2	Soltero	14	17.86	7.242	1.935
TOTAL	1	Casado	13	91.92	8.460	2.346
	2	Soltero	14	85.64	12.671	3.386

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
OPT	Equal variances assumed	.033	.857	-.041	25	.968	-.082
	Equal variances not assumed			-.041	24.804	.968	-.082
PES	Equal variances assumed	4.274	.049	-2.059	25	.050	-3.027
	Equal variances not assumed			-2.103	20.263	.048	-3.027
REG	Equal variances assumed	.205	.655	-1.187	25	.247	-1.280
	Equal variances not assumed			-1.200	23.974	.242	-1.280
PROSP	Equal variances assumed	1.024	.321	.142	25	.889	.071
	Equal variances not assumed			.143	23.655	.887	.071
DESC	Equal variances assumed	2.583	.121	-1.302	25	.205	-1.319
	Equal variances not assumed			-1.319	23.217	.200	-1.319
FAT	Equal variances assumed	.554	.463	-2.126	25	.044	-1.330
	Equal variances not assumed			-2.127	24.911	.043	-1.330
ESP	Equal variances assumed	.058	.812	.131	25	.897	.346
	Equal variances not assumed			.131	24.996	.897	.346
DESESP	Equal variances assumed	.888	.355	-2.475	25	.020	-5.934
	Equal variances not assumed			-2.511	22.916	.020	-5.934
TOTAL	Equal variances assumed	1.427	.243	1.502	25	.146	6.280
	Equal variances not assumed			1.524	22.789	.141	6.280

## T-test

Diferencias entre los niveles y factores de la esperanza-desesperanza y el estado civil en el grupo sin LM.

Group Statistics

	edo.civil	Estado Civil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
OPT	1	Casado	15	32.00	4.870	1.257
	2	Soltero	14	32.64	5.213	1.393
PES	1	Casado	15	.47	2.532	.654
	2	Soltero	14	1.93	4.875	1.303
REG	1	Casado	15	6.07	2.631	.679
	2	Soltero	14	4.93	2.702	.722
PROSP	1	Casado	15	10.53	1.187	.307
	2	Soltero	14	10.29	1.637	.438
DESC	1	Casado	15	-.20	2.597	.670
	2	Soltero	14	-.07	3.293	.880
FAT	1	Casado	15	2.13	1.407	.363
	2	Soltero	14	1.93	2.018	.539
ESP	1	Casado	15	45.27	6.181	1.596
	2	Soltero	14	45.57	6.607	1.766
DESESP	1	Casado	15	17.07	6.486	1.675
	2	Soltero	14	17.71	10.299	2.752
TOTAL	1	Casado	15	84.20	7.876	2.034
	2	Soltero	14	83.86	14.686	3.925



**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
OPT	Equal variances assumed	.000	.992	-.343	27	.734	-.643
	Equal variances not assumed			-.343	26.486	.735	-.643
PES	Equal variances assumed	1.716	.201	-1.024	27	.315	-1.462
	Equal variances not assumed			-1.003	19.237	.328	-1.462
REG	Equal variances assumed	.001	.976	1.149	27	.261	1.138
	Equal variances not assumed			1.148	26.742	.261	1.138
PROSP	Equal variances assumed	1.177	.288	.469	27	.643	.248
	Equal variances not assumed			.463	23.609	.647	.248
DESC	Equal variances assumed	.584	.451	-.117	27	.908	-.129
	Equal variances not assumed			-.116	24.735	.908	-.129
FAT	Equal variances assumed	.549	.465	.319	27	.752	.205
	Equal variances not assumed			.315	23.070	.756	.205
ESP	Equal variances assumed	.151	.701	-.128	27	.899	-.305
	Equal variances not assumed			-.128	26.497	.899	-.305
DESESP	Equal variances assumed	3.069	.091	-.204	27	.840	-.648
	Equal variances not assumed			-.201	21.651	.843	-.648
TOTAL	Equal variances assumed	2.776	.107	.079	27	.938	.343
	Equal variances not assumed			.078	19.604	.939	.343

## LISTA DE REFERENCIAS

- Aguado, A.L. (1989). *Psicología de la rehabilitación de las discapacidades motrices*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Mimeo. (Colección Tesis Doctorales, Micropublicaciones, Servicio de Publicaciones. Universidad de Oviedo, 1990).
- Aguado, A.L. (1990). Proceso de adaptación a la discapacidad: Modelos e implicaciones terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 6(2): 26-27.
- Aguado, A.L. (1995). Historia de las deficiencias. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE.
- Burish, T.G., y Bradley, L.A. (Eds.) (1983). *Coping with chronic disease*. Nueva York: Academic Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Harper & Row, New York.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Vol. 2, Madrid: Mc Graw Hill.
- Buckelew, S.P.; Baumstark, K.E.; Frank, R.G., y Hewett, J.E. (1990). Adjustment following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 35(2), 101-109.
- Buckelew, S.P.; Frank, R.G.; Elliott, T.R.; Chaney, J., y Hewett, J. (1991). Adjustment to spinal cord injury: Stage theory revisited. *Paraplegia*, 29(2), 125-130.
- Brucker, B.S. (1983): *Spinal Cord Injuries*. En T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds.): *Coping with chronic disease* (pp. 285-311). Nueva York: Academic Press.
- Blackwell, B. (1976). Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry*, 129, 513-531.
- Campo, M. y Sánchez, A. (2003). La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad. *Revista terapia sexual y de pareja*, 16,
- Cano, F.J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39
- Carroll, A. (1999): The relationship between control beliefs, coping strategies, time since injury and quality of life among persons with spinal cord injuries. Tesis

- doctoral, Universidad de Kent (Dissertation Abstracts International, 60(6) 2934).
- Castellanos, L., Brown, J.F. y Valenzuela, B. (2004). Influencia de un programa de rehabilitación física en el aumento de la fuerza muscular de pacientes con lesión medular cervical. *Revista Digital Buenos Aires*, 10 (73).
- Coca, B. (1990): Coping strategies, social support and acceptance of disability among persons with spinal cord injury. Tesis doctoral, Universidad de Los Angeles. *Dissertation Abstract*, 51(11B), 5569
- Craig, A.R.; Hancock, K.M., y Chang. E. (1994). The influence of spinal cord injury on coping styles and self-perceptions two years after the injury. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(2), 307-312.
- Cross, DG., Sheehan, P. W., & Khan, JA. (1980). Alternative advice and counsel in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 615-625.
- Decker, S.D. (1982). *Social support and well-being in middle-aged and elderly spinal cord injured persons: A social-psychological analysis*. Tesis doctoral, Universidad Estatal de Portland (Dissertation Abstracts International, vol. 43-10B, pág. 178).
- Dinardo, Q.E. (1971): Psychological adjustment to spinal cord injury. Tesis doctoral, Universidad de Houston, Texas. (Dissertation Abstracts International, 32: 4206B-4207B).
- Drew-Cates, J. (1989): *Adjustment in spinal cord injury: A partial transcendence*. Tesis doctoral, Universidad de Rochester (Dissertation Abstracts International, 50-5B, 1851).
- Duff, J.S. (1997). The psychological sequelae of trauma following spinal cord injury (posttraumatic stress, intrusion, avoidance, anxiety, depression, selfconcept, coping). Tesis doctoral, Universidad de Southampton (Dissertation Abstracts International, vol. 58-4B, 1381).
- Ebert, S.A., Tucker, D.C. y Roth, D. L. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 363-375.
- Elfström, M.L.; Kreuter, M.; Rydén, A.; Persson, L.O. y Sullivan, M. (2002): Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. *Spinal Cord*, 40, 408-415.

- Elfström, M.L.; Rydén, A.; Kreuter, M.; Taft, C. y Sullivan, M. (2005): "Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion". *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 9-16.
- Elliott, T.R.; Witty, T.E.; Herrick, S., y Hoffman, J.T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 608-613.
- Felton, B.J.; Revenson, T.A., y Hinrichsen, G.A. (1984): Stress and coping in the explanation of the psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18 (9), 889-898.
- Frank, R.G., y Elliott, T.R. (1987). Life stress and psychological adjustment following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68(4), 344-347.
- Fraser, R.T. (1984). An introduction to rehabilitation psychology. En C.J. Golden (Ed.): *Current topics in rehabilitation psychology*, 1-15, Orlando: Grune & Stratton.
- García, J., y Herruzo, R. (1995): *Epidemiología descriptiva de la prevalencia de la lesión medular espinal en España*. *Médula Espinal*, 1(2), 111-115.
- García, L., Alcedo, M. y Aguado, A. (2008). La sexualidad de personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención Psicosocial*, 17(2).
- Gardner, B.A. (1993): Ways of coping: Adolescents with spinal cord injury compared with able-bodied adolescents. Tesis doctoral, University Pública de San José (Dissertation Abstracts, 32 (01), 234).
- Godoy, V. y Moreno, J. E. (2002). Afrontamiento del estrés y neuroticismo en relación con la severidad del asma. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 33(2), 53-57.
- Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional en la práctica*. Ed: Kairós
- González X. (1999). Depresión en Pacientes Lesionados Medulares. En: Curso taller de capacitación lesionado medular. Santiago, Chile: HTS. 102-7.
- Hancock, K.M.; Craig, A.R.; Tennant, C., y Chang. E. (1993). The influence of spinal cord injury on coping styles and self-perceptions: A controlled study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27 (5), 450-456.



- Hanson, S.; Buckelew, S.P.; Hewett, J., y O'Neal, G. (1993). The relationship between coping and adjustment after spinal cord injury: A 5-year follow-up study. *Rehabilitation Psychology*, 38 (1), 41-52.
- Hernández-Mendoza, E., Cerezo-Reséndiz, S. y López-Sandoval M.G. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*, 15 (3), 161-166.
- Hornquist J.O. (1995). The Concept of Quality of Life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 41(10), 1447-1462.
- Kashani, J. H., Dandoy, A.C. y Reid, J. C. (1992). Hopelessness in children and adolescents: An overview. *Acta Paedopsychiatrica International Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(1), 33-39.
- Kennedy, P.; Lowe, R.; Grey, N., y Short, E. (1995): Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross-sectional analysis of coping strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 34 (4), 627-639.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Helenius, H., Singh-Manoux, A. y Pentti, J. (2005). Optimism and Pessimism as Predictors of Change in Health After Death or Onset of Severe Illness in Family. *Health Psychology*, 24(4), 413-421.
- Kylma, J. (2005). Dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS: a substantive theory. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 620-630.
- Landreville, P.; Dube, M.; Lalande, G., y Alain, M. (1994). Appraisal, coping, and depressive symptoms in older adults with reduced mobility. Special Issue: Psychosocial perspectives on disability. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9 (5), 269-286.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. En W.D. Gentry (Ed.): *The handbook of behavioral medicine*, 282-325, Nueva York: Guilford.
- Lofquist, L.H. (1979): Rehabilitación profesional. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. 9, 175-180, Madrid: Aguilar.
- López, M. (2007). Discapacidad y Género: Estudio etnográfico sobre mujeres discapacitadas. *Educación y Diversidad*, 1, 137-172.
- Lorencetti, A. Simonetti, J.P. (2005). Estrategias de afrontamiento de pacientes durante el tratamiento de radioterapia. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 13(6), 944-950. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>



- Máson, T.C. (1994): *Hope and coping in spinal cord-injured patients undergoing rehabilitation*. Tesis doctoral, Temple University. (Dissertation Abstracts International, 55(08B), 3568).
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud-enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 81-275.
- Mazaira, J. (1987): *Hoy, el parapléjico*. Minusválido, 5, 14-15.
- Miangolarra-Page, J.C. (2003). *Rehabilitación Clínica Integral: Funcionamiento y Discapacidad*. Editorial MÁSSON.
- Montorio, I., Yanguas, J. y Diaz-Vega, P. (1999). *El cuidado del anciano en el ámbito familiar. Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de la aplicación*. 141-158. Madrid: Síntesis.
- Moore, A.D., Bombardier, C.H., Brown, P.B. y Patterson, D.R. (1994): Coping and emotional attributions following spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 17(1), 39-48.
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: Adult Form Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- OMS (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, las discapacidades y la salud. Ginebra: OMS (CD-ROM, multilingüe. Version 1.0)
- Padierna, C., Fernández-Rodríguez, C., Pérez-Álvarez, M., Amigo, I., González-Menéndez, A., Gracia, J., Fernández-Martínez, R. y Peláez, I. (2003). Medida de las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos paliativos: Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(1), 15-27.
- Papakostas, G.I. et. al. (2005). Hopelessness and suicidal Ideation in outpatients With Treatment-Resistant Depression: *Prevalence and Impact on Treatment Outcome*. 3, 140-145.
- Payne N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 396-405.
- Pelechano, V. (1987). Psicología y rehabilitación. Un primer acercamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13(35), 5-43.
- Pelechano, V. (1991). Familia, estrés y enfermedad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17(55), 729-774.

- Pereyra, M. (1996). Desarrollo y validación de instrumento de medición de la esperanza-desesperanza. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 42(3).
- Pereyra, M. (2006). Como abrir los horizontes del futuro: Terapia de la esperanza. Universidad peruana unión. Facultad de Ciencias Humanas y Educación: Escuela Profesional de Psicología. Perú.
- Pérez, Galicia, Pardini, Ibarra, y Renán (1998). Epidemiología de la lesión medular traumática en el Distrito Federal de 1993 a 1997. *Tesis de postgrado en Medicina de Rehabilitación*. Secretaría de Salud.
- Pérez, R., Martín, S., Renán, S., Duran, S. (2008). Aspectos epidemiológicos de la lesión medular del Centro Nacional de Rehabilitación. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20, 74-82.
- Peterson, W. (1961). *The art of Living: Thoughts on Meeting the Challenge of Life*. Galahad Books, New York.
- Pollard, C. y Kennedy, P. (2007). "A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: a 10-year review". *British Journal of Health Psychology*, 12(3), 347-62.
- Portal de Salud Mental. (s.f.). *Modelo de afrontamiento de Lázarus como marco de comprensión de los trastornos de ansiedad*. Disponible en: <http://www.portalsaludmental.com/Article75.html>
- Radnitz, C.L.; McGrath, R.E.; Tirch, D.D.; Willard, J. et al. (1997). Use of the Beck Depression Inventory in veterans with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 42 (2), 93-101.
- Radnitz, C.L.; Hsu, L.; Willard, J.; Perez-Strumolo, L.; Festa, J.; Lillian, L.B.; Walczak, S.; Tirch, D.D.; Schlein, I.S.; Binks, M., y Broderick, C.P (1998): Posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury: Trauma-related risk factors. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 505-520.
- Reff, R. C., Kwon, P. y Campbell, D. G. (2005). Dysphoric responses to a naturalistic stressor: Interactive effects of hope and defense style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(5), 638-648.
- Reidy, K.; Caplan, B., y Shawaryn, M. (1991). *Coping strategies following spinal cord injury: Accomodation to trauma and disability*. Comunicación presentada en el 68. Encuentro Anual del Congreso Americano de Rehabilitación, Washington, D.C.

- Rueda A.L. y Aguado M.B. (2003). Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular. INMERSO No 10.
- Rohles, W. S., Riskind, J. H., & Neville, B. (1985). The relationship of cognitions and hopelessness to depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 36-50.
- Rolland, S. J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la teoría sistémica*. España: Gedisa.
- Rothman S. (2000). Columna vertebral. Rehabilitación de las lesiones de la médula espinal. Cuarta edición, México, Mc Graw-Hill, Vol. I-1177-97.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Seligman, M. E.P. (1992). *Learned Optimism*. Pocket Books, Simon & Schuster Inc, New York.
- Seligman, M.E.P. (2003). La autentica felicidad. La nueva psicología positiva revoluciona el concepto de felicidad y señala el camino para conseguirla. Javier Vergara Editor, Bs.As.
- Seligman, M.E.P., Oteen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Scheier, M.F.; Weintraub, J.K., y Carver, C.S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pesimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(12), 1257-1264.
- Snyder, C.R., (1995). Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope. *Journal of Counseling & Development*, 73, 355-360.
- Soltz, D.R. (1998): The effects of acquired disability on coping with the disability. Tesina de Máster, Universidad de California (Máster Abstracts International, 36 (06B), 1445).
- Stone, A.A., Lleider, L., Schneider, M.S.(1988). Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En: Cohen, L.H. (ed.). *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues*. Newbury Park: Sage, 182-210.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.



- Trieschmann, R.B. (1984). *The Psychological Aspects of Spinal Cord Injury*. En C.J. Golden (Ed.): Current Topics in Rehabilitation Psychology 125-137. Orlando: Grune & Stratton.
- Trieschmann, R.B. (1988): *Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social and Vocational Rehabilitation*. (2ª Edición). Nueva York: Demos Publications.
- Tron, R. e Ito, E. (2004). La experiencia de vivir con una Lesión Traumática: desde el análisis de la narrativa. *Psicología y Ciencia Social*, 6(2).
- Uribe, R. (1994). Experiencia en la Unidad de lesionados medulares del Instituto Nacional de Ortopedia. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 6, 8-10.
- Vazquez, C., Hernangomez, L. y Hervas G. (2004). Longevidad y emociones positivas. Disponible en:  
[http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/2004-Longevidad%20y%20emociones%20positivas.pdf](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2004-Longevidad%20y%20emociones%20positivas.pdf)
- Viney, L.L., y Westbrook, M.T. (1981): Coping and chronic illness: The mediating role of biologic and illness-related factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 26 (6), 595-605.
- Warner, G.C. (1989): *Stress, coping and adjustment to spinal cord injury*. Tesis doctoral, Universidad Estatal de Nueva York (Dissertation Abstracts International, 50 (07B), 1951).
- Weishaar, M. E. y Beck, A.T. (1992). Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry*, 4(2), 177-184.
- White E. G. (1975). *El ministerio de curación*. Asociación Casa Editora Sudamericana, Buenos Aires.