



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA LESIÓN MEDULAR



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
Y PROCESO DE ADAPTACIÓN
A LA LESIÓN MEDULAR

María Begoña Rueda Ruiz
Antonio León Aguado Díaz



10





ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
Y PROCESO DE ADAPTACIÓN
A LA LESIÓN MEDULAR

María Begoña Rueda Ruiz
Antonio León Aguado Díaz



Diseño de la colección: Nuria Antolí.

EQUIPO DE TRABAJO

Fundación INTRAS.

Dirección y coordinación:	Teresa Orihuela Villameriel Lda. en Psicología. Lda. en Filosofía y Letras Pablo Gómez Conejo Ldo. en Administración de Empresas
Colaboradores:	Óscar Rueda Palacio Ldo. en Estadística Mónica Lorience García Lda. en Documentación Raquel Conde Díez Lda. en Psicología. Máster en Integración de personas con discapacidad Justino Gómez Nieto Doctor en Medicina. Especialista en Neurología Juan García Mellado Ldo. en Medicina. Especialista en Psiquiatría
Secretaría:	Pilar Rodríguez Velasco

El Instituto de Migraciones y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos, y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica.

1.ª edición: 2003

© Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración, s/n, c/v. a Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid. Tel. 91 347 89 35

NIPO: 209-03-099-5

Depósito Legal: BI-2.957-03

ISBN: 84-8446-062-2

Imprime: GRAFO, S.A.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	13

PARTE I REVISIÓN TEÓRICA

1. LA LESIÓN MEDULAR Y LOS LESIONADOS MEDULARES	21
1.1. Introducción	23
1.2. Acercamiento a la LM	24
1.3. Clasificación y tipologías más frecuentes de la LM	25
1.4. Etiología y datos epidemiológicos de la LM	27
1.5. Importancia de las variables psicológicas en la rehabilitación de la LM	30
1.6. Resumen	32
2. LA PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN Y LA INTRODUCCIÓN DEL AFRONTAMIENTO EN EL ESTUDIO DE LA LM	33
2.1. Introducción	35
2.2. La psicología de la rehabilitación: su desarrollo y situación actual	36
2.3. El proceso de adaptación a la LM: perspectiva histórica y modelos explicativos	39
2.3.1. Teorías explicativas del proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida	40
2.3.2. Modelos explicativos de la adaptación a la LM: Del modelo de las etapas al reconocimiento de las diferencias individuales	44
2.3.3. Delimitación conceptual de la adaptación a la LM ...	48
2.3.4. Las variables psicológicas estudiadas en personas con LM	52
2.3.4.1. Depresión y LM	56
2.3.4.2. Personalidad y LM	59
2.3.4.3. <i>Locus</i> y LM	62
2.4. Resumen	66
3. EL AFRONTAMIENTO DE LA LM	69
3.1. Introducción	71
3.2. Aspectos conceptuales del afrontamiento	72
3.2.1. Evolución de los enfoques teóricos y del concepto de afrontamiento	73

3.2.2.	Las estrategias de afrontamiento: funciones, clasificación y eficacia	79
3.2.2.1.	Las funciones del afrontamiento.....	79
3.2.2.2.	Clasificación de las estrategias de afrontamiento.....	80
3.2.2.3.	La eficacia del afrontamiento	83
3.3.	DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y AFRONTAMIENTO	86
3.3.1.	Factores situacionales del afrontamiento.....	87
3.3.2.	Factores personales del afrontamiento	88
3.4.	AFRONTAMIENTO, SALUD Y REHABILITACIÓN	92
3.4.1.	Afrontamiento, salud y enfermedad crónica	93
3.4.2.	Afrontamiento, rehabilitación y discapacidad física adquirida	96
3.5.	EL ESTUDIO DEL AFRONTAMIENTO DE LA LM.....	101
3.5.1.	Investigaciones realizadas sobre el afrontamiento de la LM	103
3.5.2.	Las estrategias de afrontamiento y su eficacia en el proceso de adaptación a la LM.....	110
3.5.3.	Diferencias individuales en el afrontamiento de la LM	115
3.6.	Aportaciones del afrontamiento al estudio del proceso de adaptación a la LM	118
3.7.	RESUMEN	121
4.	LA EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO DE LA LM.....	125
4.1.	Introducción.....	127
4.2.	La evaluación del afrontamiento en el marco de los estudios del estrés.....	127
4.3.	Aspectos metodológicos de la construcción de instrumentos de evaluación del afrontamiento	130
4.3.1.	Técnica de recogida de datos	132
4.3.2.	Generalidad o especificidad en la evaluación del afrontamiento	134
4.3.3.	Forma de corrección de los cuestionarios.....	136
4.4.	Instrumentos de evaluación del afrontamiento	137
4.4.1.	Instrumentos generales de evaluación del afrontamiento	138
4.4.2.	Instrumentos de evaluación del afrontamiento en el área de la salud.....	141
4.5.	La evaluación del afrontamiento en los estudios de la LM.....	142
4.6.	Resumen	151
5.	RESUMEN DE LA PARTE TEÓRICA	153
5.1.	Introducción.....	155

PARTE II TRABAJO DE CAMPO

6.	PLANTEAMIENTO Y REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	161
6.1.	Introducción.....	163
6.2.	Objetivos del estudio e hipótesis de trabajo.....	163
6.2.1.	Objetivos	164
6.2.2.	Hipótesis.....	163
6.3.	Metodología	167
6.3.1.	Variables.....	167
6.3.2.	Medición de las variables	168
6.3.2.1.	Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales	171
6.3.2.2.	Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento	173
6.4.	Muestreo y procedimiento de recogida de datos	176
6.5.	Técnicas de análisis de datos utilizadas	177
7.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	179
7.1.	Introducción.....	181
7.2.	Análisis de las características sociodemográficas y clínicas	181
7.2.1.	Características sociodemográficas	182
7.2.2.	Características clínicas	184
7.3.	Análisis de los cuestionarios de evaluación del afrontamiento y su adecuación para las personas con LM.....	186
7.3.1.	Evaluación de las estrategias de afrontamiento actuales	187
7.3.2.	Evaluación de las estrategias de afrontamiento reme- morado.....	193
7.4.	Análisis y explicación del afrontamiento de las personas con LM	200
7.4.1.	Afrontamiento y LM	201
7.4.2.	Afrontamiento de la LM y características sociodemo- gráficas.....	204
7.4.3.	Afrontamiento actual y rememorado de la LM.....	207
7.4.4.	Afrontamiento de la LM y de la enfermedad crónica.	214
7.5.	Análisis de la relación entre el afrontamiento y las variables de personalidad	217
7.5.1.	Afrontamiento y E-N	217
7.5.2.	Afrontamiento y <i>locus</i>	219
7.6.	Afrontamiento y depresión	220
7.6.1.	LM y depresión	221
7.6.2.	Afrontamiento, depresión y LM.....	221
7.6.3.	Afrontamiento, depresión y variables psicológicas en personas con LM.....	223

8.	RESUMEN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	229
8.1.	Resumen de los principales resultados del trabajo de campo ...	232
8.2.	Conclusiones.....	235
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	237
	ANEXO: EMELM. Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares de Aguado	301
10.	ÍNDICE DE TABLAS.....	347

PRESENTACIÓN



-) Los hechos traumáticos en la vida de las personas, ponen en juego distintos mecanismos que les permiten adaptarse a la nueva situación, evaluar sus posibilidades y, en el caso de la lesión medular, iniciar una nueva vida con restricciones importantes en la esfera del movimiento y otras esferas vitales que requieren un esfuerzo extra para realizar un adecuado ajuste vital.

Estos estilos de afrontamiento son diferentes para cada persona y tienen mucho que ver con la competencia emocional. El ponerlos adecuadamente en marcha depende, en gran medida, de dos variables, por un lado el talante personal o repertorio de comportamientos, creencias, actitudes, desempeñados o aprendidos con anterioridad que definen el estilo de afrontamiento y por otro, las estrategias, es decir, la capacidad de dar una respuesta o gama de respuestas variadas y apropiadas ante el estrés.

Pero el ser humano es muy complejo y existen más variables que condicionan este proceso, como pueden ser el nivel de apoyo social que tiene el individuo, las condiciones sociodemográficas, el momento vital en que ocurre el suceso, el tipo de lesión y las secuelas que comporta, las restricciones a que dan lugar, los cuidados que precisa en el día a día.

Considerar tal cúmulo de condicionantes es un reto para la psicología aplicada a la rehabilitación; esta obra pretende medir objetivamente los estilos de afrontamiento en personas que sufren una lesión medular. El investigar sobre ello es la mejor forma de contribuir desde esta disciplina a la mejora de la calidad de vida de estas personas con discapacidad física derivada de una lesión medular.

Estamos ante un estudio riguroso, concienzudo y de gran valor práctico. Existen, hasta el momento, pocas investigaciones en España, referidas al objeto de esta obra y eso le confiere un valor añadido. Conocer las estrategias de forma empírica, medible, facilitará modelos apropiados de afrontamiento que podrán ser aplicados en el complejo trabajo que, desde la psicología, se realiza en torno a la rehabilitación de personas con lesión medular y será una valiosa ayuda para cualquier ser humano que deba afrontar esta situación vital.

El Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, cuenta, entre sus misiones prioritarias y colectivas a los que dirige su acción, con la de optimizar la atención integral a las personas con discapacidad en situación de dependencia, así como promover

estudios y publicaciones en materia de discapacidad. Este estudio se enmarca en el objetivo de mejorar la atención a las personas con discapacidad debida a una lesión medular y su publicación supone un avance en su rehabilitación integral y es, por tanto, un motivo de satisfacción para este Instituto.

Dirección General del IMSERSO

INTRODUCCIÓN)



) La publicación que presentamos es el resultado de la trayectoria de nuestro trabajo y estudio de las personas con lesión medular como equipo de investigación especializado en la psicología de la rehabilitación, dirigido por el Dr. D. Antonio L. Aguado Díaz, Profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo.

Constituye un interés preferente para este equipo la investigación de los aspectos psicológicos implicados en la rehabilitación de las discapacidades físicas. Desde esta perspectiva se ha profundizado en las diferentes áreas de estudio e intervención de la *psicología de la rehabilitación*, con el fin de acercar las corrientes más actuales de la psicología y revitalizar así el campo de investigación en dicha especialidad, siendo la LM y el proceso de adaptación a ella uno de nuestros temas centrales. Para tales objetivos, hemos trabajado en dos direcciones complementarias, por un lado el desarrollo de un modelo teórico coherente a partir de la revisión de la bibliografía y de la obtención de evidencia empírica y, por otro, la creación de instrumentos de evaluación depurados metodológicamente, como los que presentamos.

Desde esta última perspectiva, en diferentes ocasiones hemos expresado nuestra preocupación por las cuestiones metodológicas y las técnicas de evaluación en psicología de la rehabilitación. Ante la constatación de la dispersión de sus áreas de investigación y sus formas de evaluación, hemos reiterado la necesidad de realizar estudios como el que planteamos para responder a una de las cuestiones pendientes en psicología de la rehabilitación, esto es, la construcción de instrumentos de evaluación válidos que permitan la obtención de evidencia empírica sobre las variables psicológicas relacionadas con la LM y el modelo de las diferencias individuales.

En esta línea de trabajo de validación de instrumentos de evaluación hemos optado tanto por la revisión de instrumentos clásicos como por la construcción de escalas propias, en especial la *EMELM - Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares* de Aguado.

La *EMELM* es un instrumento que permite la evaluación global de las personas con LM e incluye datos clínicos, médicos y de funcionalidad, información sobre fisioterapia, actividades de la vida diaria y cuidados de enfermería, así como datos de integración social, del entorno y psicológicos, con cuestionarios para evaluar el *locus de control*, la *extraversión*, el *neuroticismo*, el *afrontamiento* y la *depresión*.

En este contexto, la investigación presentada en este libro se centra en la adaptación de dos de las escalas que forman parte de la *EMELM*, concretamente del *CEAA*, *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales*, y el *CREA*, *Cuestionario de Rememoración de Estrategias de Afrontamiento*, creados ambos por Pelechano (1992) para la evaluación del afrontamiento en enfermos crónicos y que nosotros validamos en una muestra de personas con LM. Este trabajo de adaptación de cuestionarios para la evaluación del afrontamiento de la LM se ha plasmado en la tesis doctoral realizada por M.^a Begoña Rueda Ruiz, bajo la dirección de Antonio León Aguado, defendida en la Universidad de Deusto (Bilbao) en septiembre de 2001.

En cuanto a la población objeto de nuestro estudio, la importancia que el impacto de la LM tiene sobre la persona y los seres que le rodean la convierten en un área de gran interés científico. Si a esto añadimos la evidencia de la tendencia de crecimiento continuo en la prevalencia de la LM y su alto coste personal, económico y social, el interés científico de su estudio parece justificado.

La bibliografía revela la existencia de dos enfoques principales en el estudio de la LM: el modelo de las etapas y el modelo de las *diferencias individuales*. Sólo desde la aportación de evidencia empírica que apoye el modelo de las diferencias individuales para explicar el proceso de adaptación a la LM podremos superar el modelo de las etapas, predominante en los enfoques de estudio de la psicología de la rehabilitación. Ello requiere la eliminación de las deficiencias metodológicas presentes en las investigaciones, la identificación de las variables psicológicas relevantes y, ante todo, la creación de instrumentos válidos de evaluación como los que presentamos. Nuestra investigación responde a la necesidad de validar modelos explicativos alternativos ante la constatación de la permanencia de modelos teóricos inadecuados en el estudio de los aspectos psicológicos de la LM.

En este marco, pensamos que la psicología de la rehabilitación se puede beneficiar de la introducción de los presupuestos teóricos de las teorías del estrés y del afrontamiento para la comprensión de los aspectos psicológicos de la LM, perspectiva que también es válida para la investigación de la discapacidad física adquirida en general. El poder explicativo que el afrontamiento ha demostrado en el área de la salud y su papel central en el estudio de las enfermedades crónicas ha promovido su incorporación en los estudios de la LM, como veremos en capítulos posteriores.

El afrontamiento es una variable que interviene en el proceso de adaptación en constante interacción con el ambiente y pone de relieve el papel central de las variables cognitivas en dicho proceso. Desde esta perspectiva, la LM se puede concebir como una *situación estresante* multicondicionada, perspectiva que despatologiza su estudio y hace énfasis en las variables psicológicas para explicar las diferencias individuales en el proceso de adaptación. Partiendo de estas diferencias individuales, hay evidencia que demuestra la importancia de las variables psicoló-

gicas (*locus, E, N y depresión*) en la adaptación a la LM, variables que incluimos en nuestra investigación y cuya relación con el afrontamiento será estudiada.

Para la realización de nuestra investigación hemos revisado los estudios existentes sobre el afrontamiento de la LM así como los instrumentos utilizados para su evaluación y hemos constatado las dificultades metodológicas existentes en materia de evaluación, lo que confirma la necesidad de crear instrumentos específicos de evaluación del afrontamiento para esta población. Para ello, y después de considerar los instrumentos actualmente disponibles tanto en el entorno anglosajón como en el español, optamos por utilizar los instrumentos de Pelechano (1992) creados específicamente para la evaluación del afrontamiento en el área de la salud y cuya bondad ha sido demostrada. Estos cuestionarios de 81 *items* cada uno evalúan las estrategias de afrontamiento, actuales y rememoradas, utilizadas para manejar el estrés asociado a enfermedades crónicas de diferente gravedad y pronóstico.

Dado que en el entorno español no existen estudios sobre el afrontamiento de la LM y en otros entornos muchos de ellos son metodológicamente incorrectos, como mostraremos en la revisión teórica, hemos adaptado unos instrumentos de evaluación del afrontamiento de la LM como requisito para poder avanzar en el conocimiento de su papel en el proceso de adaptación y en el estudio de las diferencias individuales. Esta investigación constituye el primer esfuerzo por construir herramientas válidas para la evaluación del afrontamiento de la LM en lengua castellana.

Una vez justificada e introducida nuestra investigación, pasamos a comentar los contenidos de este libro, estructurado en dos partes, inicialmente una revisión teórica, y una segunda parte, en la que presentamos los resultados de nuestra investigación.

La **revisión teórica** tiene cuatro bloques diferenciados. Comienza con una introducción a la realidad de la LM y los lesionados medulares (*Capítulo 1*), acercándonos a sus aspectos médicos, funcionales y epidemiológicos. A continuación dedicamos un amplio apartado a la psicología de la rehabilitación, su desarrollo teórico, sus áreas de estudio y los modelos explicativos del proceso de adaptación a la LM. Para ello hacemos un recorrido por los dos modelos principales, el modelo de las etapas y el modelo de las diferencias individuales, hasta llegar a la introducción del afrontamiento y las teorías del estrés en el estudio del proceso de adaptación (*Capítulo 2*). Continuamos con un acercamiento a nuestra variable central de estudio, el afrontamiento, desde una perspectiva histórica de su delimitación conceptual, la descripción de sus funciones, la clasificación de las estrategias más frecuentemente estudiadas y el análisis de su eficacia. Seguidamente analizamos cómo se ha estudiado esta variable en las personas con LM, qué estrategias se utilizan en el proceso de adaptación y cuáles son las diferencias individuales encontradas (*Capítulo 3*). Expuesto el marco teórico sobre el afrontamiento y los resul-

tados obtenidos en la investigación de la LM, profundizaremos sobre las formas en las que esta variable se ha operativizado y los distintos instrumentos que se han utilizado para su evaluación en las personas con LM (*Capítulo 4*). De todo ello se deduce la necesidad de elaborar instrumentos específicos para poder realizar mediciones válidas del afrontamiento en lesionados medulares, en función de la cual planteamos nuestra investigación, que explicamos en la segunda parte.

En la **segunda parte** del libro expondremos los objetivos, las hipótesis de trabajo y los aspectos metodológicos de nuestra investigación: la selección de la muestra, las variables estudiadas y los instrumentos de medición, su validez y fiabilidad, así como el procedimiento de recogida de datos y los análisis estadísticos empleados (*Capítulo 6*). En el *Capítulo 7* expondremos los resultados obtenidos, para después someterlos a discusión y sacar las conclusiones oportunas. Una vez expuestas las características sociodemográficas y clínicas de nuestra muestra pasaremos a analizar la adecuación de los cuestionarios de evaluación del afrontamiento para las personas con LM. Dedicaremos un amplio apartado al análisis y la explicación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los lesionados medulares, del papel de las variables sociodemográficas y clínicas y de su evolución a lo largo del tiempo. Igualmente, compararemos las estrategias utilizadas por las personas con LM con las de los enfermos crónicos para ver sus semejanzas y sus diferencias. Confirmadas las diferencias individuales, analizaremos la relación entre el afrontamiento y las variables psicológicas de extraversión, neuroticismo, *locus* y depresión. En el *Capítulo 8* último presentaremos un resumen de los principales resultados de nuestro estudio y las conclusiones a las que hemos llegado.

Explicadas las razones que nos han llevado a plantear nuestro estudio y descrita la estructura del mismo, pasamos a la revisión bibliográfica, que iniciamos con un acercamiento a la LM.



ARTE I
REVISIÓN TEÓRICA

LA LESIÓN MEDULAR Y LOS LESIONADOS MEDULARES

- 1.1. Introducción
- 1.2. Acercamiento a la LM
- 1.3. Clasificación y tipologías más frecuentes de la LM
- 1.4. Etiología y datos epidemiológicos de la LM
- 1.5. Importancia de las variables psicológicas
en la rehabilitación de la LM
- 1.6. Resumen



1. LA LESIÓN MEDULAR Y LOS LESIONADOS MEDULARES

1.1. Introducción

Comenzaremos la revisión teórica acercándonos al conocimiento de la lesión medular (LM), las implicaciones de su aparición, las áreas afectadas, su definición y sus clasificaciones más frecuentes. Mostraremos algunos datos epidemiológicos e intentaremos profundizar en las razones que han originado el interés por el estudio de los aspectos psicológicos concomitantes a la aparición de la LM.

La LM es la discapacidad física adquirida que más atención ha recibido, siendo los lesionados medulares el grupo de personas con discapacidad que ha sido objeto de más observación, investigación y de mayor número de publicaciones (Aguado y Alcedo, 1995a). Dada la gravedad y la amplitud de las áreas afectadas, su estudio ha despertado un alto interés en la comunidad científica. Prueba de ello es la presencia de programas médicos asistenciales específicos y el amplio volumen de investigaciones que ha generado a esfera nacional e internacional.

La rehabilitación de la LM en los servicios sanitarios españoles se realiza en los dos hospitales monográficos de lesionados medulares, el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo y el Instituto Guttmann de Barcelona, así como en las unidades especializadas para su tratamiento en la mayoría de los hospitales generales. El interés despertado por atender a las necesidades de este colectivo se ve reflejado también en la existencia de sociedades científicas (*Sociedad Médica Internacional de Paraplejia-IMSOP*, *Sociedad Española de Paraplejia*), de publicaciones especializadas (*Paraplejia*, denominada *Spinal Cord* desde 1996, *Spine*, *SCI Nursing Journal* y *Médula Espinal*) y de un amplio movimiento asociativo.

El interés por estudiar las variables psicosociales de la LM ha sido también una constante, como lo demuestran el volumen de investigaciones presente en la literatura especializada y la existencia de sociedades profesionales específicas para su estudio, como la *Asociación Americana de Psicólogos y Trabajadores Sociales de la Lesión Medular*, la *Asociación Americana de Enfermería y LM* y, en nuestro entorno más cercano, *AESLEME - Asociación para el Estudio de la Médula Espinal* en España.

Todos estos ejemplos citados reflejan los esfuerzos realizados por avanzar en el conocimiento de una realidad compleja como es la LM, de grandes implicaciones para la persona y los seres que le rodean. Las siguientes páginas de este capítulo nos ofrecen una información más detallada de sus características, su tipología y su clasificación.

1.2. Acercamiento a la LM

La LM es una patología estudiada desde la antigüedad, tal como lo demuestran los testimonios encontrados en la cultura egipcia y en los escritos de Hipócrates. Aguado, en su *Historia de las deficiencias* (1995, pág. 43), sitúa la primera definición de la LM, descrita como “una dolencia que no puede ser tratada”, en el *Papiro quirúrgico de Edwin Smith*, el texto de carácter médico más antiguo conocido, redactado probablemente en el tercer milenio a.C., copiado en torno a 1600 a.C. y encontrado en 1862 por el egiptólogo americano que le da nombre.

Hipócrates (460-377 a.C.), padre de la Medicina, ofrece también una descripción bastante precisa de la *paraplejia*, sus complicaciones y algunos de sus remedios, entre ellos los relativos a la ingesta de líquidos y la dieta adecuada. Así mismo, este autor describe métodos como la reducción por tracción y el banco de extensión para el tratamiento de las dislocaciones vertebrales.

Pero es al finalizar la II Guerra Mundial, con las investigaciones del médico inglés Ludwig Guttmann (1901-1981), una autoridad en lesionados medulares y fundador del Centro de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville, cuando se producen espectaculares avances en el estudio, el tratamiento y la rehabilitación de la LM. Este autor establece las bases para la concepción de la *rehabilitación integral* de los lesionados medulares, reconociendo de forma explícita la importancia de los factores psicológicos.

Brucker (1983) define la LM 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” (pág 285).

Según esta definición, las consecuencias de la LM afectan a todos los ámbitos de la vida de la persona, tanto física como psicológica y socialmente. Las secuelas físicas y neurológicas pueden alterar la movilidad voluntaria, el control de esfínteres, la sensibilidad, la respuesta sexual y el funcionamiento del sistema autonómico, según el nivel de la lesión. Cabe destacar, y no en menor medida, las variables psicosociales en juego, los cambios en el estilo de vida y su influencia en la dinámica familiar y social, que exigen a la persona grandes esfuerzos de afrontamiento y de adaptación a la nueva realidad.

En lo referente al pronóstico, hasta no hace demasiado tiempo se consideraba muy grave. Actualmente, gracias al progreso de la Medicina y de la rehabilitación, la morbilidad y la mortalidad han descendido drásticamente en la última década

(Brown, 1992; DeVivo y Stover, 1995; Richards, Kewman y Pierce, 2002). En la actualidad, lejos de ser considerada una lesión mortal, el período de hospitalización con cuidados asistenciales intensivos se complementa con un tratamiento rehabilitador para optimizar la funcionalidad y la autonomía en las actividades de la vida diaria. Se intenta que la persona se incorpore cuanto antes a la vida en sociedad, realice un seguimiento médico periódico y tenga un papel activo en su mantenimiento y prevención de posibles complicaciones. Junto al control de los aspectos médicos, las variables psicológicas, sociales y ambientales tienen también un papel fundamental en su calidad de vida (Trieschmann, 1992b).

Consecuencia directa de dichos avances médicos es el aumento considerable de la expectativa de vida de los lesionados medulares, que Brucker (1983) situaba ya en 30,2 años después del accidente y que publicaciones más recientes aproximan a la de la población general (Castro y Bravo, 1993; Go, DeVivo y Richards, 1995; Richards, Kewman y Pierce, 2002). Este incremento de la expectativa de vida amplía el campo de actuación y los retos que se plantean en la rehabilitación de la LM. En este sentido, cobran importancia los aspectos evolutivos y se introducen nuevos ámbitos, como el envejecimiento de los lesionados medulares y la necesidad de considerar su proceso de adaptación durante los diferentes ciclos de la vida (Trieschmann, 1987; Eisenberg y Saltz, 1991; Holicky y Charlifue, 1999; Kemp y Krause, 1999; McColl, Stirling, Walker, Corey *et al.*, 1999).

En este sentido, discapacidad y Tercera Edad, en general, constituye un área creciente de investigación. Su estudio en los diferentes grupos de discapacitados permitirá obtener información para atender a sus necesidades específicas. La creciente importancia del proceso de envejecimiento de las personas con LM, ya presente en las investigaciones de Decker (1982) y Schultz y Decker (1982), se refleja en los trabajos más recientes de Zarb, Oliver y Silver (1990), Cushman y Hasett (1992), Krause y Sternberg (1997), Tun, Tun y Wingfield (1997) y Quinn (1998).

1.3. Clasificación y tipologías más frecuentes de la LM

Tradicionalmente la tipología de la LM se suele establecer en función de dos criterios principales, el nivel vertebral de la lesión y su extensión, completa o incompleta. Así, cuando la LM es **completa**, se habla de *paraplejía* si la lesión se produce a nivel dorsal, lumbar o sacro y afecta a las extremidades inferiores, y la *tetraplejía* implica lesiones altas, a nivel cervical, afectando a las cuatro extremidades. El término *pentaplejía* se utiliza de forma específica para describir una lesión cervical muy alta que afecta no sólo a las cuatro extremidades, sino también a la movilidad del cuello.

Cuando la LM es **incompleta**, se diferencia entre *paraparesia*, LM de nivel vertebral bajo que afecta a las extremidades inferiores, y *tetraparesia*, LM de nivel superior que afecta a las cuatro extremidades.

Pero, como señalan Castro y Bravo (1993), frecuentemente se generaliza el término de paraplejía para definir a toda persona que tiene una parálisis de origen medular, independientemente del nivel y la extensión. Nosotros utilizaremos el término genérico de LM al referirnos a nuestro grupo de estudio.

La Tabla 1 resume las principales tipologías de la LM realizadas por Aguado y Alcedo (1995a) en función del nivel, la extensión, la etiología y la sintomatología asociada a la lesión.

Entre los principales *problemas físicos* asociados a la LM, Lindemann (1981) ha señalado la reducción de la movilidad, el control de vejiga e intestino, las infecciones del tracto urinario y del riñón, el deterioro renal permanente, los cuidados de la piel (las ulceraciones por inmovilidad), las contracturas musculares, la arreflexia, la regulación térmica, la respuesta sexual y las posibles infecciones respiratorias.

TABLA N.º 1

TIPOLOGÍAS DE LA LM	
Criterio de clasificación	Tipologías de la LM
Por la etiología :	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Médicas</i>: Por causas congénitas o enfermedades médicas. • <i>Traumáticas</i>: Por fracturas, luxaciones o contusiones vertebrales.
Por la extensión :	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Completa</i>: Tetraplejía o paraplejía, si la lesión transversal en la médula es total. • <i>Incompleta</i>: Tetraparesia o paraparesia si la lesión transversal en la médula es parcial.
Por la naturaleza del tejido afectado :	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Médula</i>: Suelen ser lesiones irreversibles. • <i>Raíces nerviosas</i>: Aunque lentas, suelen regenerarse. • <i>Vasos sanguíneos</i>: Pueden dar lugar a daños medulares en zonas irrigadas.
Por los síntomas :	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Espásticas</i>: Musculatura dura, movimientos reflejos desordenados y dificultades de movilidad pasiva. • <i>Flácidas</i>: Musculatura blanda, sin dificultades de movilización pasiva ni movimientos reflejos.

Tomado de Aguado y Alcedo (1995a, pág. 164).

En algunos casos hay que añadir otras posibles complicaciones circulatorias, digestivas, vegetativas, metabólicas y del sistema musculo-esquelético, el riesgo de calcificaciones y la presencia de dolor o espasticidad (Jeffrey, 1986; Jubala y Brenes, 1988; Castro y Bravo, 1993). Para profundizar en los aspectos médicos de la LM se pueden consultar los manuales de Cull y Hardy (1977) y Guttmann (1981), o los de Lee (1991), Zejdlik (1992), Whiteneck, Charlifue, Gerhart, Lammertse *et al.* (1993) y Hammell (1995), que incluyen los últimos avances en su tratamiento.

A continuación, en la Tabla 2 presentamos una descripción de la funcionalidad que puede ir asociada a la LM según el nivel de la lesión.

TABLA N.º 2

FUNCIONALIDAD ASOCIADA A LA LM SEGÚN EL NIVEL DE LESIÓN	
Nivel cervical	Funcionalidad
C1-C3:	Pentaplejia: Preserva las funciones de masticar, deglutir, hablar y soplar. Dependencia muy alta. Silla eléctrica mando mentón. Respirador.
C4:	Tetraplejia: No puede ponerse en pie. Capacidad respiratoria reducida. Silla de ruedas eléctrica. Puede leer y escribir con adaptaciones en la boca. Asistencia continua para las actividades de la vida diaria.
C5:	Tetraplejia: No puede ponerse en pie. Capacidad respiratoria reducida. Alta dependencia. Silla de ruedas con adaptaciones en el aro impulsor. Puede comer, beber, escribir y realizar funciones simples de la vida diaria con adaptaciones en las manos.
C6:	Tetraplejia: No puede ponerse en pie. Impulsa la silla de ruedas con más potencia. Puede afeitarse y afeitarse con maquinilla eléctrica. Tiene posibilidades de mejorar sustancialmente la función de sus manos con una operación.
C7:	Tetraplejia: No puede ponerse en pie. Capacidad respiratoria reducida. Dependencia. Silla de ruedas. Puede pasarse de la silla a la cama solo y movilizarse con independencia. La función de sus manos después de la cirugía es satisfactoria. Puede conducir un automóvil adaptado.
C8 - D1:	Paraplejia: Capacidad respiratoria reducida. Dependencia parcial. Silla de ruedas. Conducción de coche con control manual.
D1-D5:	Paraplejia: Capacidad respiratoria reducida. Totalmente independientes en la silla de ruedas. Conducción de coche con control manual. Puede realizar actividades de la casa (planchar, coser, cocinar, etc). Trabajo sedentario, de actividad mental y manual. Algunos pueden conseguir caminar de forma pendular en distancias cortas con aparatos y bastones.
D6-D10:	Paraplejia: Independencia. Silla de ruedas. Conducción de coche con control manual. Puede caminar de forma pendular con aparatos largos y bastones. Si es musculoso, puede subir y bajar escaleras.
D11-D12:	Paraplejia: Puede caminar en todos los terrenos. Las adaptaciones para el coche, en su hogar y en su trabajo serán reducidas.
L1-L4:	Paraplejia: Completa independencia. Camina a cuatro puntos con ayuda de aparatos y bastones. Conducción de coche con control manual.

Tomado de Lindemann (1981) y Castro y Bravo (1993).

1.4. Etiología y datos epidemiológicos de la LM

Al hablar de la **etiología** de la LM existe un acuerdo en señalar la primacía del origen traumático de las lesiones, con un porcentaje entre el 66 y el 75% de los casos, de las cuales las de mayor frecuencia se deben a accidentes de tráfico (Mazaira, 1987; Aguado y Alcedo, 1990; García y Herruzo, 1995).

Datos de la población americana 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).

Por su parte, Mazaira (1987) ofrece datos de lesionados medulares españoles que revelaban que el 75% son de origen traumático, de las cuales la causa más frecuente proviene de *accidentes de tráfico* (50%), seguidos de *caídas*, *accidentes laborales*, *deportivos*, *heridas* y *otras causas*.

Un estudio más reciente realizado por García y Herruzo (1995) confirma también la mayor frecuencia de la LM *traumática* (66%) frente a otras etiologías. Las causas de traumatismo más frecuentes son los *accidentes de tráfico* (45%), las *caídas* (28%), *otros golpes* (20%), entre los que destacan los *accidentes laborales*, seguidos a distancia por los *deportivos* (3%), las *agresiones* (2%) y las *complicaciones quirúrgicas* (2%). El paralelismo entre los datos presentados por este estudio y el de Mazaira (1987) refleja que se mantienen los mismos porcentajes a lo largo de casi una década.

En la Tabla 3 presentamos un resumen de otros datos epidemiológicos (porcentajes) sobre el tipo de lesión, los niveles más frecuentes, el género y la edad. Según se observa, parece haber algunas diferencias significativas entre las LM traumáticas y las no traumáticas. Las LM traumáticas desembocan más frecuentemente en lesiones completas (63%), son más frecuentes entre los hombres (79%) y la media de edad es algo menor (33 años) que en la LM no traumática.

Estos datos coinciden con los encontrados en otros países, en los que unánimemente se acepta un 80% de presencia de hombres, y de éstos un 62% tienen entre 15 y 29 años, por lo que podemos hablar de un predominio de varones jóvenes entre los lesionados medulares (Aguado y Alcedo, 1990).

TABLA N.º 3

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA LM (%)

Tipología de la LM	Etiología de la lesión	%	Tipo			Nivel			Género		Edad (Años)
			Completa	Incompleta	Cervic.	Dorsal	Lumb.	M	F		
LM Traumática	Tráfico	45									
	Caída	28									
	Golpe y otras (Acc. laborales)	20	63	37	41	46	13	79	21	33	
	Deporte	3									
	Compl. quirúrgicas	2									
	Agresión	2									
LM No Traumática	Tumor primario	21									
	Tumor metástasis	8									
	Infección		36	34	24	56,5	19,5	58	42	42	
	Vascular	16									
	Mielomelingocele										
	Otras (esclerosis, etc.)	10									
		6									
		39									

Tomado de García y Herruzo (1995).

En cuanto a la prevalencia de la LM, son muchas las dificultades para calcular la cifra exacta de personas con LM ante la falta de un censo real que recoja datos actuales. Este hecho no es exclusivo de la LM ni de nuestro país, tal y como señalaron Aguado y Alcedo (1990) en una revisión crítica de las estadísticas españolas de minusválidos físicos, ya que podemos hacerlo extensivo a todas las discapacidades. De igual manera, la realización de un censo de personas con discapacidad es una necesidad común en el ámbito europeo e internacional.

La *incidencia* de la LM traumática varía en los distintos países del mundo, desde las 40-55 personas por millón de habitantes al año en EEUU y Japón, 30 en Australia, hasta la cifra entre 10-20 aceptada para Europa (García y Herruzo, 1995). Según estos autores, los primeros datos sobre la incidencia de la LM en España recogidos por el *CENLEME* en el año 1986 señalaban ocho personas por cada millón de habitantes, cifra que se ha más que duplicado en los primeros años de la década de los años noventa, según revelan sus estudios epidemiológicos que intentan recoger los datos de la población hospitalaria de las diferentes unidades de lesionados medulares de España en las últimas décadas.

Aguado y Alcedo (1990), revisando las estadísticas de minusválidos y basándose en datos de diversas fuentes, entre ellas del *SEREM - Servicio de Rehabilitación de Minusválidos* y del *INE - Instituto Nacional de Estadística*, estiman en **30.000** personas la prevalencia de lesionados medulares, considerando la tasa de incidencia de 20 parapléjicos nuevos al año por millón de habitantes que suele ser aceptada para España.

Al margen de las discrepancias entre las distintas fuentes de datos, estos datos revelan un problema de magnitud considerable y de relevancia cuantitativa, sin olvidar su amplia trascendencia social. Si además consideramos que las tendencias apuntan hacia un progresivo aumento de casos, unido al aumento en la expectativa de vida, cabe esperar un incremento cuantitativo tanto de adultos con LM recientemente adquiridas como de jóvenes lesionados que vivirán hasta edades avanzadas (Aguado y Alcedo, 1995a). Es decir, un problema presente que se incrementará en el futuro y que demanda respuestas a sus necesidades.

García y Herruzo (1995) resaltan el enorme coste económico y social de esta lesión en todo el mundo y hablan de la necesidad de iniciar planes globales de prevención adecuados, para lo cual es imprescindible un conocimiento de las características de esta población, y no sólo de su número. Esta necesidad de aumentar el conocimiento de los aspectos cuantitativos y cualitativos de las personas con discapacidad no es una cuestión específica de la LM, sino que se puede hacer extensible a todas las discapacidades físicas y a la discapacidad en general. En este sentido, y partiendo de la premisa del abordaje multidisciplinar de la rehabilitación, la psicología de la rehabilitación puede jugar un papel importante en la comprensión y el manejo de los aspectos psicológicos de la LM y de la discapacidad en general.

1.5. Importancia de las variables psicológicas en la rehabilitación de la LM

Como adelantábamos en apartados anteriores, la afectación de la médula espinal origina secuelas graves, permanentes y de naturaleza pluridimensional en las diferentes esferas de la vida de la persona. Por todo ello, la aparición de una LM es 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.

Los avances médicos que garantizan la supervivencia de la persona con LM ponen de relieve la importancia de las variables psicosociales intervinientes. Cuando la lesión 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 (Karney, 1976; Woodbury, 1978; Trieschmann, 1980; Lindemann, 1981; Brucker, 1983; Jochheim, 1983; Woodrich y Patterson, 1983; Aguado, 1990; Alden, 1992; Hammell, 1994; Craig, Hancock, Dickson y Chang, 1997).

La importancia de las variables psicológicas en el proceso de adaptación a la LM ha sido reiterada continuamente por los autores. Si consideramos además que la adaptación a la LM es un proceso que comienza en el momento de aparición de la lesión y continúa durante toda la vida, dicho proceso es un elemento central de la rehabilitación, tanto durante la fase aguda de la rehabilitación como en la adaptación a largo plazo. De ahí la importancia de identificar las variables psicológicas relevantes para definir dicho proceso de adaptación y evaluarlo. De hecho, el proceso de adaptación de la LM ocupa un lugar central en la bibliografía y en el interés investigador en psicología de la rehabilitación.

Prueba del interés que ha despertado el estudio de los aspectos psicológicos de la LM son las abundantes tesis doctorales realizadas sobre el tema, entre las que destacan las de Taylor (1967), Meyerson (1968), Dunn (1970), Klas (1970), Kalb (1971), Dinardo (1972), Lawson (1976), Swenson (1976), Silver (1982), White (1983), Chase (1989), Ortiz (1990), Nelson (1990a) y Duff (1997). Así mismo, cada vez es más frecuente la realización de tesis que incluyen el estudio de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM (Pollets, 1985; Sholomskas, 1986; Zirpolo, 1986; Drew-Cates, 1989; Warner, 1989; Coca, 1990; Neilson, 1990; McColl, 1991; Barone, 1993; Mason, 1994; Kennedy, 1995; Chang, 1997; King, 1997; Meyer, 1998; Carroll, 1999).

Entre la abundante literatura sobre la LM que hemos revisado, cabe destacar la diversidad de publicaciones que se interesan por los aspectos psicológicos de la LM: desde *monografías* (Hardy y Cull, 1977; Trieschmann, 1980, 1988) y *capítulos específicos* sobre la LM en manuales de psicología de la rehabilitación (Sword y Roberts, 1974; Roessler y Bolton, 1978b; Donovan, 1981; Lindemann, 1981; Brucker, 1983; Evans, 1983; Gilgoff, 1983; Aadalen y Stroebel-khan, 1984; Trieschmann, 1984; Jubala y Brenes, 1988; Jubala, 1990; Martin y Gandy, 1990; Bleiberg, Ciulla y Katz, 1991; Heinemann, 1995b; Richards, Kewman y Pierce, 2002), hasta capítulos sobre psicología de la LM en *manuales médicos* de rehabilitación (Gunther, 1969; Lieberman y Lieberman, 1988; Nelson, 1992; Butt y Fitting, 1993).

Además, todo lo relativo a la discapacidad física incluye inevitablemente amplias y extensas referencias a la LM, como ocurre en los trabajos de Roessler y Bolton (1978a), Vash y Hohmann (1981), Stubbins (1983), Krueger (1988), Bleiberg, Ciulla y Katz (1991), Marinelli y Dell Orto (1991), Henderson y Bryan (1997), Aguado y Alcedo (1995a, b, 1999). A esto habría que añadir el amplio volumen de artículos en publicaciones periódicas de las diferentes ciencias de la salud, cuya referencia desbordaría el objetivo de este trabajo.

Sin embargo, a pesar de que la importancia de los aspectos sociales y psicológicos de la LM ha sido frecuentemente señalada y ha generado un considerable volumen de investigaciones, poco es lo que se sabe de forma concluyente en comparación con el avanzado estado del conocimiento de los aspectos médicos, las consecuencias físicas y neurológicas de la lesión, su tratamiento y recuperación. De hecho, aunque la LM sea la discapacidad física adquirida más estudiada, los aspectos psicológicos asociados se han abordado de forma parcial, con frecuentes deficiencias metodológicas, a lo que hay que añadir la ausencia de datos de población española.

Por otro lado, el papel cada día más activo de las personas con discapacidad en su proceso de rehabilitación e integración supone también una demanda creciente de servicios y programas para la mejora de su calidad de vida. Ello plantea nuevos retos a los que la psicología de la rehabilitación y los profesionales que en ella trabajamos tenemos que responder. Un mayor conocimiento de las variables psicológicas y de los procesos de afrontamiento de la LM aportará información muy valiosa para guiar los programas de intervención en esa línea.

El contacto directo con personas con LM de larga evolución nos reafirma en la creencia, implícita en el concepto de psicología de la rehabilitación que defendemos, de potenciar la intervención desde el momento de la aparición de la lesión y durante todo el proceso, desde los principios de prevención y rehabilitación integral, y no esperar la aparición de dificultades manifiestas en el proceso de adaptación. En este contexto rehabilitador, en el que se fomenta la participación activa de la persona con LM, queremos resaltar la importancia del afrontamiento durante el

proceso de rehabilitación y la relevancia que se deriva de la intervención en dichos procesos de afrontamiento para los resultados de la rehabilitación a largo plazo.

Para ello es necesaria la realización de investigaciones y el aumento del conocimiento de las variables psicológicas relacionadas con la LM, tanto cuantitativa como cualitativamente. El equipo de investigación y el trabajo que presentamos se orientan en esta dirección, para contribuir a llenar el vacío existente de datos con población española.

La disciplina encargada del estudio de los aspectos psicológicos de las personas con discapacidad es la psicología de la rehabilitación. En el próximo capítulo nos acercaremos a esta especialidad de la psicología, sus áreas de aplicación e investigación, y las variables que han sido objeto de estudio en las personas con LM. Dedicaremos especial atención a uno de sus temas centrales de estudio, el proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida en general, y a la LM en particular, para comentar los modelos explicativos y las investigaciones realizadas hasta la inclusión del estudio del afrontamiento.

1.6. Resumen

En este primer capítulo hemos empezado por describir una característica principal de nuestra población de estudio, la LM, la discapacidad física adquirida más estudiada en el entorno rehabilitador. Para ello hemos descrito sus características, tipos y clasificaciones más frecuentes, acercándonos a sus datos epidemiológicos, sus síntomas y su funcionalidad. La complejidad de esta lesión, que afecta a todas las facetas de la vida de la persona, requiere un abordaje multidisciplinar en el que los aspectos psicológicos y sociales juegan un papel central en el proceso de adaptación.

En el siguiente capítulo vamos a acercarnos a la psicología de la rehabilitación y a su tema central de estudio, el proceso de adaptación, tema que ha encontrado su mayor desarrollo en el estudio de la LM y del que forma parte nuestra variable de estudio, el afrontamiento.

LA PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN Y LA INTRODUCCIÓN DEL AFRONTAMIENTO EN EL ESTUDIO DE LA LM

- 2.1. Introducción
- 2.2. La psicología de la rehabilitación: su desarrollo y situación actual
- 2.3. El proceso de adaptación a la LM: perspectiva histórica y modelos explicativos
- 2.4. Resumen

2

2. LA PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN Y LA INTRODUCCIÓN DEL AFRONTAMIENTO EN EL ESTUDIO DE LA LM

2.1. Introducción

En este capítulo comenzaremos exponiendo el marco teórico de la psicología de la rehabilitación, su definición y surgimiento como especialidad. Posteriormente nos acercaremos al proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida en general y a la LM en particular. Veremos cómo este área tradicional de interés se ha abordado desde diferentes corrientes de la psicología y ha dado lugar a dos modelos contrapuestos, desde los que se ha explicado la adaptación a la LM, el modelo de las *etapas* y el modelo de las *diferencias individuales*. Desde esta perspectiva histórica vamos a analizar las aportaciones que se derivan de la introducción de las teorías del estrés y del estudio del afrontamiento.

La psicología de la rehabilitación estudia los aspectos psicológicos intervinientes y concomitantes a la rehabilitación de la discapacidad física adquirida. Compararemos la concepción restringida de rehabilitación de Pelechano (1987) y Aguado (1989b), entendida como un estado previo al que retornar y unas capacidades residuales a optimizar, frente a los modelos globalizadores defendidos por otros autores como Rodríguez-Marín (1986). Desde este concepto restringido, su campo propio de actuación son las discapacidades físicas y/o sensoriales y los trastornos asociados, desde una perspectiva multidisciplinar y multidimensional, con el objetivo de optimizar y potenciar al máximo las capacidades de la persona de cara a su pleno funcionamiento y a su reinserción en la sociedad, tal y como definen los principios de la rehabilitación total (Wright, 1980) y la rehabilitación integral (Moragas, 1974).

En este contexto, nuestro modelo explicativo incluye el *afrontamiento* como variable interviniente en la adaptación a la LM, aspecto central de la rehabilitación entendida como el proceso de aprender a vivir con la discapacidad en el ambiente en el que se mueve la persona (Trieschmann, 1992b). Esta experiencia de aprendizaje es un proceso dinámico en el que el sujeto, inicialmente receptor pasivo del tratamiento médico, pasa después, una vez estabilizada su situación médica y elaborado un plan de rehabilitación, a ser un agente activo en el proceso de aprender a vivir con la LM. Desde esta perspectiva, uno de los objetivos clave de la rehabilitación será, por tanto, facilitar dicha adaptación.

2.2. La psicología de la rehabilitación: su desarrollo y situación actual

El nacimiento de la psicología de la rehabilitación se produce durante la II Guerra Mundial, con la toma de conciencia de la incidencia e 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; Aguado, 1995). Los recursos dedicados a la participación y a la formación de los psicólogos para su intervención en este campo en el entorno norteamericano van configurando una especialidad con entidad propia. Su desarrollo y expansión en los Estados Unidos han dado lugar a la creación de la Division 22 (Rehabilitation Psychology) de la *American Psychological Association* (APA), cuyos principios aparecen proclamados en las Actas de los Congresos de 1972 y 1975, y pueden encontrarse en los clásicos manuales editados por Garrett (1953), Wright (1959), Lofquist (1960), Garrett y Levine (1962/1973), Neff (1971), Golden (1984) y Bolton (1987).

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 y característicos de tal especialidad. A esta afirmación se suman todos aquellos autores que defienden la importancia de las variables psicológicas y el papel del psicólogo en la rehabilitación, así como la necesidad de ampliar su campo de investigación y aplicación (Lofquist, 1979; Shontz y Wright, 1980; Trieschman, 1980, 1984; Aguado, 1987, 1989a y 1995). Otras aportaciones al marco conceptual y teórico de la psicología de la rehabilitación en nuestro país han sido realizadas por Ruano (1993) y Verdugo (1999).

Aguado (1995) describe el desarrollo de la psicología de la rehabilitación en estrecha relación con el devenir histórico del *movimiento rehabilitador*. Surgida inicialmente para atender a los mutilados y veteranos de guerra, la psicología de la rehabilitación vio extender sus avances y aportaciones a todas las discapacidades físicas, a la vez que se afirmaba la necesidad de considerar no sólo las variables físicas, sino también las psicológicas y sociales. Con el tiempo se amplía la atención a la pluralidad de colectivos y, en la década de los ochenta, se caracteriza por un pluralismo conceptual y técnico, configurando en la actualidad un campo de atención a la discapacidad que podemos calificar como extenso, amplio, variado y disperso, en el que debemos situar los estudios del afrontamiento de la LM de reciente aparición.

Los principios de la psicología de la rehabilitación están en estrecha conexión con los planteamientos *comunitarios* y *biopsicosociales* imperantes en las ciencias de la salud, conexión que ha dado lugar a influencias recíprocas y enriquecedoras. Por un lado, la evolución de la psicología de la rehabilitación y su atención a las

discapacidades ha repercutido en la dinamización de otras especialidades de la psicología, realizando aportaciones directas a la psicología clínica, la psicología infantil y la evaluación psicológica en general (Aguado, 1995). Por otro lado, la psicología de la rehabilitación, inicialmente muy influenciada por la teoría de campo de Lewin (1935), se ha beneficiado de las aportaciones de otros desarrollos de la psicología, como la modificación de conducta, la evaluación psicológica, la psicología de la salud y la psicología comunitaria. Este contexto de influencia mutua es el que facilita la introducción de las teorías del estrés y el estudio del afrontamiento en el campo de las enfermedades crónicas, y por ende, en la rehabilitación.

La psicología de la rehabilitación también se beneficia de la introducción de otros movimientos sociales norteamericanos, como el movimiento de los *derechos civiles* y el movimiento para la *vida independiente*. Pero, como afirma Aguado (1995), todas estas influencias no impiden el desarrollo de una especialidad vigorosa y típidamente diferenciada.

Las múltiples áreas de interés que se han investigado en psicología de la rehabilitación abarcan los diferentes ámbitos y protagonistas del contexto rehabilitador (Tabla 4): la persona en rehabilitación, los profesionales, el entorno rehabilitador, social y familiar, siendo la evaluación un área de interés constante.

En general, el estudio de los aspectos psicológicos de la discapacidad física ha girado en torno a dos ejes principales de investigación: por un lado, el estudio de las características de personalidad de los grupos de personas con discapacidad y, por otro, 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.

Todo lo expuesto hasta ahora nos habla de la psicología de la rehabilitación como una disciplina inicialmente rompedora, innovadora y seminal. Sin embargo, como veremos en los siguientes capítulos, su desarrollo teórico se ha centrado en temas como la depresión y las etapas de adaptación, apartándose de la metodología científica y llegando a la circularidad en sus argumentaciones, lo que la ha colocado en un callejón sin salida y ha contribuido a su estancamiento teórico con predominio de modelos explicativos inadecuados (Aguado, 1995).

Así mismo, una consecuencia directa de su origen durante la II Guerra Mundial es el predominio de la búsqueda de soluciones prácticas a la problemática inmediata y la urgencia de intervención en el entorno rehabilitador, en detrimento de la investigación y del rigor metodológico. En este sentido es necesario mencionar la precaria situación de la investigación en psicología de la rehabilitación que, tal como iremos viendo a lo largo de esta publicación, presenta grandes deficiencias metodológicas.

TABLA N.º 4

ÁREAS DE INTERÉS EN PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN

Elementos de la rehabilitación	Áreas de estudio de la psicología de la rehabilitación
Persona en rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Las variables psicológicas intervinientes en rehabilitación. • El proceso de adaptación a la discapacidad. • La personalidad de la persona con discapacidad. • Desarrollo de métodos facilitadores del ajuste personal y el estudio de los procesos de adaptación de diferentes grupos de personas con discapacidad. • Estrategias de intervención y áreas aplicadas (entrenamiento conductual, intervención en grupo, condicionamiento operante, <i>biofeedback</i>, etc). • Desarrollo de nuevas técnicas de rehabilitación y la predicción de resultados.
Profesionales de la rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • El papel del psicólogo, su formación y desarrollo como área de especialidad. • Las actitudes del personal rehabilitador.
Entorno rehabilitador	<ul style="list-style-type: none"> • El estudio del entorno o contexto rehabilitador. • La interacción paciente-personal rehabilitador. • La creación de un ambiente terapéutico. • La satisfacción del cliente.
Entorno social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Las actitudes hacia la discapacidad física. • El impacto de la discapacidad en la familia. • El apoyo social.
Evaluación en Psicología de la rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de instrumentos de evaluación de las personas en proceso de rehabilitación • Evaluación de los resultados de la rehabilitación. • Evaluación de programas (interés despertado en los años setenta y ochenta). • Análisis de los servicios de rehabilitación y el desarrollo de nuevos modelos de servicios.

Tomado de Aguado (1987, 1995).

Los autores que han abordado el tema de forma específica confirman la existencia de serios problemas metodológicos presentes en la evaluación psicológica en rehabilitación y la necesidad evidente de una actualización tecnológica (Aguado, 1989a, 1994; Shontz, 1991; McColl y Skinner, 1992; Glueckauf, 1993; Aguado y Alcedo, 1999). Según Aguado (1989a), a la necesidad de conectar la evaluación con la intervención, abandonando el predominio de la evaluación con mera finalidad diagnóstica y clasificadora, se suma la necesidad de construir instrumentos válidos para la evaluación de las personas con discapacidad y adecuados al entorno rehabilitador.

Dentro de esta preocupación por las cuestiones metodológicas y por avanzar en la construcción de instrumentos válidos en psicología de la rehabilitación se sitúan las aportaciones de este trabajo, en el que presentamos datos de nuestra investigación sobre el afrontamiento como variable interviniente en el proceso de adaptación a la LM.

Hechas estas matizaciones y presentado el marco teórico de la psicología de la rehabilitación, pasamos a centrarnos en el estudio del proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida y a la LM, área de estudio en la que se revela con claridad la necesidad de revitalizar la investigación y la importancia de las aportaciones realizadas desde la perspectiva del estrés y del afrontamiento.

2.3. El proceso de adaptación a la LM: perspectiva histórica y modelos explicativos

) **A** lo largo de este apartado intentaremos hacer un recorrido por las diferentes áreas de estudio de la adaptación a la discapacidad física adquirida y a la LM. En primer lugar nos centraremos en las teorías explicativas y la delimitación conceptual del proceso de adaptación que ha tenido su expresión paradigmática en la LM. Seguiremos con un acercamiento a los modelos explicativos específicos de la LM, para profundizar después en las variables psicológicas estudiadas en dicho proceso.

Con tales pretensiones veremos el camino recorrido desde el estudio de las reacciones emocionales, característico de los modelos de las etapas, hasta la defensa de las diferencias individuales. El reconocimiento de las diferencias individuales ha ido acompañado de la ampliación de las variables psicológicas y sociales estudiadas, así como de la introducción de factores cognitivos mediadores en dicho proceso como es el afrontamiento. La investigación de esta última variable ha generado un cuerpo creciente de conocimiento que puede contribuir a aclarar muchos de los aspectos oscuros del complejo proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida.

Para entender la incorporación del afrontamiento en los estudios de la LM hay que observar la evolución que han seguido los enfoques del estudio de la adaptación como resultado de la aplicación de las diferentes teorías psicológicas al contexto rehabilitador. El análisis de dichos modelos explicativos nos permitirá ejemplificar y justificar la necesidad de la introducción de variables alternativas como el afrontamiento en el estudio de la LM. En efecto, el desarrollo teórico de la psicología de la rehabilitación se revela como insuficiente y estancado en su estudio de la adaptación a la LM y reclama la introducción de nuevas variables que contribuyan a explicar de forma satisfactoria las diferencias individuales encontradas.

El callejón sin salida que caracteriza el estado actual de la psicología de la rehabilitación se pone de manifiesto en diferentes aspectos del estudio del proceso de adaptación a la LM que trataremos en los siguientes apartados: las teorías explicativas del proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida en general, los modelos explicativos específicos de la LM y las variables tradicionalmente estudiadas, especialmente la depresión y la personalidad.

2.3.1. Teorías explicativas del proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida

Como adelantábamos en el apartado anterior, no existe una definición clara de la adaptación a la discapacidad física adquirida. El proceso de adaptación a la LM, integrado en el de adaptación a la discapacidad física, ha sido el más estudiado y se ha beneficiado de las diferentes teorías explicativas aplicadas a la discapacidad física adquirida.

Esta imprecisión conceptual se manifiesta en la utilización de una multiplicidad de términos a la hora de hablar del proceso de adaptación (Russell, 1981; Aguado, 1990; Hammell, 1992). Es frecuente que los autores utilicen diversos términos de forma intercambiable, aunque se suele utilizar el término *adaptación* (*adjustment*) de forma genérica y, principalmente, para hacer referencia a la naturaleza psicológica del proceso.

La bibliografía al uso nos muestra cómo las explicaciones sobre el proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida son el resultado de la aplicación de las teorías al uso en psicología al campo de la rehabilitación (Shontz, 1980; Duval, 1982; Livneh y Sherwood, 1991; Hammell, 1992). Consecuencia directa es que el avance de las investigaciones sobre la adaptación a la LM no ha sido uniforme, sino más bien el resultado de una multiplicidad de puntos de vista y enfoques teóricos, así como de una atomización en sus variables de estudio.

En su revisión, Shontz (1980) diferencia tres grandes bloques en las teorías desarrolladas sobre la adaptación a la discapacidad física adquirida. En primer lugar, se produce una aplicación de las *teorías psicológicas clásicas* caracterizada por un trasvase teórico sin observación directa de la población con discapacidad. En segundo lugar, se crean algunas *teorías específicas* para explicar los aspectos psicológicos de la discapacidad física, como resultado de la observación directa y los estudios de casos. En tercer lugar, se introducen las perspectivas *sociológicas* en un esfuerzo integrador de comprensión de los aspectos psicológicos de la discapacidad. Estas teorías quedan recogidas de forma resumida en la Tabla 5, junto a sus principales aportaciones y los autores que las aplicaron al campo de la discapacidad.

En esta línea, Hammell (1992) describe el estado actual de las investigaciones como el resultado de la tensión entre las teorías psicológicas y las teorías sociológicas sobre el proceso de adaptación, así como los sucesivos intentos integradores de las perspectivas de su estudio. La integración de las perspectivas sociológicas con las concepciones psicológicas en la explicación del proceso de adaptación se plasma en los trabajos clásicos de Dembo, Leviton y Wright (1956), Wright (1960, 1988), Meyerson (1973) y Siller (1969, 1976). Esta perspectiva se mantiene y es defendida en una reciente revisión del tema desarrollada por Dunn (2003).

TABLA N.º 5

TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD	
Teorías psicológicas tradicionales	
Teorías psicoanalíticas	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de defensa, imagen corporal, duelo, etapas, personalidad del discapacitado. • Adler (1927), Menninger (1953), Fisher (1970), Cull y Hardy (1975), McDaniel (1976), Thurer (1985), Hardy y Cull (1987), Rule (1987), Cubbage y Thomas (1989), Sammallahhti, Kannisto y Aalberg (1996).
Teorías conductistas	<ul style="list-style-type: none"> • Principios de modificación de conducta: extinción de conductas inadecuadas y aparición de conductas apropiadas durante la rehabilitación. • Relevancia de las variables ambientales y de las conductas activas. Importancia de trabajar con los familiares y potenciar la motivación y la sensación de control en el paciente. • Asken (1976), Ince (1976), Lutzker, Duval (1982), Muthny y Haag (1987).
Psicología Humanista	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción de la perspectiva optimista: Crecimiento psicológico y satisfacción personal (See, 1985; Riggat, Maki y Wolf, 1986). • Autoconcepto, variables cognitivas, percepción subjetiva y significado de la discapacidad.
Teorías específicas de la discapacidad	
Psicosomática	<ul style="list-style-type: none"> • Cada discapacidad es el resultado de un tipo concreto de conflicto de la personalidad: Alexander, French y Pollock (1968).
Somatopsicología	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción de la perspectiva social en la comprensión de la discapacidad: Barker, Wright y Gonick (1946); Barker (1948); Dembo, Leviton y Wright (1956); Meyerson (1973, 1988); Wright (1960, 1983).
Teorías del duelo y la pérdida	<ul style="list-style-type: none"> • Etapas de adaptación con un estado final denominado recuperación, aceptación o reorganización: Lindemann (1944), Schoenberg, Carr, Peretz y Kutscher (1970), Klinger (1977) y Bowlby (1980).
Teorías sociológicas	
Teorías Sociológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Rol de enfermo (Parsons, 1972) y conducta del enfermo (Mechanic, 1962; Berkowitz, 1986). • Negociación, compensación y etiquetación (Hanks y Poplin, 1990). • Estudio de las actitudes (Yuker, 1965; English; 1971; Siller, 1976), relevancia del entorno social y familiar, y de las actitudes y los profesionales (Katz, Shurka y Florian, 1978).

Elaboración en base a Shontz (1980), Livneh y Sherwood (1991) y Hammell (1992).

Esta diversidad de enfoques teóricos conlleva una evolución del concepto de adaptación que Shontz (1980) describe como el avance desde posiciones puramente *mentalistas* hacia posiciones más aperturistas con la inclusión de las perspectivas *psicosociales* en el estudio de la adaptación a la discapacidad. Esta evolución, presentada en la Tabla 6, también ha estado presente en el estudio de la LM.

Así, el progresivo abandono de las posturas mentalistas del psicoanálisis y las teorías psicosomáticas, que hablaban de los mecanismos de defensa y la personalidad del discapacitado, se vio acompañado de una incorporación de las variables psicosociales y las perspectivas sociológicas, hasta llegar a planteamientos interaccionistas entre la persona y el entorno que caracterizan los estudios actuales del estrés y el afrontamiento.

TABLA N.º 6

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ADAPTACIÓN A LA LM

Concepto de adaptación	Teorías y áreas de interés
1. Concepto <i>mentalista</i> : Adaptación entendida como adaptación personal.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Médicas</i>: Por causas congénitas o enfermedades médicas. • Proceso de adaptación centrado en el impacto psicológico y las reacciones emocionales. • Proceso único y homogéneo. • <i>Psicoanálisis</i> y <i>psicosomática</i>. • Teorías de las etapas.
2. Concepto <i>ambientalista</i> y <i>sociológico</i> : Adaptación entendida como problema social. Se distingue adaptación psicológica y adaptación social.	<ul style="list-style-type: none"> • Predominio de la influencia del ambiente. • Introducción de variables sociales: actitudes, apoyo social y familiar. • <i>Conductismo</i>, <i>somatopsicología</i>, <i>teorías sociológicas</i>.
3. Concepto <i>psicologista</i> . Predominio del concepto de adaptación psicológica y descuido de las variables ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> • Defensa de las <i>diferencias individuales</i>. • Ampliación de las variables psicológicas estudiadas: áreas tradicionales (depresión y personalidad) y áreas nuevas (locus, variables cognitivas). • Ausencia de modelos teóricos unitarios.
4. Concepto <i>interaccionista</i> : Adaptación entendida como la respuesta de la persona a las demandas del ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción persona-ambiente. • Introducción de las teorías del <i>estrés</i> y las estrategias de <i>afrontamiento</i>. • Pluralismo conceptual y técnico. • Apoyo al modelo de las diferencias individuales.

Elaboración propia en base a Shontz (1980) y Hammell (1992)

A pesar del predominio de los enfoques psicologistas en el estudio de la adaptación a la LM, señalado por Oliver (1995), hay que reconocer las aportaciones derivadas de la introducción de la *perspectiva ambientalista* y *sociologicista*. Con ella se libera a la persona de ser el único responsable del éxito o el fracaso en su proceso de adaptación, se reconoce la importancia de las actitudes y la conducta de

los demás, de las variables ambientales y las posibilidades de participación en la sociedad como aspectos claves en el proceso de adaptación. La discapacidad se considera una realidad que se construye en el contexto sociocultural y, desde esta perspectiva, la sociedad puede ser facilitadora de dicho proceso de adaptación. Aquí se sitúan las aportaciones iniciales de autores como Dembo, Leviton y Wright (1956) y Meyerson (1973), así como las propuestas actualizadas de Dunn (2002).

Estas concepciones sociológicas amplían el concepto de adaptación y distinguen dos dimensiones, la *personal*, comúnmente denominada adaptación psicológica, y la *social*, más cercana a conceptos como inserción, integración o el reciente término de inclusión. Cabe destacar que Shontz (1980), en su estudio de la discapacidad, ya diferenciaba entre las implicaciones personales y sociales. Las implicaciones *personales* hacen referencia a los efectos de la discapacidad sobre el sujeto y las reacciones de la persona a tales efectos; mientras que las *sociales* incluyen las acciones, las actitudes y las políticas de la sociedad hacia las personas con discapacidad.

La importancia dada a las variables sociales se traduce también en líneas de investigación sobre las *actitudes* hacia la discapacidad. Sin embargo, y a pesar del amplio número de investigaciones que se han realizado sobre las actitudes hacia la discapacidad, no se ha delimitado con precisión cuál es su papel en el proceso de adaptación y han existido frecuentes problemas metodológicos en su estudio (Aguado, 1990). En nuestra revisión tampoco hemos encontrado investigaciones que estudien su relación con el afrontamiento.

En este contexto de defensa de la importancia de las variables sociales y ambientales se sitúan la influencia del principio de *normalización* (Wolfensberger, 1972, 1984) y las aportaciones del movimiento para la *vida independiente* en lesionados medulares (De Jong, Branch y Corcoran, 1984) en la consideración de la adaptación desde la perspectiva del ambiente como facilitador y resaltando la importancia de los roles sociales ya señalada por Kahn (1977). Así, se habla de la participación de la persona con LM en las diferentes áreas de la vida familiar, laboral, social y comunitaria. La revisión de la *CIDDM - Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (OMS, 1980) que ha dado lugar a la actual *CIF - Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (OMS, 2001) participa también de estos presupuestos.

Detrás de todas las teorías explicativas elaboradas desde la psicología de la rehabilitación hay tres cuestiones clave en la investigación del proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida que se han desarrollado en torno a posturas polarizadas de debate (Aguado, 1990):

- La existencia o no de una personalidad como resultado de la aparición de una discapacidad física.
- La existencia o no de una relación directa entre la gravedad de la discapacidad y el grado de adaptación de la persona.

- La secuencia temporal de la adaptación, entendida como secuencia unidireccional de etapas por las que pasa toda persona o como proceso personal e individualizado.

Shontz (1975, 1977, 1978, 1980) respondió a algunas de estas cuestiones y sentó las bases teóricas del modelo de las diferencias individuales al defender las siguientes afirmaciones:

- No existe una manera estandarizada de adaptación a la discapacidad física adquirida.
- La adaptación a la aparición de una discapacidad física no conlleva necesariamente problemas psicológicos.
- La reacción a la discapacidad no se relaciona de manera simplista con las características físicas de la discapacidad.
- La adaptación a la discapacidad tiene una causalidad múltiple.
- Los factores ambientales tienen gran importancia en el proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida.

En las teorías de Shontz encontramos muchos conceptos de gran actualidad y relevancia para nuestra propuesta teórica de comprensión del proceso de adaptación a la LM desde las teorías del estrés. Así, este autor hace especial hincapié en la *multiplicidad* de factores intervinientes, en la importancia de las *variables cognitivas* y de la valoración que la persona hace de sus esfuerzos de *afrentamiento* para manejar las demandas del entorno.

La realización de estudios para aportar datos que comprueben estas hipótesis de trabajo van a protagonizar un avance progresivo en la defensa de la existencia de diferencias individuales en el proceso de adaptación. Pero la evolución de los estudios al respecto no supone un avance lineal sino que, más bien, podemos hablar de una coexistencia y un solapamiento en los argumentos aportados, así como de la obtención de resultados contradictorios en las investigaciones, reflejo del pluralismo conceptual y técnico característico de la psicología de la rehabilitación que comentábamos anteriormente.

Las dos posturas principales a la hora de explicar la adaptación a la discapacidad física adquirida, el modelo de las *etapas* y el modelo de las *diferencias individuales*, tienen su máximo desarrollo en los estudios de la LM, a cuyo tema dedicamos el siguiente apartado.

2.3.2. Modelos explicativos de la adaptación a la LM: Del modelo de las etapas al reconocimiento de las diferencias individuales

Como mencionábamos en apartados anteriores, la explicación del proceso de adaptación a la LM se ha ido configurando con las aportaciones de las diferentes

teorías psicológicas hasta llegar a la reciente incorporación de los estudios sobre el estrés y el afrontamiento. En general, se suele admitir la existencia de dos enfoques principales en el estudio de la adaptación a la LM, el modelo de las *etapas* y el modelo de las *diferencias individuales* (Brucker, 1983; Aguado, 1990).

Las investigaciones iniciales se centraron principalmente en estudiar el impacto psicológico, las reacciones emocionales y patológicas asociadas a la aparición de la LM. Un supuesto implícito de estas investigaciones iniciales es que la LM produce no sólo secuelas físicas graves, sino también consecuencias psicológicas que hacen a las personas con LM diferentes de las personas sin discapacidad (Brucker, 1983; Trieschman, 1984; Aguado, 1990).

Desde esta perspectiva, el **modelo de las etapas** postula que la persona pasa progresivamente por diferentes fases, resolviendo los problemas psicológicos asociados a cada etapa hasta conseguir la adaptación a la LM de forma satisfactoria. Aquí se incluyen trabajos muy diversos, desde las referencias iniciales para explicar la salud mental y los aspectos emocionales ante la aparición de la LM (Nagler, 1950; Berger y Garrett, 1952; Litin, 1957; Mueller, 1962), hasta su referencia obligada al mencionar los aspectos psicosociales de la LM (Hohmann, 1975; Pepper, 1975; Peter, 1975), sin olvidar los autores que consideraban dichas etapas como el eje central del proceso de adaptación (Dunn, 1970; Dinardo, 1971; Lawson, 1976). De hecho, las primeras menciones al afrontamiento de la LM hacen referencia, en realidad, a las etapas de adaptación, como muestran los trabajos de Rigoni (1977) y de Stewart (1977). Estas etapas han sido descritas en los trabajos clásicos de Weller y Miller (1977a, 1977b), Lindemann (1981), Kerr (1983), Siller (1983), Krueger (1988), y están presentes en trabajos más recientes, como los de Antonak y Livnech (1991) o Livnech y Antonak (1991, 1997).

Detrás de las teorías de las etapas está implícita la idea de que la *depresión* y la *negación*, elementos clave del proceso de adaptación, son respuestas esperadas e incluso necesarias en el proceso natural de duelo por la pérdida. Aplicando esta perspectiva se ha afirmado que no aceptar la pérdida de las propias habilidades interfiere y obstaculiza la motivación y la rehabilitación del lesionado medular (Dembo *et al.*, 1956; Heijn y Granger, 1974).

Consecuentemente, los teóricos de este modelo asumen una serie de etapas predecibles que ocurren en una secuencia determinada por la que la persona tiene que pasar necesariamente para lograr la adaptación y la aceptación de la LM. Pero, como señala Aguado (1990), no hay un acuerdo sobre el número de etapas y el orden de su sucesión no coincide, los estudios carecen de una metodología diferencial y hay un cuerpo creciente de datos que contradicen la existencia de un proceso único de adaptación a la LM. Todas estas razones hacen insostenible la teoría de las etapas y han promovido un desplazamiento del interés investigador hacia las diferentes variables psicológicas intervinientes en dicho proceso de adaptación, para poder explicar las diferencias individuales encontradas.

De hecho, desde el propio modelo de las etapas hay autores que llegan a reconocer que dichas etapas no son discretas (Siller, 1983), secuenciales (Kerr, 1983), exactas ni claras (Krueger, 1988). Estas voces de la transición mantienen la contradicción de afirmar que la reacción a la LM es idiosincrática a la vez que siguen utilizando las etapas por su valor descriptivo y la no existencia de un modelo alternativo claro (Aguado, 1990).

Todo ello nos lleva a pensar que las teorías de las etapas, más que teorías explicativas de validez científica, parecen ser una herramienta de valor heurístico para la familia, el personal sanitario y los propios pacientes (Wright, 1960; Goldiamond, 1976; Crew y Krause, 1987). Sin embargo, y a pesar de la falta de evidencia empírica, la idea de una secuencia de etapas predecibles ha originado frecuentes diagnósticos apriorísticos y ha cautivado durante mucho tiempo a los profesionales de la rehabilitación, guiando la práctica profesional. Así lo muestran los trabajos de Livneh (1986) y de French y Phillips (1991), autores que describen un programa de formación de profesionales basado en la anticipación de las etapas de reacción de las personas con LM.

Las limitaciones de las teorías de las etapas para explicar el complejo proceso de adaptación a la LM, junto con la creciente evidencia empírica que no apoya la existencia de una personalidad única del lesionado medular ni la existencia de una secuencia temporal de reacciones a la lesión, hacen necesaria una reconsideración de las teorías predominantes hasta ese momento para explicar dicha adaptación. La reformulación teórica reclama también la sistematización de las investigaciones y la introducción de nuevas variables psicológicas relevantes (Aguado, 1990), entre las que cabe destacar nuestra variable de estudio, el *afrontamiento*.

Así, conceptos como la depresión o la negación, elementos clave en las teorías tradicionales, ven cuestionado su protagonismo en las explicaciones que se dan de la adaptación a la LM. Parece más apropiado abandonar los enfoques centrados en los aspectos patológicos (Radnitz, Bockian y Moran, 2002) y hablar de las conductas o las estrategias de afrontamiento que la persona utiliza ante la falta de información y su esperanza de recuperación.

En la práctica, el modelo de las etapas de adaptación no sólo no ha ofrecido un enfoque explicativo válido, sino que ha planteado grandes obstáculos para avanzar en esa dirección. Por un lado, las expectativas de depresión en los pacientes con LM ha provocado en los profesionales prácticas clínicas y actitudes que, lejos de favorecer la recuperación, provocan y refuerzan las reacciones patológicas (Tucker, 1980, 1988; Bodenhamer, Achterberg-Lawlis, Keverkian, Belanus *et al.*, 1983; Ernst, 1987; Frank, Elliott, Wonderlich *et al.*, 1987). Por otro lado, dada su creencia en el transcurso temporal en el que la persona va logrando la aceptación, este enfoque ha descuidado la investigación de grupos relevantes de personas con LM, como son las personas que no sufren esos problemas de adaptación, o bien ese grupo que no

llega a la etapa final de aceptación hipotetizada, que presenta dificultades en su proceso de adaptación y que requiere un mayor apoyo profesional. Por todo ello, siguiendo a Trieschmann (1988) y Aguado (1990), no parece arriesgado afirmar que son más los frenos puestos al avance científico en psicología de la rehabilitación que los logros aportados por el modelo de las etapas.

Frente al estancamiento de los teóricos de las etapas, la defensa de la necesidad de una reformulación teórica vendrá de la mano del **modelo de las diferencias individuales**, que afirma que el proceso de adaptación a la LM no es único ni homogéneo para todos los sujetos y que no sigue una secuencia determinada de fases o etapas. Autores de esta línea de investigación afirman también que no existe una personalidad única del lesionado medular y que no hay correlación entre la *gravedad* de la discapacidad y el *desajuste psicológico* (Shontz, 1983; Trieschman, 1984; Aguado, 1990). Estas afirmaciones encuentran un respaldo empírico creciente en trabajos de investigación como los de Lawson (1978), Fullerton, Harvey, Klein y Howell (1981), Decker (1982), Silver (1982), Frank, Kashani, Wonderlich, Lising et al. (1985), Davidoff, Roth, Thomas y Doljanac (1990), Gerharts, Johnson y White-neck (1992), Elliott y Frank (1996) y Krause y Rohe (1998). Desde este modelo se hace especial hincapié en la importancia de las variables *psicológicas* en el proceso de adaptación y en la *individualidad* de dicho proceso.

Aguado (1990) realizó un análisis comparativo de los modelos de las etapas y los modelos de las diferencias individuales en función de tres criterios principales: la coherencia teórica, el respaldo empírico y las implicaciones terapéuticas, defendiendo la superioridad de los modelos de las diferencias individuales para explicar la adaptación a la LM. Mientras que el modelo de las etapas carece de coherencia teórica y de respaldo empírico, a la vez que propone un tratamiento estandarizado de la persona convirtiéndola en mero receptor pasivo de la rehabilitación, el modelo de las diferencias individuales presenta datos válidos en contra de dichas etapas y tiene respaldo empírico parcial. La coherencia teórica de este último modelo se basa en la incorporación de variables alternativas para explicar el proceso específico y diferencial de adaptación de cada persona desde el reclamo de la introducción de una metodología diferencial. Consecuentemente, este autor propone un tratamiento individualizado en el que la persona se convierta en un agente activo de su proceso de rehabilitación.

La defensa de las diferencias individuales conecta directamente con la pluralidad de teorías presentes en la psicología de la rehabilitación. Así, son muchas las perspectivas teóricas desde las que se han hecho contribuciones a la comprensión de los aspectos psicológicos de la LM, hasta la inclusión de la perspectiva de las teorías del estrés y el estudio del afrontamiento. Entre ellas podemos destacar la teoría de la *indefensión aprendida* (Seligman, 1985), la *teoría del mundo justo* (Lerner, 1980), las teorías basadas en la *atribución causal* y el *locus de control* (Rotter, 1966), los procesos de *comparación social* (Taylor, Wood y Lichtman, 1983; Decker,

1982; Schultz y Decker, 1985), las aportaciones del *modelo cognitivo del estrés* (Lazarus y Folkman, 1986) y los estudios sobre el *estrés postraumático* y la *victimación* (Janoff-Bulman, 1989).

Por otro lado, el reconocimiento de las diferencias individuales va acompañado de una progresiva ampliación de las variables psicológicas estudiadas y de la adopción de perspectivas experimentales que comienzan a reclamar la necesidad de una metodología diferencial. Sin embargo, el desarrollo actual de las investigaciones sobre la adaptación a la LM es el resultado de la diversidad y la dispersión de las variables psicológicas estudiadas. Podemos hablar de un momento en el que se está acumulando evidencia empírica sobre las diferencias individuales pero falta un modelo teórico global que integre los resultados obtenidos y explique la relación entre las variables intervinientes de forma satisfactoria (Aguado, 1990).

En este sentido, Elliott y Frank (1996) sugieren la conveniencia de que las teorías actuales sobre la adaptación a la LM adopten una perspectiva biopsicosocial que tenga en cuenta los efectos interactivos entre los parámetros de la discapacidad, los estresores psicosociales y los factores del binomio persona-ambiente. Ello permitiría explicar las diferencias individuales, predecir la depresión y otros indicadores de dicha adaptación. Vemos así cómo la incorporación de la perspectiva del estrés y el afrontamiento tiene mucho que aportar al desarrollo del modelo de las diferencias individuales, como comentaremos en el Capítulo 3.

Recogiendo todas las aportaciones de los diferentes autores y sus teorías sobre la discapacidad física adquirida y la LM, en el siguiente apartado vamos a delimitar el concepto de adaptación a la LM y a situar el afrontamiento como variable interviniente en dicho proceso.

2.3.3. Delimitación conceptual de la adaptación a la LM

En función de todo lo visto hasta ahora, las aportaciones realizadas desde las diferentes perspectivas teóricas nos llevan a entender la adaptación a la LM como un concepto complejo y multidimensional que debe considerar los factores *biológicos, psicológicos, sociales* y del *entorno*. Ello implica la superación de los enfoques parciales anteriormente mencionados, presentes en los conceptos mentalistas, ambientalistas y psicologicistas, y adoptar un concepto interaccionista de la misma.

Sin embargo, los principios de multidimensionalidad y de abordaje integral de la rehabilitación que compartimos hoy en día no han estado siempre presentes en el estudio de la adaptación a la LM. Ha sido necesaria una evolución de los enfoques adoptados en su estudio, con la incorporación del modelo biopsicosocial, los prin-

cipios de la intervención comunitaria y las aportaciones derivadas de las ciencias de la salud, mencionados al inicio de este capítulo, y se han visto reforzados con la introducción de las teorías del estrés y el afrontamiento.

La complejidad y la multidimensionalidad de la adaptación a la LM ha sido sugerida de forma unánime en la bibliografía al uso (Lindemann, 1981; Brucker, 1983; Trieschmann, 1984, 1988, 1992a; Richards, 1986; Butt, 1989; Dew-Cates, 1989; Aguado, 1990; Heinemann, 1995b). Esta multidimensionalidad de la adaptación ya estaba implícita en el trabajo de Shontz (1980) que describe cuatro niveles de impacto de la discapacidad: el directo, el instrumental, la reacción emocional y el molar. Por su parte, Richards (1986) define la adaptación a la LM como un concepto multifacético que abarca diferentes dimensiones, entre las que incluye la conducta, los sentimientos y las actitudes. En esta misma línea, Dunn (1975) distingue diferentes áreas de adaptación a la LM: la adaptación física, la social, la sexual y la psicológica. Drew-Cates (1989) introduce el punto de vista del lesionado medular y describe diferentes dimensiones en el proceso de adaptación: enfoque personal, aspectos físicos, emocionales, racionales, productivos y laborales, estrategias de afrontamiento, recursos personales, condiciones del entorno y actitudinales.

Desde esta perspectiva, algunos autores han señalado la conveniencia de realizar evaluaciones multidimensionales y análisis multivariados que contribuyan a aclarar la falta de concordancia entre muchos de los estudios realizados de mediciones aisladas (Aguado, 1990; Bas, Gala y Díaz, 1994). Sin embargo, las dificultades para abordar dicha multidimensionalidad son obvias, lo que ha motivado que en la práctica las investigaciones se hayan centrado en los aspectos psicológicos de la adaptación a la LM.

Para Trieschmann (1988, 1992a) la adaptación es el proceso de restaurar el equilibrio entre los factores psicosociales, orgánico-biológicos y ambientales de la vida de una persona, alterado por la aparición de la discapacidad. Esta autora describe el resultado final de la adaptación a la LM como una ecuación en la que intervienen numerosos factores e interactúan variables personales, orgánicas y ambientales. Siguiendo ese esquema, en la Tabla 7 hemos reflejado las variables intervinientes en el proceso de adaptación a la LM y la multicausalidad entre lo biológico, lo psicológico y lo social. Desde esta perspectiva interaccionista se reconoce la importancia de las estrategias de afrontamiento para manejar el estrés durante el proceso de adaptación.

Sin embargo, todas estas variables no han sido siempre consideradas en el estudio de la adaptación a la LM. Ante la falta de un modelo global que integre todos los factores intervinientes en el proceso de adaptación a la LM, podemos hablar de un predominio del estudio de los factores psicológicos y una postergación de las variables del entorno (Trieschmann, 1984; Aguado, 1990).

TABLA N.º 7

VARIABLES INTERVINIENTES EN LA ADAPTACIÓN A LA LM		
Adaptación	VARIABLES INTERVINIENTES	Tipo de variables
Nivel Orgánico	El nivel de la lesión y la funcionalidad residual.	Físicas y/o
	La evolución y complicaciones médicas.	Fisiológicas
	La fuerza y la resistencia física.	
Nivel Personal	La edad, el nivel educativo y la capacidad intelectual.	Sociodemográficas
	La personalidad, el <i>locus</i> de control y las estrategias de afrontamiento del estrés.	Psicológicas
	La autoestima, la autoimagen y la creatividad.	Cognitivo-
	Los hábitos o estilo de vida.	Conductuales
	La sexualidad.	
	El estado de ánimo.	
	Las preferencias y los refuerzos.	Afectividad
	El significado personal de la discapacidad.	Motivacionales
Nivel Socio-Ambiental	Las creencias religiosas o la filosofía de vida.	Espiritualidad
	El entorno hospitalario.	
	La interacción con el personal sanitario.	
	Los tratamientos a los que se ve sometido.	Hospitalarias
	El manejo de la información.	
	El estigma social y los estereotipos sobre la discapacidad.	Actitudes
	El apoyo familiar e interpersonal.	Socio-familiares
	La reacción y el afrontamiento de la familia.	
	La seguridad económica, la situación laboral.	Económicas
	Las influencias étnicas y culturales.	Culturales
El acceso a los cuidados médicos y las ayudas técnicas.	Recursos técnicos	
Las oportunidades recreativas y educativas.	Ocio	
Las barreras urbanísticas y el transporte.	Accesibilidad	

Elaborado en base a Trieschmann (1988, 1992a).

A modo de resumen y englobando las aportaciones de los enfoques revisados anteriormente, desde una perspectiva interaccionista podemos describir el proceso de adaptación a la LM como:

- *Individual*. No existe una forma estandarizada de adaptación a la LM, sino que es un proceso individual y diferenciado para cada persona.
- *Multidimensional*. Afecta a todas las dimensiones de la vida de la persona y debe contemplarse en la esfera física, psicológica y social.
- *Interactivo*. No se produce de forma aislada sino en relación continua con el ambiente.
- *Dinámico*. No es un estado final al que se llega sino un proceso evolutivo que comienza en el momento de su aparición y continúa a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

Por otro lado, la ausencia de una definición única de adaptación a la LM ha estado acompañada de dificultades en su evaluación y operativización. La bibliografía

al uso revela muchos obstáculos y deficiencias metodológicas en dichas investigaciones, como ha sido señalado reiteradamente por Trieschman (1988), Aguado (1990), Daverat (1992), Aguado y Alcedo (1995b), Cushman y Scherer (1995) y Heinemann (1995a).

En primer lugar, existe un predominio de estudios de casos basados en observaciones y en la experiencia clínica más que en una metodología empírica. Ejemplos de ello son los estudios *impresionísticos* de Nagler (1950), Cohn (1961), Harris, Patel, Greer y Naughton (1973), Braakman, Orbaan y Dishoeck (1976), Weller y Miller (1977a, 1977b), Roessler y Bolton (1978b), Burnham y Werner (1979), Lindemann (1981), Dew, Lynch, Ernst y Rosenthal (1983), White (1983), Ray y West (1983), Vargo (1989), Jubala (1990) y Laskiwski y Morse (1993).

En segundo lugar, a menudo se utilizan instrumentos inadecuados, como ocurre en los estudios de Wittkower, Gingras, Mergler, Wigdor et al. (1954), Weiss y Diamond (1966) y Cook (1979), o no se especifica los métodos de análisis y de evaluación (Wittkower *et al.*, 1954; Kerr y Thompson, 1972). Si a esto añadimos la ausencia de información sobre la validez y la fiabilidad de dichos instrumentos o la utilización de instrumentos de cuestionable fiabilidad y validez, nos encontramos con un cúmulo de circunstancias que debilitan las conclusiones obtenidas y reclaman estudios previos de validación de los instrumentos de evaluación (Trieschmann, 1984; Aguado y Alcedo, 1999).

Por último, además de estas dificultades metodológicas, la bibliografía al uso muestra problemas en la investigación de la LM derivados de los sesgos en la selección de la muestra, los momentos de la evaluación, los criterios de elección de las variables dependientes (mediciones de resultados) y las variables de confundio, así como la diversidad de instrumentos utilizados (Ostby y Leung, 1987; Eisenberg y Glueckauf, 1991; Daverat, 1992). En cualquier caso, todas estas afirmaciones no son exclusivas del estudio del proceso de adaptación y se pueden hacer también extensibles a los estudios del afrontamiento de la LM, como veremos en capítulos posteriores.

Un requisito imprescindible para poder avanzar en la comprensión de la adaptación a la LM es abandonar las posiciones especulativas propias del modelo de las etapas y realizar mediciones objetivas y estandarizadas aplicando la metodología diferencial, desde los presupuestos de las diferencias individuales (Shontz, 1989; Aguado, 1990). Ello requiere tanto la identificación de las variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la LM como la construcción de instrumentos válidos para su evaluación en el contexto de la rehabilitación, demanda cada vez más frecuente entre los investigadores (Lindemann, 1981; Trieschmann, 1984; Jubala y Brenes, 1988; Buckelew, Baumstark, Frank y Hewett, 1990; Cushman y Scherer, 1995; Elliott y Umlauf, 1995; Heinemann, 1995a; Aguado y Alcedo, 1999). En este contexto es en el que se enmarca nuestro trabajo de validación

de instrumentos de evaluación del afrontamiento de la LM que expondremos posteriormente.

La multiplicidad de enfoques teóricos que caracteriza la psicología de la rehabilitación y la dispersión de las variables evaluadas en los estudios sobre la adaptación a la LM se han visto acompañadas de una gran diversidad de instrumentos de evaluación, hecho que dificulta la comparación de los resultados obtenidos. A las frecuentes deficiencias metodológicas en la investigación hay que añadir una falta de preocupación por analizar la validez y la adecuación de los cuestionarios utilizados en la evaluación de la adaptación a la LM. Llama la atención que sólo hemos encontrado un trabajo de revisión de los instrumentos que se han utilizado para evaluar la adaptación a la discapacidad física realizado por Heinemann (1995a).

A continuación, y después de revisar los modelos explicativos del proceso de adaptación a la LM y su delimitación conceptual que reconoce la importancia de las variables psicológicas intervinientes, vamos a analizar cuáles han sido las variables más estudiadas para explicar los aspectos psicológicos de la LM. Para ello presentaremos una panorámica general tanto de las variables *clásicas* como de las variables *alternativas* que se van introduciendo en el estudio de la LM, hasta la consideración del afrontamiento.

2.3.4. Las variables psicológicas estudiadas en personas con LM

Las variables psicológicas estudiadas en lesionados medulares son el reflejo de los diferentes enfoques teóricos que hemos expuesto en apartados anteriores. En general, podemos hablar de una atomización de las áreas evaluadas y de enfoques parciales centrados en una sola variable, razones que han contribuido a la ausencia de un modelo global para explicar el complejo proceso de adaptación.

En un primer momento predomina la presencia de las variables *tradicionales* de la psicología de la rehabilitación (depresión y personalidad) y posteriormente se van introduciendo variables *alternativas*, hasta llegar a la incorporación de la perspectiva del estrés y del afrontamiento como variable interviniente en el proceso de adaptación a la LM.

Entre las variables psicológicas tradicionalmente estudiadas en las personas con LM la más evaluada con diferencia ha sido la **depresión**. La mayoría de las investigaciones se han realizado desde el enfoque de la *psicopatología* y se han centrado en la morbilidad psicológica de las personas con LM (Fullerton *et al.*, 1981; Howell, Fullerton, Harvey y Klein 1981; Judd, Burrows y Brown, 1986; Judd, Stone, Webber, Brown *et al.*, 1989; Cushman y Dijkers, 1991; Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman *et al.*, 1993; Kishi, Robinson y Forrester, 1994; Boekamp, Overholser y Schubert, 1996; Kemp, Krause y Adkins, 1999). También ha sido frecuente su estudio como

indicador de adaptación a la LM (Umlauf y Frank, 1983; Frank *et al.*, 1985; Frank, Elliott, Corcoran y Wonderlich, 1987; Overholser, Schubert, Foliart y Frost, 1993; Craig, Hancock y Dickson, 1994a; Kemp y Krause, 1999). Algunos estudios han relacionado la depresión con el *nivel de actividad* (MacDonald, Nielson y Cameron, 1987) o con aspectos *neuropsicológicos* (Davidoff, *et al.*, 1990a) presentes ante la aparición de una LM. La importancia de esta variable en los estudios de la LM requiere que le dediquemos un apartado específico en nuestra investigación, como haremos más adelante.

En ocasiones el estudio de la depresión en lesionados medulares se ha visto complementado con mediciones de la reacción emocional como el *enfado* (Bracken, Shepard y Webb, 1981), la *hostilidad* (Richards, 1984), la *ansiedad* (Cook, 1979; Nestoros *et al.*, 1982; Somasundaram, Balakrishnan, Ravindran y Shanmugasundaram., 1992; Hancock, Craig, Dickson, Chang *et al.*, 1993; Craig, Hancock y Dickson, 1994b) y la *ansiedad social* (Dunn y Herman, 1982).

Una línea reciente de investigación, presente en los trabajos de Duff (1997) y del equipo de Radnitz (Radnitz, Hsu, Willard, Perez-Strumolo *et al.*, 1998; Radnitz, Hsu, Tirch, Willard *et al.*, 1998), se ha centrado en el estudio de los trastornos de ansiedad asociados al *estrés postraumático* en personas con LM de etiología traumática (asalto, caída, accidente de tráfico, etc).

Otras variables psicológicas a las que se ha prestado atención, aunque mucho menor, en el estudio de las personas con LM son el *autoconcepto* (Mayer y Eisenberg, 1982; Green, Pratt y Grigsby, 1984; Ortiz, 1990; Sherrill, Hinson Gench y Kennedy, 1990), la *autoestima* (Coyle, Lesnik-Emas y Kinney, 1994; Kennedy, Gorsuch y Marsh, 1995), la *imagen corporal* (Sangorrín, 1977; Euchner, 1980; Evans, 1983; Ortiz, López, Martín y Juan, 1990), la *apariencia personal* (Kaiser, Wingate, Freeman y Chandler, 1987) y el *cambio de valores* (Wright, 1983; Weir, 1987; Keany y Glueckauf, 1993).

Como variables alternativas para entender las diferencias individuales observadas en el proceso de adaptación a la LM se han sugerido la *personalidad previa* (Shontz, 1971, 1980, 1983; English, 1983), los *estilos de vida previos* y los *factores conductuales de riesgo* (Fordyce, 1964; Trieschmann, 1980, 1984; Brucker, 1983; Ditunno, McCauley y Marquette, 1985; Mawson, Jacobs, Winchester y Biundo, 1988; Aguado, 1990; Coyle, Shank, Kinney y Hutchins, 1993; Noreau y Fougeyrollas, 1996).

Un número creciente de autores ha sugerido la importancia del *entorno hospitalario* (Hanson, 1974; Kahn, 1977; Scofield, Pape, McCracken y Maki, 1980; Kennedy, Fisher y Pearson, 1988; Trieschmann, 1988; Nelson, 1990a, 1990b, 1992; Tate, Maynard y Forchheimer, 1992) y se ha señalado la relevancia de los factores *culturales* y *étnicos* (Elliott y Umlauf, 1995) y de variables como la comunicación de la

información sobre la LM en el entorno rehabilitador (Anguera, 1980; Trieschmann, 1984; Rintala, Hanover, Alexander, Sanson-Fisher *et al.*, 1986; Aguado, 1990; Dunn, Sommer y Gambina, 1992).

Pero sin duda, algunas de las principales aportaciones a la comprensión de las diferencias individuales en la adaptación a la LM se derivan de la introducción de las *teorías del estrés*. A la evidente necesidad de atender a un proceso de adaptación que no es único, homogéneo ni común a todos los lesionados medulares, se unen las aportaciones de los estudios sobre las víctimas, la intervención en crisis y los sucesos vitales. Desde esta perspectiva, el modelo cognitivo del estrés introdujo nuevas variables y áreas para el estudio de la LM, como el apoyo social y el afrontamiento, confirmando la importancia del papel que juegan las variables cognitivas y psicosociales en el proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida.

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; Schulz y Decker, 1982, 1985; Pollets, 1985; Thoits, 1986; McNett, 1987; Elliott, Herrick *et al.*, 1992a, 1992b; Rintala, Young, Hart, Clearman *et al.*, 1992; Rintala, Young, Hart y Fuhrer, 1994; Chwalisz y Vaux, 2002), así como del *estado de salud* y de la *calidad de vida* (Anson, Stanwyck y Krause, 1993; Herrick, Elliott y Crow, 1994a). En esta línea, McColl y colaboradores (McColl, 1991; McColl, Lei y Skinner, 1995; McColl y Skinner, 1995) han estudiado su relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM.

En numerosas ocasiones se ha señalado también la importancia del papel de la **familia** en el proceso de rehabilitación y de adaptación a la LM (Bray, 1980; McGowan y Roth, 1987; Oliver *et al.*, 1988; Robertson, 1989; Sullivan, 1994; Elliott y Shewchuk, 1998; Shewchuk y Elliott, 2002). Algunos autores han estudiado el *impacto* de la aparición de la lesión en la familia (Cleveland, 1989; Neilson, 1990; Steinbauer, 1989; Hoad, Oliver y Silver, 1990) y el *afrontamiento* familiar de la LM (Danielson, Hamel-Bissell y Winstead-Fry, 1993; Turnbull, Patterson, Behr, Murphy *et al.*, 1993).

Las *habilidades sociales* también han atraído la atención de los investigadores en de la LM, principalmente la *asertividad* (Joiner, Lovett y Goodwin, 1989; Elliott, Herrick, Patti, Witty *et al.*, 1991; Glueckauf y Quittner, 1992) y las *estrategias de resolución de problemas* (Elliott, Godshall, Herrick, Witty *et al.*, 1991; Elliott, Herrick, y Witty, 1992). Los estudios sobre el afrontamiento han puesto de relieve la importancia clínica de dichas estrategias de resolución de problemas para el entorno rehabilitador y el proceso de adaptación.

Entre las variables **cognitivas** derivadas de los estudios sobre los sucesos vitales traumáticos utilizadas para explicar la adaptación a la LM encontramos la *negociación con la realidad* (Snyder, 1989; Elliott, Witty, Herrick y Hoffman, 1991), la *ilusión* (Ja-

noff-Bulman, 1989), la *esperanza* (Snyder, 1989; Laskiowski y Morse, 1993; Mason, 1994), las *creencias irreales* (Snyder, 1989; Taylor, Collins, Skokan y Aspinwall, 1989) y la *búsqueda de significado* (Silver, 1982; Taylor, 1983; Dollinger, 1986).

Después de que Bostick (1977) determinara que las áreas que constituyen la *calidad de vida* de las personas con LM son las mismas que para la población general, numerosos autores comenzaron a incluir este concepto en el estudio de la LM junto con la *satisfacción vital* (Carlson, 1979; Weinberg, 1984; Crewe y Krause, 1990; Gagnon, 1990; DeVivo y Richards, 1992; Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman *et al.*, 1992; Krause, 1992; Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman *et al.*, 1993; Clayton y Chubon, 1994; Coyle *et al.*, 1994; Stensman, 1994; Boswell, 1997).

Paralelamente se ha producido también una progresiva inclusión del *punto de vista del lesionado medular* sobre la rehabilitación y el proceso de adaptación (Lawson, 1978; Pelletier, Rogers y Thurer, 1985; Dew-Cates, 1989; Nelson, 1990a, 1990b). En este sentido Krause (1998) resalta la importancia de la *percepción subjetiva* de las personas con LM sobre su adaptación, como ya se mostró en el trabajo testimonial de Caywood (1974).

El estudio de las variables *neuropsicológicas* en personas con LM, cuya importancia ha sido también señalada por Jubala y Brenes (1988), es resultado directo de los avances médicos y las técnicas diagnósticas. Hay estudios que reflejan esta creciente preocupación por investigar el traumatismo craneo-encefálico y el daño cerebral asociados a la LM, y la necesidad de tener en cuenta sus implicaciones para el proceso de adaptación (Davidoff, Morris, Roth y Bleiberg, 1985; Wilmot, Cope, Hall y Acker, 1985; Stambrook, Moore, Peters, Zubek, 1991; Povolny y Kaplan, 1993).

En este contexto, el **afrontamiento** aparece en la escena científica como una variable prometedora para el estudio de las áreas de salud y, consecuentemente, de la rehabilitación. Esta importancia se refleja en los estudios sobre lesionados medulares con su aportación de teoría, de instrumentos de medición y de una renovadora línea de investigación que comparte el modelo de las diferencias individuales. Aquí se incluyen los trabajos iniciales de Silver y Wortman (1980a), Silver (1982), Felton y Revenson (1984), junto a los trabajos que introducen el afrontamiento como una variable central del proceso de adaptación, como Frank, Elliott, Corcoran y Wonderlich (1987), Frank, Umlauf, Wonderlich, Askanazi *et al.* (1987), Frank, Van Valin y Elliott (1987), Drew-Cates (1989), Buckelew, Baumstark, Frank y Hewett, (1990), Buckelew, Frank, Elliott, Chaney *et al.* (1991), Barone (1993), Hanson, Buckelew, Hewett y O'Neal (1993), Meyer (1998) y Soltz (1998), cuyos resultados tendremos ocasión de analizar más adelante.

Sin embargo, la psicología de la rehabilitación no ha realizado una aplicación sistemática de las teorías del estrés al estudio de la LM, ni existe un modelo elaborado que integre la variable afrontamiento y explique su papel dentro del proceso

de adaptación. En este sentido, se reconoce su importancia dentro de las variables psicológicas pero no existe una clara delimitación conceptual ni se ha alcanzado una operativización consensuada, como veremos en los próximos capítulos.

Es necesario señalar que esta introducción de variables alternativas en el estudio de la LM no ha estado libre de dificultades. Diferentes autores han señalado la existencia de serias deficiencias metodológicas en el estudio de los aspectos psicológicos de la LM (Frank, Van Valin y Elliott, 1987; Aguado, 1990; Craig, Hancock, Dickson, Martin *et al.*, 1990). Existe un predominio de estudios de casos e informes de estimación subjetiva, una escasa frecuencia de estudios de seguimiento, un olvido de las variables del entorno hospitalario y de procedencia, así como una exclusión de la metodología diferencial y una utilización de instrumentos de escasa validez para la LM (Aguado, 1990). Como veremos en capítulos posteriores, estas deficiencias también están presentes en el estudio del afrontamiento de la LM.

En resumen, podemos afirmar que la mayoría de los estudios se centran en la morbilidad psicológica y los resultados negativos de la adaptación a la LM, frente a la ausencia de estudios que analicen los factores que favorecen el proceso de adaptación. Así mismo, se da una atomización de las áreas evaluadas en la adaptación a la LM con atención fluctuante a las diferentes variables psicológicas, siendo las más estudiadas la depresión, la personalidad y el *locus*, variables a las que vamos a dedicar los siguientes apartados.

2.3.4.1. Depresión y LM

A pesar de que la depresión es la variable más estudiada y el indicador de adaptación más utilizado, es necesario aclarar los resultados contradictorios derivados del amplio volumen de publicaciones que ha generado y ubicarla en nuestro modelo explicativo de la adaptación a la LM. La incorporación de la perspectiva de los estudios del estrés y el afrontamiento permiten profundizar en el estudio de la depresión y su papel en el proceso de rehabilitación, superando las concepciones erróneas existentes derivadas del modelo de las etapas y de las insuficiencias metodológicas presentes en su investigación.

Las dos cuestiones principales que han vertebrado las investigaciones sobre la depresión en lesionados medulares están directamente relacionadas con el proceso de adaptación: por un lado, su universalidad y necesaria aparición en toda persona con LM y, por otro, su significación para el curso y el éxito de la rehabilitación (Aguado, 1990).

La *universalidad* de la depresión, defendida por el modelo de las etapas, no encuentra apoyo empírico frente a la creciente evidencia de que hay un gran número de lesionados medulares que no sufre depresión y que son capaces de adaptarse y afrontar la LM sin mayores dificultades o, mejor dicho, a pesar de ellas (Ho-

well, Fullerton, Harvey y Klein, 1981; Nestoros, Demers-Desrosiers y Dalicandro, 1982; Richards, 1986; Buckelew *et al.*, 1990; Judd, Brown y Burrows, 1991; Hanson *et al.*, 1993; Kishi, Robinson y Forrester, 1994; Elliott y Frank, 1996; Radnitz *et al.*, 2002; Richards, Kewman y Pierce, 2002).

En esta línea, y contradiciendo las predicciones de los modelos de las etapas sobre la *significación* de la depresión en el curso de la rehabilitación, existen datos que asocian la ausencia de episodios depresivos durante la hospitalización inicial de la rehabilitación con una mejor adaptación a corto y a largo plazo (Dinardo, 1971; Lawson, 1978; Bracken y Berstein, 1980; Trieschmann, 1980; Malec y Neimeyer, 1983; Umlauf y Frank, 1983; Richards, 1986; Buckelew *et al.*, 1990; Elliott y Harkins, 1991; Fuhrer *et al.*, 1993; Cairns, Adkins y Scott, 1996). Es decir, quienes no se deprimen en la fase aguda parecen adaptarse mejor a largo plazo, mientras que la aparición de puntuaciones altas en depresión durante los meses de hospitalización es un indicador a peor pronóstico de adaptación a largo plazo.

La falta de conclusiones definitivas sobre la depresión y la LM, y que a menudo ha dado lugar a creencias erróneas al respecto, es el resultado de las deficiencias metodológicas y los errores frecuentemente cometidos en su estudio, entre los que cabe destacar:

- La disparidad de *criterios diagnósticos* utilizados, junto a la utilización de definiciones de depresión imprecisas y ambiguas (Gans, 1981; Stewart y Shields, 1985; Judd, Brown y Burrows 1991; Frank, Chaney, Clay, Shutty *et al.*, 1992; Trieschmann, 1992b). Algunos autores han señalado la influencia de la percepción del personal sanitario en dichas apreciaciones diagnósticas (Cushman y Dijkers, 1990; Dijkers y Cushman, 1991).
- El *momento de evaluación*, generalmente durante la fase aguda, cuando el paciente está inmovilizado y en ocasiones sedado, podría explicar muchos de los resultados obtenidos (Trieschmann, 1984; Aguado, 1990).
- Las *mediciones inexactas* de la depresión, consecuencia de la gran variabilidad de los instrumentos utilizados y de la escasez de estudios de validación de dichos instrumentos de evaluación, explicarían los resultados obtenidos (Elliott y Frank, 1996; Aguado y Alcedo, 1999). De ahí la importancia de tener en cuenta los aspectos somáticos de la depresión que puedan distorsionar los resultados en la población con LM (Frank, Kashani, Wonderlich, Lising *et al.*, 1985; Palmer, 1985; Buckelew, Burk, Brownlee-Duffeck, Frank *et al.*, 1988; Overholser *et al.*, 1993; Radnitz *et al.*, 2002) y la necesidad de utilizar instrumentos de demostrada validez y sensibilidad a la morbilidad psicológica de los lesionados medulares (Tate, Kewman, y Maynard, 1990; Eyde, Robertson y Kruge, 1993; Tate, Forchheimer y Maynard, 1993; Radnitz, McGrath, Tirch y Willard, 1997).
- El *diseño deficitario* de las investigaciones y la ausencia de una rigurosa investigación longitudinal sobre el desarrollo, el curso, la resolución y el tra-

tamiento de la depresión de las personas con LM (Jacob, Zachariah y Bhattacharji, 1995; Elliott y Frank, 1996). De hecho, algunas estimaciones iniciales de depresión en la población con LM no parecen mantenerse a lo largo del tiempo y no se han realizado estudios de seguimiento para confirmar su presencia a largo plazo.

En consecuencia, los autores han sugerido algunas medidas para subsanar las deficiencias metodológicas encontradas. Así, se ha sugerido la importancia de controlar variables como el *momento de evaluación* (Richards, 1986; Buckelew *et al.*, 1988; Krause y Crewe, 1991; Daverat, 1992; Cairns *et al.*, 1996), las *complicaciones médicas* (Elliott y Umlauf, 1995; Elliott y Frank, 1996) y la existencia de *psicopatología previa* (Biering-Sørensen, Pedersen y Giørtz Müller, 1992; Kishi, Robinson y Forrester, 1995; Kishi y Robinson, 1996; Harris, Barraclough, Grundy, Bamford *et al.*, 1996; Liang, Wang, Wang, Tang *et al.*, 1996).

Así mismo, el estudio de la depresión en personas con LM requiere la consideración de estresores derivados del *entorno hospitalario*, los cambios en el *tratamiento* y el manejo de la *información* (Trieschmann, 1984; Aguado, 1990; Judd y Kunovac, 1998), variables generadoras de algunas de las reacciones descritas como patológicas en los procesos de rehabilitación de los lesionados medulares. Frecuentemente se descuidan las variables del entorno y no se tienen en cuenta las posibles *situaciones dramáticas* de pérdida asociadas al accidente, la disponibilidad de *sistemas de apoyo* o la presencia de *dificultades económicas* (Kalb, 1971; Trieschmann, 1980; Heinemann, 1995b).

Algunos autores señalan la conveniencia de considerar la influencia de variables de personalidad como el *neuroticismo* o la *afectividad negativa* (Elliott, Godshall *et al.*, 1991; Dias de Carvalho, Andrade, Tavares y Sarmiento de Freitas, 1998) y las *variables cognitivas* para el correcto estudio de la depresión en lesionados medulares (Overholser *et al.*, 1993; Macleod y Macleod, 1998).

Todas las argumentaciones anteriormente expuestas y los datos empíricos comentados sugieren que es inadecuado utilizar el enfoque de la psicopatología, centrado en la morbilidad psicológica, para explicar el elevado estrés emocional como respuesta ante la aparición de una LM. Frente a esto, parece más adecuado el estudio de la depresión desde la perspectiva biopsicosocial y los estudios del estrés, que consideran que la forma de actuar del lesionado medular y las estrategias de afrontamiento utilizadas tienen mucho que ver en el estado emocional asociado (Boekamp *et al.*, 1996). Desde este planteamiento, la depresión no sería ya un fin de estudio en sí misma sino un indicador del proceso de adaptación y de la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas, enfoque que hemos adoptado en nuestra investigación, en la que evaluamos esta variable a través de un cuestionario de depresión que forma parte de la *EMELM - Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares* de Aguado.

2.3.4.2. Personalidad y LM

El estudio de la personalidad es una de las áreas que más se ha visto influenciada por los presupuestos del modelo de las etapas de adaptación a la LM. Así, aunque muchos autores han afirmado la no existencia de una personalidad característica del lesionado medular (Mueller y Thompson, 1950; Berger y Garrett, 1952; Wittkower *et al.*, 1954; Wright, 1960; Gunther, 1969; Siller, 1969; Shontz, 1971; Roberts, 1972; Harris, Patel, Greer y Naughton, 1973; Cook, 1976; Trieschmann, 1980) las ideas preconcebidas sobre la personalidad han perdurado en el estudio de los aspectos psicológicos de la LM. Por otro lado, estas creencias se han visto apoyadas por el inadecuado enfoque de su estudio en las investigaciones.

Tras una revisión de la bibliografía al uso, que resalta el predominio del estudio de los aspectos patológicos de la personalidad, podemos agrupar estos enfoques inadecuados del estudio de la LM en dos grupos diferenciados, que hemos calificado como:

- Un enfoque *etiologico-causal*: Centrado en investigar el papel que juega la personalidad como factor de predisposición o agente activo en el origen de la lesión.
- Un enfoque *sintomático-consecuencial*: Centrado en los aspectos patológicos y preocupado por evaluar el impacto de la lesión sobre la personalidad y las alteraciones asociadas a ella.

En el primer grupo cabe mencionar los estudios que han relacionado la personalidad de los lesionados medulares con los **factores conductuales de riesgo** (Knorr y Bull, 1970; Peter, 1975), entre los que se han señalado un *carácter aventurero, mayor audacia y asertividad* (Kunce y Worley, 1966), la *impulsividad* (Fordyce, 1964), la búsqueda de *aventura, el amor por el riesgo, la búsqueda de sensaciones y niveles altos de actividad* (Ditunno *et al.*, 1985; Mawson *et al.*, 1988). En esta línea, otras características que se han atribuido a los lesionados medulares son una mayor *independencia* (Athelstan y Crewe, 1979), menor *autosuficiencia* y más *orientación social* (Weiss y Diamond, 1966) que las personas sin LM. Sin embargo, Trieschmann (1984) sugiere cautela en la interpretación de estos resultados que, obtenidos con muestras de hombres jóvenes, responden más bien a variables como la edad, el género y los estilos de vida previos, no son atribuibles a la propia LM ni generalizables a todas las personas con LM. Como mencionábamos anteriormente, los datos epidemiológicos de la LM muestran un 80% de hombres, de edad joven y con estilos de vida activos, junto a una mayor presencia de LM de etiología traumática.

El segundo grupo de investigaciones se caracteriza por el predominio del estudio de los aspectos patológicos de la personalidad del lesionado medular, evidenciado en la amplia utilización de un instrumento propio de la psicopatología, el *MMPI* –

Minnesota Multiphasic Personality Inventory, para su evaluación. En diferentes versiones, el *MMPI* se ha aplicado en los trabajos de Fordyce (1964), Bourestom y Howard (1965), Taylor (1970), Kendall, Edinger y Eberly (1978), Cook (1979), Thompson y Dexter (1980), Malec y Neimeyer (1983), Richards (1984), Huang, Kim y Charter (1990) y Rodevich y Wanlass (1995).

Sin embargo, los resultados contradictorios obtenidos con el *MMPI* han provocado que algunos autores cuestionen la validez de este instrumento para evaluar el impacto de la aparición de la LM (Thompson y Dexter, 1980; Richards, 1984; Trieschman, 1984; Jubala y Brenes, 1988). En un intento de adecuar el *MMPI* para la evaluación de las personas con LM, Taylor (1970) propuso un *factor de corrección* del *MMPI*, confirmado por Kendall, Edinger y Eberly (1978), para eliminar la distorsión producida por *items* de contenido somático. Lamentablemente, el factor de corrección de Taylor no ha sido replicado en los estudios de validación del *MMPI-2*, por lo que su utilización en el entorno rehabilitador requiere la realización de estudios previos de validación (Heinemann, 1995a). En esta línea, el trabajo de Rodevich y Wanlass (1995) de validación del *MMPI-2* para la población con LM revela la existencia de 28 *items* que potencialmente pueden confundirse con las secuelas de la LM. Estos datos, que hablan de la validez diferencial de algunos *items* del *MMPI* para la población con LM, vienen a confirmar la necesidad de validar los instrumentos de evaluación para nuestra población de estudio.

El presupuesto erróneo de la necesaria patología asociada a la LM hace que los autores se hayan centrado en evaluar los trastornos originados por la aparición de la LM. Desde esta perspectiva no tiene sentido para los autores la evaluación de la personalidad no patológica de los pacientes y su papel en la recuperación y en el proceso de adaptación. Esta última inquietud surgirá después desde el modelo de las diferencias individuales que, desde una perspectiva biopsicosocial, entiende la rehabilitación como un proceso individual de aprendizaje y de adaptación a la LM en el que las variables psicológicas juegan un papel central para explicar las diferencias encontradas y, entre ellas, especialmente las variables de personalidad.

Así, el modelo de las *diferencias individuales* defiende la no existencia de una personalidad del lesionado medular y propone el estudio de su influencia en el proceso de adaptación (Shontz, 1971; Wilcox y Stauffer, 1972; Hohman, 1975; Thompson y Dexter, 1980; Dexter, 1981; Lindemann, 1981; Wright, 1983; Richards, 1984; Trieschmann, 1984; Malec, 1985; Aguado, 1990), afirmaciones que encuentran apoyo empírico en los trabajos de Somasundaran *et al.* (1992), Rohe y Krause (1993), Wheeler, Krauser, Cumming, Jung *et al.* (1996) y Krause y Rohe (1998) .

Algunos estudios han sugerido la influencia de las variables de personalidad para explicar diferencias en la *participación en actividades productivas* (Kemp y Vash, 1971; Krause, 1997), en la *satisfacción personal* (Krause y Dawis, 1992), en la du-

ración de la hospitalización (Malec y Neimeyer, 1983) y en la adherencia al tratamiento (Moverman, 1993) en personas con LM.

Sin embargo, este reconocimiento creciente de las diferencias individuales no ha implicado un estudio sistemático de las variables de personalidad en las personas con LM. De hecho, las investigaciones a menudo son meros estudios descriptivos de las características y los rasgos de personalidad encontrados, sin hipótesis de trabajo claras ni planteamientos multivariados que permitan el estudio diferencial de dicha variable y su correlación con variables como la depresión, el *locus* o el afrontamiento.

En esta línea, Malec (1985) y Wheeler *et al.* (1996) encontraron una mayor *extraversión* en personas con LM, mientras que Dias de Carvalho *et al.* (1998) y Soma-sundaram *et al.* (1992), en su estudio de una amplia muestra de personas con LM ($n = 328$), no encontraron diferencias en las puntuaciones de E y N entre los lesionados medulares y la población general. Por su parte, Rohe y Krause (1993), en su estudio de los *cinco grandes* en una población de personas con LM, encontraron puntuaciones más altas en la subescala de *fantasía* y en el factor de *apertura a la experiencia* que la población general, así como puntuaciones más bajas en los factores de *extraversión* y *escrupulosidad*.

A pesar de las limitaciones metodológicas de estos estudios, todo apunta a que estos rasgos de personalidad no son característicos de los lesionados medulares ni atribuibles a la propia lesión y parece más adecuado, como proponen Krause y Rohe (1998), profundizar en la investigación del papel de las variables de personalidad en el proceso de adaptación a la LM, destacando la relevancia de E y N.

En este sentido, Dias de Carvalho *et al.* (1998) ofrecen datos de la relación entre *neuroticismo* y la presencia de psicopatología, y sugieren que la *extraversión* es una variable predictora de buena adaptación. También en el entorno rehabilitador, Osuji (1985) encontró que E se asocia con una mejor aceptación de la discapacidad física, mientras que N correlaciona con un mayor grado de ansiedad y depresión, así como una mayor tendencia a hacerse preguntas constantemente, a la introspección y al sentimiento de culpa.

Recientemente se ha sugerido el *sentido de coherencia* como variable que favorece el proceso de adaptación a la LM (Feigin, Sherer y Ohry, 1996; Feigin, 1998; Wu, 1998).

La utilización de diversidad de instrumentos para evaluar las variables de personalidad en personas con LM, unida a la escasez del estudio de su validez para esta población, dificulta la comparación de los resultados y no permite tomar estos datos como concluyentes. Así, además del *MMPI*, mencionado anteriormente, para evaluar dichas variables de personalidad en lesionados medulares se han utilizado

instrumentos como el *CPI-California Psychological Inventory* (Kemp y Vash, 1971), el *MPI-Multidimensional Personality Questionnaire* (Krause, 1997), junto a inventarios de intereses, como en los trabajos de Rohe y Athelstan (1982) y Rohe y Krause (1998).

Esta variedad de instrumentos también está presente en la evaluación de N y E. Mallec (1985), Somasundaram *et al.* (1992) y Dias de Carvalho *et al.* (1998) aplican el *EPI-Eysenck Personality Inventory* (Eysenck y Eysenck, 1964), mientras que Wheeler *et al.* (1996) utilizan el *PSI-Inventario de Estilos Personales* (Kunze, Cope y Newton, 1991). Por su parte, el equipo de Krause (Rohe y Krause, 1993; Krause y Rohe, 1998) ofrece datos obtenidos con el *NEO-PI, Neuroticism, Extraversion and Openness Personality Inventory* (Costa y McCrae, 1985b).

No obstante, y a pesar de la inadecuación de su estudio, N y E son las variables de personalidad que tienen mayor interés para nuestra investigación por su demostrada relación con el afrontamiento y las estrategias utilizadas para manejar el estrés (McCrae y Costa, 1990; Pelechano, 1992, 1997, 1999) y porque su relación con la presencia de depresión y ansiedad, en el constructo afectividad negativa (Watson y Clark, 1984), puede influir en la expresión de malestar psicológico durante el proceso de adaptación a la LM. Hay evidencia de que las personas con elevado neuroticismo tienden a desarrollar mayor grado de sintomatología somática y presentan mayor grado de ansiedad y depresión (Watson y Clark, 1984) y del papel de N en la verbalización de los sucesos estresantes y la forma de afrontarlos (Pelechano, Matud y De Miguel, 1994).

Sin embargo, no hemos encontrado ningún estudio que compruebe estas hipótesis en personas con LM y profundice en la relación entre el neuroticismo y las estrategias de afrontamiento, por lo que la inclusión de las variables *E* y *N* en nuestra investigación, evaluada con el *Cuestionario E-N* (Pelechano, 1972) incluido en la *EMELM* de Aguado, aportará información muy valiosa para explorar estas hipótesis y explicar las diferencias individuales.

En resumen, a pesar de las frecuentes menciones de la importancia de las variables de personalidad en el proceso de adaptación a la LM y de la continua referencia a ellas como factor explicativo de las diferencias individuales encontradas, no ha existido un abordaje sistemático de su estudio en lesionados medulares, ausencia aún más evidente en las investigaciones sobre el afrontamiento de la LM.

2.3.4.3. *Locus y LM*

El *locus* es un componente esencial de la conducta humana motivada en su necesidad de dar sentido a los acontecimientos que rodean a la persona, de poder predecir y anticipar tales eventos, de sentirse al mando y poseedor de opciones de comportamiento (Bermúdez y Pérez, 1989). Siguiendo a estos autores, el *locus* se

puede definir como el grado en el que una persona percibe los resultados como contingentes con su conducta y se refiere a la creencia que tiene una persona de que su respuesta influirá o no en la consecución del refuerzo. Así, una persona con *locus externo* percibe que tiene poco control sobre su vida y no encuentra relación entre su conducta y los sucesos externos, percibiéndolos como resultado de la suerte, el azar, el destino o las personas con autoridad. Por el contrario, una persona con *locus interno* cree que su conducta tiene relación directa con sus consecuencias.

En términos generales, cuando la persona se encuentra ante situaciones nuevas y ambiguas, las expectativas generalizadas tendrán mayor peso predictivo que las específicas, mientras que estas últimas son más útiles para enfrentarse a la misma situación en futuras ocasiones (Rotter, 1966). Ante la aparición de la LM, situación que se le presenta por primera vez y de forma sorpresiva a la persona, parece de mayor utilidad el estudio de las expectativas generales de control, que nosotros evaluamos en nuestra investigación a través del *LUCAM-Cuestionario de Locus de Control* de Pelechano y Báguena (1983), escala que forma parte de la *EMELM* de Aguado.

La bibliografía al uso sugiere la importancia del *locus* en la rehabilitación y en el proceso de adaptación a la LM (Frank, Van Valin y Elliott, 1987; Trieschmann, 1984, 1988; Craig *et al.*, 1990). En esta línea, las investigaciones ofrecen evidencia del efecto moderador del *locus* sobre la depresión y de su papel favorecedor del bienestar emocional durante dicho proceso de adaptación (Shadish, Hickman y Arrick, 1981; Silver, 1982; Frank y Elliott, 1989). Un estudio de Chase y King (1990) muestra cómo el sentimiento de control, unido a la habilidad para continuar tomando decisiones, es un factor relevante para la adaptación a la LM.

Lamentablemente, la importancia concedida al *locus* en los estudios sobre la LM no ha ido acompañada de una investigación sistemática y la bibliografía revisada muestra la existencia de frecuentes irregularidades, tanto en su concepción como en los instrumentos utilizados para su medición. Una vez más se pone de manifiesto la ausencia de un desarrollo teórico global, así como de instrumentos validados para la población con LM, aspectos que dificultan la comparación de resultados e impiden la obtención de datos concluyentes.

Sin embargo, a pesar de la falta de sistematicidad, el estudio de las expectativas de control ha estado presente en la psicología de la rehabilitación, como lo prueba la diversidad de términos relacionados con el control personal que han sido incluidos en el estudio del proceso de adaptación a la LM. Entre ellos podemos destacar: las *atribuciones causales* (Kelly, 1971), la *indefensión aprendida* y la *desesperanza* (Garbey y Seligman, 1980; Seligman, 1985), la *autoeficacia percibida* y la *expectativa de autoeficacia* (Bandura, 1977), términos que se han utilizado para explicar el malestar psicológico y estudiar las dificultades de adaptación a la LM.

La introducción de la perspectiva del estrés en el estudio de la LM confirma la importancia del estudio de las expectativas de control y aporta constructos como la *ilusión de control* (Langer, 1975), la *ilusión* y la *esperanza* (Jannoff-Bulman, 1989; Elliott, Witty *et al.*, 1991; Laskowski y Morse, 1993; Mason, 1994), las *creencias irreales* (Silver y Wortman, 1980b; Snyder, 1989; Taylor *et al.*, 1989), la *negociación con la realidad* (Elliott, Witty *et al.*, 1991), la *creencia en un mundo justo* (Lerner, 1971, 1980) y la *búsqueda de sentido* (Silver, 1982; Taylor, 1983; Dollinger, 1986; Van Den Bout, Van Son-Schoones, Schipper y Groffen, 1988; Meyer, 1998) para explicar el proceso de adaptación cognitiva a sucesos vitales estresantes como la LM.

Las investigaciones sobre el *locus* destacan el papel de las variables *cognitivas* en las reacciones y las conductas del lesionado medular durante el proceso de rehabilitación. La satisfacción y el bienestar psicológico durante la rehabilitación están relacionados con las expectativas de recuperación y los resultados que se van obteniendo. Así, cuando la recuperación no es posible o al menos no totalmente, las expectativas de control van a jugar un papel importante en la motivación, en la implicación del paciente durante dicho proceso de rehabilitación y en el manejo de la incertidumbre (Yoshida, 1996). En esta línea, un estudio de Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith, Schankovsky *et al.*, (1993) en el área de la salud muestra cómo el papel del *control percibido* en el proceso de adaptación trasciende la posibilidad real de ejercerlo.

Al igual que ocurría en el estudio de la depresión y de la personalidad, tras revisar diferentes publicaciones sobre el *locus* en personas con LM, hemos podido observar la influencia del modelo de las etapas y las grandes limitaciones metodológicas de dichas investigaciones. Así, los estudios sobre el *locus* de las personas con LM han perseguido dos objetivos principales:

- Por un lado, investigar la relación entre el *locus* y la adaptación psicológica, entendida como la ausencia o presencia de depresión.
- Y por otro, estudiar la existencia de un *locus* característico de los lesionados medulares como resultado del impacto de la LM.

Respecto al primer grupo de estudios, las revisiones sobre el tema muestran el poder del *locus* para predecir la adaptación a la LM (Umlauf y Frank, 1986; Frank y Elliott, 1989). En este sentido, la bibliografía señala numerosos trabajos que, de forma unánime, apoyan la asociación entre el bienestar psicológico y el *locus* interno en personas con LM (Meyerson, 1968; Dinardo, 1971; Swenson, 1976; Albrecht y Higgins, 1977; Rosenbaum y Raz, 1977; Shadish *et al.*, 1981; Silver, 1982; Mazzulla, 1984; Crisp, 1992; Watson, 1993; Krause, Stanwyck y Maides, 1998). Para explicar el papel del *locus* en el proceso de adaptación otras investigaciones incluyen variables como el *apoyo social* (Decker, 1982; Schulz y Decker, 1985), la *calidad de vida* (Boschen, 1996) y el *afrentamiento* (Frank *et al.*, 1987; Bordieri, Comninel y Drehmer, 1989; Buckelew *et al.*, 1991; Craig, Hancock, Chang y Dickson, 1998).

Los datos revelan que las personas con LM con *locus externo* obtienen puntuaciones más altas en *depresión*, especialmente en la fase aguda de la rehabilitación, junto con una menor *autoestima*, *mayor indefensión*, *desesperanza* y *actitudes más fatalistas* que el grupo control (Hancock *et al.*, 1993; Craig *et al.*, 1994a). Por el contrario, las personas con *locus interno*, además de un mayor bienestar psicológico presentan una *conducta más apropiada*, un menor período de *tiempo en rehabilitación* (Dinardo, 1971; Swenson, 1976; Rosenbaum y Raz, 1977; Shadish *et al.*, 1981; Trieschmann, 1984) y una mayor implicación en las conductas de *autocuidado* personal y prevención de escaras (Anderson y Andberg, 1979). Así mismo, los autores defienden la importancia del *locus* interno para el *avance en la rehabilitación* (Norman y Snyder, 1982; Norman y Norman, 1991; Johnston, Gilbert, Partridge y Collins, 1992) y la *funcionalidad*, en términos de mayor movilidad y participación en las actividades de la vida diaria (Umlauf y Frank, 1983, 1987). Es fácil ver la importancia de estos resultados y sus implicaciones prácticas en la rehabilitación y la adaptación a la LM.

Por su parte, la segunda línea de investigación mencionada, que defiende la hipótesis de la existencia de un *locus* que caracterice a los lesionados medulares, no ha encontrado apoyo empírico. Los datos muestran la ausencia de relación entre el *locus* y variables como el tipo de lesión, el tiempo transcurrido desde la misma o la edad (Swenson, 1976; Shadish *et al.*, 1981; Frank y Elliott, 1989; Frank *et al.*, 1987; Bucklew *et al.*, 1991), lo cual apunta hacia la existencia de diferencias individuales.

A este respecto, hay que señalar que algunas investigaciones han obtenido evidencia de una ligera tendencia hacia la *externalidad* entre las personas con LM en comparación con otras poblaciones (Frank y Elliott, 1989; Hancock *et al.*, 1993; Craig *et al.*, 1994a). Sin embargo, las limitaciones metodológicas derivadas de su naturaleza correlacional, de la escasa validez de los instrumentos utilizados para este colectivo, así como del tamaño de las muestras y de la evaluación centrada únicamente en la fase aguda, hacen que no podamos tomar estos datos como definitivos. Así mismo, las características de la muestra, frecuentemente varones jóvenes con estilos de vida activos podrían tener mayor valor explicativo de esa externalidad que la LM en sí misma. Para avanzar en el estudio del *locus* de las personas con LM es necesario realizar estudios longitudinales y evaluar el *locus* en amplias muestras de lesionados medulares tanto agudos como de larga evolución aplicando la metodología diferencial.

Tras la revisión de la literatura, podemos concluir que la investigación sobre el *locus* y su papel en el proceso de adaptación a la LM puede beneficiarse de la introducción de la perspectiva de estudio del estrés y ofrecer explicaciones alternativas para aclarar algunos de los aspectos oscuros sobre la adaptación a la LM. De hecho, desde este convencimiento, los resultados de nuestro estudio de campo que comentaremos posteriormente muestran cómo el estudio del *locus* y su relación con el afrontamiento ofrece información muy válida para el modelo de las diferencias individuales en el estudio de los aspectos psicológicos de la LM.

2.4. RESUMEN

Como síntesis de lo anteriormente debatido, podemos concluir que la ausencia tanto de un desarrollo sistemático de la investigación en psicología de la rehabilitación como de unas teorías validadas desde la evidencia empírica, ha contribuido a que el avance de las investigaciones sobre el proceso de adaptación a la LM no haya sido uniforme. Por el contrario parece haber sido el resultado de las aplicaciones de gran diversidad de puntos de vista y enfoques teóricos, de aplicaciones parciales de hipótesis explicativas y de graves deficiencias metodológicas, lo que en la práctica se ha traducido en la falta de un modelo global consensuado que explique dicho proceso de adaptación de forma satisfactoria.

La trayectoria seguida por la psicología de la rehabilitación en sus investigaciones sobre las variables psicológicas de la LM puede resumirse como un avance desde el modelo de las etapas centrado en el estudio de la reacción emocional, el proceso único de adaptación y la personalidad del lesionado medular, hasta la realización de estudios cuyos resultados apoyan la existencia de diferencias individuales. Este avance no es lineal ya que existe convivencia y superposición de ambos modelos.

Las tendencias encontradas en las investigaciones sobre los aspectos psicológicos de la adaptación a la LM que hemos revisado en los apartados anteriores presentan las siguientes características:

- a) La mayoría de los estudios se centran en los *resultados negativos* de la adaptación a la LM, frente a la ausencia de estudios que analicen los factores que favorecen el proceso de adaptación. Aunque los datos muestran que es mayor el porcentaje de personas que se adapta bien a la lesión frente a los que presentan algún tipo de dificultad psicológica, predominan de forma sorprendente los estudios sobre la morbilidad psicológica frente al estudio de otras variables psicológicas. Los objetivos de las investigaciones no parecen responder a un interés científico, sino a la urgencia de intervención clínica, lo que explicaría las frecuentes deficiencias metodológicas.
- b) Entre las investigaciones revisadas encontramos un predominio de estudios de adaptación a la LM en la fase aguda y durante el período de hospitalización. Los estudios de la adaptación a largo plazo son escasos y más que estudios de seguimiento son evaluaciones de personas con LM de larga evolución. Existe la necesidad de realizar estudios longitudinales para aclarar muchos de los aspectos todavía oscuros sobre el curso de dicha adaptación.
- c) Hay un predominio de estudios parciales que se han centrado en las reacciones y las conductas ante la aparición de la LM. Además, la mayoría de los trabajos son estudios de casos y estudios comparativos alejados de

la metodología diferencial, por lo que aportan resultados poco concluyentes y difícilmente generalizables. En este sentido, se da una *atomización* de las áreas evaluadas en la adaptación a la LM con atención fluctuante a las diferentes variables psicológicas. La mayoría de los estudios se centran en una sola variable, lo cual aporta una visión parcial del complejo fenómeno de la adaptación.

- d) Existen frecuentes deficiencias metodológicas en las investigaciones y un predominio de la utilización de *instrumentos inadecuados* para la evaluación de las personas con LM.

A pesar de la inadecuación y del agotamiento de los modelos predominantes en psicología de la rehabilitación para estudiar la adaptación a la LM, lo que sí parece existir es unanimidad sobre la importancia de las variables psicológicas en ese proceso, junto a una defensa creciente del modelo de las diferencias individuales como alternativa a la circularidad del modelo de las etapas.

Aceptada la importancia del estudio de los aspectos psicológicos de la adaptación a la LM, las dificultades estriban en determinar cuáles son relevantes, qué relación existe entre ellos y cómo evaluarlos. Ante las frecuentes deficiencias metodológicas y la ausencia de resultados concluyentes, es necesaria la introducción de una metodología diferencial en el estudio de variables tradicionales relevantes como *N*, *E* y *depresión*, junto a la introducción de variables alternativas que han demostrado su utilidad en otras áreas de la salud, como son el *locus* y el *afrontamiento*.

En este sentido, en la última década existen estudios que sugieren la importancia del afrontamiento como variable psicológica relevante en el proceso de adaptación a la LM y cuyo estudio crea grandes expectativas de comprensión de la compleja naturaleza de dicho proceso. Sin embargo, en esta fase inicial de incorporación de las teorías del estrés a las investigaciones en psicología de la rehabilitación, todavía es muy pequeña la proporción de estudios sobre el afrontamiento de la LM dentro del panorama general del estudio de los aspectos psicológicos de la LM.

El trabajo de campo que exponemos posteriormente es un intento de acercamiento al estudio del afrontamiento como variable psicológica interviniente en el proceso de adaptación a la LM. Para ello, y desde la constatación de las deficiencias existentes en los instrumentos utilizados, nuestro objetivo es ofrecer herramientas válidas para la evaluación del afrontamiento en la población con LM. Para ello presentaremos unos cuestionarios que forman parte de un instrumento más amplio que permite la evaluación global de la LM, la *EMELM* de Aguado, y que incluye también variables psicológicas como la depresión, el *locus*, *E* y *N*.

Con el objetivo de adentrarnos en el estudio del afrontamiento, vamos a dedicar el próximo capítulo a profundizar en el concepto de dicha variable y la literatura sobre el tema, en el marco de las teorías del estrés.

EL AFRONTAMIENTO DE LA LM

- 3.1. Introducción
- 3.2. Aspectos conceptuales del afrontamiento
- 3.3. Diferencias individuales y afrontamiento
- 3.4. Afrontamiento, salud y rehabilitación
- 3.5. El estudio del afrontamiento de la LM
- 3.6. Aportaciones del afrontamiento al estudio del proceso de adaptación a la LM
- 3.7. Resumen



3.1. Introducción

El afrontamiento, variable objeto de estudio en el campo de la psicología durante más de cincuenta años, constituye un tema de gran actualidad con un volumen creciente de investigaciones en el marco de los estudios del estrés. La bibliografía revela la gran diversidad de áreas de la vida humana en la que se ha estudiado el afrontamiento, constituyendo un concepto central en el área de la *salud* (Levine y Ursin, 1980; Burish y Bradley, 1983; Snyder y Ford, 1987; Moos, 1989; Pelechano, 1992, 1999; Aldwin, 1994a; Snyder, 1999).

A pesar de la gran atención que ha recibido el afrontamiento en la literatura científica y de su popularidad actual, existe una falta de coherencia y unanimidad en cuanto a las teorías, las investigaciones y los resultados obtenidos, las formas de evaluación, así como una gran confusión sobre su significado y su papel en el proceso de adaptación (Monat y Lazarus, 1985; Roberts, Browne, Streiner, Bryne *et al.*, 1987; Aldwin, 1994a; Snyder, 1999). Esta confusión conceptual es más evidente en el caso de la psicología de la rehabilitación, como ya se ha dicho en apartados anteriores, especialidad en la que la incorporación de las teorías del estrés ha sido reciente y en la que el afrontamiento no ha tenido un desarrollo teórico ni un tratamiento sistemático en sus investigaciones.

Dejando al margen el debate sobre la definición de estrés como estímulo o como respuesta, nuestro interés por las teorías del estrés y el concepto de afrontamiento se enmarca en el entorno rehabilitador, su papel en el proceso de rehabilitación y las estrategias utilizadas para manejar el estrés durante la adaptación a una discapacidad física adquirida con la LM.

Entendiendo el *estrés* como el estado resultante del desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo (McGrath, 1970), una *situación estresante* es aquella que conlleva una perturbación emocional, un malestar psicológico o un deterioro físico, y por su intensidad, novedad e indeseabilidad requiere una respuesta esforzada (Compas, 1987) o de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

Desde esta perspectiva, la aparición de una LM es una situación que conlleva un alto estrés asociado y puede ser considerada como un suceso vital mayor dentro de la categoría de estresor crónico continuo, según la clasificación de Elliott y Eisdorfer (1982). Entendemos por sucesos vitales mayores aquellas experiencias objetivas que perturban o amenazan la actividad habitual del individuo causando una necesidad de reajuste sustancial en las condiciones del organismo.

En este capítulo, comenzaremos por un acercamiento a los aspectos conceptuales del afrontamiento y a los enfoques desde los que se ha investigado, así como a las estrategias de afrontamiento estudiadas, sus funciones, su clasificación y su eficacia.

En segundo lugar, veremos la introducción del afrontamiento en el estudio de la discapacidad, especialmente la LM, como resultado del fuerte impacto de esta variable en el área de la salud, y reflexionaremos sobre sus principales aportaciones para el estudio del proceso de adaptación a la LM.

Por último, vamos a analizar los estudios sobre el afrontamiento de la LM, las perspectivas desde las que se ha estudiado y los resultados obtenidos. Profundizaremos en los aspectos principales en los que se han centrado los esfuerzos de investigación, como son las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM y la eficacia de las mismas, frente a la ausencia de estudios interesados por su evaluación y por la adecuación de los instrumentos utilizados.

3.2. Aspectos conceptuales del afrontamiento

El afrontamiento ha tenido una evolución conceptual y metodológica fruto de los diferentes enfoques que se han utilizado para su estudio. La descripción de la naturaleza y las características del afrontamiento, así como su definición conceptual y operativa, han variado dependiendo de la perspectiva desde la que se ha abordado su estudio y del campo de aplicación en el que se han realizado las investigaciones.

El estudio del afrontamiento, aunque nuevo en terminología, no es desconocido para la psicología, que tiene una larga historia de estudio de los procesos con los que la persona intenta manejar los sucesos estresantes. Como señala Snyder (1999), el término afrontamiento se introduce como categoría separada en los *Psychological Abstracts* en 1967 y el *Oxford English Dictionary* no incluye una definición del afrontamiento en los términos actuales hasta 1980.

Una revisión de la literatura sobre el tema muestra cómo el afrontamiento, constructo de claras raíces psicodinámicas, surgió cercano a planteamientos estructuralistas y explicativos del yo para evolucionar en su desarrollo teórico vinculándose cada vez más a procesos adaptativos del ser humano y del manejo del estrés. Así, como señalan Lazarus y Folkman (1986), durante los años cuarenta y cincuenta, el afrontamiento fue concebido como un concepto organizativo en la descripción y la evaluación clínica para posteriormente, sobre todo a partir de los años ochenta, constituir el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

En general, podemos afirmar que el afrontamiento ha evolucionado al amparo de las teorías del estrés y sus diferentes intentos de acercamiento a las teorías de la

personalidad. Así, desde la defensa común de la existencia de diferencias individuales en la reacción ante el estrés, son muchos los enfoques teóricos desde los que se ha estudiado esta variable cuya evolución conceptual exponemos en el próximo apartado.

3.2.1. Evolución de los enfoques teóricos y del concepto de afrontamiento

Pelechano, Matud y De Miguel (1993) diferencian dos tendencias principales en el estudio del afrontamiento, en función de la progresiva importancia concedida a las variables mediadoras en los estudios del estrés.

La primera tendencia está formada por los estudiosos del estrés seguidores del modelo homeostático de Selye (1956/1976, 1983), que comparten una conceptualización **objetiva** del estrés, ya sea entendido éste como respuesta a un estímulo nocivo o como estímulo estresor en sí mismo. Esta corriente de enfoque biologicista y cercana a planteamientos psicofisiológicos se ha visto enriquecida por los resultados encontrados en la experimentación con animales.

La segunda línea de desarrollo participa de una progresiva **subjetivación** de la realidad del estrés que, iniciada en la teoría psicoanalítica del ego y en los primeros trabajos sobre el estrés psicológico (Grinker y Spiegel, 1945; Janis, 1958), encuentra su mayor exponente en el círculo de Lazarus (1966) con la formulación del modelo cognitivo del estrés. En esta línea se incluyen aquellos autores que resaltan el papel de la valoración cognitiva en la concepción del estrés y reconocen la importancia de las diferencias individuales en la forma de valorarlo y afrontarlo (Cofer y Appley, 1964; Cox, 1978; McGrath, 1970; Cohen y Lazarus, 1973; Lazarus y Folkman, 1986).

Un análisis de la bibliografía disponible muestra cómo los diferentes intentos de investigación del afrontamiento suponen una continuación o un desarrollo de los postulados y presupuestos que se encuentran incluidos en alguna de las dos corrientes generales anteriormente expuestas.

Por su parte, Aldwin (1994a) distingue cuatro enfoques teóricos en el estudio del afrontamiento en función de los factores intervinientes en los que se hace más hincapié:

- a) Enfoque centrado en la **persona**, que agrupa los estudios *psicoanalíticos*, que ponen el énfasis en el afrontamiento como factor regulador de las emociones y reductor de la ansiedad (Menninger, 1954; Shapiro, 1965; White, 1974; Haan, 1977; Vaillant, 1977), los *teóricos del rasgo* que abordan el estudio del afrontamiento desde la teoría de la personalidad (Rei-

- chard, Livson y Peterson, 1962; Millon, 1982; Wortman y Silver, 1989) y las investigaciones sobre los *estilos de percepción* (Byrne, 1964; Averill y Rosenn, 1972; Kahneman, 1973; Petrie, 1978; Miller, 1980; Mullen y Suls, 1982; Miller y Mangan, 1983).
- b) Enfoque basado en la **situación**, que defiende la importancia del contexto en la determinación de la elección de las estrategias de afrontamiento. Esta perspectiva se ha derivado del estudio de las respuestas de adaptación a desastres o sucesos vitales mayores, desarrollado empíricamente y sin un cuerpo teórico consolidado. Como ejemplos de este enfoque pueden señalarse los estudios de Lifton (1968), Erikson (1976) y los incluidos en la revisión realizada por Mattlin, Wethington y Kessler (1990), que clasificaban las situaciones en función del tipo de estresores presentes con el objetivo de encontrar un patrón de afrontamiento característico a cada una de ellas.
 - c) Enfoque **interactivo**, que considera que lo que determina el afrontamiento es la conjunción de la persona y su ambiente. Su unidireccionalidad ha sido actualmente superada y se le critica porque conlleva argumentaciones circulares que no han ofrecido explicaciones satisfactorias.
 - d) Enfoque **transaccional**, característico del modelo cognitivo del estrés del grupo de Lazarus, que aborda el estudio del afrontamiento desde la interrelación entre la persona, la situación y el afrontamiento, como una trilogía que se influye mutuamente (Pearlin y Schooler, 1978; Folkman y Lazarus, 1980; Billings y Moos, 1981b; Moos y Billings, 1982; Stone y Neale, 1984).

Snyder (1999), en una revisión reciente sobre el tema, señala cómo al predominio que durante veinte años (1960-1980) tuvo el modelo cognitivo del estrés y el enfoque situacional en el estudio del afrontamiento, le ha seguido una fuerte defensa de las diferencias individuales y el estudio del afrontamiento desde las teorías de la personalidad, la psicología social y clínica. Ese debate sobre el afrontamiento como rasgo de personalidad o como respuesta a las variables situacionales ha estado de fondo en todo el desarrollo teórico del afrontamiento y, según este autor, el estudio actual del afrontamiento está dominado por el paradigma de las diferencias individuales. Entre los autores que defienden el estudio del afrontamiento integrado en la personalidad cabe señalar a Maddi (1990), Pennebaker, Colder y Sharp (1990), Endler y Parker (1990, 1993), Lehr y Thomae (1993) y Pelechano (1992, 1997, 1999).

Esta diversidad en la evolución teórica del afrontamiento ha dado lugar a múltiples definiciones de este constructo. Así, desde los planteamientos tradicionales afines al *modelo biologicista* de Selye (1983), el afrontamiento hace referencia a aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno y disminuyen el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. Algunos autores han criticado el enfoque reduccionista de esta concepción, dado que no explica la complejidad de la conducta humana de afrontamiento, no considera las variables cognitivo-emocionales y se centra en conceptos como el nivel de activación producido ante una situa-

ción peligrosa o nociva (Lazarus y Folkman, 1986; Endler y Parker, 1990; Aldwin, 1994a). Desde este modelo se mide principalmente la respuesta psicofisiológica al estrés y se limita el estudio del afrontamiento a la conducta de huida y de evitación.

El *modelo psicoanalítico* aborda el afrontamiento incluyendo en un concepto de naturaleza reactiva el conjunto de pensamientos y acciones que conducen a la solución de los problemas y reducen el grado de estrés. Aunque, como señalan Lazarus y Folkman (1986), la aportación de este modelo consiste en introducir variables mediadoras en la relación entre el individuo y el entorno, su concepto de afrontamiento se centra exclusivamente en la persona, no contempla las variables cognitivas y descuida las variables del entorno. Los representantes de esta corriente distinguen entre el afrontamiento y los mecanismos de defensa, y establecen jerarquías entre los procesos utilizados por la persona para manejar el entorno (Menninger, 1954; Haan, 1977; Valliant, 1977). Desde esta perspectiva, el afrontamiento incluye los procesos más organizados o maduros del yo, se identifica con el éxito en el control del entorno y la conducta adaptativa y está muy vinculado a planteamientos clínicos centrados en la psicopatología.

La progresiva inclusión de las variables mediadoras en los procesos de manejo del estrés y la creciente atención prestada a las variables cognitivas han sido elementos clave en el desarrollo conceptual del afrontamiento. De hecho, uno de los mayores desarrollos teóricos del afrontamiento surge del *modelo cognitivo del estrés* desarrollado por Lazarus y sus colaboradores a partir de las investigaciones desarrolladas en el *Berkeley Stress and Coping Project* en los años setenta. Desde este modelo el afrontamiento se define como “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, 1986, pág. 164).

Aunque este modelo tiene grandes limitaciones para explicar las diferencias individuales, hay que señalar sus aportaciones para la delimitación conceptual del afrontamiento. Desde esta perspectiva teórica se resalta la relevancia de las variables cognitivas y el estrés psicológico se entiende desde la relación entre la persona y el ambiente, cuando las demandas evaluadas agotan o exceden los recursos personales. Dicha evaluación incluye dos procesos: la evaluación primaria y la evaluación secundaria. A través de la *evaluación primaria* la persona juzga si la situación es irrelevante o estresante. La situación será calificada de estresante cuando implica amenaza, desafío y pérdida o daño. Evaluada la situación como estresante, a través de la *evaluación secundaria* la persona evalúa los recursos y las estrategias de afrontamiento disponibles, la posible eficacia de dichas estrategias y las consecuencias de su utilización.

Así, es mérito del modelo cognitivo del estrés ampliar el concepto del afrontamiento e incluir algunos aspectos innovadores que son clave en la concepción

actual del afrontamiento y suponen un avance frente a los modelos psicodinámicos. Lazarus y Folkman (1986) destacan entre las características del afrontamiento: un *abanco temporal amplio*, que abarca la situación presente, pasada y la anticipación de una situación estresante futura; un *carácter globalizador* que incluye tanto las defensas como las estrategias de afrontamiento; una *naturaleza interactiva* entre la persona y el entorno, un *carácter dinámico y su independencia de los resultados*. Se describe el afrontamiento en función de lo que una persona hace o piensa y no en términos de la adaptación o el control de la situación.

Aunque hay otros autores que dejan la puerta abierta a una concepción más amplia que admite conductas automáticas de afrontamiento (Snyder, 1999), en general se suele aceptar la naturaleza consciente de dichas estrategias, defendida desde posiciones teóricas muy distintas por McCrae (1980), Stone y Neale (1984), Lazarus y Folkman (1986) y Pelechano (1992). De hecho, su forma habitual de operativización a través de autoinformes se ha centrado en la conducta consciente.

Sin embargo, y a pesar del volumen de investigaciones sobre el afrontamiento, son muchas las dificultades para su inserción dentro de un modelo global coherente y existen grandes carencias teóricas y metodológicas por resolver (Pelechano, 1992; Aldwin, 1994a; Zeidner y Endler, 1996; Snyder, 1999). En este sentido, Eckenrode (1991) ha llegado a afirmar que el afrontamiento no es un constructo único, sino un metaconstructo que abarca numerosos fenómenos.

Reflejo de esta situación es que, como señala Pelechano (1992), la naturaleza que se atribuye a las estrategias de afrontamiento no ha encontrado un consenso satisfactorio entre los investigadores. Así, dichas estrategias han sido interpretadas a partir de las *demandas situacionales* o *del rol* (Pearlin y Schooler, 1978), de la influencia que poseen las *prácticas* y las *preferencias culturales* (Strong, 1984; Aldwin, 1985), son consideradas como *estimaciones-estrategias cognitivas* (Folkman y Lazarus, 1980, 1985; McCrae, 1984; Aldwin, Folkman, Schaffer, Coyne et al., 1980) o como *características de personalidad*, buscando en éstas sus determinantes y su propia significación (Haan, 1977; Kobasa, 1979; Vaillant, 1977).

Como adelantábamos en la introducción de este capítulo, ante la ausencia de un modelo teórico global del afrontamiento, existe una pluralidad de enfoques teóricos y metodológicos que se ha traducido en la proliferación de investigaciones y de instrumentos de evaluación, generando un gran volumen de resultados, a menudo contradictorios entre sí. A este respecto, Pelechano (1992, 1999) y Snyder (1999) sugieren la conveniencia de profundizar en la relación entre afrontamiento y personalidad desde el modelo de las diferencias individuales y aplicando una metodología diferencial, como alternativa para buscar respuestas a estas cuestiones no resueltas.

Así, por ejemplo, una revisión de la bibliografía al uso muestra cómo la cuestión de la *estabilidad* del afrontamiento es un tema inconcluso. Entre las razones que pueden explicar esta situación, Pelechano (1992) argumenta que el debate se ha planteado en términos absolutistas y excluyentes. Según este autor, a los planteamientos de perspectiva muy limitada hay que añadir el escaso desarrollo teórico, los resultados contradictorios y las dificultades metodológicas de las investigaciones. Todos estos factores no han permitido llegar a una solución consensuada ni a un modelo satisfactorio que explique la complejidad del afrontamiento. La cuestión de la estabilidad del afrontamiento, aspecto que desborda los objetivos de este trabajo, puede ampliarse en los trabajos de McCrae (1984), Lazarus y Folkman (1986), Endler y Parker (1990), Aldwin (1994a) y Zeidner y Endler (1996).

Frente a estos planteamientos absolutistas, existe evidencia empírica que sugiere que las estrategias de afrontamiento presentan relaciones significativas con algunas variables de personalidad, así como una consistencia interna aceptable y una estabilidad temporal y transituacional, sugerida en los trabajos de Carver, Scheier y Weintraub (1989), Rim (1991, 1992a, 1992b), Pelechano (1992, 1999), Pelechano *et al.* (1993, 1994) y David (1997).

Aunque desde otras perspectivas teóricas, en esta línea de defensa de la estabilidad del afrontamiento se sitúan los trabajos de Reichard, Livson y Peterson (1962), sobre los estilos de afrontamiento de la *jubilación*; de Wortman y Silver (1989), sobre los estilos de afrontamiento del *duelo*; de Lipowski (1970), Leigh y Reiser (1980) y Millon (1982), sobre los estilos de afrontamiento de la *enfermedad*.

Desde una perspectiva integradora, Pelechano (1992) propone una concepción amplia que entienda las estrategias de afrontamiento como **habilidades o competencias de personalidad**, integrándolas en un modelo de inteligencia socio-cultural, dentro de un modelo de parámetros. Estas habilidades de personalidad se relacionan tanto con la dimensión de *articulación de medios para logro de fines* de Spivack, Platt y Shure (1975), como con el concepto de *competencia* (Goldfried y D'Zurilla, 1969), la capacidad de *solución de problemas* (D'Zurilla y Nezu, 1982; Heppner y Peterson, 1982), las *conductas antidepresivas* (Rippere, 1976), la *fortaleza personal* (Kobasa, 1979) y los denominados *recursos aprendidos* (Meichembaum, 1977; Rosenbaum, 1980). En una línea similar, existen trabajos que acercan el afrontamiento al concepto de *competencia* (Miner, Day y Nafpaktitis, 1989) y de *inteligencia social* (Ruisel, 1993).

El modelo de afrontamiento de las enfermedades crónicas de Pelechano defiende cierta estabilidad en el afrontamiento en interacción con el entorno, entendiendo que existen previamente unas maneras de afrontar las situaciones de estrés que se ven influidas tanto por el curso de la enfermedad como del ambiente.

Esta propuesta de Pelechano (1992) constituye el primer desarrollo teórico del afrontamiento que desde un planteamiento integrador concede al afrontamiento un lugar

dentro de un modelo explicativo de la globalidad de la personalidad y el funcionamiento humano. Según este autor, la búsqueda de una convergencia entre las teorías de la personalidad y los estudios sobre el estrés en el ámbito de la salud permitiría avanzar en la búsqueda de soluciones a todas las lagunas teóricas de los modelos explicativos sobre el afrontamiento y la falta de consenso o las contradicciones existentes. En este mismo sentido, Pelechano añade que muchos investigadores califican las estrategias de afrontamiento como estrategias cognitivas incompatibles con una psicología de la personalidad. Esto ocurre porque «se ha contrapuesto la “vieja” psicología de la personalidad, que estudia las características-atributos de las personas, con la “nueva” psicología de la personalidad, que se centra en el análisis de las estrategias cognitivas. Esta exclusión no se corresponde con la realidad, ya que ambas psicologías no sólo no son excluyentes, sino que se complementan» (pág. 197).

Muchas de las polémicas actuales sobre la entidad, la estabilidad y la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento adquieren un nuevo significado dentro del modelo de parámetros que distingue dimensiones de personalidad y aptitudes-habilidades interpersonales. Los dos dominios, dimensiones y aptitudes, se encuentran organizados jerárquicamente en función de su grado de consolidación y poder de generalización. Dentro de este modelo general, las denominadas estrategias de afrontamiento serían una parte importante de las capacidades-aptitudes de personalidad, junto a las dimensiones de solución de problemas interpersonales (Pelechano, 1992).

Así mismo, el acercamiento entre las teorías del estrés y de la personalidad, propuesto por este modelo de parámetros, puede contribuir a aclarar aspectos conceptuales del afrontamiento aún sin resolver. Este marco de convergencia teórica entre la personalidad y el afrontamiento podría explorar las diferencias individuales entre la exposición y la reactividad al estrés, la disponibilidad de recursos de afrontamiento y su poder predictivo del bienestar psicológico (Pelechano, 1992).

Desde esta consideración del afrontamiento como habilidad de personalidad, se rechaza la naturaleza situacional de las estrategias de afrontamiento y se defiende cierta estabilidad que permite la existencia de tendencias generales en el afrontamiento, cuya interacción con la situación concreta permite la utilización de unas estrategias u otras.

En la línea de las afirmaciones de Steyer, Ferring y Schmitt (1992) sobre la existencia de elementos estables y situacionales en todo constructo psicológico, podemos hablar de la naturaleza *mixta* del afrontamiento que incluye cierta estabilidad y un componente situacional en las estrategias utilizadas para manejar el estrés. En consecuencia, el reto que se le plantea a la psicología es profundizar en la investigación de los determinantes situacionales y personales del afrontamiento y crear instrumentos válidos para evaluar las tendencias de afrontamiento para las situaciones concretas. Abandonando los planteamientos absolutistas del debate sobre el afron-

tamiento como rasgo o como proceso, la investigación se debe centrar en analizar hasta qué punto las estrategias de afrontamiento son una función de la persona o del entorno y estudiar la interacción entre ambos.

En este sentido, el afrontamiento constituye el resultado de una combinación de disposiciones personales y demandas ambientales, de manera que sólo desde su interacción podemos explicar las diferencias individuales encontradas. Por ello, una comprensión global del afrontamiento requiere el estudio de las estrategias de afrontamiento en relación con las variables de personalidad, así como la realización de estudios específicos de afrontamiento en las diferentes situaciones que aparecen en la vida de una persona. Nuestro estudio evalúa las estrategias de afrontamiento ante una situación estresante concreta, la aparición de una discapacidad física como la LM, con el objetivo de identificar las estrategias utilizadas y las variables psicológicas que favorecen o explican la utilización de dichas estrategias. Desde este planteamiento, es necesaria la construcción de instrumentos específicos como los que presentamos en capítulos posteriores, que permitan la evaluación del afrontamiento ante la aparición de la LM y su relación con otras variables psicológicas y sociales.

Expuestos los enfoques teóricos y conceptuales desde los que se ha estudiado el afrontamiento, vamos a dedicar el próximo apartado a las conductas que se han estudiado para manejar el estrés, comúnmente denominadas estrategias de afrontamiento.

3.2.2. Las estrategias de afrontamiento: funciones, clasificación y eficacia

Dentro de las áreas de investigación del afrontamiento, un amplio número de investigaciones se ha centrado en el estudio concreto de las estrategias utilizadas para manejar el estrés en diferentes situaciones, sus funciones y el análisis de su mayor o menor eficacia, dando lugar a numerosos intentos de clasificación.

3.2.2.1. Las funciones del afrontamiento

Si consideramos el afrontamiento como una respuesta humana para manejar el estrés, desde el modelo cognitivo del estrés se defiende que las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones principales en las situaciones estresantes: por un lado, la resolución de problemas y, por otro, el control emocional (Lazarus y Folkman, 1986).

La función de *resolución de problemas* implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias proble-

máticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales.

La función de *regulación emocional* incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno.

Estas dos funciones no son excluyentes, ya que una misma conducta puede servir para varias funciones. Así, una estrategia puede centrarse en la solución del problema y contribuir a la vez al manejo de las emociones. De hecho, existe evidencia de que la mayoría de la gente utiliza estrategias de afrontamiento que cumplen las dos funciones simultáneamente (Folkman y Lazarus, 1980).

A la distinción clásica entre problema y emoción, Pearlin y Schooler (1978) añaden una tercera función, la de dotar de significado a la situación, resaltando así la importancia de la naturaleza cognitiva del afrontamiento.

3.2.2.2. Clasificación de las estrategias de afrontamiento

Aunque existe bastante consenso al hablar de las funciones de las estrategias de afrontamiento, la situación varía al concretar dichas estrategias y establecer criterios para su clasificación. De hecho, una de las cuestiones no resueltas en las investigaciones sobre el afrontamiento es la falta de acuerdo sobre el número, la naturaleza y la clasificación de las estrategias, problema que se evidencia en la multiplicidad de escalas construidas para su evaluación y la diversidad de las estrategias que las componen.

Se han realizado numerosos intentos por describir, enumerar y clasificar las diferentes conductas que se incluyen en la concepción del afrontamiento, sin que se haya llegado a una clasificación consensuada unánimemente, tal como veremos a continuación. A menudo se ha argumentado la escasez de desarrollo teórico sobre la materia frente a la proliferación de estudios empíricos que ha dado lugar a una gran diversidad de estrategias de afrontamiento (Pelechano, 1992; Aldwin, 1994a; Snyder, 1999).

En este sentido Snyder (1999) recalca cómo la literatura sobre el afrontamiento muestra una gran creación de instrumentos para su evaluación sin la suficiente clarificación de sus contenidos. Según este mismo autor, a menudo, el nombre de las estrategias sólo describe de forma imprecisa las características que se están midiendo con los ítems que componen la escala. También puede ocurrir que escalas con el mismo nombre varíen sustancialmente a nivel operacional, o que instrumentos que pretenden medir diferentes constructos y tienen nombres distintos

cuenten con *items* de contenido muy similar. En la práctica, los conceptos y el lenguaje utilizado por los diferentes autores divergen considerablemente, lo cual sugiere la necesidad de analizar los *items* de las escalas, su contenido y sus propiedades psicométricas, con el fin de no llevarnos a engaño.

Como resultado de nuestra revisión de la bibliografía, en la Tabla 8 presentamos un resumen de las clasificaciones más frecuentemente realizadas desde los diferentes enfoques de estudio del afrontamiento. En general, observamos que frente a las concepciones unidimensionales, propias de los teóricos del rasgo, actualmente predominan los modelos que intentan explorar la multidimensionalidad del afrontamiento.

Los intentos de clasificar la diversidad de las estrategias de afrontamiento no han encontrado consenso teórico ni respaldo empírico en las investigaciones, por lo que existe una falta de acuerdo sobre el número y el tipo de estrategias descritas. En la práctica, los autores habitualmente recurren a las clasificaciones que reflejan dos o tres dimensiones generales, en búsqueda de un mayor poder predictivo.

La clasificación más frecuente es la agrupación de las estrategias de afrontamiento centradas en el *problema* y en la *emoción* propuesta por Folkman y Lazarus (1980). Sin embargo, el binomio emoción-resolución de problemas no es un criterio válido para clasificar las estrategias de afrontamiento, ya que sus dos categorías generales se superponen y no discriminan las estrategias que podrían estar incluidas en cada categoría, son insuficientes para describir las formas concretas de afrontamiento y no han encontrado respaldo empírico (Aldwin, 1994a).

Moos (1981b, 1995) utiliza dos criterios para clasificar las estrategias de afrontamiento. Por un lado el *enfoque* del afrontamiento (centrado en la emoción o en el problema) y, por otro, el *tipo* de afrontamiento, en función del cual diferencia afrontamiento activo (cognitivo o conductual) y evitación.

TABLA N.º 8

CLASIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO GENERALES

Clasificaciones unidimensionales

- *Represión-sensibilización* (Welsh y Dalstrom, 1956; Byrne, 1964; Weinberger, Schwartz y Davidson, 1979; Krohne y Rogner, 1982).
- *“Blunting - monitoring”* (Miller, 1980).
- *Reductor - incrementador* (Petrie, 1978).
- *Atenuación - acción directa* (Lazarus, 1966).
- *Rechazo - atención* (Mullen y Suls, 1982).
- *No vigilancia - vigilancia* (Averill y Rosenn, 1972).
- *Inatención selectiva - atención selectiva* (Kahnemann, 1973).
- *Defensa perceptual - vigilancia perceptual* (Bruner y Postman, 1947, citado por Sandín, 1989).
- *Afrontamiento-evitación* (Goldstein, 1959, 1973).
- *Evitación-aproximación* (Roth y Cohen, 1986).

Clasificaciones bidimensionales

- Afrontamiento *activo y pasivo* (Obrist, 1976).
- Afrontamiento centrado en la *emoción* y en el *problema* (Folkman y Lazarus, 1980).
- Afrontamiento *neurótico y maduro* (McCrae y Costa, 1986).
- Afrontamiento *instrumental y paliativo* (Brantley y Thomason, 1995).

Clasificaciones tridimensionales

- Afrontamiento *cognitivo, conductual y afectivo* (Kiely, 1972).
- Afrontamiento centrado en el *problema*, en la *emoción* y en la *evaluación cognitiva* (Pearlin y Schoeler, 1978; Moos y Billings, 1982; Moos y Schaefer, 1989).
- Afrontamiento orientado a la *tarea*, a la *emoción* o a la *evitación* (Endler y Parker, 1990).
- Afrontamiento *constructivo, pasivo* o de *escape* (Törestad, Magnusson y Oláh, 1990).
- Resolución de problemas, búsqueda de apoyo y evitación (Amirkhan, 1990, 1994).

Clasificaciones multidimensionales

- Folkman y Lazarus (1980): 1) la confrontación, 2) el distanciamiento, 3) el autocontrol, 4) la búsqueda de apoyo social, 5) la aceptación de responsabilidad, 6) la huida-evitación, 7) la planificación y (8) la reevaluación positiva.
- McCrae (1984): 1) reacción hostil, 2) acción racional, 3) búsqueda de ayuda, 4) perseverancia, 5) aislamiento del afecto, 6) fatalismo, 7) expresión de sentimientos, 8) pensamiento positivo, 9) distracción, 10) fantasía, 11) negación, 12) autoculpa, 13) hacer una cosa cada vez, 14) comparación social, 15) sedación, 16) sustitución, 17) restricción, 18) sacar fuerzas de la adversidad, 19) evitación, 20) aislamiento, 21) autoadaptación, 22) pensamiento desiderativo, 23) olvido activo, 24) humor, 25) pasividad, 26) indecisión, 27) evaluar la culpa, 28) fe.
- Cohen (1987): 1) la búsqueda de información, 2) la acción directa, 3) la inhibición de la acción, 4) los procesos intrapsíquicos y 5) la búsqueda de apoyo en otros.
- Carver, Scheier y Weintraub (1989): 1) el afrontamiento activo, 2) la planificación, 3) la supresión de acciones competitivas, 4) la restricción, 5) la búsqueda de apoyo social instrumental, 6) la búsqueda de apoyo emocional, 7) la expresión de emociones, 8) el desenganche comportamental, 9) el desenganche mental, 10) la reinterpretación positiva y crecimiento, 11) la negación, 12) la aceptación y 13) la religión.
- Moos (1993): **acercamiento** (análisis lógico, revaloración positiva, la búsqueda de información o apoyo, acciones de solución del problema) y **evitación** (evitación cognitiva, aceptación resignada, búsqueda de refuerzos alternativos y descarga emocional).

Elaboración propia en base a Cohen (1987), Sandín (1989) y Aldwin (1994a).

En una revisión reciente sobre el tema, Augusto y Martínez (1998) señalan la diversidad de criterios alrededor de los que se han agrupado las estrategias de afrontamiento en función de una característica principal: los procesos psicológicos internos, la búsqueda de ayuda, los criterios motores o emocionales.

Como señalábamos anteriormente, esta multiplicidad de clasificaciones de las estrategias de afrontamiento está directamente relacionada con la diversidad de instrumentos existentes para su evaluación, que varían en la forma en la que evalúan las estrategias, en el número y en las estrategias que evalúan. A este respecto, la ausencia del interés por investigar la evaluación del afrontamiento contrasta con la abundante literatura sobre la eficacia del afrontamiento, aspecto al que dedicaremos el siguiente apartado.

3.2.2.3. *La eficacia del afrontamiento*

La cuestión de la eficacia ha sido una preocupación constante en los estudios sobre el afrontamiento, en un intento por identificar las estrategias más útiles para el manejo del estrés y las variables que influyen en dicha eficacia. Una revisión de la literatura disponible muestra cómo, en general, se suelen presentar algunas formas de afrontamiento como más eficaces que otras: el afrontamiento centrado en el *problema* versus *emoción*, el afrontamiento *activo* frente al *pasivo* y el afrontamiento de *aproximación* frente a la *evitación* o la *huida* (Lazarus y Folkman, 1986; Aldwin, 1994a; Moos, 1995).

Sin embargo, estas afirmaciones genéricas no han encontrado consenso teórico ni apoyo empírico entre los autores, ya que la eficacia del afrontamiento no es una característica intrínseca del propio afrontamiento o de sus estrategias, sino que se construye en la interacción de la persona con el ambiente, presentando gran variabilidad en función de las diferencias individuales, la situación y el momento (Lazarus y Folkman, 1986; Pelechano, 1992; Aldwin, 1994a; Snyder, 1999). Es decir, lo que es eficaz para una persona puede no serlo para otra; lo que es eficaz para afrontar una situación concreta no es generalizable a otras situaciones, y lo que resultó eficaz en un momento dado, puede no serlo ahora.

Se suele aceptar que las estrategias de afrontamiento son eficaces si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (Snyder, 1999).

Para entender la eficacia del afrontamiento, hay que considerar un elemento importante en su delimitación conceptual, como es su multidimensionalidad. Cohen (1987) ha señalado que las estrategias de afrontamiento pueden tener efectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Lipowski (1970), por su parte, propone un modelo

que reconoce cuatro dimensiones del afrontamiento, la emocional, la actitudinal, la conductual y la física. En esta línea, Watson y Kendall (1983) han señalado la conveniencia de realizar evaluaciones multidimensionales que incluyan respuestas conductuales y fisiológicas que permitan validar las inferencias sobre el afrontamiento basadas en los datos de autoinformes. Sin embargo, el desarrollo actual de los instrumentos de evaluación del afrontamiento pone de manifiesto que estamos muy lejos de poseer herramientas que incorporen esa evaluación multidimensional del afrontamiento y que la mayoría de los instrumentos validados empíricamente abarcan únicamente la evaluación de los componentes cognitivos y conductuales de dicha variable.

La bibliografía al uso muestra cómo los indicadores de la eficacia del afrontamiento más utilizados han sido el *bienestar psicológico* y los estados emocionales de *ansiedad* y *depresión*. La depresión, el indicador de adaptación más frecuente en psicología de la rehabilitación, es también el más utilizado en el estudio del afrontamiento de la LM y estará presente en nuestra investigación.

Partiendo de la diferencia entre el afrontamiento y sus resultados, la bondad de una estrategia, su eficacia, idoneidad o naturaleza adaptativa, se valora por sus efectos en una situación determinada, a corto plazo o a largo plazo, en interacción con las variables individuales (Aldwin, 1994a; Snyder, 1999).

Así, 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 (Cox-Gedmark, 1980; Sinyor, Amato, Kaloupek, Becker *et al.*, 1986; Mc-Nett, 1987), en la línea de los resultados encontrados en el afrontamiento de las enfermedades crónicas (Viney y Westbrook, 1981; Felton *et al.*, 1984). 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, Dube, Lalande y Alain, 1994). Pelechano *et al.* (1993) encontraron que la *búsqueda de información* y el *apego a la vida* se relacionan con una mayor adaptación a la enfermedad crónica, mientras que la *desesperación* y el *inconformismo* van unidos a una mayor ansiedad.

Dada la naturaleza multicondicionada del afrontamiento, al valorar su eficacia hay que tener en cuenta factores como el *área* de actividad, en su doble faceta de manejo de la ansiedad emocional y de la situación problema, el *momento en el tiempo*, a corto y a largo plazo, y el *contexto*, que incluye las variables del entorno, así como la fuente de estrés y la duración del estresor (Cohen y Lazarus, 1979). A esta trilogía habría que añadir la importancia de la *percepción subjetiva* que tiene la persona de dicha eficacia (autoeficacia percibida), así como el *significado personal* de la acción y sus consecuencias.

La literatura sobre el estrés está llena de numerosos casos en los que una forma de afrontamiento puede tener una influencia positiva en los resultados de un área de funcionamiento de la conducta humana y, a la vez, una influencia negativa en otra (Katz, Weiner, Gallagher y Hellman, 1970; Gal y Lazarus, 1975). En el área de la salud existen ejemplos parecidos con estrategias como la *negación* (Hackett, Cassem y Wishnie, 1968; Croog, Shapiro y Levine, 1971; Cohen y Lazarus, 1973) o la *expresión de emociones* (Dudley, Verhey, Masuda, Martin *et al.*, 1969; Layne y Yudofsky, 1971; Derogatis, Abeloff y Melisatoros, 1979).

De igual manera, unas estrategias útiles para manejar los problemas de salud pueden no serlo para manejar dificultades en el desempeño de la actividad laboral, en desavenencias de pareja o en un proceso de negociación (Lazarus y Folkman, 1986).

Así mismo, una respuesta asociada con el bienestar a corto plazo puede, en determinadas circunstancias, estar negativamente asociada con el bienestar cuando la situación se prolonga (Aldwin y Revenson, 1987), o cuando se hace incompatible con los cambios que han tenido lugar en la misma (Menaghan, 1982). Así, Suls y Fletcher (1985) compararon la eficacia de las estrategias de evitación respecto a las centradas en el problema y concluyeron que el afrontamiento de evitación y centrado en la emoción parece ser más eficaz a corto plazo, mientras que las estrategias de aproximación al problema están asociadas con un mejor efecto a largo plazo.

Todo ello nos lleva a pensar que las diferencias entre los resultados a corto y a largo plazo disminuyen la posibilidad de generalización de la eficacia de una estrategia de afrontamiento y resalta la importancia del *momento de evaluación*, variable que tiene gran importancia en el estudio de la LM como hemos señalado en otras ocasiones. Por ello, es importante tener en cuenta estos factores a la hora de interpretar los resultados dependiendo de si la valoración de la eficacia de dichas estrategias se realiza durante la fase aguda de la hospitalización o en la incorporación a la vida laboral y social, a medio o a largo plazo.

Entre los factores situacionales que influyen en la eficacia del afrontamiento están la *fuerza del estrés* y la *duración* del estresor (Lazarus y Folkman, 1986). La situación es distinta si hay una sola fuente de estrés o si existen múltiples focos estresantes, como ocurre en el caso de la aparición de la LM, situación de naturaleza multiestresante. Así mismo, dependiendo de la duración del estresor, diferentes formas de afrontamiento pueden ser efectivas para manejar los estresores agudos o temporales, pero no los estresores crónicos o permanentes, aspectos importantes en nuestra población de estudio.

Según el modelo de parámetros de Pelechano (1992), existen estrategias que se encuentran muy consolidadas y son eficaces para unos problemas, pero no para otros. El tipo de problema, el grado de consolidación de la estrategia, su eficacia y el tipo de persona son factores decisivos a la hora de poder establecer tanto la es-

estructura como la dinámica funcional de las estrategias de afrontamiento que representan modos operativos ante problemas muy concretos. En este sentido, este autor propone la reorientación de las investigaciones y de la interpretación de los resultados alcanzados de manera específica con el fin de que los resultados puedan ser, de hecho, operativos. Las poblaciones sobre las que se apliquen estos instrumentos deberían encontrarse identificadas y corresponder a problemas reales, con lo que sería posible la elaboración de instrumentación específica.

De todo lo anteriormente expuesto se deduce la ausencia de conclusiones sobre la eficacia de las estrategias de afrontamiento que sean válidas para todas las personas y en todas las situaciones y la conveniencia de estudiar su eficacia en las situaciones *específicas*. Será necesario definir una taxonomía de estrategias de afrontamiento y determinar cuáles funcionan en las diferentes situaciones y para qué sujetos. En consecuencia, el estudio de la eficacia del afrontamiento tiene como requisito la construcción de instrumentos adecuados para las diferentes situaciones y el estudio de su relación con otras variables psicológicas, objetivos presentes en nuestro estudio de campo.

Según las argumentaciones anteriores, parece adecuado el estudio específico del afrontamiento en el entorno rehabilitador y el análisis individualizado de cada persona. Así mismo, el momento de evaluación, la situación, la fuente y la duración del estresor son factores importantes que se deben considerar al estudiar el afrontamiento de la LM. Por ejemplo, no es lo mismo el afrontamiento de la LM en la fase aguda de hospitalización que en la fase crónica, en el momento de la rehabilitación hospitalaria que en de la vuelta a casa (*momento de evaluación*). También podemos valorar el afrontamiento de las relaciones interpersonales, de las barreras de accesibilidad o de las dificultades en el trabajo (*situación*), y pueden utilizarse diferentes estrategias para afrontar síntomas esporádicos o intermitentes como el dolor o las infecciones urinarias, y secuelas crónicas como la falta de sensibilidad, la movilidad reducida o la presencia de barreras arquitectónicas (*duración del estresor*).

Hasta aquí hemos hecho un recorrido por los enfoques teóricos y los aspectos conceptuales del afrontamiento, sus funciones, su clasificación y su eficacia. A continuación vamos a dedicar el siguiente apartado al estudio de las diferencias individuales encontradas en el afrontamiento y las explicaciones que se han dado de las mismas.

3.3. Diferencias individuales y afrontamiento

Independientemente de la perspectiva de estudio del afrontamiento utilizada, existe unanimidad en torno a la existencia de diferencias individuales para afrontar las situaciones estresantes y las investigaciones sugieren su naturaleza multideterminada tanto por factores personales como situacionales (Pelechano, 1992; Aldwin, 1994a; Zeidner y Endler, 1996; Snyder, 1999).

Como señala Pelechano (1999), en la actualidad se acepta la existencia de un afrontamiento disposicional y otro situacional-reactivo. Por un lado, hay autores que sugieren la existencia de preferencias, más o menos estables, en los modos de afrontamiento y que defienden que dichas diferencias pueden estar determinadas por *factores individuales* (Holohan y Moos, 1985; Chan, 1986; Parkes, 1986; Carver et al., 1989; Bolger, 1990; Endler y Parker, 1990). Por otro lado, aceptando la creencia de que un individuo puede utilizar diferentes estrategias para enfrentarse a las situaciones estresantes, hay autores que afirman la evidencia de que dichas estrategias de afrontamiento pueden estar altamente determinadas por el *contexto* o la *situación* (Moos y Billings, 1982; McCrae, 1984; Mattlin et al., 1990).

En esta línea, se ha sugerido que la mayor estabilidad atribuida al afrontamiento centrado en la emoción puede deberse a la mayor influencia de las variables de personalidad (Aldwin y Revenson, 1987), mientras que el afrontamiento centrado en el problema está más influenciado por factores situacionales (Long y Sangster, 1993).

A continuación abordamos estos dos tipos de factores, los factores situacionales y personales, que en compleja interacción contribuyen a la existencia de las diferencias individuales a la hora de afrontar el estrés.

3.3.1. Factores situacionales del afrontamiento

En general, todas las situaciones son potenciales elicitadores de las diferentes estrategias de afrontamiento, aunque parece haber características de la situación que influyen en la utilización de estrategias concretas. Entre ellas cabe destacar el *tipo de suceso* (Folkman y Lazarus, 1980; McCrae, 1984), la *posibilidad de su modificación* (Coyne, Aldwin y Lazarus, 1981; Felton et al., 1984; Lazarus y Folkman, 1984; McCrae, 1984), la *ambigüedad e incertidumbre* (Folkman y Lazarus, 1980), así como la *intensidad* (Menaghan, 1982), la *gravedad* y la *cronicidad* de la situación (McCrae, 1984), aspectos que tienen importancia para el afrontamiento de la LM, como veremos en posteriores apartados.

McCrae (1984, 1992) ofrece datos que sugieren el fuerte componente situacional de las estrategias de afrontamiento al señalar que en las situaciones de *desafío* se emplean principalmente las estrategias racionales, el pensamiento positivo, la fantasía, la autculpa, la contención, la autoadaptación y el sentido del humor. Según este autor, las situaciones de *amenaza* se caracterizan por la presencia de fatalismo, el pensamiento desiderativo y la búsqueda de ayuda, mientras que ante la *pérdida*, se ponen de manifiesto las creencias religiosas y la expresión de sentimientos.

Un factor que parece especialmente relevante, por sus claras implicaciones en el área de la salud y de la rehabilitación, es la *posibilidad de modificar la situación*. Así, hay evidencia de que ante situaciones percibidas como susceptibles de cambio, las per-

sonas utilizan más el afrontamiento centrado en el problema, mientras que ante aquellas situaciones que no permiten el cambio se utilizan más las estrategias centradas en la emoción y la revaloración cognitiva para minimizar la amenaza (Coyne *et al.*, 1981; Felton *et al.*, 1984; Lazarus y Folkman, 1984; McCrae, 1984). En esta línea, Folkman y Lazarus (1980) observaron que la *ambigüedad* y la *incertidumbre* favorecen el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la búsqueda de información, como respuesta a la necesidad, frecuentemente expresada por las personas, de mantenerse activas y hacer algo para manejar dicha incertidumbre. En este sentido, Rodríguez-Marín, López-Roig y Pastor (1989) señalan los múltiples factores que componen la naturaleza estresante de la *hospitalización*; y Ford, Barrow y Stohl (1996), por su parte, ofrecen evidencia de la importancia del *manejo de la información* para favorecer el afrontamiento de la incertidumbre en pacientes con cáncer, variable cuya importancia ya resaltamos en el proceso de adaptación a la LM.

En relación con las características de la situación estresante, se reconoce el papel que juegan las experiencias similares previas, tanto de la persona como de sus seres cercanos. Se considera que la persona está más preparada para enfrentarse al estrés cuando ya ha tenido experiencias semejantes, siempre y cuando no se repitan en una sucesión bastante rápida e intensa, atribuyendo al afrontamiento eficaz un efecto protector o inculador para futuras situaciones (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974). También puede ocurrir, sin embargo, que la experiencia de situaciones estresantes previas produzca una sensibilización emocional y conlleve la utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas (Billings y Moos, 1981b).

Sin embargo, aunque estos resultados son esclarecedores de algunas dinámicas de la interacción del afrontamiento, ninguna de las investigaciones anteriormente mencionadas explica la utilización de las estrategias de afrontamiento de la persona únicamente a partir de las variables situacionales, y no parece muy plausible el planteamiento simplista de la relación unívoca entre el estresor y el afrontamiento, olvidando las variables mediadoras propias de la persona (Aldwin, 1994a; Snyder, 1999).

Todo apunta a que es la interacción entre la persona y la situación la que puede explicar en última instancia las estrategias que se utilizan, determinadas por un cúmulo de influjos situacionales y personales interrelacionados, que intervienen a través de procesos de evaluación continuos, como los apuntados por Lazarus y Folkman (1986). Aceptando la importancia de los factores situacionales mencionados, las disposiciones personales que caracterizan la forma en que el individuo se relaciona con su medio toman especial relevancia, aspectos que analizamos a continuación.

3.3.2. Factores personales del afrontamiento

Entre los factores personales que explican las variaciones en el afrontamiento se han señalado características sociodemográficas como la edad, el género y el nivel

socioeconómico (Pelechano *et al.*, 1994; Augusto y Martínez, 1998; De Miguel y García, 2000). Mientras que el papel de la *edad* no ha quedado aclarado en las diferentes investigaciones y el *nivel socioeconómico* no parece relevante, las diferencias encontradas en función del *género* apuntan hacia una mayor eficacia, selectividad y flexibilidad de las mujeres ante los cambios (Frankenhaeuser, 1982; Hyypä, 1987), junto a una mayor utilización de la evitación, del afrontamiento centrado en la emoción y del apoyo social (Carver *et al.*, 1989; Endler y Parker, 1990), frente a los hombres que utilizan más eficazmente el afrontamiento centrado en el problema (Hovanitz y Koroza, 1989). Pero es necesario obtener más datos para poder sacar conclusiones al respecto.

En el área de la salud, Pelechano *et al.* (1994) y De Miguel y García (2000) ofrecen evidencia de las diferencias del afrontamiento entre los géneros. Mientras que los *hombres* tienen actitudes y acciones realistas hacia la enfermedad, centradas en la búsqueda de información, de tratamiento y de apoyo, las *mujeres* presentan una mayor utilización de estrategias de tipo emocional y de corte social. Sin embargo, hace falta obtener más datos para llegar a conclusiones definitivas en esta materia, considerando la influencia de las variables culturales y de personalidad.

Otros factores personales cuya importancia ha sido sugerida en la utilización de las estrategias de afrontamiento son la *inteligencia*, el *nivel cultural*, el *sistema de valores* (Krohne y Rogner, 1982; Aldwin y Revenson, 1987; Carver *et al.*, 1989; Augusto y Martínez, 1998), la *religiosidad* (Feifel, Strak y Nagy, 1987a, 1987b), el nivel de *ansiedad* inicial (Menaghan, 1982) y la presencia de *psicopatología* previa (Aldwin y Revenson, 1987; Hovanitz *et al.*, 1989).

Sin embargo, las **variables psicológicas** son las que han tenido mayor protagonismo en los intentos por explicar las diferencias individuales de afrontamiento. Son muchos los constructos que se han señalado en el área de la salud para entender dichas diferencias, como por ejemplo la *inflexibilidad* (Wheaton, 1983), la *eficacia personal* (Bandura, 1977), el *dominio* (Pearlin y Schooler, 1978), la *autoestima* (Pearlin y Schooler, 1978; Carver *et al.*, 1989), el *patrón de conducta tipo A* (Matthews, 1982; Vingerhoets y Flohr, 1984), la *fortaleza* (Carver *et al.*, 1989), el *patrón de conducta optimista* (Parkes, 1984; McCrae y Costa, 1986; Scheier, Weintraub y Carver, 1986; Long y Sangster, 1993) y la *ansiedad rasgo* (Carver *et al.*, 1989; Egloff y Hock, 1997), así como el *sentido de coherencia* (Antonovsky, 1979), la *vulnerabilidad al estrés* (Buen día y Mira, 1993), la *deseabilidad social* (McCrae y Costa, 1986; Egloff y Hock, 1997), la *inhibición* y la *afectividad negativa* (Watson y Clark, 1984), la *hostilidad* (Friedman, 1992; Siegman y Smith, 1994) y la *represión* (Friedman y VandenBos, 1992), variables que pueden jugar un papel relevante en las reacciones al estrés.

Especial relevancia se ha concedido al *locus* como variable que explica las diferencias de afrontamiento y cuya importancia para la adaptación a la LM ya señalamos en el capítulo anterior.

En este sentido, el *locus* ha sido un concepto central en muchas teorías psicológicas sobre la adaptación a los *sucesos vitales mayores* (Jannoff-Bulman y Frieze, 1983; Taylor, 1983) y sobre el afrontamiento del estrés, especialmente en el campo de la *salud* (Miller, 1979; Parkes, 1984; McCrae y Costa, 1986; Carver *et al.*, 1989; Pelechano, 1992, 1999). Thompson y Spacapan (1991) recalcan su papel favorecedor de la salud, derivado de su relación con el afrontamiento, el bienestar emocional, la competencia, la eficacia y la modificación de conducta.

Varios son los argumentos que avalan la importancia del *locus* para el afrontamiento del estrés en el área de la salud y que sugieren la relevancia de su estudio en el entorno rehabilitador. Por un lado, como ha puesto de relieve el estudio de Thompson *et al.*, (1993) sobre cáncer, el *control percibido* tiene gran importancia en situaciones de bajo control y los esfuerzos de la persona por conseguirlo y poder ejercerlo. Según estos autores, en general, es más importante para el bienestar de la persona ser capaz de tener control sobre los pequeños sucesos y situaciones a las que se enfrenta día a día y las reacciones emocionales que ello le provoca, que la sensación de controlar o no la ocurrencia de la enfermedad. El estudio de Thompson *et al.* (1993) describe un amplio número de conductas utilizadas por pacientes oncológicos para mantener las expectativas de control, que incluyen desde el ejercicio físico hasta cambios en la dieta, así como la búsqueda de información. Dichas muestras de conducta a menudo forman parte de las estrategias de lo que solemos denominar afrontamiento activo. En esta línea, Pelechano, Capafóns y Sosa (1991) han encontrado relación entre el *locus* interno y estrategias como la *búsqueda de información*, el *optimismo* y la *huida hacia delante*, lo que ellos denominan factores racionales de afrontamiento positivos.

Por otro lado, el *locus* tiene importantes implicaciones prácticas para la motivación, la adherencia al tratamiento y el manejo de la incertidumbre durante el proceso de rehabilitación, al tiempo que pone de relieve la importancia del papel de los profesionales para promover y reforzar la búsqueda de control en el entorno rehabilitador (Ferington, 1986; Yoshida, 1996). En esta línea se puede interpretar el incremento en el *locus* interno observado por Albrecht y Higgins (1977) durante la rehabilitación y los logros obtenidos por los programas que favorecen la percepción de control en personas con LM, descritos por Craig *et al.* (1998).

En general, las variables psicológicas a las que más se ha recurrido para explicar las diferencias individuales de afrontamiento han sido las **variables de personalidad**. Sin embargo, a pesar de que se hace continua referencia a ellas para explicar las diferencias individuales en la forma de reaccionar al estrés y de afrontarlo (Derogatis *et al.*, 1979; McCrae, 1982; Silver, Wortman y Klos, 1982; Aldwin y Revenson, 1987; Feifel *et al.*, 1987a; Ben Porath y Tellegen, 1990), las variables de personalidad no han sido investigadas de forma sistemática.

De hecho, los intentos por explicar la relación entre las variables de personalidad y el afrontamiento han sido muy diversos. Junto a la hipótesis de que las preferencias

por determinados patrones de afrontamiento se derivan de los rasgos de personalidad (McCrae, 1982), algunos autores afirman que rasgos tradicionales de personalidad, como *represión* versus *sensibilización*, no son buenos predictores del afrontamiento (Cohen y Lazarus, 1973; Folkman y Lazarus, 1980; Carver *et al.* 1989). Por su parte Watson, David y Suls (1999) defienden que las estrategias de afrontamiento frecuentemente estudiadas reflejan tendencias disposicionales más básicas y más amplias de la persona, mientras que Bolger (1990) y Bolger y Zuckerman (1995) defienden la tesis complementaria de que las estrategias de afrontamiento median los efectos de algunas características de personalidad sobre el malestar y la insatisfacción. De estas disposiciones, el *neuroticismo* y la *extraversión*, las más estudiadas en las investigaciones del afrontamiento, parecen ser elementos clave que influyen en las estrategias que utiliza la persona y el en grado de malestar experimentado (Parkes, 1984; Costa y McCrae, 1985a, 1987; McCrae y Costa, 1986; Bolger, 1990; Pelechano, 1992, 1999; Bolger y Zuckerman, 1995; Snyder, 1999).

La presencia de *neuroticismo* parece explicar algunas de las diferencias encontradas tanto en la reacción al estrés como en las conductas para manejarlo. Así, hay investigaciones que muestran la relación de *N* con la tendencia a evaluar el entorno de forma negativa, a interpretar los sucesos como amenazantes y a sobrerreaccionar ante estresores menores (Watson y Clark, 1984; Watson y Pennebaker, 1989; Costa y McCrae, 1990; Watson, Clark y Harkness, 1994). El *neuroticismo* parece estar asociado también con una mayor depresión, ansiedad, quejas somáticas frecuentes y afectividad negativa (Watson y Clark, 1984), y tiene un papel activo en la verbalización de los sucesos estresantes (Pelechano *et al.*, 1994). Por todo ello, algunos autores consideran a *N* como predictor de la ocurrencia de sucesos estresantes (Headey y Wearing, 1989; Ormel y Wohlfarth, 1991; Breslau, Davis y Andreski, 1995).

Aunque no se ha investigado de forma sistemática la relación entre el afrontamiento y el neuroticismo, existen algunos datos que pueden contribuir a aclarar la naturaleza de dicha relación. Así, el neuroticismo se ha asociado con la utilización de afrontamiento *pasivo* y centrado en la *emoción* (Endler y Parker, 1990; Costa, Sommerfield y McCrae, 1996), con una mayor utilización de estrategias de pensamiento desiderativo, de autoculpa, de escape/evitación y un menor uso de afrontamiento centrado en el problema, de la revaloración positiva y de la búsqueda de apoyo (Bolger, 1990; McCrae y Costa, 1990; Hooker, Fraizer y Monahan, 1994). En el área de la salud, Pelechano (1992, 1999) ha encontrado relación entre *N* y la *inculpación familiar* actual en enfermos crónicos, así como *rechazo de consolación* o *impacto general de la enfermedad con autoinculpación* (Pelechano *et al.*, 1994), en el momento de conocer el diagnóstico.

Junto al neuroticismo, la *extraversión* es la variable de personalidad que mayor atención ha recibido en las investigaciones sobre el afrontamiento. Existe evidencia que muestra la relación de la extraversión con el afrontamiento *activo* y centrado en el *problema*, con la utilización de estrategias como la *revaloración positiva* y la

búsqueda de apoyo social, y un menor uso de estrategias centradas en la emoción (Amirkhan, Risinger y Swickert, 1995).

Los autores que han examinado la relación de los cinco grandes con el afrontamiento han encontrado que el neuroticismo y la *apertura a la experiencia* son factores predictores del mismo (Vickers, Kolar y Hervig, 1989; Watson y Hubbard 1996; Watson, David y Suls, 1999). Este último factor se relaciona con estrategias de afrontamiento *activo* y centrado en el *problema*.

Todas estas investigaciones llevan implícito el reconocimiento de la importante relación existente entre las variables de personalidad y el afrontamiento, pero ninguna consigue desarrollar un modelo explicativo satisfactorio y no alcanzan a integrar el afrontamiento en una teoría general de la personalidad. Como señalábamos anteriormente, en opinión de Pelechano (1992) y Snyder (1999), el acercamiento entre personalidad y estrés no ha sido suficientemente explorado, por lo que hacen falta investigaciones sistemáticas de la relación entre las variables de personalidad y el afrontamiento para esclarecer la naturaleza de su interacción. La investigación que aquí planteamos aplica instrumentos de evaluación que permiten recoger datos para avanzar en el esclarecimiento de dicha relación.

Así mismo, estos planteamientos deben ir acompañados de la introducción de una metodología diferencial y de la superación de las limitaciones presentes en las investigaciones actuales sobre el afrontamiento. En opinión de Pelechano (1992), los esfuerzos realizados hasta ahora han sido insatisfactorios porque se han aplicado principalmente sobre acontecimientos estresantes rememorados, sobre muestras de estudiantes universitarios, con insuficiencias metodológicas graves y afán generalizador, siguiendo los procedimientos de elaboración de los rasgos de los años cincuenta, con criterios de valoración escasos y apoyados más en la praxis clínica y en estudios de casos que en estudios experimentales controlados y sin estudios longitudinales.

En resumen, un análisis completo del afrontamiento de la LM requiere tanto la inclusión de las variables de personalidad como las del entorno para comprender mejor los procesos que determinan la utilización de unas estrategias u otras. Desde ese planteamiento, los instrumentos que hemos aplicado permiten estudiar el afrontamiento y su relación con variables psicológicas como la extraversión y el neuroticismo, el *locus*, la depresión y la ansiedad de ejecución, junto con las variables sociodemográficas y los aspectos médicos relacionados con la LM. De ahí el interés de los datos obtenidos y que posteriormente comentaremos.

3.4. Afrontamiento, salud y rehabilitación

Como ya adelantábamos, el afrontamiento es un factor relevante y muy estudiado en el ámbito de la salud, tanto por su importancia en los procesos de trata-

miento y recuperación, como por su papel mediador en la relación entre el estrés y los resultados de la enfermedad y el manejo de sus secuelas (Cohen, 1979; Cohen y Lazarus, 1979; Elliott y Eisdorfer, 1982; Auerbach, 1989; Pelechano, 1992, 1997; Pelechano *et al.*, 1993).

Hay evidencia que sugiere que el afrontamiento es un claro mediador de la relación entre la situación estresante y el estado de salud, influyéndolo a través de las respuestas emocionales, conductuales, fisiológicas, hormonales e inmunológicas (Folkman y Lazarus, 1988b). La psicología de la salud muestra un interés creciente por su estudio, especialmente por analizar la forma de enfrentarse a los procesos patológicos específicos, su desarrollo y sus síntomas.

Nuestro interés en el área de la salud se centra en los esfuerzos por afrontar el estrés crónico, asociado a secuelas permanentes que conllevan limitaciones funcionales, de autonomía personal y que afectan a todas las esferas de la vida de la persona, como ocurre ante la aparición de una discapacidad física adquirida como la LM.

La revisión de la bibliografía muestra cómo el impacto del afrontamiento en el área de la salud se refleja en el estudio de la LM, de su concepción como situación estresante y del proceso de adaptación, aspectos a los que dedicaremos apartados específicos posteriormente. Comenzaremos por ver cómo ha sido la introducción del afrontamiento en el estudio de las enfermedades crónicas, para luego centrarnos en la discapacidad física adquirida y en la LM.

3.4.1. Afrontamiento, salud y enfermedad crónica

Moos y Schaefer (1989) han puesto de relieve cómo los enfoques del estudio del afrontamiento de la enfermedad se han visto influidos por la evolución de los conceptos en la psicósomática (Alexander, 1950), la medicina conductual (Schwartz y Weiss, 1977; Miller, 1983) y la integración de estas perspectivas en una orientación biopsicosocial de la salud (Engel, 1977).

Desde la perspectiva **psicosomática** los trabajos giran en torno a dos presupuestos básicos del afrontamiento:

- La manera innata de manejar el estrés puede originar y conducir el curso de la enfermedad (enfoque que defiende la naturaleza *etiológica* y *causal* del afrontamiento sobre la enfermedad).
- La enfermedad puede producir formas específicas de afrontamiento que influyen sobre la personalidad (enfoque *patologicista* que defiende la relación unívoca entre la enfermedad y el afrontamiento y su influencia en la aparición de problemas psicológicos).

Sin embargo, los autores de esta corriente psicósomática se centraron en el estudio de los aspectos causales de algunas enfermedades, descuidando la atención prestada a las estrategias de afrontamiento específicas que la persona emplea para manejar el estrés asociado a ellas.

Posteriormente la **medicina conductual**, que integra los principios de la modificación de conducta con el enfoque biomédico, enfatiza el papel activo de la persona tanto en la etiología como en el manejo de la enfermedad (Moos y Schaefer, 1989). Así, las aplicaciones iniciales del conductismo en el ámbito de la salud y el estrés se centraron en los aspectos *conductuales* de la resolución de problemas y en los componentes *cognitivos* de las estrategias de afrontamiento (Hersen, Van Hasselt y Matson, 1983; Zeitlin y Williamson, 1994). Algunos autores como Carver *et al.* (1989) o Nerenz y Leventhal (1983), enfatizan el rol de la persona en la *autorregulación*, mientras que Gal y Lazarus (1975) defienden la *autoeficacia* como recurso de afrontamiento, y creen que la valoración subjetiva de la crisis que supone la aparición de una enfermedad puede ser tanto o más importante que sus características objetivas. En estas afirmaciones podemos observar la incorporación de los presupuestos defendidos por el modelo cognitivo del estrés para entender los procesos psicológicos ante la aparición de problemas de salud.

Por su parte, la orientación **biopsicosocial** de la salud (Engel, 1977) proporciona un marco integrador de las tendencias anteriores, con un enfoque multicausal que considera los aspectos biológicos, psicológicos y contextuales. Este marco teórico permite conocer los determinantes y las consecuencias de las estrategias de afrontamiento y sus procesos, así como los factores psicosociales que pueden influir en el curso de la enfermedad y en su respuesta al tratamiento. También afirma la naturaleza multidimensional del afrontamiento, entendiendo la utilización de las estrategias concretas como el resultado final de la interacción de los aspectos médicos de la enfermedad, los factores personales y los ambientales.

La bibliografía al uso muestra cómo en el ámbito de la salud han existido las mismas tendencias que en el estudio del afrontamiento en otras facetas de la experiencia humana. Por un lado se han intentado describir estilos generales de afrontamiento de la enfermedad y, por otro, se han realizado esfuerzos por estudiar las estrategias concretas utilizadas para afrontar diferentes enfermedades (Burish y Bradley, 1983). Si anteriormente mencionábamos la diversidad de estrategias encontradas y la ausencia de una clasificación unánimemente aceptada por los autores, esta diversidad aumenta en las descripciones y clasificaciones de las estrategias utilizadas para afrontar las diferentes enfermedades.

Así, entre los estudios del afrontamiento general de la enfermedad, Millon (1982) describe ocho estilos de afrontamiento de los problemas de salud: *introvertido*, *cognitivo*, *cooperativo*, *sociable*, *confiado*, *agresivo*, *respetuoso* y *sensible*. Feifel, Strak y Nagy (1987a), desarrollan un modelo trifactorial de afrontamiento para las enfer-

medades crónicas, que diferencia entre la *confrontación*, la *evitación* y la *aceptación-resignación*. Moos y Tsu (1977), por su parte, señalan siete estrategias de afrontamiento generales para manejar la enfermedad: *minimizar* la gravedad de la crisis, *buscar información*, *buscar apoyo*, *aprender los procedimientos* relacionados con la enfermedad, *plantearse metas específicas*, *anticipar una variedad de resultados* posibles y *buscar significado*.

Moos y Schaefer (1989) han desarrollado un modelo teórico para la comprensión de la *crisis* que supone la aparición de una enfermedad, entendida como una alteración del estado habitual que puede extenderse en el tiempo y producir cambios permanentes en la persona y en los miembros de su familia. Atribuyen las diferencias de afrontamiento encontradas en la respuesta a la enfermedad a factores que se pueden agrupar en tres categorías principales: 1) los factores demográficos y personales, 2) los factores relacionados con la enfermedad y 3) las características del entorno físico y social. Estos autores señalan las múltiples tareas a las que se enfrenta la persona, diferenciando entre las tareas generales y las tareas relacionadas con la enfermedad.

- Tareas relacionadas con la *enfermedad*: El manejo del dolor, de la discapacidad y de otros síntomas, el manejo de los estresores derivados del entorno hospitalario y los tratamientos, y el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales con el personal sanitario.
- Tareas *generales*: El mantenimiento del equilibrio emocional, de una autoimagen satisfactoria, del sentido de competencia personal y de las expectativas de control; el mantenimiento de las relaciones sociales con la familia y las amistades y la superación de la incertidumbre ante el futuro.

En esta línea, Rodríguez-Marín *et al.* (1989), en su revisión teórica sobre el afrontamiento y la estancia en el hospital, describen la *hospitalización* como un estresor cultural, estructural, social, psicológico y físico.

Una variable de especial interés en el estudio del afrontamiento en el área de la salud es el *manejo de la información*, a cuya importancia en el proceso de adaptación a la LM ya hemos hecho referencia. Los trabajos de Miller (1988,1992; Miller y Mangan, 1983; Miller, Brody y Summerton, 1988; Miller, Leinbach y Brody, 1989) ofrecen evidencia de la existencia de diferencias individuales en el afrontamiento de la información (*monitoring* versus *blunting*) y de sus implicaciones sobre cuestiones clave, como qué información dar y cuándo comunicarla.

El conocimiento de la cantidad de información que un paciente prefiere recibir es de gran importancia para el equipo médico y ayuda a responder a las necesidades individuales de información. De ahí se deriva la relevancia de explorar las estrategias individuales de búsqueda o evitación de la información como herramientas para afrontar el estrés en los pacientes (Steptoe, Sutcliffe, Allen y Coombes, 1991).

En este sentido, se ha visto que la satisfacción de los pacientes con la comunicación recibida está directamente relacionada con la *adherencia* a los consejos médicos (Haynes, Taylor y Sackett, 1979), el grado de *ansiedad* y la *satisfacción* con el tratamiento (Miró y Raich, 1992).

En esta línea también, Pelechano (1997) señala la relación entre el afrontamiento y los *sistemas de creencias* acerca de la enfermedad, así como el papel central de la *familia* y los modelos «implícitos» de la enfermedad que se emplean en el contexto familiar, aspectos que van a influir en el manejo de la información.

Los problemas metodológicos que el estudio del afrontamiento plantea en los problemas de salud han sido evidenciados por autores como Watson y Kendall (1983), Cooper (1988), Edwards y Cooper (1988) y Auerbach (1989), problemas que también están presentes en el estudio del afrontamiento de la LM y a los que prestaremos atención en el siguiente capítulo.

El estudio del afrontamiento en el área de la salud pone de manifiesto la necesidad de abandonar el enfoque único predominante, de grupos criteriosales sanos y enfermos, y ampliar el planteamiento investigador dirigiéndolo hacia el estudio de grupos específicos, abarcando el abanico de las diferentes enfermedades (Pelechano et al., 1994). Esta perspectiva es igualmente válida para la psicología de la rehabilitación y el estudio del afrontamiento de las discapacidades físicas.

Una vez hechas estas matizaciones sobre el afrontamiento en el área de la salud y las enfermedades crónicas, a continuación vamos a profundizar en el estudio del afrontamiento en el entorno de la rehabilitación de la discapacidad física en general y de la LM, en particular.

3.4.2. Afrontamiento, rehabilitación y discapacidad física adquirida

La bondad del estudio del afrontamiento para la investigación de la enfermedad crónica y su relevancia en el área de la salud ha encontrado continuación en el estudio de la discapacidad física, como lo muestra su introducción en la psicología de la rehabilitación y en los estudios sobre la LM.

Como veíamos en el Capítulo 2, con el predominio del modelo de las etapas para entender el proceso de adaptación a la LM, la variable afrontamiento se incorporó inicialmente como recurso explicativo de una forma meramente descriptiva para, posteriormente, estar cada vez más presente en las publicaciones y la práctica profesional de la psicología de la rehabilitación. Así, una revisión de la bibliografía muestra una creciente presencia del afrontamiento en los manuales de psicología de la rehabilitación, como el de Chubon (1994), y en publicaciones sobre *counseling* de personas con discapacidad (Livneh y Sherwood, 1991; Marshak y Seligman,

1993; Atkinson y Hackett, 1995). En nuestro entorno contamos con un trabajo de González (1993) que muestra la adecuación de la aplicación de la perspectiva del estrés y el afrontamiento en el estudio de la discapacidad física.

Sin embargo, en la psicología de la rehabilitación no ha existido un desarrollo teórico ni una investigación sistemática del afrontamiento en el estudio de las personas con discapacidad. Más bien, se ha producido un traspaso de ideas, conceptos e instrumentos de evaluación del afrontamiento al estudio de la discapacidad, sin que se haya visto complementado con esfuerzos de validación empírica.

En general, podemos hablar de una evolución del estudio del afrontamiento de la discapacidad hacia el modelo de las diferencias individuales, caracterizada inicialmente por la presencia del enfoque psicodinámico y la convergencia teórica con el modelo de las etapas. Al igual que ocurre en otras áreas de estudio de la psicología de la rehabilitación, como es el proceso de adaptación a la LM, esta evolución no ha sido lineal y ha sido frecuente el solapamiento de los diversos enfoques.

Así, es frecuente que se hable de afrontamiento de la discapacidad identificándolo con los mecanismos de defensa, como ocurre en los trabajos de Henderson y Bryan (1984), Vander-Kolk (1991) o Marshack y Seligman (1993).

Henderson y Bryan (1984), desde un enfoque centrado en los problemas de adaptación, describen los mecanismos de defensa utilizados por las personas con discapacidad. Aunque introducen la idea del estrés asociado a la discapacidad y la importancia de los factores ambientales y sociales para su adaptación, aplican una concepción del afrontamiento inadecuada y alejada de la concepción actualmente aceptada. Desde esta perspectiva, distinguen tres tipos de afrontamiento: 1) el *engaño*, caracterizado por estrategias como la represión, la proyección y el desplazamiento; 2) la *sustitución*, que incluye la compensación y la formación reactiva, y 3) la *evitación* que hace referencia a la utilización de la fantasía y la regresión.

Aunque éstos defienden la no existencia de un afrontamiento característico de las personas con discapacidad, entre los factores que influyen el afrontamiento señalan la edad de aparición de la discapacidad, el género, la gravedad y la visibilidad de la discapacidad, con afirmaciones prejuiciosas, impresionísticas y sin apoyo empírico.

Como apuntábamos anteriormente, y en el marco de la diversidad de teorías de la psicología de la rehabilitación, la concepción del afrontamiento como proceso alcanza una convergencia teórica con los modelos de las etapas de adaptación. Así, hay autores que hablan de *etapas de afrontamiento* (Falek y Britton, 1974; Pennebaker et al., 1990). Aquí podemos incluir también los trabajos sobre la discapacidad de Horowitz, (1976, 1982) y Klinger (1977). Por su parte, autores como Alexy (1980), Silver y Wortman (1980a), Tait y Silver (1989), Wortman y Silver (1989,

1992) han revisado y cuestionado la adecuación de la aplicación de las teorías del duelo y la pérdida en el entorno rehabilitador.

No será hasta finales de la década de los ochenta y comienzo de los años noventa cuando se introduzca el modelo cognitivo del estrés y su definición de afrontamiento en la investigación de las personas con LM como la entendemos actualmente y evaluado a través de instrumentos estandarizados, en estudios como los de Pollets (1985), Frank *et al.* (1987) y Buckelew *et al.* (1990, 1991).

Aunque su presencia e investigación ha sido menor que en el área de la salud, la bibliografía al uso muestra la influencia del afrontamiento en las explicaciones de los procesos psicológicos de adaptación a la discapacidad, tanto en la utilización de terminología como en el reconocimiento de la naturaleza estresante de la discapacidad física adquirida en general, y de la LM en particular.

Así, las formulaciones teóricas de algunos autores clave en los estudios sobre la discapacidad incorporan terminología cercana a las teorías del estrés. Términos como «afrontamiento frente a rendición» (*coping versus succumbing*, Wright, 1960, 1988), «acercamiento-evitación» (*approaching-avoiding*, Shontz, 1980, 1983), las «reacciones a la traumatización» (*reactions to traumatization*, Siller, 1983), el concepto de “solución creativa de problemas” (Frieden y Cole, 1988) o la consideración de la *negación* como estrategia para manejar el estrés (Shontz, 1980, 1983). Adams y Lindeman (1974) introdujeron la perspectiva del afrontamiento en la comprensión del proceso de adaptación a la discapacidad; mientras que Stewart (1977), por su parte, diferencia el afrontamiento de las defensas, aunque entendido como etapas y alejado todavía de la concepción y de la operativización actuales en el marco de las teorías del estrés. Avanzando en el estudio del afrontamiento como variable interviniente en el proceso de adaptación, autores como Silver (1982) y Zirpolo (1986) introducen la perspectiva del afrontamiento de sucesos traumáticos para entender las reacciones ante la aparición de la LM.

Igualmente, consecuencia directa de la influencia de las teorías del estrés en la psicología de la rehabilitación es la consideración de la discapacidad física adquirida como un suceso estresante, algo que se pone de relieve en los trabajos de Knussen y Cunningham (1988), Lieberman y Lieberman (1988) y Santavirta, Bjorvell, Koivumaki y Hurskainen (1996). En esta línea, Lyons, Sullivan, Ritvo y Coyne (1995) y Power, Dell Orto y Gibbons (1988) han señalado la importancia de aplicar la perspectiva del estrés y del afrontamiento para el estudio de los procesos relacionales y las dinámicas individuales y familiares ante la aparición de la discapacidad física.

A menudo se ha utilizado el modelo del afrontamiento de la enfermedad de Moos y Schaefer (1989), al que hemos hecho referencia en el apartado anterior, para entender la naturaleza estresante de la aparición de una discapacidad física, especialmente la LM.

De hecho, el predominio de los estudios de la LM en la psicología de la rehabilitación es también una realidad en los estudios sobre el estrés y el afrontamiento de las discapacidades físicas adquiridas. Es en las investigaciones sobre la LM donde mejor se evidencia su concepción como una situación estresante y la incorporación del afrontamiento al estudio del proceso de adaptación.

TABLA N.º 9

LA NATURALEZA ESTRESANTE DE LA LM		
	Dimensiones del suceso estresante	Respuesta
<i>Múltiples Fuentes de estrés</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios orgánicos y fisiológicos. • Entorno hospitalario y tratamientos médico-rehabilitadores. • Entorno socio-familiar. 	Impacto Multidimensional
<i>Naturaleza mixta del suceso estresante</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Suceso vital</u> (afectación severa con grandes cambios). • <u>Estrés diario</u> (molestias en el desempeño de las actividades de la vida diaria). 	Respuesta Individual de ansiedad
<i>Dimensión Objetiva y subjetiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida objetiva de movilidad, sensibilidad y funcionalidad. • Valoración subjetiva de la pérdida (significado personal de la discapacidad). 	
<i>Eje temporal: Fase aguda</i>	→ <i>Fase crónica o de larga evolución</i>	

En la Tabla 9 hemos resumido los diferentes elementos que componen la naturaleza estresante de la LM en torno a tres conceptos: en primer lugar, las fuentes de estrés; en segundo lugar, la naturaleza mixta del suceso estresante, considerado como un suceso vital mayor y teniendo en cuenta sus estresores diarios; y, en tercer lugar, la dimensión objetividad - percepción subjetiva.

En esta situación nueva para la persona que supone la LM, de aparición repentina y frecuentemente traumática, las demandas estresantes pueden provenir de diferentes fuentes (Trieschmann, 1984), como son: 1) su propio *organismo* y los cambios experimentados ante la aparición de la lesión; 2) la *situación hospitalaria*¹ y los tratamientos médicos a los que se ve sometida, y 3) el *entorno social* en el que se encuentra inmersa, siendo de especial relevancia la familia y las actitudes. Todos estos factores deben considerarse desde una perspectiva temporal que se inicia en la fase aguda y continúa a lo largo de la vida, de donde se deriva la importancia del momento de evaluación.

Dada la amplitud del impacto de la LM y la permanencia de sus secuelas, su naturaleza estresante procede tanto del hecho de ser un suceso vital mayor como de

¹ A este respecto resulta interesante la revisión anteriormente mencionada sobre el estrés por hospitalización y su afrontamiento realizada por Rodríguez *et al.* (1989).

los estresores diarios presentes durante la rehabilitación, en el proceso de adaptación y en las actividades de la vida diaria. Por ello, el afrontamiento de la LM se podría estudiar de muchas formas, con un enfoque general o centrado en parcelas específicas del proceso de adaptación. En este sentido, sería interesante investigar el afrontamiento de la LM desde una perspectiva global y complementaria que contemple:

- a) El *afrontamiento general, a lo largo del tiempo*: Tanto durante la fase aguda de la rehabilitación como a largo plazo, en su vuelta a casa y en el momento de la incorporación a la vida social y laboral. Ya desde la fase aguda, la persona debe realizar constantes esfuerzos de afrontamiento derivados del tratamiento y de la rehabilitación en sí mismos, del manejo de sus reacciones emocionales, del impacto que la lesión tiene en su entorno familiar, social y laboral y de su nueva imagen personal (Brucker, 1983; Trieschmann, 1984).
- b) El *afrontamiento específico, en diferentes situaciones y esferas de la vida*: Incluyendo el afrontamiento de las limitaciones de movilidad y de las barreras urbanísticas y arquitectónicas, de la posible dependencia funcional, de la ausencia del control de esfínteres, de los cambios en la respuesta sexual, del manejo de los autocuidados o las complicaciones médicas, del desempeño laboral, de la actitud social y de la vivencia personal de estas situaciones.

La literatura sobre el afrontamiento de la LM se ha centrado en el estudio de su afrontamiento general, como un suceso vital mayor, con un predominio de estudios durante la fase aguda de la rehabilitación, como veremos posteriormente. De momento no se ha prestado atención a los diferentes estresores diarios a los que se enfrenta el lesionado medular durante la rehabilitación médico-funcional y en su vida diaria. Dado el estado actual de las investigaciones del afrontamiento de la LM, parece más adecuado centrarse en el estudio general de dicho afrontamiento, como haremos en nuestra investigación, para posteriormente continuar aumentando el grado de especificidad de su estudio en futuras líneas de investigación.

Para valorar el estrés asociado a la LM y su afrontamiento es necesario tener en cuenta el impacto diferencial de la lesión, determinado por numerosas variables, principalmente las *cognitivas* y las de *personalidad*, entre las que hay que destacar la valoración realizada por el propio sujeto de la lesión y de los recursos que se tienen para manejarla (Trieschmann, 1984). Un mismo suceso no es igual de estresante para todas las personas y no todos movilizan los mismos recursos de afrontamiento. Al hablar del estrés asociado a la LM, dicho estrés implica tanto la *pérdida real* (de sensibilidad, de movilidad y de funcionalidad) como la *pérdida percibida* por el sujeto, percepción que está relacionada con el significado individual que la discapacidad tiene para cada persona y que tiene gran influencia en el proceso de

adaptación. En este sentido Park y Folkman (1997) han puesto de manifiesto la importancia del *significado* para el afrontamiento de las situaciones estresantes, idea ya avanzada por Silver (1982) en su estudio de la LM.

Otra de las aportaciones de los estudios del afrontamiento para la comprensión de la discapacidad como una situación estresante, derivada de las investigaciones del estrés postraumático, ha sido dirigir el interés hacia la resistencia y la capacidad de adaptación y recuperación desde un enfoque positivo ante las situaciones estresantes como se muestra en el trabajo de Lyons (1991). Esta perspectiva, ya esbozada en el trabajo de Wright (1988) sobre el desarrollo de *conceptos constructivos de vida* a partir de la discapacidad, favorece el abandono de los enfoques patológicos y el desplazamiento del interés hacia el estudio de los mecanismos sanos de adaptación en la psicología de la rehabilitación, en un intento de superar el modelo de las etapas de reacción a la LM.

3.5. El estudio del afrontamiento de la LM

La necesidad de reformulación teórica de los modelos explicativos de la adaptación a la LM, promovida como señalábamos desde el modelo de las diferencias individuales, se ve resaltada con la introducción de las teorías del estrés en el contexto rehabilitador.

Frente a las afirmaciones iniciales que, con clara influencia de la psicología y la teoría de la pérdida, postulaban, sin investigarlo, la existencia de un afrontamiento específico para las discapacidades concretas (Barker *et al.*, 1946; Dembo *et al.*, 1956; Wright, 1960; Meyerson, 1973), actualmente se reconoce que la relación unívoca entre afrontamiento y discapacidad es muy simplista y que la respuesta a la LM está fuertemente mediatizada por la interacción de factores como el *apoyo social*, los procesos *cognitivos* o las *variables de personalidad*, compartiendo los presupuestos de las diferencias individuales (Brucker, 1983; Trieschman, 1984, 1988).

Una revisión de la bibliografía muestra una presencia creciente de estudios sobre el afrontamiento de la LM, presencia que ha ido acompañada de grandes dificultades metodológicas y conceptuales derivadas de la falta de consenso sobre una definición, tanto teórica como operativa, del afrontamiento, como analizaremos posteriormente. Reflejo de la falta de desarrollo teórico sobre el afrontamiento de la LM es la escasez de revisiones sobre el tema, entre las que cabe señalar los trabajos de Wortman y Silver (1989) y de Cairns y Baker (1993).

A finales de los años ochenta y principalmente durante los años noventa, el estudio del afrontamiento de la LM experimenta un salto cuantitativo y cualitativo, con la utilización de instrumentos estandarizados para su evaluación. En general, y tomando la utilización de dichos instrumentos como criterio de referencia, podemos

diferenciar dos enfoques en el estudio del afrontamiento de la LM: un enfoque *pre-empírico* y otro *empírico*, situando el punto de corte entre ambos en el estudio de Pollets (1985), el primer estudio en el que se evalúa el afrontamiento de la LM con un instrumento estandarizado. Sin embargo, aunque ambos enfoques se suceden en el tiempo, no representan un desarrollo lineal sino que, a menudo, se solapan y conviven juntos.

Desde el **enfoque preempírico** del estudio del afrontamiento de la LM el afrontamiento es sinónimo de ajuste o adaptación y se investiga mediante el estudio de casos, la observación y las valoraciones subjetivas del personal rehabilitador, como ocurre en los trabajos de Bulman y Wortman (1977), Bracken y Berstein (1980), Rosensiel y Roth (1981), Van Den Bout *et al.* (1988), Sholomska *et al.* (1990) y Aaberg (1996). También se incluyen aquí los estudios del afrontamiento de la LM que, aún siendo más complejos metodológicamente, evalúan el afrontamiento mediante entrevistas y la revisión de datos epidemiológicos, sin utilizar instrumentos estandarizados (Ray y West, 1983; Ray y Kreutzer, 1984; Zirpolo, 1986; Heineman, Bulka y Smetak, 1988).

Los autores incluidos en este enfoque preempírico hablan indistintamente de estilos, respuestas o conductas de afrontamiento para referirse a un concepto general de adaptación, que aglutina los recursos y las habilidades personales para manejar el estrés, y no se traduce en ninguna medición objetiva estandarizada. En esta época las estimaciones clínicas, la intuición y la voluntad explicativa preceden al empirismo científico. El afrontamiento, en esta etapa, es un término oscuro, genérico e indefinido, con mero valor explicativo del proceso de adaptación a la LM, sin ningún apoyo empírico, como se pone de manifiesto en los estudios impresionísticos de Aadalén y Stroebel-Kahn (1982), Chubon y Moore (1982) y Hansen y Tate (1984).

En este sentido, es significativo que las publicaciones iniciales sobre la LM que incluyen el término afrontamiento, a menudo no hacen referencia al afrontamiento en el sentido actualmente aceptado, sino que hablan del *progreso en la rehabilitación* (Fogel y Rosillo, 1973), del *proceso de adaptación* en general (Adams y Lindeman, 1974; Trieschmann, 1974; Silver, 1982; Kasprzyk, 1983), de las *etapas de adaptación* (Goldiamond, 1976; Rigoni, 1977; Stewart, 1977; Bracken y Shepard, 1980) o de las *necesidades familiares* (Steinglass, Temple, Lisman y Reiss, 1982).

El **enfoque empírico** del estudio del afrontamiento de la LM, entendido como factor mediador ante el estrés, se caracteriza por los esfuerzos de operativización que permitan su evaluación objetiva y estandarizada. Así, se produce una utilización en el entorno rehabilitador de instrumentos contruidos para la evaluación del afrontamiento en otras áreas de la conducta humana, y comienzan a realizarse estudios más rigurosos que ofrecen evidencia empírica que sugiere la importancia del afrontamiento en el proceso de adaptación a la LM (Cairns y Baker, 1993).

En este sentido, el área de estudio de la psicología de la rehabilitación que más se ha beneficiado de la introducción de las teorías del estrés y el afrontamiento ha sido el proceso de adaptación a la LM. La importancia del afrontamiento para la rehabilitación de la LM y su proceso de adaptación se ha puesto de manifiesto tanto en su estudio durante la fase aguda de la hospitalización y la rehabilitación médico-funcional (afrontamiento a corto plazo) como en las investigaciones de la vuelta a la comunidad y la calidad de vida (afrontamiento a largo plazo).

La bibliografía muestra como, al igual que en las investigaciones generales del afrontamiento, los estudios del afrontamiento de la LM se han centrado en la búsqueda de las estrategias utilizadas por este colectivo y, principalmente, en el análisis de la eficacia de dichas estrategias en el proceso de adaptación, descuidando el estudio de los instrumentos de evaluación del afrontamiento y su adecuación para esta población, como veremos posteriormente. En consonancia con lo afirmado en apartados anteriores, los estudios sobre el afrontamiento de la LM confirman la tendencia a la diversidad de las estrategias utilizadas y la falta de consenso sobre su descripción y clasificación.

En general, podemos afirmar que el estudio del afrontamiento de la LM ha dado sus primeros frutos, como veremos en los siguientes apartados, y abre una línea esperanzadora de investigación que debe seguir avanzando tanto en la elaboración teórica de un modelo coherente que ubique el afrontamiento dentro de la psicología de la rehabilitación y sus variables tradicionales de estudio, como en la elaboración o adaptación de instrumentos válidos para su medición. A este último objetivo responde la investigación que describimos en la segunda parte del libro, dedicada al trabajo de campo.

A continuación vamos a revisar las investigaciones que se han realizado sobre el afrontamiento en personas con LM, haciendo un recorrido histórico para entender su evolución y desarrollo. Analizaremos las estrategias de afrontamiento utilizadas, su eficacia en lesionados medulares y los resultados obtenidos.

3.5.1. Investigaciones realizadas sobre el afrontamiento de la LM

La Tabla 10 recoge los estudios realizados sobre el afrontamiento de la LM desde los dos enfoques anteriormente señalados, diferenciando dentro del enfoque empírico los trabajos que realizan una evaluación única y los que realizan varias evaluaciones. Centrándonos en los estudios del enfoque empírico del estudio del afrontamiento de la LM, comenzaremos comentando algunas cuestiones metodológicas sobre las muestras utilizadas y el momento de evaluación para posteriormente analizar los resultados de estas investigaciones y los intentos realizados para identificar un afrontamiento característico de las personas con LM.

Respecto al *tamaño de las muestras*, es frecuente la realización de los estudios con muestras pequeñas, que pueden variar desde los 19 sujetos de los estudios de Wheeler *et al.* (1996) y King y Keenedy (1999), hasta los 257 de Wineman *et al.* (1994), siendo la composición media de la muestra de las investigaciones alrededor de los 50 sujetos (ver Tabla 10). Excepto los estudios de Barone (1993), de Heinemann *et al.* (1994), del grupo de Wineman (1994) y de McColl y sus colaboradores (McColl, 1991; McColl y Skinner, 1995; McColl, Lei *et al.*, 1995) que consiguen valorar a más de cien lesionados medulares, las demás investigaciones se realizan con muestras pequeñas y a menudo poco representativas.

Otro problema que hemos encontrado en nuestra revisión es el de la *composición de las muestras*. No existen criterios homogéneos de selección de la muestra y no se han controlado variables como la edad, el tipo y la etiología de la lesión, el nivel educativo o socioeconómico, por lo que las muestras plantean problemas de representatividad para obtener conclusiones generalizables. El tiempo de evolución desde la aparición de la lesión presenta también gran variabilidad, predominando la investigación durante la hospitalización y en los primeros dieciocho meses desde la aparición de la lesión. En general, los estudios de evaluación única tienen una mayor presencia de muestras de lesionados medulares de larga evolución (desde dos años hasta veintidos años después de la LM), mientras que las investigaciones que realizan varias evaluaciones han elegido preferentemente muestras de lesionados medulares agudos (ver Tabla 10), ya sea durante la hospitalización o en períodos cercanos al alta. Algunos autores incluyen de forma indiferenciada lesionados medulares agudos y no agudos en las muestras, como Frank *et al.* (1987), Drew-Cates (1989), Hanson *et al.* (1993) o Kennedy *et al.* (1995).

Esta gran variedad en las composiciones de las muestras se debe, muchas veces, a las dificultades de captación de los sujetos y a la necesidad de utilizar muestras de conveniencia. La única variable que suele estar bien representada es el género, con una mayor presencia de hombres (80% de hombres y 20% de mujeres). Respecto a la etiología de la LM, existe un predominio de investigaciones de la LM traumática, sin apenas presencia de LM de etiología tumoral o secundaria a otros procesos patológicos.

Como se puede observar en la Tabla 10, más de la mitad de los estudios con enfoque empírico (diecisiete) son transversales y de evaluación única, mientras que hay once estudios que realizan más de una evaluación. En estos estudios, que pretenden investigar el cambio de las estrategias utilizadas por las personas con LM con el paso del tiempo, el diseño más habitual es el que realiza dos evaluaciones, ya sean durante la *hospitalización* (Mason, 1994; Moore *et al.*, 1994; Meyer, 1998), después del *alta* (Warner, 1989; McColl, 1991; McColl y Skinner, 1995; McColl *et al.*, 1995) o combinando ambos momentos (Hancock *et al.*, 1993; Hanson *et al.*, 1993; Craig *et al.*, 1994; Heinemann *et al.*, 1994; King y Kennedy, 1995), aunque no abarcan períodos de tiempo muy largos. Así, McColl y Skinner (1995) realizaron tres mediciones en doce meses; Craig *et al.* (1994), por su parte, evaluaron tres veces en un período de dos años, y Hancock *et al.* (1993) realizaron cuatro evaluaciones.

TABLA N.º 10

ESTUDIOS SOBRE EL AFRONTAMIENTO DE LA LM		
Estudios	N	Momento de Evaluación
Enfoque preempírico		
<ul style="list-style-type: none"> • Bulman y Wortman (1977) • Bracken y Bernstein (1980) • Rosenstiel y Roth (1981) • Ray y West (1983) • Zirpolo (1986) • Heinemann, Bulka y Smetak (1988) • Van Den Bout <i>et al.</i> (1988) 	29 96 4 22 15 143 $N_1 = 13$ $N_2 = 9$	Menos de 12 meses Alta y 12 m postalta Alta y 7-10 s postalta Hospitalización Hospitalización 11 años Menos de 18 meses Menos de 24 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Sholomskas, Steil y Plummer (1990) • Aaberg (1996) 	31 2	Más de 2 semeses Más de 2 años
Enfoque empírico		Evaluación única
<ul style="list-style-type: none"> • Pollets (1985) • Frank, Umlauf <i>et al.</i> (1987) • Nielson y MacDonald (1988) • Drew-Cates (1989) • Buckelew <i>et al.</i> (1990) • Coca (1990) • Jung (1990) • Nieves, Charter y Aspinal (1991) • Reidy, Caplan y Shawaryn (1991) • Barone (1993) • Gardner (1993) • Wineman <i>et al.</i> (1994), Wineman <i>et al.</i> (1994) • Kennedy, Lowe, Grey y Short (1995) 	79 53 58 52 57 80 37 40 54 243 20 257 $N_1 = 41$ $N_2 = 30$	2 años De 1 mes a 286 meses Hospitalización De 1 a 5 años Menos de 12 meses Más de 2 años Media de 111 meses 22 años De 1 mes a 2 meses Hospitalización Más de 2 años Más de 2 años 6 semanas De 4 a 7 años De 3 a 8 años
<ul style="list-style-type: none"> • Wheeler <i>et al.</i> (1996) • Dias de Carvalho, Andrade, Tavares y Sarmento de Freitas (1998) • Soltz (1998) • Carroll (1999) 	19 65 30 98	De 3 a 8 años Menos de 6 semanas Hospitalización Más de 2 años
		Varias evaluaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Warner (1989) • McColl (1991) • Hanson <i>et al.</i> (1993) • Hancock, Craig, Tennant y Chang (1993) • Craig, Hancock y Chang (1994) • Heinemann, Schmidt y Semik (1994) • Moore, Bombardier, Brown y Patterson (1994) • Mason (1994) • McColl y Skinner (1995) McColl, Lei <i>et al.</i> (1995) • Meyer (1998) • King y Kennedy (1999) 	78 138 28 31 31 143 35 30 120 23 19	72 meses y 81 meses 1 mes y 4 meses 1 mes y 5 años 2/4/6 y 12 meses 2/4 y 24 meses 1 y 12 meses 1 mes y alta Ingreso y alta 1/4 y 12 meses postalta 3 semanas y alta 4 m/5 m y 7 meses

Hasta ahora sólo se han realizado estudios que podemos calificar de semilongitudinales con dos o tres evaluaciones del afrontamiento de la LM, que se diferencian en los períodos temporales elegidos. Hacen falta estudios longitudinales para complementar estos esfuerzos de evaluación de las diferencias entre el afrontamiento a corto y a largo plazo.

El *momento de evaluación*, especificado en semanas, meses o años postlesión, no presenta ningún criterio estable en los estudios revisados, variando desde unas semanas desde el ingreso hasta 22 años después de la lesión (ver Tabla 10). La gran diversidad en los momentos de evaluación se debe a diversas razones, como son los problemas de captación de la muestra, las dificultades para llevar a cabo la evaluación en el entorno hospitalario, así como el propio curso de la recuperación y de los tratamientos.

Al respecto del momento de evaluación en el área de la salud, Watson y Kendall (1983) han señalado que las fluctuaciones en el contenido y en la intensidad del afrontamiento a lo largo del tiempo no son sólo una dificultad teórica, sino también práctica que no se ha respondido de forma precisa, ni puede hacerse en abstracto. Extrapolando estas afirmaciones al entorno rehabilitador, el tratamiento del tiempo en las investigaciones sobre el afrontamiento de la LM dependerá de los objetivos de la investigación y de si se quiere evaluar el afrontamiento a corto o a largo plazo.

Eisenberg y Glueckauf (1991) y Daverat (1992), por su parte, han destacado la importancia de aclarar los momentos de evaluación en la investigación en rehabilitación, especialmente los períodos de evaluación de seguimiento. Sin embargo, estos autores también han señalado la imposibilidad de establecer el momento óptimo de evaluación en una discapacidad como la LM. Así mismo, dada la variedad de la duración de la hospitalización en función de las políticas sanitarias y de las diferencias individuales en la evolución de la recuperación de los pacientes, la situación se complica aún más y dificulta la comparación de resultados al no existir períodos de estancia en el hospital claramente delimitados.

La rehabilitación del lesionado medular es un proceso largo que puede implicar diferentes momentos estresantes de transición para la persona. Entre ellos Gallager, McKegney y Gladstone (1982) destacan el comienzo del tratamiento intensivo, la derivación a ortopedia o neurocirugía, la intervención quirúrgica y la estabilización de la zona fijada, el traslado a la planta de rehabilitación con diferentes momentos clave a lo largo de los progresos y, por último, el alta hospitalaria. En este sentido, se ha señalado la importancia de considerar estos momentos significativos de la rehabilitación a la hora de la evaluación, entre los que destaca el *momento del alta* (Butt, 1989; Whiteneck, 1994), momento frecuentemente utilizado como referencia y punto de corte en muchas investigaciones.

En este sentido, también es importante considerar la *edad de aparición de la LM* y el *tiempo transcurrido desde la lesión* (Frank, Elliott, Buckelew y Haut, 1988), para analizar su influencia sobre el afrontamiento, ya que se pueden producir variaciones en los niveles de estrés con el paso del tiempo, así como cambios en las de-

mandas a las que la persona se debe adaptar en las diferentes situaciones y momentos de la vida. La edad de aparición de la LM es un dato ausente y no especificado en las investigaciones.

El análisis de las investigaciones revisadas revela la existencia de frecuentes *deficiencias metodológicas* en los estudios del afrontamiento de la LM, entre las que cabe destacar:

- En primer lugar, la realización de los estudios con muestras de conveniencia, pequeñas y heterogéneas, obtenidas frecuentemente durante la fase de hospitalización, que no consideran aspectos relevantes como son la edad, la etiología de la LM y otras variables sociodemográficas.
- En segundo lugar, y como consecuencia de la anterior, en todos los estudios que hemos revisado no se han controlado variables importantes como la existencia de psicopatología previa a la lesión, la presencia de dificultades económicas, las variables médicas y terapéuticas (reingresos y complicaciones médicas), las variables del entorno de procedencia y el apoyo familiar.
- En tercer lugar, el descuido de la variable “tiempo transcurrido entre la lesión y el momento de evaluación”, consecuencia de la utilización de muestras de conveniencia. Esta variable es muy importantes si consideramos que la adaptación a la LM es un proceso largo y dinámico, y que el afrontamiento mostrado por la persona puede variar en función del momento en el que se encuentre. Por otro lado, la inexistencia de pautas temporales únicas y claras dentro del proceso de adaptación, sumada al hecho de que en ocasiones se comparan resultados obtenidos en diferentes momentos de evaluación sin controlar la variable tiempo transcurrido, no nos permite tomar los datos como definitivos sino como meramente orientativos.
- En cuarto lugar, hay que lamentar la frecuente presencia de diseños deficitarios en las investigaciones con ausencia de una metodología diferencial y de estudios longitudinales.

A pesar de las deficiencias metodológicas en el estudio del afrontamiento de la LM, todo parece apuntar hacia la existencia de diferencias individuales en las estrategias utilizadas por los lesionados medulares para manejar el estrés. Aunque en el enfoque preempírico de su estudio se sugirió la existencia de un afrontamiento característico de la LM, no se ha encontrado evidencia empírica que apoye dicha afirmación.

En esa búsqueda del afrontamiento característico de los lesionados medulares, Ray y West (1983), en su estudio de casos, señalaron cinco categorías de afrontamiento de la LM: la *negación*, la *supresión*, la *resignación*, el *pensamiento positivo* y la *asertividad*. En esta línea, Bracken y Shepard (1980), señalaron la *negación* y la

descarga emocional como las estrategias más utilizadas por los lesionados medulares. Sin embargo, dada la naturaleza impresionística de estos estudios y la ausencia de análisis multivariados que consideren otras variables intervinientes, no podemos generalizar estos resultados y, mucho menos, atribuir la utilización de esas estrategias a la presencia de la LM.

Frente a estas afirmaciones, existe evidencia creciente que sugiere que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los lesionados medulares no dependen del *nivel* ni del *tipo de lesión* (Frank, Umlauf *et al.*, 1987; Buckelew *et al.*, 1990; Reidy *et al.*, 1991; Hancock *et al.*, 1994; Kennedy *et al.*, 1995). Los datos no apoyan la existencia de una relación unívoca entre el afrontamiento y la LM, sino que podemos hablar de patrones de afrontamiento diversos que se pueden explicar en función de otras variables, pero no por la lesión en sí misma (Frank, Umlauf *et al.*, 1987; Coca, 1990; Nieves *et al.*, 1991; Hanson *et al.*, 1993; Mason, 1994; Moore *et al.*, 1994; McColl y Skinner, 1995; Soltz, 1998). La complejidad de las variables intervinientes exige la realización de análisis multivariados y la inclusión de otras variables psicológicas relevantes para explicar las diferencias individuales encontradas.

Tampoco se ha encontrado correlación entre el afrontamiento y la *edad*, tanto actual ni en el momento de la lesión, aunque, debido a las dificultades de captación de la muestra y a la ausencia de control y del estudio sistemático de variables como la edad y el tiempo desde la lesión, se requiere una mayor investigación para obtener conclusiones al respecto.

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 *et al.*, 1994), *aceptación* (Kennedy *et al.*, 1995) y *revaloración positiva* (Gardner, 1993).

Por su parte, Wheeler *et al.* (1996) estudian el afrontamiento en una muestra de lesionados medulares (n = 19), comparándolos con personas con traumatismo craneoencefálico (n = 17) y esclerosis múltiple (n = 9). Aunque estos autores afirman la no existencia de patrones de afrontamiento característicos de los distintos grupos de personas con discapacidad, señalan que encontraron un mayor uso de estrategias *centradas en el problema* en las personas con LM. Sin embargo, las deficiencias metodológicas, el tamaño de las muestras, el descuido del análisis de otras variables intervinientes y la escasa validez de las escalas para su utilización con lesionados medulares no nos permiten tomar estos datos como definitivos.

El estudio de Wineman *et al.* (1994) que compara personas con LM y esclerosis múltiple (EM) no reveló diferencias en el afrontamiento atribuibles a la discapacidad, sino que eran variables como la incertidumbre ante el pronóstico y la valoración que hacían de la vida con una discapacidad las que explicaban un mayor uso de estrategias centradas en la emoción por parte de las personas con EM.

Kennedy *et al.* (1995) comparan el afrontamiento de la LM en una muestra de lesionados medulares agudos y otra de larga evolución. Sus resultados muestran que el grupo de lesionados medulares **agudos** (n = 41) tiene más probabilidad de utilizar las estrategias de *apoyo social* (tanto emocional como instrumental), así como el *consumo de drogas y alcohol*; mientras que los lesionados medulares 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. Estos autores interpretan las mayores correlaciones entre el afrontamiento y la depresión obtenidas en el grupo de agudos como reflejo del mayor grado de estrés al que se enfrentan en el momento de aparición de la lesión. A pesar de estas diferencias, los patrones de correlación entre las variables de afrontamiento y las de impacto psicológico son similares entre ambos grupos, lo cual apuntaría, según estos autores, hacia la mayor eficacia de unas estrategias frente a otras, independientemente del tiempo de evolución de la lesión. No obstante, dada la naturaleza correlacional del estudio hay que ser cautos al hacer interpretaciones y tomar estos resultados como preliminares, pendientes de una posterior investigación. Hay que considerar también las dificultades derivadas de comparar grupos de LM agudos y de larga evolución, asumiendo que representan muestras de una misma población en diferentes momentos (por las variables debidas al curso de la rehabilitación y las posibles complicaciones médicas, así como posibles estresores concurrentes en la fase aguda, como la pérdida de seres queridos en el accidente, la incertidumbre sobre el futuro laboral, la situación económica, la reacción de la familia, etc).

Así mismo, la utilización de mediciones únicas para estudiar el afrontamiento de la LM a través de estudios transversales que comparan las medias intergrupos puede contribuir a crear la ilusión de homogeneidad, en la creencia de que cada uno de los pacientes manifiesta individualmente las características de la media del grupo, como señala Fordyce (1964). Son necesarios estudios longitudinales que utilicen una metodología diferencial para poder avanzar en el análisis de las diferencias individuales encontradas en el afrontamiento de la LM.

Por último, la despreocupación de los investigadores por la validación y la construcción de instrumentos de evaluación que garanticen la consistencia de los resultados obtenidos, es también una realidad en el estudio del afrontamiento y su relación con el bienestar psicológico. Se refleja aquí una de las constantes en psicología de la rehabilitación, apuntada por Bolton y Brookings (1993) y Aguado y Alcedo (1999), la realización de la investigación bajo la urgencia de la intervención clínica, descuidando los aspectos metodológicos que caracterizan al rigor científico e investigador. Dicha ausencia de instrumentos válidos para la evaluación del afrontamiento de la LM plantea muchos interrogantes para interpretar los resultados anteriormente obtenidos.

Argumentada la no existencia de un afrontamiento característico de la LM y comentadas las deficiencias metodológicas existentes en su estudio, a continuación

vamos a revisar las investigaciones sobre la eficacia de las estrategias utilizadas por los lesionados medulares en el proceso de adaptación.

3.5.2. Las estrategias de afrontamiento y su eficacia en el proceso de adaptación a la LM

La mayoría de los estudios del afrontamiento de la LM de la Tabla 10 se han centrado en investigar las estrategias que son más eficaces en el proceso de adaptación, tomando como indicadores de eficacia la depresión y el bienestar psicológico. La evaluación de la funcionalidad, presente en los trabajos de Barone (1993), Mason (1994), Kennedy *et al.* (1995) y Chang (1997), para estudiar su relación con el afrontamiento no ha ofrecido conclusiones claras.

Existe abundante evidencia de la existencia de diferencias individuales en el grado de bienestar psicológico en función de las estrategias de afrontamiento utilizadas, como se pone de manifiesto en los estudios de Drew-Cates, (1989), Warner (1989), Buckelew *et al.* (1990), Coca (1990), Reidy *et al.* (1991), Barone (1993), Hanson *et al.* (1993), Moore *et al.* (1994), Kennedy *et al.* (1995), Dias de Carvalho *et al.* (1998), Meyer (1998) y Carroll (1999).

Entre las conductas de afrontamiento **más eficaces** y asociadas con un mayor bienestar en las personas con LM se encuentran la *resolución de problemas*, la *planificación* y la *reestructuración cognitiva* (Drew-Cates, 1989; Buckelew *et al.*, 1990; Elliott, Godshall *et al.*, 1991; Hanson *et al.*, 1993) y la *búsqueda de apoyo social* (Coca, 1990; Reidy *et al.*, 1991; Moore *et al.*, 1994; Kennedy *et al.*, 1995). Junto a éstas, la *revaloración positiva*, el *distanciamiento*, el *autocontrol* y la *confrontación* (Warner, 1989; Reidy *et al.*, 1991; Barone, 1993; Dias de Carvalho *et al.*, 1998; Carroll, 1999), así como la *aceptación* (Kennedy *et al.*, 1995; Dias de Carvalho *et al.*, 1998), la *aceptación de la responsabilidad* (Reidy *et al.*, 1991) y el *humor* (Drew-Cates, 1989) parecen de utilidad para afrontar la LM. La *búsqueda de información* también es eficaz, aunque según el momento en el proceso de adaptación, siendo más adaptativa transcurridos unos meses después de la lesión (Buckelew *et al.*, 1990), en consonancia con los resultados de Felton *et al.* (1984) sobre el afrontamiento de las enfermedades crónicas. Warner (1989) encontró evidencia que sugiere que la *revaloración positiva* es una estrategia más útil en momentos de alto estrés.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento **menos eficaces** y asociadas a una mayor depresión o ansiedad son las conductas de *escape-evitación* (Warner, 1989; Coca, 1990; Reidy *et al.*, 1991; Barone, 1993; Moore *et al.*, 1994; Duff, 1997; Dias de Carvalho *et al.*, 1998; Meyer, 1998; Carroll, 1999), la *minimización de la amenaza* (Buckelew *et al.*, 1990, 1991), la *desvinculación conductual* (Kennedy *et al.*, 1995), el *pensamiento desiderativo* (Frank *et al.*, 1987; Buckelew *et al.*, 1990, 1991; Hanson *et al.*, 1993; Moore *et al.*, 1994), la *confrontación* y la *culpabilización* (Dias

de Carvalho *et al.*, 1998), así como la *preocupación mental* por la causa de la lesión y su evitabilidad (Van Den Bout *et al.*, 1988).

El estudio de Heinemann, Schmidt y Semik (1994) sobre alcohol y afrontamiento reveló que una historia de *consumo de alcohol* previa a la LM se asocia con una menor utilización de estrategias como la revaloración positiva, la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social, junto a mayores expectativas de que el alcohol puede reducir la tensión, aumentar la asertividad y mejorar el estado de ánimo y las alteraciones del sueño. Resultados como éstos apoyan la importancia de controlar variables como la psicopatología previa en el estudio de la adaptación a la LM, aspecto señalado en el capítulo dos sobre el proceso de adaptación a la LM.

Además, se ha observado que un alto nivel de *esperanza* y cierto grado de *optimismo* pueden ser eficaces en la adaptación a la LM, en la línea de las afirmaciones de Taylor (1983) y Elliott, Witty *et al.* (1991), si se combinan con estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la búsqueda de soluciones, de ayuda, consejo o apoyo social (Mason, 1994; Moore *et al.*, 1994).

En cambio, el estudio de la eficacia de la *autoculpa* ha dado lugar a resultados contradictorios en las personas con LM. La eficacia de la autoculpa proclamada por autores como Bulman y Wortman (1977), Athelstan y Crewe (1979) y Silver (1982) se ve contradecida por las investigaciones que señalan su relación con una mayor depresión (Frank *et al.*, 1987; Heinemann, Bulka y Smetak, 1988; Nielson y McDonald, 1988; Van den Bout *et al.*, 1988; Sholomkas *et al.*, 1990; Buckelew *et al.*, 1990, 1991; Hanson *et al.*, 1993; Reidy y Caplan, 1994).

Así mismo, la relación entre la autoculpa y la adaptación proclamada por Bulman y Wortman (1977) no encuentra réplica cuando se incorporan instrumentos de evaluación estandarizados. La inadecuada operativización que estos autores hacen de la autoculpa y del afrontamiento, y las limitaciones metodológicas derivadas de la composición de la muestra ($n = 29$), el momento de evaluación y la ausencia de estudios longitudinales, hacen que no podamos tomar sus resultados como válidos. Hay que señalar también que no se han considerado variables como el tiempo transcurrido desde la lesión, el componente emocional asociado a las circunstancias de la aparición de la lesión (por ejemplo, el fallecimiento de algún familiar o acompañante del vehículo) y la ingesta de drogas o alcohol previa al accidente de tráfico. En este sentido, hay evidencia de que la importancia de la autoculpa y su relación con el malestar psicológico parece disminuir con el paso del tiempo, siendo mayor durante la fase aguda de la LM (Schulz y Decker, 1985; Hanson *et al.*, 1993; Richards, Elliott, Shewchuck y Fine, 1997).

Englobando los resultados anteriores, existe bastante consenso entre los autores al afirmar que, en general, el afrontamiento **activo** y centrado en la *resolución de problemas* está asociado a menores índices de depresión, mientras que el afronta-

miento **pasivo**, que incluye principalmente las estrategias de *evitación* o centradas en la *emoción*, suele ir acompañado de mayor malestar psicológico (Frank *et al.*, 1987; Coca, 1990; Buckelew *et al.*, 1990, 1991; Elliott, Godshall *et al.*, 1991; Elliott, Witty *et al.*, 1991; McColl, 1991; Reidy *et al.*, 1991; Barone, 1993; Moore *et al.*, 1994; Kennedy *et al.*, 1995; Meyer, 1998; Soltz, 1998; Carroll, 1999).

Las implicaciones derivadas de estos resultados para la psicología de la rehabilitación sugieren la conveniencia de promocionar la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento y la supresión de otras que son menos eficaces. King y Kennedy (1999) ofrecen datos preliminares sobre la utilidad de programas de entrenamiento del afrontamiento para el proceso de adaptación en personas con LM, hipótesis defendida por ambos autores en sus tesis respectivas sobre el afrontamiento de la LM (Kennedy, 1995; King, 1997). Pero, tal como señalan estos autores, es necesaria una mayor investigación de las escalas de afrontamiento y del proceso de adaptación para obtener información significativa que guíe los programas de intervención (Buckelew *et al.*, 1990; Cairns y Barker, 1993; Kennedy *et al.*, 1995).

Sin embargo, esta creencia generalizada sobre la mayor eficacia de las estrategias de afrontamiento centradas en la resolución de problemas, frente a las estrategias centradas en la emoción para manejar el estrés asociado a la LM requiere algunas matizaciones, ya que hay que tener en cuenta otras variables implicadas, como el *tiempo desde la lesión* y la *modificabilidad* de la situación. Así mismo, las variables de personalidad influyen en la eficacia del afrontamiento y su investigación requiere análisis multivariados.

En cualquier caso, hay que distinguir la eficacia del afrontamiento a corto plazo de su eficacia a largo plazo. Los estudios generales del afrontamiento sugieren que la importancia de algunas estrategias de afrontamiento cambia con el tiempo, apoyando la idea del afrontamiento como un proceso dinámico que se va modificando para responder a las necesidades cambiantes de la persona, en consonancia con el enfoque evolutivo de Aldwin (1994a). En este sentido, hay evidencia de que con el **paso del tiempo** las estrategias centradas en la *emoción* (Hanson *et al.*, 1993) y la *búsqueda de información* (Buckelew *et al.*, 1990) se asocian con un mayor bienestar en personas con LM. Según estos autores, el paso del tiempo se relaciona moderadamente con un aumento en la utilización de estrategias de *búsqueda de información*, de *expresión emocional* y de *reestructuración cognitiva*. Sin embargo, no podemos deducir de ahí su mayor eficacia, sino que también podría ser que dicha utilización sea reflejo de un mayor bienestar existente en la persona, lo cual le permite expresar sus emociones más fácilmente y pedir más información.

Así mismo, según Hanson *et al.* (1993), aunque las estrategias de afrontamiento utilizadas en la fase aguda de la LM no parecen ser predictoras de la adaptación a lar-

go plazo, la relación positiva encontrada entre algunas estrategias de afrontamiento utilizadas en ambos momentos (la *expresión emocional* y la *autoculpa*), les conduce a defender cierta estabilidad en la utilización de estas estrategias a lo largo de ese tiempo. Parecería interesante analizar las variables que se asocian a dicha utilización y su eficacia según el momento de la rehabilitación en el que se encuentra la persona. Pero estos datos no son definitivos y requieren la realización de estudios longitudinales para obtener apoyo empírico.

En este sentido, un área pendiente de estudio son los aspectos evolutivos del afrontamiento y su desarrollo a lo largo de la vida de una persona con LM (Trieschmann, 1980, 1988). Gracias a los avances médicos, la esperanza de vida de los lesionados medulares ha aumentado considerablemente, por lo que no son ajenos a las cambiantes situaciones y necesidades que se van planteando en las distintas etapas de la vida, desde la juventud hasta la vejez. Como han sugerido Schultz y Decker (1985) y Krause y Crewe (1991) las personas jóvenes con LM suelen utilizar estrategias de afrontamiento diferentes a las de los lesionados medulares de edad avanzada, por lo que no parece descabellado pensar que en el transcurso vital, el lesionado medular puede realizar cambios en su afrontamiento en función de las diferentes situaciones a las que se enfrenta y sus necesidades en ese momento. La adaptación es un proceso dinámico en el que la persona va afrontando los diferentes situaciones que se le plantean a lo largo de su vida.

A los factores anteriormente mencionados hay que añadir la **posibilidad de modificar la situación**, variable que también puede influir en la utilización de las estrategias de afrontamiento y en su eficacia. La bibliografía al uso muestra que la incertidumbre en el curso de la rehabilitación, el margen de actuación sobre el entorno y la valoración de la eficacia que la persona hace de su capacidad para cambiar la situación son aspectos importantes, asociados a la relevancia del control en el entorno rehabilitador que mencionábamos en el capítulo anterior. Así, todo parece indicar que cuando la persona no puede intervenir sobre la situación, la utilización de las estrategias centradas en la emoción aumenta y, de hecho, la utilización de la *aceptación* y la *negación* es más frecuente (Kennedy *et al.*, 1995). Por el contrario, cuando la persona considera que la situación es susceptible de cambio tiende a utilizar estrategias de afrontamiento *activo*, como la *planificación*, la *supresión de actividades competitivas* o la *búsqueda de apoyo social instrumental* (Frank *et al.*, 1987; Coca, 1990; Buckelew *et al.*, 1990, 1991; Elliott, Godshall *et al.*, 1991; Elliott, Witty *et al.*, 1991; McColl, 1991; Reidy *et al.*, 1991; Moore *et al.*, 1994; Kennedy *et al.*, 1995; McColl *et al.*, 1995). A la luz de estos resultados cobran protagonismo variables como el *locus*, la valoración de los recursos y la autoeficacia percibida.

Una característica común de los estudios sobre la eficacia del afrontamiento de la LM es su naturaleza *correlacional*, ya que dichas investigaciones se suelen limitar a

describir las estrategias que acompañan a los diferentes grados de depresión o bienestar psicológico, y no aportan información sobre la dirección causal de dicha eficacia. En cualquier caso, la relación afrontamiento-eficacia no es una relación unívoca ni unidireccional sino multidimensional, en la que intervienen numerosas variables tanto psicológicas como ambientales. Es precisamente esta naturaleza interactiva la que puede explicar algunas de las diferencias encontradas en la eficacia de las estrategias de afrontamiento y la que señala la importancia de incluir otras variables psicológicas en el estudio del afrontamiento de la LM.

Junto a la multidimensionalidad hay que destacar la *bidireccionalidad* de la relación afrontamiento-depresión, que se influyen mutuamente, tal como han sugerido Kennedy *et al.* (1995) y Buckelew *et al.* (1990). Las estrategias de afrontamiento utilizadas, los resultados que producen y la valoración de esos resultados influyen en la utilización posterior de esas u otras estrategias. Por todo ello, hay que ser cautos a la hora de interpretar la eficacia del afrontamiento, porque bien puede darse el caso de que la utilización de unas u otras estrategias sea reflejo del estado de ánimo de la persona y no sólo causa del mismo. De igual manera, podría ser que las estrategias no sean igual de útiles para todas las personas con LM, ni su eficacia se pueda generalizar a todas las situaciones y entornos.

Otra cuestión planteada en estas investigaciones es la relación entre la *frecuencia* de las estrategias utilizadas y la eficacia del afrontamiento. A veces se ha afirmado que un amplio uso de estrategias de afrontamiento es indicativo de una menor eficacia y origina un mayor grado de estrés (Frank *et al.*, 1987). Sin embargo, la bidireccionalidad que mencionábamos anteriormente puede también explicar que dicha frecuencia de utilización de las estrategias de afrontamiento no sea causa, sino consecuencia, de un alto nivel de estrés o de un peor estado de salud (Silver y Wortman, 1980a; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis *et al.*, 1986). En este sentido, un mayor despliegue de estrategias de afrontamiento puede ser reflejo de un mayor nivel de estrés y, de la misma manera, una mayor eficacia de las mismas puede producir una reducción en la frecuencia de su utilización.

Ante la no existencia de una relación unívoca entre LM y afrontamiento específico y la evidencia de que existen diferencias individuales, el conocimiento de dichas diferencias requiere la incorporación de otras variables psicológicas en las investigaciones. Entre las variables psicológicas más frecuentemente estudiadas por los autores en el estudio del afrontamiento de los lesionados medulares se encuentran las variables de *personalidad* y el *locus*, variables que hemos incluido en nuestra investigación.

Aclaradas estas cuestiones a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados obtenidos en el estudio del afrontamiento de la LM, pasamos a comentar las diferencias encontradas en las estrategias utilizadas en las personas con LM y las variables que se han estudiado para explicarlas.

3.5.3. Diferencias individuales en el afrontamiento de la LM

Los estudios sobre el afrontamiento de la LM, centrados en la búsqueda de estrategias eficaces para la adaptación, han descuidado otras variables psicológicas para intentar explicar las diferencias individuales en la utilización de estrategias para manejar el estrés, como las variables de personalidad y el *locus*.

A lo largo de este libro hemos defendido cierta estabilidad en el afrontamiento así como la importancia de las variables de personalidad en el proceso de adaptación a la LM. Sin embargo, en nuestra revisión no hemos encontrado desarrollos teóricos que profundicen en la relación entre el afrontamiento y dichas variables de personalidad, ni investigaciones que aborden el tema de forma sistemática.

De hecho, los dos únicos estudios que investigan las variables de personalidad y el afrontamiento en personas con LM, realizados por Wheeler *et al.* (1996) y Dias de Carvalho *et al.* (1998), se limitan a investigar la relación de estas variables con la depresión y la presencia de psicopatología, descuidando la interacción entre ellas. Por ello, podemos hablar de una ausencia de investigaciones que analicen la relación entre el afrontamiento y las variables de personalidad en las personas con LM, ausencia que intentamos subsanar con la inclusión de dichas variables en nuestro estudio.

Una variable que ha recibido más atención en los estudios sobre el afrontamiento de la LM, y a la que se ha hecho referencia para explicar las diferencias individuales, es el *locus*. La importancia del *locus*, si bien presente en todas las facetas de la conducta humana, tiene gran relevancia para el manejo del estrés en el área de la salud, especialmente en situaciones de baja posibilidad de control y durante el proceso de adaptación a situaciones crónicas (Thompson *et al.*, 1993; Pelechano, 1992, 1999).

Como adelantábamos en apartados anteriores, parece existir una conexión entre las expectativas de control y el afrontamiento, tanto en su dimensión cognitiva como de conducta observable (Folkman, 1984; Ferington, 1986; Frank, y Elliott, 1987). Así, el *locus* juega un papel crucial en la valoración de un suceso estresante y sus consecuencias, así como en la valoración de los recursos para manejarlos y de los posibles resultados. Si entendemos la LM como una situación estresante, los aspectos psicológicos concomitantes están influenciados por la interacción entre las variables cognitivas y los subsiguientes intentos de afrontamiento a lo largo del proceso de rehabilitación, siendo el *locus* una variable central en dicho proceso. En este sentido, la introducción del estudio del afrontamiento enriquecería y ampliaría la perspectiva de los estudios de la psicología del control, ya que no sólo es interesante manejar la hipótesis del beneficio del control percibido por la persona, sino que el interés investigador se incrementa si lo vemos complementado con el estudio del papel activo que la persona tiene en el manteni-

miento de dicho control, a través de sus esfuerzos de afrontamiento del estrés que lo puede estar amenazando.

Hay evidencia que apoya la existencia de diferencias individuales en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función de las expectativas de control de los lesionados medulares (Frank, y Elliott, 1987; Frank, Umlauf *et al.*, 1987; Buckelew *et al.*, 1990; Barone, 1993; Hancock *et al.*, 1993; Craig *et al.*, 1994).

Un estudio que compara las diferencias intragrupo muestra que los lesionados medulares con un *locus* interno se adaptan mejor y utilizan menos estrategias de afrontamiento, mientras que las personas con *locus* externo utilizan más las estrategias de *pensamiento desiderativo*, el afrontamiento *mixto* y de *crecimiento* y la *autoculpa* (Frank, Umlauf *et al.*, 1987).

En la tendencia al *locus* externo en personas con LM encontrada por Hancock *et al.* (1993), se observa cierta fluctuación durante los dos años de seguimiento, fluctuación que los autores atribuyen a los diferentes sucesos y a los momentos significativos dentro del proceso de rehabilitación, como la incorporación a la silla, el alta hospitalaria o la vuelta a casa, situaciones estresantes nuevas a las que se enfrenta el lesionado medular y en las que las expectativas de control juegan un papel importante. Estos datos ponen de relieve, una vez más, la importancia del momento de evaluación y de las variables del entorno.

En el área de la salud, el *locus* interno se ha relacionado con una mayor *búsqueda de información* (Seeman y Evans, 1962; Johnston *et al.*, 1992). Frente a los enfoques tradicionales derivados de los modelos de salud mental que enfatizan el contacto con la realidad y la confrontación temprana de la persona con la información sobre el alcance de la lesión y sus consecuencias, estos estudios sugieren el tratamiento individualizado de la información en función de las diferencias de *locus*. Los datos revelan que la confrontación directa del paciente favorece el *locus* externo y puede contribuir a situar la responsabilidad de la rehabilitación en el personal sanitario. Felton y Revenson (1984) apuntan que quizás sea más conveniente promover un grado de *optimismo* facilitador de la rehabilitación, que favorece un *locus* interno en la persona, y responder a la demanda de información en función de sus estrategias de afrontamiento. Sin embargo, a pesar de las importantes implicaciones prácticas derivadas de la comunicación de la información, hay que lamentar que esta cuestión no ha sido abordada en el estudio de la LM, como mencionábamos anteriormente, hecho que también se repite en el estudio del afrontamiento.

La relación entre el *locus* interno y la *eficacia personal percibida* de las estrategias de afrontamiento encontrada en los estudios de Elliott, Godshall *et al.* (1991), Elliott, Herrick *et al.* (1992) tiene implicaciones importantes para el logro de una mejor adaptación. Así, el componente conductual y la implicación activa del pa-

ciente con LM en su rehabilitación son factores clave en el mantenimiento del bienestar físico y la prevención de complicaciones secundarias a la lesión, aspectos que van a contribuir tanto al éxito de su rehabilitación como a la mejora de su calidad de vida. Los datos señalan que la confianza de los lesionados medulares en sus estrategias de *resolución de problemas* se relaciona con la realización de autocuidados y una menor incidencia de complicaciones secundarias a la LM (Gordon, Harasymiw, Bellile, Lehman *et al.*, 1982; Herrick, Elliott y Crow, 1994b; Richards *et al.*, 2002).

Estos resultados sugieren una conexión entre el *locus*, las expectativas de eficacia y las estrategias de afrontamiento activo para manejar los problemas de la vida diaria de las personas con LM, tanto durante la fase aguda de la rehabilitación como a largo plazo.

En un intento de clarificación conceptual sobre los aspectos del control en el entorno rehabilitador, algunos autores distinguen las *atribuciones de la causa* de la LM de las *expectativa de control* sobre el suceso y los resultados de la rehabilitación (Brickman *et al.*, 1982; Brewin, 1988; Sholomkas *et al.*, 1990). Son conceptos diferentes e implican manifestaciones conductuales diversas: mientras que la *atribución causal* de la LM responde a una evaluación “a posteriori” y se relaciona con la responsabilidad-culpa y la preocupación mental sobre la evitabilidad del accidente, la *expectativa de control* sobre las consecuencias de la lesión es un “a priori” que permite guiar y motivar la conducta y el bienestar psicológico durante la rehabilitación y el proceso de adaptación (Davis, Lehman, Silver y Wortman, 1996). Esta percepción de control sobre las consecuencias de la LM puede abarcar aspectos como las reacciones emocionales, el manejo del estrés, los progresos en la movilidad y la funcionalidad, la independencia y la autonomía en las actividades de la vida diaria, los cuidados posturales y la evitación de úlceras por decúbito. En esta línea van las afirmaciones de Chase y King (1990) sobre la relevancia del control percibido y la habilidad para continuar tomando decisiones en el proceso de adaptación a la LM.

En consonancia con los resultados obtenidos por Thompson *et al.* (1993) sobre la importancia del control percibido para el manejo del estrés en pacientes oncológicos, podría ser útil estudiar la conducta que utiliza la persona con LM para enfrentarse a las actividades diarias de la rehabilitación de la lesión y las estrategias utilizadas para manejar aspectos que puede controlar, abandonando otros enfoques centrados en las *atribuciones causales*, la *evitabilidad* del accidente y la *auto-culpa*, aspectos que se refieren al pasado y no contribuyen a aumentar el control percibido de la persona sobre la rehabilitación, las actividades de la vida diaria y sobre su futuro.

A modo de conclusión, podemos afirmar que el *locus* interno favorece el afrontamiento activo y la utilización de estrategias de afrontamiento eficaces para manejar

el estrés en personas con LM. La relación entre el *locus* y el afrontamiento, y su importancia en el entorno rehabilitador de los lesionados medulares apoyan la necesidad de su estudio en profundidad, razón por la cual hemos incluido esta variable en nuestra investigación.

Analizados los estudios que se han realizado sobre el afrontamiento en las personas con LM, concluimos este capítulo con algunas consideraciones sobre las aportaciones que la introducción de la variable afrontamiento ha realizado al estudio de la LM, aportaciones que tienen su mayor trascendencia en los cambios de perspectiva que suponen a la hora de estudiar los aspectos psicológicos de la LM y el proceso de adaptación.

3.6. Aportaciones del afrontamiento al estudio del proceso de adaptación a la LM

La aplicación de las teorías del estrés al estudio de la LM y su consideración como una situación estresante tiene implicaciones en el enfoque de estudio del proceso de adaptación, tanto a nivel teórico como clínico y metodológico.

Las **aportaciones teóricas** están presentes en la concepción del proceso de adaptación en función de su naturaleza estresante y la consiguiente despatologización de su estudio, que se refleja también en el cambio de perspectiva en las investigaciones de variables clásicas en el proceso de adaptación.

Así, la adaptación puede explicarse en términos de adecuación entre las demandas de la situación y las capacidades de la persona en interacción con el ambiente, haciendo hincapié en los esfuerzos cognitivos y conductuales, y su eficacia para manejar el estrés. Desde esta perspectiva, la adaptación es un proceso individual, dinámico, multidimensional y no una secuencia única de etapas. De igual forma, los resultados de las investigaciones que hemos revisado sobre el afrontamiento de la LM ofrecen apoyo empírico al modelo de las diferencias individuales para explicar el proceso de adaptación.

Como consecuencia directa de la despatologización del proceso de adaptación, nos parece inadecuada la perspectiva que defiende la necesidad de alteraciones psicológicas en la persona con LM, y proponemos el estudio de la LM como un suceso vital traumático, y por lo tanto estresante, al que la persona se enfrenta con sus recursos personales y ambientales, desde la perspectiva de la conducta humana más o menos eficaz.

En esta misma línea, la introducción del afrontamiento y la perspectiva del estrés en el estudio de los aspectos psicológicos de la LM influye la comprensión de variables tradicionalmente estudiadas en la psicología de la rehabilitación y en el pro-

ceso de adaptación, como son la *depresión*, la *negación* y la *personalidad*, y contribuye a la despatologización de su estudio.

Así, la *depresión* puede entenderse como una conducta reactiva, presente o no, ante las demandas de una situación estresante como es la aparición de la LM y cuya presencia depende de múltiples factores y no de la lesión en sí misma (Frank y Elliott, 1987; Trieschmann, 1988). Su dependencia de las variables del entorno hospitalario o del manejo de la información, así como su relación con otras variables psicológicas reducen su protagonismo y su necesaria presencia en el proceso de adaptación (Trieschmann, 1984; Aguado, 1990). Entre las variables psicológicas que explican las diferencias individuales en el proceso de adaptación, el afrontamiento, en interacción con las variables de personalidad y el *locus*, juega un papel importante en la aparición, el curso o la ausencia de la depresión, como muestran de forma reiterada las investigaciones (Frank, Umlauf *et al.*, 1987; Buckelew *et al.*, 1990; Coca, 1990; Nieves *et al.*, 1991; Reidy *et al.*, 1991; Hanson *et al.*, 1993; Hancock *et al.*, 1994; Moore *et al.*, 1994; Kennedy *et al.*, 1995; McColl y Skinner, 1995).

La perspectiva de los estudios del estrés apoya el abandono de los modelos de salud mental y la introducción de nuevos indicadores para la comprensión de las reacciones emocionales en el estudio del manejo del estrés asociado a la aparición de la LM. La adaptación no se operativiza sólo como la ausencia de sintomatología de depresión, sino que puede incluir mediciones de *ansiedad* (Cook, 1979; Nestoros *et al.*, 1982), de *emociones positivas*, de *funcionamiento social*, de *calidad de vida*, de *percepción* de bienestar y de las *estrategias de afrontamiento* utilizadas (Frank y Elliott, 1987; Elliott y Frank, 1996).

De igual forma, la *negación*, otro de los conceptos clave en las teorías de las etapas de la adaptación a la LM, puede estudiarse no como mecanismo patológico sino como estrategia de afrontamiento, como muestra su frecuente presencia en los cuestionarios de evaluación. Desde la perspectiva del estrés, la negación es una conducta que la persona utiliza para afrontar la incertidumbre y procesar la información durante el proceso de rehabilitación, en la línea de la *adaptación cognitiva* de Taylor (1983). Otros conceptos alternativos presentes en las investigaciones de los sucesos vitales para explicar la conducta de negación en las personas con LM son la *expectativa de recuperación* (Wortman y Silver, 1989), la *negociación con la realidad* (Snyder, 1989; Elliott, Witty *et al.*, 1991), la *ilusión* y la *esperanza* (Jannoff-Bulman, 1989; Snyder, 1989; Elliott, Witty *et al.*, 1991; Laskiwski y Morse, 1993; Mason, 1994) y las *creencias irreales* (Silver y Wortman, 1980b; Snyder, 1989; Taylor *et al.*, 1989).

Así mismo, la incorporación del afrontamiento refuerza la evidencia de la necesidad de despatologizar el estudio de la *personalidad* en el entorno de la rehabilitación y del proceso de adaptación a la LM, con apoyo claro de los postulados

del modelo de las diferencias individuales. Frente al modelo de las etapas, centrado en buscar la personalidad característica del lesionado medular o los trastornos de personalidad asociados a su aparición, las teorías del estrés dirigen la atención hacia el papel de las variables de personalidad en la utilización de las estrategias de afrontamiento para manejar el estrés derivado de la aparición de la LM. En este marco, queremos destacar las líneas de investigación que sugieren profundizar en la relación entre la personalidad y el estrés, incorporando el afrontamiento como habilidad de personalidad en la línea de la propuesta de Pelechano (1992). Sin embargo, como hemos mencionado en diversas ocasiones, el estudio de la relación entre el afrontamiento y las variables de personalidad es todavía una tarea pendiente.

La despatologización del estudio de la adaptación a la LM tiene implicaciones **prácticas** y lleva implícito el reconocimiento del *protagonismo* de la persona en el proceso de adaptación, de tal forma que no es un mero agente pasivo de la sucesión temporal de etapas sino un agente activo en la tarea de optimizar su *autonomía* personal y su *calidad de vida*, en la línea de las afirmaciones de Trieschmann (1988) y Aguado (1990). De igual forma, la importancia atribuida a los factores ambientales y sociales libera a la persona con LM de una carga pesada que ha guiado durante mucho tiempo la práctica profesional, la responsabilidad del éxito en el proceso de adaptación. Consecuentemente, en el área de la *intervención clínica*, se recupera el papel activo de los profesionales que dejan de ser meros observadores pasivos de un proceso de adaptación único e imparable, para ser agentes rehabilitadores, promotores de estrategias de afrontamiento eficaces y del sentido de control en los pacientes, en su tarea de ofrecer apoyo durante la rehabilitación y facilitar el proceso de adaptación, en consonancia con el trabajo de King y Kennedy (1999).

Junto a las aportaciones teóricas y clínicas que hemos señalado, los estudios del afrontamiento han promovido también la introducción de nuevos instrumentos que permiten avanzar en la **operativización** del proceso de adaptación a la LM. A los cuestionarios tradicionalmente utilizados (de depresión, de personalidad, etc) se suman ahora las herramientas creadas para la evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizadas para manejar el estrés.

Sin embargo, esta incorporación de los cuestionarios del afrontamiento al estudio de la adaptación a la LM no ha ido acompañada de un análisis exhaustivo de sus características psicométricas y de su validez para la población con LM, como veremos en el próximo capítulo, en el que comentaremos los diferentes instrumentos utilizados para la evaluación del afrontamiento en lesionados medulares (*capítulo cuatro*). La constatación de estas limitaciones metodológicas y la voluntad de aportar instrumentos válidos para la evaluación del afrontamiento de la LM y sus diferencias individuales son las razones que han motivado la realización de nuestro trabajo de campo.

3.7. Resumen

-) Como resultado de la revisión de la bibliografía disponible, en este capítulo hemos presentado la evolución del concepto de afrontamiento y las diferentes perspectivas desde las que se ha analizado, con un avance desde los modelos biologicistas más objetivistas hacia una progresiva subjetivación del concepto que culmina con la introducción de las variables cognitivas para explicar la interacción de la persona con su entorno. Los estudios sobre el afrontamiento han evolucionado superando los planteamientos psicodinámicos y propios de los estudios de rasgo, y han incorporado las variables cognitivas en un intento de encontrar soluciones y explicaciones satisfactorias a las diferencias individuales.

Los planteamientos existentes hasta ahora para el estudio del afrontamiento adolecen de un modelo teórico elaborado que se haya visto apoyado y contrastado desde la evidencia empírica, caracterizándose por un pluralismo teórico y metodológico en sus investigaciones. El acercamiento entre las teorías del estrés y la personalidad puede contribuir a aclarar muchas de las incertidumbres sobre los aspectos conceptuales del afrontamiento, en la línea de incorporar al afrontamiento como competencia de personalidad desde un enfoque integrador.

El afrontamiento es un constructo de naturaleza cognitivo-conductual, multidimensional y multicondicionado, que presenta cierta estabilidad y dinamismo en función de la situación. En la definición de afrontamiento se incluyen todos los esfuerzos por manejar el estrés, independientemente de los resultados, cuyas funciones principales son la resolución de problemas y el control emocional.

Gran parte de las investigaciones se ha centrado en el estudio de la eficacia del afrontamiento y los diferentes intentos de clasificar las múltiples estrategias encontradas.

A pesar de la falta de datos concluyentes y de las dificultades teóricas y metodológicas para el estudio del afrontamiento, existe unanimidad en el reconocimiento de su papel central en el área de la salud. El impacto de la importancia del afrontamiento en el estudio de las enfermedades crónicas y los resultados de las investigaciones sobre los sucesos vitales traumáticos han contribuido a su incorporación a la psicología de la rehabilitación para entender el proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida.

Así mismo, aunque el estudio del afrontamiento en lesionados medulares no ha sido sistemático y presenta frecuentes limitaciones metodológicas, son muchas las aportaciones realizadas por las teorías del estrés al estudio de los aspectos psicológicos de la LM. Entre ellas podemos señalar tanto las aportaciones teóricas al estudio del proceso de adaptación a la LM como la introducción de nuevas herramientas de evaluación que permitan la obtención de evidencia empírica que apoye el modelo de las diferencias individuales. En este sentido, cabe

destacar la delimitación conceptual de la LM como una situación estresante en la que intervienen múltiples factores y la despatologización del enfoque de su investigación.

La mayoría de los estudios sobre el afrontamiento de la LM son estudios correlacionales realizados durante la fase aguda de la rehabilitación y se centran en la LM traumática, descuidando las lesiones medulares de otra etiología.

Existe un predominio de la evaluación durante la fase aguda de la rehabilitación y los dieciocho primeros meses después de la lesión, siendo menos frecuentes los estudios del afrontamiento de lesionados medulares de larga evolución. Así mismo, la relación entre el afrontamiento y la adaptación se ha estudiado principalmente a través de estudios transversales de evaluación única y son pocos los estudios que tienen un diseño multievaluación de seguimiento. Los resultados nos indican que el afrontamiento y las variables relacionadas con el éxito en la fase aguda pueden ser bastante diferentes que en otros momentos de la rehabilitación y que la utilidad de las estrategias cambia con el tiempo. En cualquier caso, son necesarias futuras investigaciones que combinen el estudio transversal de lesionados medulares agudos y de larga evolución con estudios longitudinales de seguimiento que realicen mediciones objetivas secuenciadas del afrontamiento a lo largo del tiempo.

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 *et al.*, 1984; Gardner, 1993; Kennedy *et al.*, 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; Wineman *et al.*, 1994; Wheeler *et al.*, 1996). Pero esta mayor frecuencia se podría explicar por otros factores personales, así como por su eficacia y adecuación a los factores de la situación, pero nunca por la propia LM.

Todos estos resultados nos animan a defender la continuación de las investigaciones del afrontamiento en relación con otras variables psicológicas para entender las diferencias individuales y buscar explicaciones alternativas al modelo de las etapas de adaptación a la LM.

Sin embargo, las divergencias en la operativización que en la práctica se ha hecho del afrontamiento de la LM plantea la necesidad de llegar a una definición única del afrontamiento y adecuar los instrumentos de medición de la misma, de tal forma que tengan validez para su estudio en el entorno rehabilitador y sean sensibles a las características de la propia LM. Es necesario saber qué entendemos por afrontamiento de la LM y cómo vamos a medirlo, para lo cual, un re-

quisito previo es la realización de estudios de validación de los instrumentos generales de afrontamiento para la población con LM y la construcción de instrumentos específicos.

Resumiendo, existen datos que apuntan hacia la importancia del afrontamiento en el proceso de adaptación a la LM en interacción con otras variables psicológicas intervinientes, como las variables de personalidad, el *locus* y la depresión. Por ello, la investigación que presentamos incluye el estudio de estas variables en una muestra de personas con LM a través de la *EMELM* de Aguado.

En el capítulo siguiente vamos a centrarnos en la evaluación del afrontamiento, las cuestiones metodológicas de su medición y el análisis de cómo se ha realizado dicha evaluación en las personas con LM.

LA EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO DE LA LM

- 4.1. Introducción
- 4.2. La evaluación del afrontamiento en el marco de los estudios del estrés
- 4.3. Aspectos metodológicos de la construcción de instrumentos de evaluación del afrontamiento
- 4.4. Instrumentos de evaluación del afrontamiento
- 4.5. La evaluación del afrontamiento en los estudios de la LM
- 4.6. Resumen



4. LA EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO DE LA LM

4.1. Introducción

-) La evaluación del afrontamiento es un tema de gran actualidad, como muestra el debate científico sobre la complejidad de los procesos implicados, la falta de modelos universalmente aceptados y el estado de evolución en el que se encuentra, hechos también presentes en su introducción en la psicología de la rehabilitación. Como hemos señalado en varias ocasiones, existe una necesidad de construir instrumentos adecuados para la evaluación del afrontamiento de la LM.

La investigación de campo que hemos realizado parte de la constatación de las deficiencias metodológicas existentes en el estudio del afrontamiento de la LM para ofrecer como alternativa unos cuestionarios válidos para la evaluación del afrontamiento en las personas con LM, cuestionarios que forman parte de una herramienta más amplia de evaluación a la que venimos haciendo referencia continuamente, la *EMELM-Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares de Aguado*.

Para llegar a una plena comprensión de la aportación de nuestro trabajo debemos realizar primero un recorrido por las diferentes formas en las que se ha evaluado el afrontamiento en general, aspecto al que dedicaremos el primer apartado. Después analizaremos algunas cuestiones metodológicas a tener en cuenta en la construcción de instrumentos de evaluación del afrontamiento, para señalar a continuación algunos ejemplos de los cuestionarios más relevantes del afrontamiento, en general y en el área de la salud. Posteriormente nos centraremos en la operativización de este constructo en las investigaciones de las personas con LM y los cuestionarios utilizados, para terminar exponiendo nuestra propuesta de investigación como alternativa a las deficiencias metodológicas encontradas.

4.2. La evaluación del afrontamiento en el marco de los estudios del estrés

-) La elaboración de instrumentos de evaluación del afrontamiento ha estado muy vinculada a la construcción de herramientas para medir el estrés en las áreas generales de su investigación, el afrontamiento de los sucesos vitales mayores y del estrés diario.

A pesar del número creciente de investigaciones y del gran interés que ha provocado el estudio del afrontamiento, su proceso de evaluación no se ha analizado en

profundidad ni ha contado con procedimientos rigurosos en la construcción de instrumentos válidos y fiables, como han señalado de forma reiterada Cohen (1987), Aldwin (1994a), Crespo y Cruzado (1997) y Snyder (1999). Así mismo, como apuntan Carver *et al.* (1989), existe una gran diversidad en el objeto de evaluación de los cuestionarios y en las áreas específicas de interés teórico según los objetivos científicos y el marco teórico de los autores. En la práctica nos encontramos con una gran variedad de instrumentos de validez cuestionable que se utilizan dando por supuesta la bondad de sus características psicométricas (Endler, Parker y Summerfeldt, 1993), como ocurre en muchos otros campos de la psicología de la rehabilitación.

Así mismo, como señala Aldwin (1994a), la investigación del afrontamiento plantea retos metodológicos en el área de la evaluación. A diferencia de las investigaciones tradicionales que se centran en los autoinformes de personalidad, actitudes y sentimientos o en registros de conductas observadas en situaciones experimentales, el estudio del afrontamiento requiere que las personas realicen autoinformes de sus cogniciones y conductas en contextos específicos. Se les pide que nos digan no sólo lo que han hecho o cómo se han comportado en una situación concreta, sino lo que pensaron y cómo se sintieron, utilizando un formato estandarizado. Es decir, se están combinando dos técnicas diferentes, utilizando elementos de los estudios de la personalidad y de la investigación cualitativa, situación ante la que existe mucho desconocimiento sobre cómo evaluar su validez y fiabilidad.

Un aspecto central en la construcción de las escalas de afrontamiento es la **definición** que se haga de este constructo y de sus dimensiones. Como veíamos en el capítulo anterior, la pluralidad en la concepción del afrontamiento ha ido acompañada de una pluralidad de formas de operativizarlo. El afrontamiento se ha conceptualizado, a veces, en términos de cambios *fisiológicos* y otras en función de las variaciones *conductuales*, como la evitación o el escape. El modelo cognitivo del estrés de Lazarus y Folkman (1986), por su parte, resalta los componentes *cognitivos* del afrontamiento, mientras que el enfoque integrador de Pelechano (1992) defiende su consideración como *habilidad de personalidad*. Excepto las observaciones de laboratorio de los cambios fisiológicos, las otras concepciones se han evaluado a través de cuestionarios de autoinforme.

Si consideramos el debate sobre la **estabilidad** del afrontamiento, el afrontamiento puede evaluarse como disposiciones o rasgos más o menos estables, o como indicadores episódicos de afrontamiento de una situación concreta.

La mayoría de las investigaciones realizadas hasta comienzos de los años setenta insistieron en la evaluación de los *rasgos* o los *estilos* de afrontamiento que determinan la actuación de un sujeto ante distintas situaciones estresantes. Este tipo de técnicas fueron más utilizadas por los investigadores de la personalidad que evaluaron el afrontamiento desde dimensiones bipolares y utilizaron instrumentos de medida que simplemente permitían dividir a los sujetos en dos grupos presumible-

mente opuestos: *aproximadores* y *evitadores*, en la línea del trabajo de Goldstein (1959). Esta tendencia se ha evaluado mediante cuestionarios o con pruebas proyectivas, mediciones que se consideraban indicadores de la forma de afrontamiento que una persona utilizaría en cualquier situación estresante.

Con el modelo cognitivo del estrés del círculo de Lazarus, la evaluación del afrontamiento empieza a tomar en cuenta los pensamientos, los sentimientos y los actos específicos, examinados en un contexto concreto, con el objetivo de poder observar los cambios en función de las demandas y las evaluaciones del entorno. La forma más habitual de evaluación del modelo cognitivo del estrés es mediante la utilización de autoinformes, siendo el *Ways of Coping* de Folkman y Lazarus (1988a), en adelante *WOC*, el instrumento más emblemático.

Sin embargo, a pesar de la intención del equipo de Lazarus de evaluar el afrontamiento como proceso, dicha evaluación del proceso no es tal, no satisface las expectativas en este aspecto y está muy lejos de haberse conseguido. Así, la propuesta de evaluación del afrontamiento como proceso tiene más un valor teórico y aporta muy poco a la hora de solucionar los problemas prácticos que aparecen en la elaboración de instrumentos de medición del afrontamiento.

La evaluación del afrontamiento como rasgo presenta algunas limitaciones originadas en presupuestos teóricos que no han encontrado respaldo empírico. Desde el enfoque disposicional se presupone que los autodescriptores generales del afrontamiento se pueden traducir con validez en conductas concretas en situaciones específicas, se considera que las personas afrontan de forma consistente diferentes problemas y se acepta la estabilidad del afrontamiento en las diferentes situaciones y en el tiempo (Aldwin, 1994a).

Este enfoque de rasgo ha sido criticado a veces por la falta de evidencia suficiente de la consistencia transituacional del afrontamiento (Hoffman, 1970; Cohen y Lazarus, 1973; Austin, 1974; Kaloupek, White y Wong, 1984; Aldwin, 1994a) y por no recoger el abanico de las estrategias de afrontamiento utilizadas para manejar un suceso estresante complejo (Lazarus y Folkman, 1986).

De igual forma parece erróneo asumir que las personas utilizan las mismas estrategias de afrontamiento frente a los diferentes aspectos de una situación concreta. Existe evidencia de que se utilizan diferentes estrategias de afrontamiento para manejar las distintas subáreas y en diferentes momentos de una situación estresante (Cohen, Reese, Kaplan y Riggio, 1986). Se plantea así la cuestión de la independencia de las estrategias de afrontamiento y las dificultades que ello conlleva para su evaluación, como ya plantearon Lazarus y Folkman (1986).

Ogrocki, Stevens y Kinney (1990) investigaron la relación entre las mediciones estado y rasgo del afrontamiento. Aunque las mediciones de rasgo se relacionan más

con una medida global del bienestar, la evaluación transituacional mostró que las correlaciones son mayores entre las medidas de estado, lo que les lleva a concluir que la elección del instrumento depende del objetivo de la investigación: bien porque se quiere evaluar el afrontamiento como tendencia general y su relación con el bienestar, o porque se quiere medir el afrontamiento ante una situación específica.

Una solución intermedia es la ofrecida por Carver *et al.* (1989), que intentaron salvar esta dicotomía creando un instrumento de valoración del afrontamiento estado-rasgo, que puede utilizarse para estrategias generales o específicas, dependiendo de las instrucciones que se den a los sujetos.

Todo lo anterior confirma que el reto planteado para la psicología es encontrar instrumentos válidos que respeten estas dinámicas en la utilización de las estrategias concretas de afrontamiento, siendo sensibles a las tendencias generales que cada persona pueda tener y con un grado de especificidad en función del objetivo de la investigación. De ahí que, como señala Pelechano (1992), aceptando cierta estabilidad en el afrontamiento, y ante la imposibilidad de realizar una evaluación del proceso, la opción más adecuada de operativización del afrontamiento puede ser la elaboración de cuestionarios específicos para distintas poblaciones y situaciones, cuya validez permita realizar diferentes evaluaciones a lo largo del tiempo. Desde este planteamiento nosotros hemos realizado la adecuación de unos instrumentos para medir el afrontamiento en las personas con LM.

Hechas estas matizaciones, en el apartado siguiente vamos a centrarnos en algunos de los aspectos metodológicos que hay que considerar en la construcción de cuestionarios de evaluación del afrontamiento.

4.3. Aspectos metodológicos de la construcción de instrumentos de evaluación del afrontamiento

Watson y Kendall (1983) han llamado la atención sobre las cuestiones metodológicas de la evaluación del afrontamiento en el ámbito de la salud, cuestiones que también deben considerarse en nuestra población en estudio.

En este sentido, algunos de los dilemas presentes en la medición del afrontamiento se derivan, según Watson y Kendall (1983), de la interacción multidireccional entre el afrontamiento, la salud y la adaptación, dilema que también está presente en los estudios de la LM. Esta situación compleja se ha traducido en algunas concepciones erróneas presentes en la investigación del afrontamiento. Así, se ha confundido la correlación entre las variables con una posible direccionalidad causal, lo que ha llevado a interpretar una puntuación alta en afrontamiento como factor causante de estrés, mala salud o malestar. Sin embargo, bien puede ser que las puntuaciones altas en afrontamiento sean reflejo de la existencia de problemas

de salud o un malestar previo y no su causa. De igual forma, puede ocurrir que las estrategias utilizadas no consigan el objetivo deseado y en vez de aliviar el estrés lo incrementen. Estos aspectos deben tenerse en cuenta a la hora de la corrección y la interpretación de los resultados y pueden explicar, en parte, la ausencia de datos definitivos sobre la eficacia del afrontamiento de la LM que veíamos en el capítulo anterior.

Por todo ello, cuando estamos evaluando el afrontamiento puede ser adecuado que pensemos en términos de bidireccionalidad en la relación entre el afrontamiento y la salud, e incluso de multidireccionalidad, si consideramos las variables de personalidad y del ambiente en el proceso de interacción.

Siguiendo también a Watson y Kendall (1983), otros aspectos relacionados con el estrés que influyen directamente en la construcción de instrumentos de evaluación del afrontamiento y que afectan su validez de constructo, son la correcta identificación de los estresores y la duración de los mismos.

La cuestión de la *identificación de los estresores* es prioritaria para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona. No hay estresores universalmente aceptados y la variabilidad es enorme según la edad, la cultura o el grupo de estudio, la experiencia y los aprendizajes previos (Aldwin, 1994b). En este sentido, y aunque reconocemos la naturaleza estresante de la aparición de la LM, el carácter subjetivo de la valoración del estresor es importante y hay que tenerlo en cuenta, porque variará también entre el grupo de personas con LM en función de las diferencias individuales que venimos destacando. Esta consideración tiene consecuencias directas sobre el contenido de los *items*, que deben recoger e identificar los diferentes elementos potencialmente estresantes de la LM y de las situaciones en las que interactúa la persona con LM, teniendo en cuenta que ante un mismo estresor se pueden utilizar diferentes estrategias simultáneamente.

Respecto a la *duración del estresor*, el diseño de la investigación variará dependiendo de si hablamos de afrontar un estresor continuo o intermitente, limitado en el tiempo o permanente, aspectos especialmente relevantes en las discapacidades crónicas como la LM y que deben considerarse al diseñar una evaluación a corto o a largo plazo. Incluso para una población específica como la LM, podrían existir diferentes cuestionarios que aborasen distintas situaciones, dependiendo de los objetivos de la investigación y del grado de concreción que se quiera conseguir en el estudio del afrontamiento (ejemplo, fase aguda de la rehabilitación en el entorno hospitalario, durante la incorporación a la sociedad, en el entorno laboral, etc.). A este respecto, nuestra investigación tiene como objetivo la adaptación de un cuestionario de evaluación general del afrontamiento de la LM, que no se centra en ninguna faceta concreta de la vida de las personas con LM.

Hechas estas matizaciones, vamos a continuar señalando algunas cuestiones metodológicas que la bibliografía al uso señala a la hora de construir un instrumento de evaluación del afrontamiento y que ampliamos a continuación:

- La técnica utilizada para la *recogida de datos*, ya sea la entrevista, los listados de autoinforme o los registros de observación.
- El grado de *especificidad* o *generalidad* deseado, dependiendo de si se va a evaluar el afrontamiento general como tendencia a la hora de manejar las situaciones estresantes o específico ante áreas concretas de la experiencia humana.
- La *forma de corrección*, escala de puntuación de *items* o *items* dicotomizados.

4.3.1. Técnica de recogida de datos

Respecto a la técnica de recogida de datos, la utilización de la **observación** para evaluar el afrontamiento corresponde a las fases iniciales de los estudios del afrontamiento, fase en la que basándose en estimaciones de casos, se valora la reacción de la persona a los sucesos estresantes y se operativiza el afrontamiento a través de la valoración subjetiva que terceros ofrecen sobre la conducta observada (Haan, 1977,1982; Vaillant, 1977). Esta valoración a menudo se operativiza en una puntuación única (por ejemplo, de 0 a 10).

En algunas ocasiones se ha utilizado la **entrevista** para evaluar el afrontamiento, como los protocolos de entrevista estructurada de Brown y Harris (1978) o Folkman y Lazarus (1980), o los trabajos de Wolff, Friedman, Hofer y Mason (1964) y de Cohen y Lazarus (1973) en el área de la salud. Pero la forma más habitual de operativizar el afrontamiento ha sido a través de **autoinformes**, listados de diferentes estrategias de afrontamiento (cogniciones y conductas) que, según el modelo teórico desde el que se hayan realizado, pueden presentar diferencias en las instrucciones, en el formato y en la forma de corrección.

Los *teóricos del rasgo* adoptan un formato tradicional de rasgos de personalidad con autodescriptores, a partir de los cuales infieren los estilos de afrontamiento (Haan, 1977). Así, preguntan a la persona qué es lo que suele hacer para manejar los problemas, sin referirse a uno específico (Carver *et al.*, 1989; Endler y Parker, 1990).

Por su parte, los enfoques *sociológicos* como el de Pearlin y Schooler (1978) consideran que la elección de unas u otras estrategias de afrontamiento es principalmente una función de la situación y de las demandas del rol. En ese sentido plantean preguntas del tipo “¿Cómo afronta los problemas con su esposa?” o “¿Cómo afronta la educación de sus hijos?”.

El enfoque *transaccional* es partidario de recoger información sobre lo que las personas han hecho en una situación estresante concreta, tarea que pedirán a la persona que valore en la última semana, mes e incluso año, según el cuestionario (Moos, Brennan, Fondacaro y Moos, 1990). Algunos autores evalúan el afrontamiento de los estresores diarios mediante instrumentos a medio camino entre el cuestionario y el auto-registro que la persona debe cumplimentar diariamente (Stone y Neale, 1984).

Hay muchos aspectos conceptuales y psicométricos que no se han resuelto en la evaluación del afrontamiento a través de autoinformes y que han sido objeto de crítica por parte de autores como Endler y Parker (1990) y el equipo de Stone (Stone y Neale, 1984; Stone, Helder y Schneider, 1988; Stone, Greengerg y Kennedy-Moore, 1991; Stone y Kennedy-Moore, 1991; Stone y Shiffman, 1992).

En esta línea, y siguiendo a Aldwin (1994b), entre las limitaciones que se le suelen atribuir a la utilización de los autoinformes cabe señalar que:

- No permiten valorar la influencia de los factores ambientales o personales, ya que aunque pueden incluir una valoración, no evalúan la influencia de la personalidad.
- Plantean dificultades para medir los cambios de afrontamiento con el paso del tiempo. En este sentido, se ha señalado que la validez de los autoinformes retrospectivos es aún más cuestionable que la de los autoinformes de la conducta observable.
- Entre sus fuentes de error se encuentran la imprecisión de la memoria de la persona, el olvido, sentirse avergonzado de revelar ciertos problemas o estrategias utilizadas y no darse cuenta de la cantidad de información requerida (Kessler y Wethington, 1986), aspectos por los que se ha criticado su subjetivismo.
- La validez de contenido, debido a la ambigüedad de muchos de sus *items*, señalada también por Carver *et al.* (1989), que con una formulación excesivamente general pueden estar refiriéndose a conductas muy diversas y con implicaciones muy diferentes.
- La ausencia de *items* que reflejen conductas frecuentemente realizadas para afrontar situaciones estresantes y que han demostrado ser eficaces, como son el manejo del dolor o el autocontrol, entre otras.

En esta línea, Watson y Kendall (1983) añaden que la intensidad subjetiva de la reacción al manejar el estrés no queda reflejada en las mediciones de autoinforme, que suelen ser una medición de frecuencia.

Así mismo, en la medida en que el afrontamiento tiene una estrecha vinculación con las variables de personalidad, puede ocurrir que las medidas de autoinforme se vean distorsionadas por variables como la salud mental previa y la emocionalidad

(Aldwin, 1994a). Se ha observado que en los estudios sobre afrontamiento y salud algunas puntuaciones pueden estar infladas de forma espúrea, a causa de la influencia de variables como el *neuroticismo* o la *afectividad negativa*, cuando ambas son medidas a través de un autoinforme (Watson y Pennebaker, 1989).

Ante el predominio de la utilización de instrumentos de autoinforme en la evaluación del afrontamiento de las personas con LM, Bas, Gala y Díaz (1994) afirman que es importante complementarlos con indicadores más objetivos como las medidas de funcionamiento conductual y fisiológico, desde la defensa de su naturaleza multidimensional. Sin embargo, hay que lamentar la ausencia de trabajos en esta dirección.

Aunque se ha criticado la utilización de los **autoinformes** por ser susceptibles de prejuicios en las respuestas y por no correlacionar significativamente con otras variables, su frecuente utilización en el área de la salud se debe, como apuntan Watson y Kendall (1983), a la ausencia de mejores alternativas para evaluar determinados constructos, especialmente los de gran componente subjetivo. Así, aunque la persona distorsione su respuesta sobre el afrontamiento, no hay otra forma de evaluar las estrategias que utilizó para manejar la situación estresante.

4.3.2. Generalidad o especificidad en la evaluación del afrontamiento

El grado de generalidad o especificidad deseado va a afectar a la redacción y al contenido de los *items*, así como a la validez del instrumento. Una cuestión que se plantea es si los descriptores generales de afrontamiento describen de forma precisa y adecuada las conductas de afrontamiento específicas, de tal manera que la persona pueda encontrar entre las opciones de respuesta una que represente correctamente la conducta emitida. No hay que olvidar que cuanto más generales sean las cuestiones, mayor es el abismo entre lo que la gente dice y piensa que hace y lo que realmente hace.

Por su parte, las mediciones específicas a la situación proporcionan una visión más rica y detallada de las estrategias de afrontamiento de las personas y pueden ser esenciales para comprender el afrontamiento en el ámbito de la salud y de la rehabilitación. En esta línea de defensa de los estudios específicos, algunos autores lamentan la poca atención prestada a los aspectos específicos del afrontamiento de las diferentes poblaciones clínicas (Endler *et al.*, 1993; Pelechano *et al.*, 1993).

Sin embargo, es necesario encontrar un equilibrio entre el grado de generalidad y especificidad, de tal forma que partiendo de la conveniencia de construir cuestionarios específicos, éstos incluyan también las posibles dinámicas que se pueden dar alrededor de una situación estresante concreta, que lejos de ser estática, evolu-

ción y le exige un esfuerzo de adaptación y flexibilidad a la persona. Estas afirmaciones son especialmente válidas para las enfermedades crónicas y las discapacidades físicas permanentes como la LM.

La elección de una medición de afrontamiento u otra depende de si abarca o no las *dimensiones* que el investigador cree que son teóricamente importantes o que la literatura al respecto muestra como empíricamente relevantes. Sin embargo, para elaborar los instrumentos de evaluación del afrontamiento se ha utilizado, en algunos casos, una combinación de procedimientos empíricos y racionales que aportan resultados distintos. En la práctica, dichos instrumentos de evaluación varían mucho en las estrategias de afrontamiento que abarcan y no hay consenso sobre qué dimensiones son las más útiles o sobre el nivel de generalidad requerido.

Respecto a la cuestión de la generalidad deseable o conveniente de los *items* del cuestionario, el debate se sitúa en valorar qué es más operativo, si una descripción de las estrategias de afrontamiento basada en categorías generales que se pueda aplicar transituacionalmente o una formulación de las estrategias de gran concreción conductual para las situaciones específicas. Aunque aceptamos la existencia de diferentes opciones en función de los objetivos marcados en cada estudio, en el Capítulo 2 argumentábamos la necesidad de considerar los factores situacionales del afrontamiento y de estudiar grupos específicos en el área de la salud (Pelechano, 1992; Pelechano *et al.*, 1993; De Miguel y García, 2000), razones que sugieren la conveniencia de utilizar cuestionarios específicos para las distintas situaciones.

En este sentido, la especificidad del cuestionario permite controlar las variables derivadas de la situación al examinar las diferencias individuales (Aldwin, 1994b). La relevancia de identificar claramente el estresor nos permite comprobar que estamos hablando de lo mismo, para que los resultados tengan aplicación y las conclusiones sean relevantes. Dicha especificidad ayuda a controlar las variables de la situación al describir las situaciones específicas a las que se puede enfrentar la persona con LM, frente a otros cuestionarios generales que piden al sujeto que evoque una situación estresante. Así se minimiza el margen de error debido a la variabilidad del estímulo, ya que se le pregunta a la persona sobre lo que hace en una situación concreta. De ahí la importancia de las instrucciones que se den, ya que, como ocurre en las escalas generales en las que se le pide a la persona que piense en un estresor reciente, esta falta de especificidad crea dificultades para comparar las estrategias utilizadas.

La elaboración de instrumentos específicos para la evaluación del afrontamiento se enfrenta a los problemas derivados de la determinación clara de las fuentes de estrés, que en el caso de la LM veíamos que eran múltiples y se derivan tanto del suceso vital estresante como del estrés diario derivado de la discapacidad y de las limitaciones funcionales en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

La especificidad debe ir acompañada de la construcción de un instrumento que sea cultural y evolutivamente adecuado, sensible a los cambios del afrontamiento en las diferentes etapas de la vida.

Según Pelechano *et al.* (1993), una opción psicométricamente acertada para la evaluación del afrontamiento es la elección de un instrumento general validado específicamente para una situación concreta. Con dicha validación de los cuestionarios generales para poblaciones y situaciones específicas se consigue compensar la generalidad y la ambigüedad de sus *items* y evitar conclusiones inadecuadas derivadas de resultados descontextualizados. Desde esta perspectiva, puede ser un buen punto de partida utilizar instrumentos específicos de evaluación del afrontamiento para las distintas situaciones estresantes tomando como base instrumentos de evaluación globales que hayan sido modificados en función de una validación previa en diferentes situaciones y con distintas poblaciones.

Trasladadas estas inquietudes a la psicología de la rehabilitación, nos encontramos con la misma problemática y los mismos retos a la hora de evaluar el afrontamiento de la LM y aceptar como válidos los instrumentos existentes para dicha evaluación. De ahí la necesidad de abordar la tarea de validar los cuestionarios de afrontamiento para la población con LM, propuesta que planteamos en el estudio de campo.

4.3.3. Forma de corrección de los cuestionarios

El proceso de corrección de los autoinformes consiste normalmente en sumar el número de *items* perteneciente a cada escala específica. Como apuntan Aliaga y Capafóns (1996), esta forma de corrección plantea algunos problemas conceptuales y en su interpretación. Por un lado, la tendencia a interpretar las altas puntuaciones en cada escala como índice de *frecuencia* de utilización de ese tipo de afrontamiento ha originado conclusiones que no están justificadas, ya que se desconoce la intención que subyace a la utilización de dichas conductas.

Por otro lado, las puntuaciones obtenidas al sumar el número de *items* de cada escala se utilizan para cuantificar la *intensidad* con que la persona recurre a cada hipotética clase de afrontamiento. Pero con ello se ignora la información sobre la situación concreta ante la que se han realizado las conductas de afrontamiento. Sin embargo se utilizan estas medidas-resumen como escalas psicométricas, independientemente de la situación estresante que las haya elicitado. Además, puede estar ocurriendo que dos sujetos obtengan la misma puntuación en una escala aunque las conductas concretas que han emitido sean completamente diferentes.

Por último, otro de los problemas conceptuales y metodológicos que se han señalado en la evaluación del afrontamiento se deriva de la forma de construcción de

los instrumentos de medición. Carver *et al.*, (1989), en una revisión de escalas encontraron que, en gran medida, éstas se han construido empíricamente más que teóricamente y su vinculación a los principios teóricos es muy vaga y *post hoc*. Aldwin (1994b), por su parte, critica que la construcción racional de las escalas sin un estudio sistemático de su correlato empírico ha generado múltiples propuestas que no han encontrado apoyo empírico, dando lugar a una diversidad de estructuras factoriales.

En esta línea, Crespo y Cruzado (1997) explican el panorama existente en materia de evaluación del afrontamiento como el resultado de la «paradoja metodológica» existente entre los supuestos teóricos que definen el afrontamiento como proceso y la práctica frecuente de elaborar instrumentos desde el enfoque de rasgo para evaluar tendencias generales en la forma de afrontar el estrés. Consecuencia de toda esta situación es que no hay acuerdo entre las diferentes teorías en la concreción de las estrategias de afrontamiento a evaluar, ni en el establecimiento de una taxonomía única que guíe la construcción de los instrumentos de evaluación del afrontamiento de acuerdo a unas dimensiones concretas. El pluralismo teórico y conceptual sobre el afrontamiento tiene como resultado directo una multiplicidad de instrumentos de evaluación que comentaremos a continuación.

En esta línea crítica, Parker y Endler (1992) señalan que la mayoría de los autoinformes creados para la evaluación del afrontamiento son psicométricamente inadecuados. Según ellos, la proliferación de diferentes escalas, que a menudo miden diferentes constructos, dificulta la generalización de una población clínica a otra. Ya que la obtención de instrumentos válidos es un prerrequisito para el estudio de la relación entre el afrontamiento, la personalidad y la salud, las deficiencias metodológicas existentes reclaman la necesidad de obtener información válida y generalizable sobre el afrontamiento. Concluyen lamentando que los problemas metodológicos han limitado el desarrollo de un cuerpo sistemático de teoría y evidencia empírica sobre el afrontamiento.

Hechas estas aclaraciones, pasamos a comentar diferentes instrumentos que se han utilizado para la evaluación del afrontamiento.

4.4. Instrumentos de evaluación del afrontamiento

-) En este apartado vamos a centrarnos en las mediciones del afrontamiento realizadas a través de entrevistas o cuestionarios de autoinforme, excluyendo otras mediciones derivadas de las estimaciones subjetivas y del estudio de casos. La bibliografía al uso muestra los numerosos instrumentos elaborados para la evaluación del afrontamiento (Cohen, 1987; Carver *et al.*, 1989; Sánchez-Cánovas, 1991; Aldwin, 1994b), así como la ausencia de criterios consensuados para su clasificación, como ya señalamos en el Capítulo 3.

4.4.1. Instrumentos generales de evaluación del afrontamiento

En primer lugar presentamos los principales instrumentos generales de evaluación del afrontamiento. Siguiendo el criterio de Cohen (1987), hemos diferenciado las mediciones de *rasgo* (Tabla 11) y los instrumentos *situacionales* (Tabla 12), especificando su uni o multidimensionalidad.

En nuestro entorno encontramos las siguientes adaptaciones españolas de cuestionarios generales del afrontamiento:

- *EEC - Escala de Estrategias de Coping* (Chorot y Sandín, 1987, 1991), cuya versión revisada, la *EEC-R*, realizaron en 1993.
- *CEA - Cuestionario de Formas de Afrontamiento* (Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor, 1992), adaptación del *WCCL* de Folkman y Lazarus y sus diferentes revisiones.
- *COPE-Coping Operations Preferences Enquiry* (Carver et al., 1989), versión disposicional, adaptado por Crespo y Cruzado (1997). Villardón (1993) utiliza una versión abreviada y adaptada del *COPE* para estudiar el pensamiento suicida en la adolescencia.
- Miró (1997) ha realizado la adaptación española de la *MBSS - Miller Behavioral Style Scale* (Miller, 1980, 1987) y su versión reducida, la *MBSS-SR*.

TABLA N.º 11

INSTRUMENTOS GENERALES DE EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO (I)

Mediciones de Rasgo	
Unidimensionales:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Escala Represión - Sensibilización</i> (Byrne, 1961). • <i>Escala Represión - Sensibilización Revisada</i> (Epstein y Fenz, 1967). • <i>Indice Rorschach de Estilo Represivo</i> (Gardner, Holzman, Klein, Linton et al., 1959; Levine y Spivack, 1964). • <i>Indice de Estilo Represivo</i> (Weinberger, Schwartz y Davidson, 1979). • <i>Vigilancia-evitación</i> (Holzman y Gardner, 1959). • <i>Test de completar frases de afrontamiento-evitación</i> (Goldstein, 1959) • <i>Test de completar frases</i> (Andrew, 1970). • <i>MBSS - Miller Behavioral Style Scale</i> (Miller, 1980, 1987). • <i>Represión - Aislamiento</i> (Krohne y Rogner, 1982). • <i>SOC - Sense of Coherence</i> (Antonovsky, 1979). • <i>SOC - 29 y SOC - 13</i> (Antonovsky, 1993). • <i>MBQ - Monitoring-Blunting Questionnaire</i> (Muris, van Zuuren, De Jong, De Beurs et al., 1994).
Multidimensionales:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Inventario de Mecanismos de Defensa</i> (Gleser y Ihilevich, 1969). • <i>The Defense Style Questionnaire</i> (Andrews, Singh y Bond, 1993). • <i>Coping-Defense Scale</i> (Joffe y Naditch, 1977). • <i>The Coping Assessment Battery</i> (Bugen y Hawkins, 1981). • <i>Regressive Coping Checklist</i> (Pierce y Molloy, 1992) • <i>MBHI</i> (Millon, Green y Meagher, 1979). • <i>MCI - Multidimensional Coping Inventory</i> (Endler y Parker, 1990).

Elaboración propia en base a Cohen (1987), Sánchez-Cánovas (1991) y Aldwin (1994b)

TABLA N.º 12

INSTRUMENTOS GENERALES DE EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO (II)	
Mediciones situacionales	
Unidimensionales:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cohen Avoidance-Vigilance Interview</i> (Cohen y Lazarus, 1973). • <i>Denial Scale</i> (Hackett y Cassem, 1974; Shaw, Cohen, Doyle y Palesky, 1985). • <i>MCI - Mainz Coping Inventory</i> (Krohne y Egloff, 1994).
Multidimensionales:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pearlin and Schooler Mastery Scale</i> (Pearlin y Schooler, 1978). • <i>WOC - Ways of Coping Scale</i> (Folkman y Lazarus, 1980, 1988a). • <i>CRI - Coping Resources Inventory</i> (Billings y Moos, 1981a; Moos, 1993). • <i>Coping Strategies Inventory</i> (Tobin, Holroyd y Reynolds, 1982; Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989). • <i>Health and Daily Living Form</i> (Moos y Billings, 1982; Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1982). • <i>CSQ - Coping Strategies Questionnaire</i> (Rosenstiel y Keefe, 1983) • <i>Coping Questionnaire</i> (McCrae, 1984). • <i>Coping Strategies Scale</i> (Beckham y Adams, 1984). • <i>SCPQ - Stress and Coping Process Questionnaire</i> (Perrez y Reicherts, 1992; Reicherts y Perrez, 1994). • <i>CCSI - Cognitive Coping Strategy Inventory</i> (Butler, Damarin, Beaulieu, Schwebel et al, 1989). • <i>COPE - Coping Operations Preferences Enquiry</i> (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)². • <i>CSI - Coping Strategy Indicator</i> (Amirkhan, 1990). • <i>CHS - Coping Humor Scale</i> (Overholser, 1992). • <i>CCS - The Cybernetic Coping Scale</i> (Edwards y Baglioni, 1993). • <i>CCI - The California Coping Inventory</i> (Aldwin, 1994b). • <i>CISS - Coping Inventory for Stressful Situations</i> (Endler y Parker, 1994). • <i>MCI - Marital Coping Inventory</i> (Cohan y Bradbury, 1994). • <i>WORCS-The Ways of Religious Coping Scale</i> (Boudreaux, Catz, Ryan y Amaral-Melendez, 1995). • <i>PF - SOC Problem-Focused Style of Coping</i> (Heppner, Cook, Wright y Johnson, 1995). • <i>SRI - The Situational Response Inventory</i> (Kohn y O'Brien, 1997).

Elaboración propia en base a Cohen (1987), Sánchez-Cánovas (1991) y Aldwin (1994b).

Una búsqueda sistemática por los procedimientos al uso muestra que estos instrumentos generales se han utilizado para evaluar el afrontamiento en muy diversas situaciones, con una gran presencia en los estudios sobre la salud y el afrontamiento de las enfermedades crónicas.

De igual forma, se han realizado escalas específicas de evaluación del afrontamiento para distintas *poblaciones*, principalmente adolescentes y niños, y para muy

² El instrumento creado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) puede ser tanto una medida de estilos de afrontamiento como de estrategias, según la situación.

diversas áreas de la conducta humana. Entre las diferentes situaciones para las que se han construido instrumentos de afrontamiento específicos destacan las situaciones *clínicas* y las *laborales*.

Una revisión de los instrumentos anteriormente mencionados excedería el objetivo de este trabajo, pero no queremos dejar de comentar el *WOC - Ways of Coping*, dada la relevancia de esta propuesta evaluadora derivada del modelo cognitivo del estrés de Lazarus y Folkman y su predominio en los estudios de la LM.

El *WOC* ha tenido una gran acogida y su uso se ha extendido ampliamente en el estudio de las respuestas emitidas en situaciones de estrés durante casi dos décadas. La utilización del *WOC* original y sus cuestiones metodológicas han sido investigadas por diferentes autores, como Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne *et al.* (1980) y Folkman y Lazarus (1980), Parkes (1984), Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro *et al.* (1985), Vitaliano, Maiuro, Russo y Becker (1987). Así mismo, las diversas revisiones del *Ways of Coping Scale* realizadas por Folkman y Lazarus (1985), Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, *et al.* (1986), Aldwin y Revenson (1987) y Dunkel-Schetter *et al.* (1992) han encontrado diferentes soluciones factoriales.

A la luz de los resultados obtenidos desde su creación, la amplia aceptación del *WOC* ha sido recientemente revisada y criticada por distintos autores, entre los que podemos destacar a Ben Porath, Waller y Butcher (1991) y Atkinson y Violato (1993).

El instrumento inicial creado por Folkman y Lazarus en 1980, el *WOC*, es un listado que consta de 68 *items*, compuesto por frases que describen un amplio espectro de estrategias conductuales y cognitivas. Para aplicarlo, se pide a los sujetos que anoten alguna circunstancia estresante que hayan padecido durante un período concreto y que señalen del listado de conductas de afrontamiento las utilizadas por ellos ante dicho evento. El *WOC* contiene dos escalas construidas racionalmente, el afrontamiento centrado en el *problema* y el afrontamiento centrado en la *emoción*. Entre las estrategias de afrontamiento evaluadas incluye: el afrontamiento de confrontación, el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, la aceptación de responsabilidad, el escape - evitación, la planificación para resolver el problema y la revaloración positiva.

La literatura muestra cómo esta distinción entre el afrontamiento centrado en la emoción y en el problema es muy simplista y las investigaciones han demostrado que esas respuestas forman más de dos factores (Aldwin *et al.*, 1980; Carver *et al.*, 1989). Incluso, hay evidencia de que el afrontamiento centrado en la emoción puede implicar factores que están inversamente relacionados entre sí (Scheier *et al.*, 1986; Kennedy *et al.*, 1995).

Entre las críticas realizadas al *WOC* se suelen señalar la gran diversidad de versiones utilizadas, la ambigüedad de algunos *items*, la falta de apoyo empírico y la

confusión derivada de la diversidad de soluciones factoriales, un equívoco proceso de construcción y una escasa validez teórica factorial.

Una revisión de la bibliografía revela la enorme variedad de versiones distintas que se han desarrollado del WOC y la amplia utilización de las distintas versiones sin criterios objetivos más allá de la elección del investigador. Así, se han utilizado versiones del WOC que difieren tanto en el número de *items* (desde 31 hasta 73) como en los *factores* resultantes (entre 2 y 8 factores). A esto hay que añadir que para una misma versión los formatos de respuesta pueden variar desde el SÍ/NO hasta una escala tipo Likert de cuatro o cinco posibilidades de respuesta, e incluso se ha modificado el contenido de los *items*. En ocasiones, estos cambios también se reflejan en el nombre (*Berkeley Ways of Coping Checklist* de Hart, Turner y Car-doza, 1987; *Ways of Coping Questionnaire* de Folkman y Lazarus, 1988a; *Coping Strategies Inventory* de Tobin, Holdroyd, Reynolds y Wigal, 1989).

Todas estas situaciones dificultan el análisis del WOC como si fuera un procedimiento de evaluación unitario, así como la comparación y la interpretación de los resultados obtenidos en las investigaciones.

Una crítica frecuente al WOC ha sido su inestable estructura factorial y la baja fiabilidad interna de las escalas (Endler y Parker, 1990; Aldwin, 1994b). En el fondo, los cambios en la estructura factorial a lo largo de las situaciones nos están dando información sobre los tipos de demanda del contexto y son un argumento en defensa de la construcción de instrumentos específicos para la evaluación del afrontamiento o de la adaptación de los instrumentos generales para las distintas poblaciones.

En resumen, podemos concluir que la contribución del WOC a la evaluación del afrontamiento es grande, tal como lo demuestra su gran presencia en las investigaciones, pero tanto algunos aspectos inherentes al propio instrumento y su elaboración como a la utilización que se le ha dado, han contribuido a que los resultados con él obtenidos sean inconsistentes, poco fiables y de discutida validez.

4.4.2. Instrumentos de evaluación del afrontamiento en el área de la salud

El afrontamiento en el ámbito de la salud se ha evaluado mediante cuestionarios generales aplicados a procesos patológicos concretos (ver Tablas 11 y 12), o bien mediante instrumentos específicos creados para la evaluación de enfermedades concretas.

La Tabla 13 presenta ejemplos de los principales cuestionarios específicos de evaluación del afrontamiento en el área de la salud.

En nuestro entorno, como instrumentos específicos para la evaluación de las estrategias de afrontamiento en el ámbito de la salud, destacan los elaborados por Pelechano (1992) para valorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por diferentes grupos con enfermedades crónicas: el *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales* (Pelechano, 1992) y el *Cuestionario de Rememoración de Estrategias de Afrontamiento* (Pelechano, 1992). Sus características psicométricas y su especificidad para evaluar las enfermedades crónicas, junto a la coherencia teórica del modelo que define el afrontamiento como habilidades de personalidad, son razones que nos han llevado a elegir estos instrumentos para nuestra investigación.

TABLA N.º 13

INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS DE AFRONTAMIENTO Y SALUD	
Área de Salud	Instrumentos de evaluación del afrontamiento
Enfermedad en general	<ul style="list-style-type: none"> • <i>The Medical Coping Modes Questionnaire</i> (Gerrity, White, DeVellis y Dittus, 1995). • <i>IMQ-Illness Management Questionnaire</i> (Ray, Weir, Stewart y Miller, 1993).
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • <i>MAC-Mental Adjustment to Cancer Scale</i> (Watson, Greer y Bliss 1989), adaptación española realizada por Ferrero, Rodríguez-Marín, Toledo y Barreto (1996). • <i>Mini-MAC</i> (Watson, Law, Dos-Santos y Greer, 1994). • <i>PSFPO-The Psychosocial Questionnaire for Pediatric Oncology</i> (Kusch y Bode, 1992). • <i>Bernese Coping Modes</i> (Heim, Augustiny, Schaffner y Valach, 1993). • <i>CBI-Cancer Behavior Inventory</i> (Merluzzi y Martínez, 1997).
Artritis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Arthritis Appraisal and Ways of Coping</i> (Regan, Lorig y Thoresen, 1988).
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> • <i>SVS-Coping with Pain Questionnaire</i> (Klingler y Morawetz, 1993).
Enfermedades de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • <i>The Itchiness Cognitions Questionnaire</i> (Ehlers, Stangier, Dohn y Gieler, 1993).
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Assessing Coping Behaviors in Schizophrenics</i> (Thurm-Mussgay, Galle y Hafner, 1991). • <i>Coping Strategies Scales for Depressed Patients</i> (Beckham, 1986).
Deficiencia auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • <i>The Hearing Coping Assessment</i> (Andersson, Melin, Lindberg y Scott, 1995).

Revisado el marco general de la evaluación del afrontamiento y comentados los principales instrumentos elaborados para su medición, pasamos a centrarnos en la evaluación de esa variable en la población con LM, su operativización y los instrumentos utilizados.

4.5. La evaluación del afrontamiento en los estudios de la LM

En el capítulo anterior hemos diferenciado dos enfoques en el estudio del afrontamiento de la LM: el enfoque *preempírico* y el enfoque *empírico*. Así, el afronta-

miento de la LM se ha medido de diferentes formas, desde los planteamientos idiógráficos del enfoque preempírico que utilizan la observación, la valoración externa por parte de un tercero o la entrevista, hasta la introducción de instrumentos estandarizados en el enfoque empírico. Como señala Heinemann (1995a), cada vez es más frecuente la incorporación de instrumentos de evaluación del afrontamiento en las baterías de evaluación psicológica utilizadas en el entorno rehabilitador.

Sin embargo esta introducción de instrumentos estandarizados no ha ido acompañada de un análisis de su adecuación para la evaluación del afrontamiento en las personas con LM y, como ha ocurrido en otras áreas de estudio de la psicología de la rehabilitación, se han descuidado los aspectos cualitativos de los instrumentos utilizados en las investigaciones de personas con LM.

Así, la tendencia predominante que hemos encontrado en las investigaciones del afrontamiento de la LM es la utilización de cuestionarios generales de afrontamiento de validez a menudo cuestionable o no investigada, y cuyas características psicométricas se dan por supuestas en la mayoría de los casos o no se mencionan, como ocurre en los trabajos de Frank *et al.*, (1987), Hancock *et al.* (1993), Craig *et al.* (1994), Moore *et al.* (1994), Kennedy *et al.* (1995), Wheeler *et al.* (1996), Dias de Carvalho *et al.* (1998) y King y Kennedy (1999). A esto hay que añadir la diversidad de instrumentos utilizados para medir el afrontamiento de la LM, diversidad que dificulta aún más la comparación de los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones.

Consecuencia directa de esta situación son los resultados inconclusos de los estudios del afrontamiento de la LM y la ausencia de datos definitivos sobre la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM, como adelantábamos en el capítulo anterior.

Para entender mejor la evolución de la operativización del afrontamiento en los estudios de las personas con LM vamos a hacer un recorrido por los distintos intentos realizados para su evaluación, cuyo resumen presentamos en la tabla 14.

En los estudios de **enfoque preempírico** se identifica el afrontamiento con el control de la situación y es considerado un indicador de adaptación a la LM. Su evaluación se realiza a través de *estudios de casos* y *entrevistas* (Rosenstiel y Roth, 1981; Ray y West, 1983; Zirpolo, 1986; Heineman *et al.*, 1988; Aaberg, 1996), mediante *estimaciones subjetivas de terceros* cuantificadas en un *ítem* único (Bulman y Wortman, 1977; Van Den Bout, *et al.*, 1988) o a través de medidas compuestas de varios indicadores de adaptación o criterios individuales de dudosa fiabilidad como ocurre en los estudios de Bracken y Bernstein (1980) y de Sholomskas *et al.* (1990).

En uno de los estudios clásicos del enfoque preempírico del afrontamiento de la LM, valorado a través de terceros, Bulman y Wortman (1977) evalúan el afrontamiento

con un ítem único, puntuado del 1 al 15 por un miembro del personal rehabilitador. Los autores aceptan como definición de afrontamiento de la LM la descripción consensuada de 20 profesionales, trabajadores sociales y enfermeras, que describen un buen afrontamiento en los pacientes si éstos “aceptan la realidad de su lesión e intentan manejar positivamente la lesión. Lo afrontan bien los pacientes que tienen una actitud positiva hacia la fisioterapia, que están motivados a trabajar por la mejora de sus capacidades físicas y que reflejan un deseo de ser tan independientes físicamente como sea posible” (pág. 355).

Esta definición y operativización del afrontamiento de la LM fue replicada en los estudios posteriores de Van Den Bout *et al.* (1988) y Sholomskas *et al.* (1990), en los que el afrontamiento también es evaluado a través de observaciones del personal rehabilitador.

Sholomskas *et al.* (1990) amplían la operativización del afrontamiento de Bulman y Wortman (1977) aumentando la recogida de información con 13 preguntas que organizan en tres escalas que evalúan el progreso de la rehabilitación, las limitaciones en la rehabilitación y la satisfacción del personal (tres puntuaciones del 1 al 4):

- Subescala de progreso en la rehabilitación: Cinco preguntas del tipo “¿Hasta qué punto piensa que el paciente ha aceptado las limitaciones de su situación? o ¿Hasta qué punto el paciente es consciente de su limitación?”
- Subescala de limitación: Cinco preguntas, basadas en las cuatro dimensiones de afrontamiento de Lipowski (1970), en las que se pide que se puntúe de 1 a 4 el progreso emocional o de estado de ánimo del paciente, de su actitud hacia la discapacidad, de su conducta en el hospital y en general.
- Subescala de satisfacción del personal: Tres preguntas de la satisfacción del personal sanitario con el esfuerzo del paciente en fisioterapia, su actitud general y su progreso global.

TABLA N.º 14

EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO DE LA LM

Evaluación no estandarizada (Enfoque preempírico)		
Estudio	Modo de evaluación	N
Bulman y Wortman (1977)	Valoración del personal sanitario	29
Bracken y Bernstein (1980)	Estudio de casos (Indicadores-adaptación)	96
Rosenstiel y Roth (1981)	Estudio de casos	4
Ray y West (1983)	Estudio de casos (Entrevista)	22
Zirpolo (1986)	Entrevista estructurada (cinco momentos)	15
Heineman, Bulka y Smetak (1988)	Estudio de casos (Entrevista)	143
Van Den Bout <i>et al.</i> (1988)	Valoración del personal sanitario	13
Sholomskas <i>et al.</i> (1990)	Valoración del personal sanitario	31
Aaberg (1996)	Estudio de casos	2

(Continuación)

Instrumentos estandarizados (Enfoque empírico)		
Estudio	Modo de evaluación	N
Frank <i>et al.</i> (1987)	WOC (Aldwin <i>et al.</i> , 1980)	53
Pollets (1985)	WOC-R (Lazarus y Folkman, 1984)	79
Nielson y MacDonald (1988)		58
Drew-Cates (1989)		52
Warner (1989)		78
Wheeler <i>et al.</i> (1996)		19
Buckelew <i>et al.</i> , (1990)	WOC-R (Felton, Revenson y Hinrichsen, 1984)	57
Hanson <i>et al.</i> , (1993)		28
Mason (1994)		30
Moore <i>et al.</i> , (1994)	WCCL-R (Vitalino <i>et al.</i> 1985)	35
Coca (1990)	WOC-R (Folkman y Lazarus, 1988)	80
Barone (1993)		243
Wineman <i>et al.</i> (1994)		257
McColl (1991)		138
Nieves, Charter y Aspinal (1991)		40
Reidy, Caplan y Shawaryn (1991)		54
Gardner (1993)		20
Heinemann, Schmidt y Semik (1994)		143
McColl <i>et al.</i> (1995)		120
Meyer (1998)		23
Soltz (1998)		30
Carroll (1999)		98
Kennedy, Lowe, Grey y Short (1995)	COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)	41
King y Kennedy (1999)		19
Jung (1990)	CSQ-Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel y Keefe, 1983)	37
Dias de Carvalho <i>et al.</i> (1998)	Coping Assessment Scale (Figueira, 1990)	65
Hancock <i>et al.</i> (1993)	MAC-Mental Adjustment to Cancer (Watson,	31
Craig, Hancock y Chang (1994)	Greer y Bliss, 1989)	31
Elliott, Godshall <i>et al.</i> (1991)	PSI-Problem Solving Inventory (Heppner, 1988)	90

Esta definición operativa de Sholomskas *et al.* (1990) proporciona información válida sobre la conducta del lesionado medular durante la fase aguda de la rehabilitación, pero siempre desde un punto de vista externo y no teniendo en cuenta la opinión del propio lesionado medular. Sigue siendo una operativización insuficiente del afrontamiento, con mucho componente subjetivo y muy alejada de la definición operativa actualmente aceptada en el marco de los estudios del estrés. Estos autores reconocen la necesidad de realizar una evaluación multidimensional, aunque no consiguen ofrecer una alternativa válida.

Bracken y Bernstein (1980), por su parte, evaluaron el afrontamiento de la LM a través de cinco indicadores de adaptación en los que la persona se puntúa de 1 a 5 en medidas de *dependencia del rol de enfermo* (tres *items*), *adaptación al trauma* (cuatro *items*), *aceptación del tratamiento* (cuatro *items*), *actitud positiva hacia el*

futuro (cuatro *items*) y *adaptación a la vida* en general (doce *items*). Cabe señalar la inadecuación de dichas mediciones para la evaluación del afrontamiento, así como el contenido prejuicioso de los *items* en los que subyacen los principios del modelo de las etapas de adaptación y la defensa de la relación entre la gravedad de la lesión y la reacción psicológica.

Otra forma frecuente de evaluación del afrontamiento en los estudios del enfoque preempírico es la entrevista a personas con LM. Prototipo de este tipo de trabajos es el estudio de Ray y West (1983) en el que evaluaron el afrontamiento de 22 personas con LM mediante una entrevista centrada en el estigma social, las dificultades sexuales, la autoestima y la adaptación emocional.

En esta línea de estudios preempíricos, cabe destacar el de Zirpolo (1986), que evalúa el afrontamiento en una muestra de 15 lesionados medulares a través de una entrevista estructurada (20 *items*) que describe conductas y cogniciones. Realiza cinco entrevistas a cada sujeto, cuatro durante la hospitalización (2, 4, 8 y 12 semanas) y la última realizada por teléfono a los nueve meses después de la LM. Concluye que una buena adaptación se relaciona con bajos niveles de negación del diagnóstico, con la predicción de consecuencias positivas de la lesión y las expectativas de que el personal sanitario se responsabilizará del cuidado diario.

Por su parte, el **enfoque empírico** del estudio del afrontamiento de la LM se caracteriza por la introducción de mediciones objetivas y estandarizadas y el predominio del modelo cognitivo del estrés. La tendencia general se caracteriza por la utilización de cuestionarios generales de afrontamiento, la existencia de algunas investigaciones en las que se aplican cuestionarios construidos en el área de la salud y la ausencia de instrumentos construidos específicamente para evaluar el afrontamiento de la LM.

En este sentido, Chang (1997) ha protagonizado un intento de creación de un instrumento para evaluar el afrontamiento de la LM, la *FICS - Functional Independent Coping Scale*, con el objetivo de estudiar el efecto de la independencia funcional sobre el afrontamiento. Este autor defiende la hipótesis de que la falta de homogeneidad psicológica se relaciona directamente con la variabilidad en las funciones físicas de la población con LM, desoyendo la literatura sobre el tema que demuestra la ausencia de relación entre la gravedad de la discapacidad y la adaptación. Pero su planteamiento no ha tenido ningún resultado concluyente y no nos parece un intento válido, tanto por los presupuestos teóricos subyacentes como por la metodología utilizada.

Como se puede observar en la Tabla 14, en las investigaciones que hemos revisado existe un predominio absoluto del instrumento creado por Folkman y Lazarus, el *WOC-Ways of Coping*, utilizado en sus diferentes versiones en los estudios de Pollets

(1985), Frank *et al.* (1987), Nielson y MacDonald (1988), Drew-Cates (1989), Warner (1989), Buckelew *et al.* (1990), Coca (1990), McColl (1991), Nieves *et al.* (1991), Reidy *et al.* (1991), Barone (1993), Gardner (1993), Hanson *et al.* (1993), Heinemann *et al.* (1994), Mason (1994), Moore *et al.* (1994), Wineman *et al.* (1994), McColl *et al.* (1995), Wheeler *et al.* (1996), Meyer (1998), Soltz (1998) y Carroll (1999).

Otros instrumentos generales de afrontamiento utilizados en el estudio de las personas con LM han sido el *COPE* de Carver *et al.* (1989), utilizado por Kennedy *et al.* (1995) y King y Kennedy (1999), y el *CSQ-Coping Strategies Questionnaire* (Rosenstiel y Keefe, 1983), aplicado por Jung (1990). En todas estas investigaciones hay que lamentar la ausencia de datos sobre la adecuación y la validez de dichos instrumentos para la población de personas con LM.

Elliott, Godshall *et al.* (1991), por su parte, centraron el estudio del afrontamiento de las personas con LM en la evaluación de sus estrategias de resolución de problemas a través del *PSI - Problem Solving Inventory* (Heppner, 1988).

Además de cuestionarios generales del afrontamiento, los autores también han utilizado instrumentos específicos del área de la salud para evaluar el afrontamiento de la LM. Así, Hancock *et al.* (1993) y Craig *et al.* (1994) aplicaron un instrumento creado para pacientes oncológicos, el *MAC - Mental Adjustment to Cancer* de Watson, Greer y Bliss (1989). Por su parte, Dias de Carvalho *et al.* (1998) utilizaron el *Coping Assessment Scale* (Figueira, 1990), instrumento construido en el entorno portugués para evaluar estilos generales de afrontamiento de enfermos crónicos y que se ha aplicado en poblaciones clínicas con VIH, diabetes, cáncer y hemofilia. Una vez más, la validez de estos instrumentos para la población de lesionados medulares es cuestionable.

Esta diversidad de instrumentos utilizados en la evaluación del afrontamiento de la LM dificulta enormemente la comparación de los resultados, ya que los instrumentos varían en el número y en las estrategias descritas. Por ello, es frecuente encontrar una diversidad en la nomenclatura de las estrategias que utilizan los lesionados medulares, y no se pueden extraer conclusiones válidas y generalizables.

Frente al predominio de estudios cuyo objetivo es analizar la eficacia del afrontamiento de la LM y a pesar de las frecuentes dificultades metodológicas señaladas por los autores, el interés por investigar la validez de los instrumentos con los que se evalúa esta variable en dicho colectivo está presente en un pequeño número de estudios recientes realizados en los años noventa, entre los que cabe destacar los realizados por el equipo de McColl (McColl, 1991; McColl, Lei y Skinner, 1995; McColl y Skinner, 1995) y los del equipo de Wineman (Wineman, Durand y McCulloch 1994; Wineman, Durand y Steiner, 1994). Este interés tardío surge como requisito metodológico para poder avanzar en las investigaciones, superando las deficiencias metodológicas detectadas en los estudios anteriores.

Sin embargo, el análisis de las propiedades psicométricas del *WOC* (Folkman y Lazarus, 1988a) y del *COPE* (Carver *et al.*, 1989) revela una gran diversidad de soluciones factoriales y no ofrece datos satisfactorios sobre la validez de dichos instrumentos para la evaluación del afrontamiento de la LM. Así, lejos de ofrecer datos concluyentes, estos estudios plantean más interrogantes que respuestas y confirman la necesidad de abordar de forma sistemática la validación de los instrumentos utilizados.

Entre los estudios que validan el *WOC-Ways of Coping Questionnaire* (Folkman y Lazarus, 1988a) en la población de personas con LM tenemos los realizados por el equipo de McColl (McColl, 1991; McColl y Skinner, 1995; McColl, Lei y Skinner, 1995). Estos autores analizaron la **validez de constructo** del *WOC* en una población de 120 personas con LM durante la fase aguda. De su estudio se deriva una estructura trifactorial que describe tres formas de afrontamiento, ya sea centrado en la percepción, en la emoción o en los problemas, en la línea de los modelos defendidos por Pearlin y Schooler (1978) y Moos y Billings (1982).

Según estos autores, los resultados muestran que los factores de afrontamiento están significativamente relacionados en tres momentos de evaluación distintos (uno, cuatro y 12 meses después del alta hospitalaria), lo que les lleva a sugerir que, después de un tiempo inicial de experimentación, el número y la frecuencia de las estrategias de afrontamiento utilizadas es relativamente constante, a pesar de las diferentes situaciones de referencia que cada persona pudo tomar al contestar el cuestionario. En su opinión el *WOC* capta mejor una evaluación disposicional o estructural que situacional del afrontamiento.

Estos autores afirman también que, mientras que el sistema de puntuación de ocho factores del *WOC* ha mostrado obtener diferentes respuestas a diferentes situaciones (Folkman y Lazarus, 1985), es posible que el modelo trifactorial desarrollado para la población con LM capte una estructura factorial subyacente más básica que evalúa las estrategias de afrontamiento utilizadas por este colectivo. Concluyen afirmando la necesidad de continuar realizando estudios para confirmar la validez de su modelo propuesto y profundizar en el análisis de las propiedades del *WOC* como instrumento válido y fiable para la evaluación del afrontamiento en personas con LM.

El estudio de Wineman, Durand y McCulloch (1994) examina la **validez de constructo** del *WOC - Ways of Coping Questionnaire* (Folkman y Lazarus, 1988a) en una población con LM ($n = 257$) y esclerosis múltiple ($n = 433$). La estructura factorial derivada de su análisis reflejó tres factores de afrontamiento: la reestructuración cognitiva, la expresión emocional y la asistencia directa. Los dos primeros factores contienen estrategias intrapersonales utilizadas para manejar aspectos estresantes de vivir con una discapacidad. El tercer factor, la asistencia directa, es de naturaleza interpersonal y se centra en la búsqueda de ayuda para manejar el estrés. Sus

resultados les llevan a argumentar que el modelo de ocho factores desarrollado por Lazarus y Folkman en el *WOC* con una población sana no describe adecuadamente el afrontamiento de las personas con discapacidad física. Basándose en sus observaciones clínicas Wineman *et al.* (1994) se plantean que quizás las personas con LM y con esclerosis múltiple utilicen estrategias de afrontamiento que no son evaluadas por el *WOC*, cuestionando así su validez y sensibilidad para evaluar dicha variable en estos grupos. Así mismo, afirman que las estrategias de afrontamiento medidas por el *WOC*, dada su naturaleza genérica, pueden tener distintos significados y medir diferentes constructos dependiendo de la población de estudio, por lo que su aplicación en poblaciones específicas requeriría la realización de estudios para explorar su adecuación y realizar las adaptaciones necesarias. Terminan señalando la necesidad de continuar esta línea de investigación para examinar la validez de constructo de este cuestionario con las poblaciones clínicas y de rehabilitación.

Según se deduce de estos estudios, la utilización del *WOC* en la población de lesionados medulares no apoya el modelo bifactorial de afrontamiento centrado en la emoción y en el problema propuesto por Lazarus y Folman. Aunque hay autores que sí afirman haberla encontrado (Frank, Umlauf *et al.*, 1987; Moore *et al.*, 1994), las deficiencias metodológicas de sus estudios no ofrecen solidez a esas afirmaciones. Por otro lado, los resultados ofrecidos sobre una posible estructura trifactorial del afrontamiento encontrada en lesionados medulares es aún una hipótesis de trabajo por confirmar.

El estudio realizado por Kennedy *et al.* (1995) en el que evaluaron a 41 lesionados medulares agudos y 30 personas con LM de larga evolución con el *COPE* (Carver *et al.*, 1989) tampoco ofrece ningún dato clarificador. Además de no aportar datos sobre la validez general de la escala, estos autores tampoco analizan la adecuación del instrumento para las personas con LM, limitándose a realizar análisis correlacionales con otros indicadores del impacto psicológico.

También conviene hacer algunas matizaciones respecto a la utilización de escalas construidas en el área de la salud para evaluar el afrontamiento de la LM. Hancock *et al.* (1993) y Craig *et al.* (1994), por su parte, evaluaron el afrontamiento de personas con LM con la *MAC-Escala de Adaptación Mental al Cáncer* (Watson, Greer y Bliss, 1989), instrumento que evalúa cuatro estrategias de afrontamiento: el espíritu de lucha, la indefensión/desesperanza, el fatalismo y la evitación. Para su adaptación a los lesionados medulares eliminaron la evitación y algunos *items* de fatalismo que no se adecúan a una discapacidad como la LM, que no tiene la naturaleza progresiva ni el grave pronóstico del cáncer. Sus resultados reflejan puntuaciones más altas en indefensión/desesperanza y fatalismo en el grupo de personas con LM respecto a la población general. Sin embargo, a pesar de las adaptaciones realizadas, los autores no presentan datos psicométricos de la validez de dicha escala, ni en general ni para su utilización con lesionados medulares, por lo que estos resultados carecen de significación alguna.

Por último, queremos señalar el trabajo de Elliott, Godshall *et al.* (1991), quienes evaluaron el afrontamiento de la LM centrándose en la resolución de problemas, utilizando el *PSI - Problem Solving Inventory* (Heppner, 1988). El PSI evalúa el grado de autoeficacia percibida de las estrategias de resolución de problemas de la vida diaria (factor de *confianza en la resolución de problemas*), la habilidad para regular las reacciones emocionales ante los problemas (factor de *control personal*) y la tendencia general a aproximarse o a evitar los problemas (factor de *acercamiento - evitación*). Este instrumento supone un intento de operativización que refleja la estrecha relación entre el *locus* y el afrontamiento, y es una medida combinada de control personal, del afrontamiento en su dimensión básica de acercamiento-evitación y de la valoración subjetiva de la eficacia. Hay que lamentar, una vez más, la ausencia de estudios sobre la adecuación de este instrumento para la población con LM.

Ante estos resultados y la escasez de estudios que analicen de forma exhaustiva las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación del afrontamiento para la población de personas con LM, especialmente del *WOC*, insistimos en nuestra afirmación de la necesidad de realizar estudios para validar dichos cuestionarios de afrontamiento como requisito necesario antes de continuar aumentando el volumen de información poco fiable e inconclusa sobre el afrontamiento de las personas con LM.

Esa necesidad, junto a la ausencia de instrumentos y datos en castellano sobre el afrontamiento de personas con LM, es la que ha motivado nuestro interés por continuar la línea de trabajo de Pelechano en materia de evaluación del afrontamiento y utilizar instrumentos específicos para las poblaciones clínicas. Dado su proceso de construcción como versión adaptada del *WOC* para enfermos crónicos y los buenos resultados iniciales de su fiabilidad y validez como herramienta de evaluación (Pelechano, 1992; Pelechano *et al.*, 1993, 1994), hemos elegido dichos cuestionarios para explorar su adecuación en nuestra población de estudio y adaptarla específicamente para los lesionados medulares. Con ello pretendemos evitar que variables situacionales o propias de la evolución o las características de la discapacidad distorsionen las conclusiones obtenidas sobre el afrontamiento. Así mismo un aspecto importante es que con nuestro estudio obtendremos por primera vez datos sobre el afrontamiento de la LM en una población española, frente al predominio existente de datos de poblaciones americanas y del entorno anglosajón. A ello hay que añadir la posibilidad de comparar los datos obtenidos en nuestra muestra con lesionados medulares y los datos obtenidos por el autor del cuestionario con enfermos crónicos.

Hasta aquí hemos visto cómo la bibliografía disponible muestra las frecuentes deficiencias metodológicas en la evaluación del afrontamiento de la LM, a la vez que se ofrece evidencia que apoya la importancia de esta variable, que interactúa con otras variables psicológicas dando lugar a las diferencias individuales en el proceso de

adaptación. De la constatación de estos hechos surge nuestro trabajo de campo que evalúa el afrontamiento de la LM en interacción con otras variables psicológicas intervinientes como E, N, *locus* y depresión, incluidas todas ellas en la *EMELM - Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares* de Aguado.

4.6. Resumen

) Hemos dedicado este capítulo a la evaluación del afrontamiento en general, en el área de la salud y, especialmente, en la población de las personas con LM. La diversidad de concepciones de dicho constructo se ha traducido en múltiples instrumentos para su evaluación que varían en el número y en las estrategias que evalúan, así como en la forma de su evaluación, ya sea a través de la valoración de un tercero, de observación, de entrevista o de autoinforme.

Entre las cuestiones metodológicas que dificultan la evaluación de nuestra variable de estudio, hemos destacado la multidireccionalidad de su relación con el bienestar psicológico y la necesidad de identificar los estresores, su duración y su valoración subjetiva. Otros factores a tener en cuenta en la construcción de instrumentos de evaluación del afrontamiento son la técnica de recogida de datos, el grado de generalidad o especificidad deseado y la forma de corrección de los cuestionarios.

A continuación, nos hemos acercado a diferentes instrumentos de medición del afrontamiento creados en el entorno anglosajón, así como a las adaptaciones realizadas con población española. Hemos diferenciado los cuestionarios generales de evaluación del afrontamiento según su naturaleza de rasgo o situacional, y su multidimensionalidad, dedicando un apartado específico para la salud.

Posteriormente hemos analizado la operativización que se ha hecho del afrontamiento en los estudios sobre la LM, desde la etapa preempírica hasta la introducción de instrumentos estandarizados. El instrumento más utilizado ha sido el *WOC*, así como instrumentos generales del afrontamiento o creados para otras poblaciones clínicas.

La diversidad de instrumentos utilizados, su cuestionable validez para nuestra población de estudio y la escasez de estudios sobre sus características psicométricas han dado lugar a una ausencia de datos concluyentes sobre el afrontamiento de la LM y confirman la necesidad de validar instrumentos para ese fin, en la línea de la investigación que presentamos en nuestro trabajo de campo. Nuestra propuesta es la validación de unos instrumentos contruidos para evaluar el afrontamiento de la enfermedad crónica (Pelechano, 1992) para las personas con LM.

RESUMEN DE LA PARTE
TEÓRICA

5

5. RESUMEN DE LA PARTE TEÓRICA)

5.1. Introducción

) Como señalábamos, este trabajo tiene como objetivo la adaptación de unos instrumentos de evaluación del afrontamiento en personas con LM, en el contexto de la *EMELM - Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares* de Aguado.

Hasta ahora hemos realizado una revisión teórica con el propósito de fundamentar nuestro trabajo de campo, abordando cuestiones históricas y conceptuales, y analizando las publicaciones disponibles sobre el afrontamiento de la LM y los resultados obtenidos. Así mismo, hemos presentado los principales modelos explicativos del proceso de adaptación a la LM, el modelo de las *etapas* y el modelo de las *diferencias individuales*, con la pretensión de enmarcar las aportaciones de la introducción del afrontamiento y las teorías del estrés en el estudio de la LM.

Actualmente existe evidencia de la relevancia del afrontamiento como variable interviniente en el proceso de adaptación, dada la naturaleza estresante de la LM, y de su interacción con otras variables psicológicas. Las investigaciones revelan cierta estabilidad en las estrategias utilizadas junto a un dinamismo que permite a la persona adaptarse a las demandas cambiantes del ambiente.

Los resultados de los diferentes estudios no apoyan la existencia de estrategias de afrontamiento características de las personas con LM. De igual forma, y a pesar de la disparidad de resultados y de la falta de conclusiones definitivas, la evidencia empírica apoya la existencia de diferencias individuales en las estrategias utilizadas y su eficacia, y sugiere que es su interacción con otras variables psicológicas la que puede explicar dichas diferencias.

A lo largo de todos estos capítulos hemos analizado cómo se han estudiado las variables psicológicas en las personas con LM y qué relación tienen con el afrontamiento. Así, hemos revisado investigaciones cuyos resultados justifican la introducción de variables psicológicas como el *locus*, E-N y depresión en nuestro estudio por su demostrada relación con el afrontamiento y su poder predictivo. Más adelante, en nuestro trabajo de campo describiremos los instrumentos con los que evaluaremos dichas variables y que forman parte de la *EMELM* de Aguado.

Las *variables de personalidad*, a pesar de la relevancia que se les ha atribuido, han sido las grandes ausentes en los estudios del afrontamiento de la LM. La importan-

cia de E y N en el proceso de adaptación a la LM que muestra la literatura, sugiere la necesidad de investigar el papel de estas variables en el afrontamiento de la LM. Los estudios en lesionados medulares revelan que N es predictor de peor adaptación mientras que E se asocia a una mejor adaptación, existiendo diferencias en las estrategias de afrontamiento según estas características de personalidad.

El *locus*, por su parte, ha sido más estudiado en la población con LM y, a pesar de las deficiencias metodológicas y los resultados contradictorios, existe unanimidad sobre la importancia del *locus* en el proceso de adaptación y el afrontamiento de la LM. Así mismo, las expectativas de control influyen las estrategias utilizadas y los resultados del afrontamiento influyen en el control percibido. Se ha confirmado la naturaleza predictiva del *locus* interno sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas y su relación con estrategias de afrontamiento activo como la búsqueda de información, el optimismo y las estrategias de resolución de problemas. Los lesionados medulares con un *locus* externo, por el contrario, utilizan estrategias menos eficaces como el pensamiento desiderativo, el afrontamiento de crecimiento y la autocolpa.

La *depresión*, el indicador más utilizado de adaptación a la LM, está incluida en nuestra investigación y será investigada atendiendo a las consideraciones metodológicas comentadas, con el objetivo último de demostrar su no universalidad en las personas con LM y su relación con otras variables psicológicas. En los estudios del afrontamiento de la LM se suele utilizar como indicador de la eficacia de las estrategias utilizadas.

En este sentido, hay evidencia que señala que algunas estrategias son más eficaces para manejar el estrés asociado a la LM y se relacionan con una menor depresión. Es el caso de las estrategias de afrontamiento activas, centradas en la resolución de problemas y que favorecen la sensación de control (la *planificación*, el *distanciamiento*, el *autocontrol*, la *confrontación*, la *aceptación*, la *asertividad* y la *búsqueda de información*), al igual que la *búsqueda de apoyo social* y las estrategias cognitivas con alto componente de acción, como la *reestructuración cognitiva* y la *revaloración positiva*. Todas estas estrategias se revelan como especialmente útiles y claves en el área de la salud y la rehabilitación de la discapacidad física adquirida.

Por el contrario, entre las estrategias menos eficaces para el afrontamiento de la LM y asociadas con una mayor depresión se encuentran las estrategias pasivas y centradas en la emoción, como son el *escape*, la *evitación*, el *fatalismo* y la *catastrofización*, así como la *minimización de la amenaza*, la *desvinculación conductual*, el *pensamiento desiderativo* y la *preocupación mental* por la causa y la posibilidad de haber evitado el accidente.

Respecto a la eficacia del afrontamiento y la naturaleza adaptativa de las estrategias utilizadas, no se puede establecer una relación causal de su eficacia, dada la natu-

raleza bidireccional e interactiva de la relación afrontamiento-adaptación. Sin embargo, parece interesante analizar las correlaciones existentes entre las estrategias de afrontamiento y la depresión desde una perspectiva multivariada que considere su interacción con las variables E-N y *locus*, dado su gran valor predictivo tanto de las estrategias de afrontamiento utilizadas como de la presencia o no de depresión.

Igualmente, hemos podido comprobar que existen deficiencias metodológicas en gran parte de estas investigaciones, limitaciones que dificultan la comparación de resultados y reducen el alcance de sus conclusiones.

Así, una de las principales limitaciones presentes en las investigaciones del afrontamiento de la LM es la *utilización de instrumentos de evaluación de dudosa validez*, sin estudios psicométricos previos sobre su adecuación para la población con LM. En nuestra investigación vamos a utilizar cuestionarios de evaluación con estudios empíricos que las avalan, construidos en el entorno español para población con enfermedades crónicas (Pelechano, 1992), lo cual nos parece un buen punto de partida que se verá complementado con nuestros análisis de validación para una población específica, las personas con LM.

De igual forma, nuestra revisión de las investigaciones sobre afrontamiento y LM muestra que los autores plantean diseños experimentales pobres que invalidan o limitan seriamente las conclusiones obtenidas. Por nuestra parte, llevaremos a cabo *análisis multivariados* que profundicen en la relación entre las variables psicológicas intervinientes, superando los análisis univariados que a partir de correlaciones han presentado conclusiones erróneas y resultados contradictorios.

Desde estos presupuestos de las diferencias individuales y de la metodología diferencial requerida en la psicología de la rehabilitación, es necesario validar instrumentos de evaluación del afrontamiento para las personas con LM en lengua castellana, objetivo que es la principal aportación de nuestra investigación. Así mismo, otra aportación de nuestro trabajo es ofrecer evidencia empírica que respalda el modelo de las diferencias individuales de adaptación a la LM, con análisis multivariados que investigan la compleja relación entre el afrontamiento y las variables psicológicas anteriormente señaladas.

En la revisión teórica hemos argumentado la relevancia del estudio del afrontamiento de la LM para entender el proceso de adaptación, así como la inadecuación de su estudio y la necesidad de validar instrumentos para su evaluación, tarea que acometemos en nuestro trabajo de campo y que exponemos a continuación.



ARTE II
TRABAJO DE CAMPO

PLANTEAMIENTO Y REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

- 6.1. Introducción
- 6.2. Objetivos del estudio e hipótesis de trabajo
- 6.3. Metodología
- 6.4. Muestreo y procedimiento de recogida de datos
- 6.5. Técnicas de análisis de datos utilizadas



6. PLANTEAMIENTO Y REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

6.1. Introducción

-) En esta segunda parte, compuesta por dos Capítulos (el 6 y el 7), recogemos nuestro estudio de campo sobre la evaluación del afrontamiento de las personas con LM. Este estudio tiene como objetivo principal adaptar dos cuestionarios de afrontamiento para la evaluación de esta variable en personas con LM, en el contexto de la creación de la *EMELM* de Aguado, y conocer no sólo las estrategias de afrontamiento utilizadas por este colectivo sino también las variables que las determinan.

En el *Capítulo 6* exponemos los objetivos generales y específicos, las hipótesis de trabajo y los aspectos metodológicos del estudio empírico realizado: la descripción de las variables implicadas y de los instrumentos utilizados para evaluarlas, el muestreo, el procedimiento y el tratamiento de los datos.

En el *Capítulo 7* presentamos y discutimos los resultados de los análisis estadísticos efectuados para el estudio de las hipótesis formuladas. Los resultados permitirán confirmar las hipótesis con un nivel de confianza mínimo del 95%. En la discusión explicamos y comentamos los resultados haciendo una comparación con los de otros estudios realizados con enfermos crónicos.

Tras el estudio de campo pasamos al Capítulo final (el 8), en el que resumimos los resultados más importantes y exponemos las conclusiones del estudio. Para finalizar, incluimos las Referencias bibliográficas y el Anexo con los cuestionarios utilizados.

6.2. Objetivos del estudio e hipótesis de trabajo

-) Como hemos reiterado en la revisión teórica, este trabajo responde a la necesidad de ir subsanando uno de los problemas más graves que presenta la evaluación psicológica de las personas con LM, la ausencia de instrumentos adecuados y validados para esta población. En esta investigación adaptamos los cuestionarios de evaluación del afrontamiento de Pelechano (1992) en una población clínica de personas con LM, en el marco de la construcción de la *EMELM - Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares* de Aguado.

Tras revisar la bibliografía existente en este ámbito, hay evidencia que apoya el modelo de las diferencias individuales frente al modelo de las etapas de adaptación a

la discapacidad física. En este sentido, se defiende la no existencia de un proceso único sino de procesos individualizados en los que tienen gran importancia las variables psicológicas. Entre estas variables psicológicas hay datos que sugieren la relevancia del afrontamiento en dicho proceso, aunque no ha sido investigado de forma sistemática. De igual forma, hay evidencia de su interacción con otras variables psicológicas, especialmente E-N, *locus* y depresión, variables que han sido incluidas en nuestro trabajo de campo.

A continuación describimos los objetivos, generales y específicos, de la investigación empírica sobre el afrontamiento de las personas con LM y las hipótesis implicadas.

6.2.1. Objetivos

a) **Objetivos generales:**

1. Validar el *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento* (Pelechano, 1992) y el *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (Pelechano, 1992) en una amplia muestra de personas con LM.
2. Estudiar si existen estrategias de afrontamiento que caracterizan a las personas con LM o si, por el contrario, existen diferencias individuales explicadas por otras variables psicológicas y no exclusivamente por la presencia de esta discapacidad.
3. Estudiar si existe relación entre el *afrontamiento* y las variables clínicas de la LM, las variables sociodemográficas y variables psicológicas relevantes, como la *extraversión*, el *neuroticismo*, la *depresión* y el *locus*.

b) **Objetivos específicos:**

Los anteriores objetivos genéricos, a su vez, pueden ser desglosados en los siguientes objetivos específicos:

1. Estudio psicométrico del *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento* (Pelechano, 1992) y del *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (Pelechano, 1992) en una muestra de personas con LM.
2. Análisis de los resultados anteriores para valorar si existe evidencia que sugiera la existencia de patrones de afrontamiento que puedan ser explicados por la variable discapacidad.
3. Análisis de la posible diferencia de estrategias de afrontamiento en función de variables clínicas relacionadas con la discapacidad como el *tipo* (completa o incompleta), el *nivel* de LM (paraplejía o tetraplejía), la *etiología*, las *complicaciones médicas* y la *fecha de aparición* de la lesión.
4. Evaluación de las estrategias de afrontamiento actuales y de las estrategias presentes en el momento de la aparición de la LM (rememoradas).
5. Comparación de las mediciones anteriores para ver si hay diferencia entre las estrategias utilizadas en ambos momentos de la rehabilitación o si,

- por el contrario, existe cierta estabilidad que sugiera la existencia de tendencias en la utilización de estrategias de afrontamiento.
6. Comparación de los resultados obtenidos en nuestro estudio de lesionados medulares con los obtenidos en investigaciones desarrolladas con personas que presentan otras enfermedades crónicas (hipertensión, enfermedad renal, diabetes y cáncer).
 7. Análisis de la relación entre el *afrontamiento*, las variables sociodemográficas y otras variables psicológicas relevantes como la *extraversión*, el *neuroticismo*, la *depresión* y el *locus de control*. Análisis de la relación entre dichas variables y las estrategias de afrontamiento utilizadas, tanto actuales como rememoradas.

6.2.2. Hipótesis

En relación con el objetivo de adaptación de los cuestionarios de afrontamiento y su análisis psicométrico y su utilización para medir las estrategias utilizadas por las personas con LM, presentamos las siguientes hipótesis de trabajo:

- Hipótesis 1:** Existirán diferencias individuales en las estrategias utilizadas por los sujetos, de manera que no existirá un patrón característico de estrategias de afrontamiento en las personas con LM.
- Hipótesis 2:** No habrá relación entre las variables clínicas (el tipo, el nivel y la etiología de la LM, las complicaciones médicas y la fecha de aparición de la lesión) y las estrategias de afrontamiento utilizadas.
- Hipótesis 3:** Pueden existir diferencias en el afrontamiento de las personas con LM en función de algunas características sociodemográficas, como el *género*, la *edad*, el *nivel de estudios*, el *estado civil* y la *ocupación*.

Respecto a la estabilidad de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM para manejar el estrés a lo largo del proceso de adaptación, planteamos las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 4:** Existirán diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos en el momento actual y las estrategias rememoradas. Es decir, las estrategias que utilizan los sujetos a corto y a largo plazo son distintas, lo cual indicaría que algunas estrategias son más útiles en la fase aguda que en la fase crónica o de larga evolución.

Podemos concretar más esta hipótesis dividiéndola en dos subhipótesis que pueden deducirse de la revisión bibliográfica:

Subhipótesis 4.1.: Entre las estrategias rememoradas en el momento de aparición de la LM esperamos una mayor presencia de estrate-

gias de búsqueda de *apoyo social*, de *negación*, de *autoinculpación* y *centradas en la emoción*.

Subhipótesis 4.2.: Con el paso del tiempo hay una mayor presencia de estrategias activas de *resolución de problemas*, de *manejo y búsqueda de información*, mayor *aceptación* y *reestructuración cognitiva*, así como una menor *negación*. Creemos que éstas serán las estrategias actuales más frecuentemente utilizadas por las personas con LM.

Hipótesis 5: A pesar de las diferencias existentes entre las estrategias actuales y las rememoradas, existirán ciertos elementos comunes que reflejarán conductas más o menos estables, que parecen ser independientes del paso del tiempo y estar asociadas a características estables de la persona.

Hipótesis 6: Existirán diferencias en el afrontamiento de las personas con LM y de los enfermos crónicos en función de algunas características de la enfermedad como el pronóstico, la incertidumbre sobre la evolución y el hecho de estar en tratamiento.

En relación con el objetivo de analizar la relación entre el afrontamiento y otras variables psicológicas presentamos las siguientes hipótesis y sus consecuentes subhipótesis:

Hipótesis 7: Existirá relación entre las variables de personalidad (E-N) y las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Subhipótesis 7.1.: La *extraversión* (E) se relacionará con una mayor frecuencia de utilización de estrategias de afrontamiento *activas* y *centradas en el problema*.

Subhipótesis 7.2.: El *neuroticismo* (N) se asociará a la utilización de estrategias de afrontamiento *pasivas* y *centradas en la emoción*.

Hipótesis 8: Encontraremos diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento según el *locus* de control.

Subhipótesis 8.1.: El *locus* interno se relacionará con una mayor frecuencia de utilización de estrategias de afrontamiento *activas* y *centradas en el problema*.

Subhipótesis 8.2.: El *locus* externo se correlacionará positivamente con la utilización de estrategias de afrontamiento *pasivas* y *centradas en la emoción*.

Hipótesis 9: No existirá una presencia universal de depresión en el proceso de adaptación de las personas con LM, y dicha depresión no podrá explicarse por la propia lesión sino por otras variables psicológicas, que interactúan entre sí, como son E-N, el *locus* y el afrontamiento. Respecto a la relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento de la LM en el contexto de la rehabilitación podemos plantear las siguientes subhipótesis:

Subhipótesis 9.1.: Las estrategias *activas* y centradas en la *resolución de problemas* estarán relacionados con un menor grado de depresión, especialmente en personas *extravertidas* y con *locus* interno.

Subhipótesis 9.2.: Las estrategias *pasivas* y centradas en la *expresión emocional* irán asociadas a una mayor depresión, especialmente en personas con alto *neuroticismo* y *locus* externo.

Subhipótesis 9.3.: Las *estrategias cognitivas* como la reestructuración cognitiva y la reestructuración de valores y visión del mundo son útiles para afrontar la LM y se relacionarán con un menor grado de depresión. Habrá diferencias en su utilización, siendo más frecuentes en las personas con el *locus* interno y puntuaciones altas en E.

El análisis conjunto de los resultados obtenidos tras realizar los análisis estadísticos nos permitirá conocer la importancia de cada una de las variables implicadas en la explicación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM.

6.3. Metodología

) En este apartado describiremos los aspectos metodológicos del trabajo de campo realizado. Es decir, las variables implicadas, los instrumentos empleados para evaluarlas, la estrategia seguida para la selección de la muestra, el procedimiento de recogida de datos y las técnicas estadísticas utilizadas para analizarlos.

6.3.1. Variables

Las variables consideradas en esta investigación empírica pueden dividirse en tres grupos: variables *sociodemográficas*, variables *clínicas* y variables *psicológicas*.

Las variables ***sociodemográficas*** son:

- a) El «género»: hombre y mujer.
- b) La «edad» en el momento de realizar la evaluación.
- c) El «estado civil»: soltero, casado, en pareja, separado y viudo.
- d) El «lugar de procedencia»: Asturias y País Vasco.
- e) El «lugar de residencia», entendido como el lugar de residencia habitual del lesionado medular. Hemos hecho una diferenciación entre los lugares de menos de 10.000 habitantes y de 10.000 habitantes o más.
- f) El «nivel cultural», entendido como el nivel educativo completo más alto alcanzado. Los niveles especificados son: Primario (Primarios, CEP, GE, Bachiller elemental, EGB, FPI), Medio (BUP, COU, PREU, ESO, FPPII), Diplomado y Titulado Superior (Licenciaturas).

- g) El «nivel profesional», entendido como la categoría profesional alcanzada: Estudiante, ama de casa, cualificación baja, cualificación media, cualificación alta y otras.

La «ocupación», entendida como la situación en la que se encuentra la persona en relación al desempeño de una actividad (remunerada o no). Incluye las categorías de estudiante, ama de casa, en activo, en paro, incapacidad laboral, pensionista, jubilado y otras actividades.

Las variables **clínicas** pertinentes para nuestro estudio son:

- a) El «tipo de LM», según nivel y amplitud, ya sea completa o incompleta: paraplejia, tetraplejia, tetraparesia y paraparesia.
- b) El «tiempo de evolución» de la LM desde la fecha de aparición de la discapacidad, diferenciando entre las LM adquiridas hasta 1983 y desde 1984.
- c) La «etiología de la LM», considerando las siguientes opciones: desconocida, accidente de tráfico, accidente laboral, otros accidentes, enfermedad y otras causas.
- d) El «nivel de la lesión»: cervical, dorsal, lumbar y sacro.
- e) Las «complicaciones médicas»: ninguna, infección de orina y otras (escaras, dislocación-ruptura de huesos, enfermedad aguda, espasmos y problemas psicológicos).

El grupo más amplio, el de las variables **psicológicas** incluye el afrontamiento, el *locus*, la *extraversión* (E), el *neuroticismo* (N) y la *depresión*. Las definiciones de los constructos implicados en nuestra investigación y sus dimensiones vienen determinadas por las escalas elegidas para su evaluación, elección realizada en función de la revisión bibliográfica y cuyas razones hemos expuesto en la revisión teórica.

6.3.2. Medición de las variables

La medición de las variables anteriormente descritas la hemos realizado mediante algunos de los cuestionarios que componen la *EMELM - Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares* de Aguado, cuyas características hemos presentado en trabajos anteriores (Aguado y Alcedo, 1999; Aguado, Alcedo, Rueda, Flórez y Gutiérrez, 1994; Aguado, Alcedo, Rueda, Santos y González, 1997).

Esta escala, con forma de cuadernillo y que adjuntamos en el Anexo, está compuesta por una serie de preguntas que recogen datos personales y clínicos, por las escalas psicométricas que miden el afrontamiento (actual y recordado), el *locus*, la depresión y la ansiedad y la motivación de ejecución. En este apartado describiremos los diferentes elementos que componen dicha escala, en la que se incluyen los cuestionarios que hemos utilizado para evaluar el afrontamiento de la LM:

1. "Cuestionario de Identificación".
2. "Cuestionario de Integración Social".
3. "Cuestionario de AVD y Enfermería".
4. "Cuestionario de Fisioterapia".
5. "Entrevista de Identificación y Calidad de Vida".
6. "Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo".
7. "Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución".
8. "Cuestionario LUCAM de *locus*".
9. "Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales".
10. "Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento".
11. "Inventario de depresión de Beck".

El **Cuestionario de Identificación** recoge datos de *identificación personal* (género, fecha de nacimiento, estado civil, lugar de nacimiento y de residencia, nivel cultural, nivel profesional y ocupación) y datos *clínicos* sobre la discapacidad (tipo y nivel de la LM, fecha de aparición, etiología, hospitalización y reingresos).

El **Cuestionario de Integración Social** incluye información sobre las personas con las que vive, los amigos, los ingresos económicos, la motivación laboral y las posibilidades de trabajo, la accesibilidad de la vivienda, la autonomía en desplazamientos y la información que la persona tiene sobre recursos comunitarios.

El **Cuestionario de AVD y Enfermería** aporta datos sobre las *actividades de la vida diaria* (levantarse y acostarse, vestirse, aseo personal, entrar y salir de la bañera, poner supositorio, paso a WC, autonomía para comer y beber, hábitos saludables de dieta y control del peso, movilidad en casa y realización de tareas domésticas) y los *cuidados de enfermería* (movilizaciones diarias, control postural, vaciado vesical con o sin sonda, uso de colector, de sonda o de empapador y cuidado de la piel).

El **Cuestionario de Fisioterapia** especifica información sobre equilibrio corporal y reeducación de la estática, ejercicios y automovilizaciones, realización de transferencias, marcha, rastreo-gateo, deambulación, bipedestación, manejo de la silla de ruedas y de bastones.

La **Entrevista de Identificación y Calidad de Vida** incluye cuestiones relativas a la historia clínica, los datos familiares y laborales, las relaciones sociales y sexuales, las actividades de consuelo, algunos problemas genéricos y la participación en actividades de ocio y diversión. Es una adaptación de la entrevista de Pelechano para enfermos físicos y crónicos (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993) a personas con LM.

El **Cuestionario E-N de Extraversión y Neuroticismo** (Pelechano, 1972) recoge dos dimensiones eysenckianas, 1) la *extraversión social* o tendencia a establecimiento de relaciones sociales rápidas y con facilidad (fundamentalmente en sus compo-

nes de sociabilidad y no de impulsividad) y 2) el *neuroticismo* como inestabilidad emocional y tendencia a sufrir estados de ansiedad.

El **Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución**, de Pelechano (1974), consta de seis factores, cuatro de motivación y dos de ansiedad. Los factores son los siguientes: 1) tendencia a sobrecarga de trabajo, 2) indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y el mundo laboral, 3) autoexigencia en el trabajo, 4) motivación general positiva hacia la acción, 5) reacción de inhibición ante situaciones de estrés y 6) reacción de activación y acción en situaciones de estrés.

El **Cuestionario LUCAM de locus de control**, de Pelechano y Báguena (1983/1995), está formado por tres factores de segundo orden: 1) control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a la novedad, 2) factor bipolar: actualismo (no importa futuro) con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas, y 3) control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales.

El **Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales** es una adaptación a personas con LM del instrumento construido por Pelechano para evaluar el afrontamiento en otros enfermos físicos y crónicos (Pelechano, 1992; Pelechano, Matud y De Miguel, 1993). En los estudios con dichos enfermos la escala consta de tres factores de segundo orden: 1) adaptación general a enfermedad con reestructuración personal, 2) negación con inculpación familiar y huida hacia adelante y 3) desesperación con inconformismo y protesta.

El **Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento**, adaptación a la LM de la misma entrevista de Pelechano con otros enfermos físicos y crónicos (Pelechano, 1992; Pelechano, Matud y De Miguel, 1993). En los estudios con dichos enfermos, la escala consta de cinco factores de segundo orden: 1) primacía de enfermedad con autoinculpación y aceptación de consolación por religión, 2) apego a la vida con intento de alejamiento del problema para buscar solución, 3) búsqueda de información y solución, 4) negación con inculpación a familia y dar información a amigos y 5) cambios en acción y visión del mundo.

El **Inventario de depresión de Beck** utilizado es la adaptación española de Conde, Esteban y Users (1976), que consta de diecinueve elementos con cinco opciones de respuesta para cada uno.

De todas las escalas que componen la *EMELM* de Aguado vamos a describir más detenidamente las que hemos utilizado para la evaluación del afrontamiento y cuya adecuación para la población de personas con LM queremos analizar en nuestro estudio de campo. Estos son el *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* y el *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento*, mediante

los cuales pretendemos evaluar las estrategias (pensamientos o acciones) utilizadas por las personas para manejar el estrés asociado a la LM en diferentes momentos.

Por tanto, a continuación comentamos la metodología de su construcción, las instrucciones de aplicación, los *items* que las componen, las claves de corrección, su fiabilidad y su validez.

6.3.2.1. Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales

Pelechano *et al.* (1993) elaboraron los 81 *items* del “Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales” a partir de diferentes pruebas de afrontamiento existentes y añadieron otros nuevos en función de su modelo teórico, que considera el afrontamiento como una característica enmarcada en un modelo general de personalidad.

La redacción de los *items* de la escala, cuya totalidad incluimos en los Anexos, fue realizada en forma de afirmaciones que describen acciones y modos de pensar posibles que la persona puede o no utilizar actualmente para afrontar la enfermedad. Algunos de esos *items* habían sido utilizados para medir el afrontamiento en otras situaciones de la vida diaria, por lo que los autores procedieron a adaptarlos. Así mismo, añadieron otros nuevos adecuados a la situación específica de la enfermedad crónica.

El formato de este cuestionario de tipo Likert se diseñó con cuatro posibilidades de respuesta («En absoluto, de ninguna manera», «En alguna medida, ligeramente de acuerdo», «Bastante o bastante de acuerdo» y «En gran medida»). El sujeto tiene que mostrar el grado en el que las afirmaciones describen lo que hace o piensa, optando por una de las respuestas. Todos los *items* aparecen en un cuestionario global formando un conjunto y para la codificación de las respuestas asignamos números sucesivos (0-3), de manera que una puntuación mayor implica una mayor adecuación con lo que la persona hace o piensa. Teniendo en cuenta que hay *items* enunciados en sentido positivo y otros en sentido negativo, los autores han hecho las transformaciones necesarias (recodificación), de modo que las puntuaciones de los *items* reflejen el sentido de las variables.

La persona recibe las siguientes instrucciones generales para la cumplimentación del cuestionario:

«A continuación se exponen una serie de acciones y modos de pensar posibles durante una situación de crisis, enfermedad o ataque que se sufre. La tarea a realizar consiste en elegir, de entre cuatro alternativas de respuesta, aquella que se corresponda con lo que usted hace o piensa.

Las preguntas se refieren al presente, cuando usted sabe que padece de esta enfermedad o dolencia.»

Para la construcción del instrumento definitivo los autores obtuvieron datos de 511 enfermos y los sometieron a análisis factoriales, con factores principales y rotación oblicua. Seleccionaron los *items* y los factores siempre que el *ítem* saturara más o igual de .30 (en valor absoluto). Si saturaba en más de un factor los autores escogieron sólo el factor donde la saturación fuera más alta, y una vez seleccionados los *items* seleccionaron aquellos factores que estuvieran formados al menos por tres *items*. En caso de que un factor sólo tuviera uno o dos *items*, estos *items* eran reasignados al factor donde también hubiera saturado antes, aunque con un valor menor. De igual forma, los *items* que no saturaban en ningún otro factor fueron eliminados.

Una vez escogidos los factores, fueron realizados los cálculos para cada factor sumando los *items* que lo componían, teniendo siempre en cuenta que cuando un *ítem* satura en negativo había que recodificarlo para cambiar el sentido de las respuestas. La recodificación o transformación de las puntuaciones implica que el 0 es transformado en 3, el 1 en 2, el 2 en 1 y el 3 en 0. Los análisis revelaron 16 factores de primer orden, cuya denominación y datos psicométricos hemos presentado en la Tabla 15.

TABLA N.º 15

**FACTORES DE PRIMER ORDEN DEL CUESTIONARIO
DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUALES
(PELECHANO *et al.*, 1993)**

Factor	N.º de <i>items</i>	Nombre del factor	Fiabilidad del factor (alfa de Cronbach)	N
Factor 1	9	Aceptación - conformismo y serenidad	.86	491
Factor 2	5	Rechazo de información cualificada y de análisis	.74	491
Factor 3	4	Negación (I) de diagnóstico y gravedad	.63	491
Factor 4	5	Ocultación de información a la familia y amigos	.64	491
Factor 5	6	Rechazo de religión como estrategia de afrontamiento	.76	491
Factor 6	3	Enganche con la vida con hedonismo	.69	491
Factor 7	4	Autoinculpación	.69	491
Factor 8	4	Adecuación de acción y calma	.63	491
Factor 9	3	Inculpación a la familia y huida hacia adelante	.51	491
Factor 10	3	Negación (II): olvido y «alejamiento» del problema	.56	491
Factor 11	5	Autoencapsulamiento y «ensimismamiento»	.72	491
Factor 12	8	Entereza con «siempre es posible un peor»	.77	491
Factor 13	4	Búsqueda de información y realización de acción para no estar quieto	.53	491
Factor 14	4	Reestructuración de valores y visión del mundo (con solución de «problemas» pendientes con la familia y amigos)	.71	491
Factor 15	6	Inevitabilidad con futuro negativo	.74	491
Factor 16	5	Impacto intenso y negativo (a peor) de enfermedad (y perdurable)	.79	491

Los autores realizaron un análisis factorial de segundo orden sobre factores principales y rotación varimax. De nuevo, seleccionaron los factores de primer orden que saturaban en los de segundo y formaron los factores definitivos. El resultado de estos análisis los mostramos en la siguiente Tabla 16.

TABLA N.º 16

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DEL CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUALES (PELECHANO <i>et al.</i> , 1993)				
Factor	N.º de items	Nombre del factor	Fiabilidad del factor (alfa de Cronbach)	N
Factor 1	45	Adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal	.93	370
Factor 2	14	Negación de gravedad con inculpación a la familia	.72	370
Factor 3	7	Desesperación e inconformismo	.90	370

El **Factor 1**, «adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal», con un valor propio de 5.22, es un factor muy potente que explica más de dos terceras partes de la varianza total (69.8%) y presenta una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = .93). Como adelantábamos en la revisión teórica, en este factor predomina una idea general positiva de adaptación, caracterizada por la entereza, la reestructuración de valores y de la visión del mundo, la consideración de los aspectos positivos en el futuro, la adecuación de la acción y la eliminación de actos impulsivos, el olvido y el distanciamiento del problema de diagnóstico y enfermedad, la aceptación de la religión como estrategia de consolación, la búsqueda de información y de la acción por la acción, un cierto tono de responsabilidad personal y autoinculpación.

El **Factor 2**, denominado «negación de gravedad con inculpación a la familia», está definido por la negación del diagnóstico y de la gravedad de la enfermedad, la inculpación familiar y la ocultación de información a familia y amigos. Tiene un valor propio de 1.68, explica casi una cuarta parte de la varianza total (22.5%) y muestra una consistencia interna de .72.

El **Factor 3**, «desesperación e inconformismo», es un factor formado por el impacto intenso y negativo de la enfermedad, la aceptación-conformismo y la serenidad, con una carga negativa. Este factor, con un valor propio igual a .57, explica un 7.7% de la varianza y muestra un índice alfa de consistencia interna de .90.

6.3.2.2. Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento

Los 81 *items* que componen este cuestionario son los mismos que los del «Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales», pero con el verbo en

pasado. Para su construcción los autores siguieron los mismos pasos especificados en el apartado anterior para la elaboración del cuestionario de afrontamiento actual.

En este cuestionario le pedimos a la persona que recuerde lo que pensaba o hacía en aquel momento, dándole las siguientes instrucciones:

«A continuación se exponen una serie de acciones y modos de pensar posibles durante una situación de crisis, enfermedad o ataque que se sufre. La tarea a realizar consiste en elegir, de entre cuatro alternativas de respuesta, aquella que se corresponda con lo que usted haya hecho o pensado.

Las preguntas se refieren a los primeros días en los que usted supo que padecía de esta enfermedad o dolencia.»

Los resultados mostraron que ambas estructuras de afrontamiento actual y recordado son independientes, dando lugar a soluciones factoriales distintas. De hecho, los análisis revelaron 14 factores de primer orden, cuyos datos presentamos en la Tabla 17.

TABLA N.º 17

FACTORES DE PRIMER ORDEN DEL CUESTIONARIO DE REMEMORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (PELECHANO *et al.*, 1993)

Factor	N.º de ítems	Nombre del factor	Fiabilidad del factor (alfa de Cronbach)	N
Factor 1	10	Reestructuración de valores y visión del mundo (asociado con arreglo de problemas con familia)	.78	488
Factor 2	8	Reestructuración cognitiva positiva (mirar lo positivo)	.67	488
Factor 3	5	Búsqueda de información relevante (positiva)	.69	488
Factor 4	7	Rechazo de religión como recurso de consolación y no-importancia de especialista y de expresión/descarga emocional	.82	488
Factor 5	3	Primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos	.66	488
Factor 6	3	Apelación a familia como apoyo-recurso	.60	488
Factor 7	5	Propósito de cambio (arreglo de cosas con familia, aceptación)	.52	488
Factor 8	5	Negación (II) de diagnóstico y gravedad	.60	488
Factor 9	3	Información amigos	.42	488
Factor 10	3	Inculpación a familia y huida hacia adelante	.50	488
Factor 11	4	Realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte	.65	488
Factor 12	3	«Alejamiento» como objetividad de análisis	.58	488
Factor 13	3	Búsqueda de solución en otros o en pasado (y pasar a acción)	.51	488
Factor 14	8	Apego optimista a la vida y a la acción	.73	488

La Tabla 18 muestra los factores de segundo orden resultantes del análisis factorial sobre factores principales y rotación varimax.

El **Factor 1**, «impacto general de enfermedad con autoinculpación y rechazo de consolación», con un valor propio de 4.02, explica el 63% de la varianza y presenta una consistencia interna (alfa) de .86. Como ya comentábamos anteriormente, este factor recoge una primera reacción de gran preocupación por sufrir una enfermedad grave.

TABLA N.º 18

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DEL CUESTIONARIO DE REMEMORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (PELECHANO <i>et al.</i> , 1993)				
Factor	N.º de ítems	Nombre del factor	Fiabilidad del factor (alfa de Cronbach)	N
Factor 1	20	Impacto general de enfermedad con autoinculpación y rechazo de consolación	.86	370
Factor 2	28	Apego a la vida con alejamiento del problema	.81	370
Factor 3	16	Búsqueda de solución e información	.69	370
Factor 4	27	Negación de gravedad con inculpación a familia e información a amigos	.64	370
Factor 5	15	Cambio a valores y acciones	.82	370

El **Factor 2**, denominado «apego a la vida con alejamiento del problema», viene definido por el intento de recoger una idea positiva de apego a la vida, por un re-análisis de la situación considerando los aspectos positivos y un intento de búsqueda de objetividad a base de alejarse cognitivamente del problema. Con un valor propio del 1.28, explica el 20,1% de la varianza y tiene una consistencia interna de .81.

La «búsqueda de solución e información», el **Factor 3**, tiene un valor propio de .65, explica el 10,2% de varianza y su valor alfa de consistencia interna es de .69.

El **Factor 4**, «negación de gravedad con inculpación a familia e información a amigos», presenta un valor propio de .43, una varianza explicada del 6,7% y un índice de consistencia interna .64.

El último factor, el **Factor 5** denominado «cambios a valores y acciones», es un factor artefactual formado por la reestructuración en la visión del mundo y un propósito de cambio consistente en el intento por arreglar los problemas con la familia. Su valor de alfa de Cronbach como índice de consistencia interna es alto (.82).

6.4. Muestreo y procedimiento de recogida de datos

En este apartado recogemos la estrategia de selección de la muestra utilizada para llevar a cabo el estudio de campo. Este estudio ha sido elaborado a partir de los datos obtenidos a través de la *EMELM* de Aguado contestada por 118 personas con LM, número que consideramos representativo de la población objeto de estudio.

La selección de la muestra fue realizada en función de una serie de *criterios* considerados como *requisitos* básicos en nuestra investigación, con el objetivo de conseguir una muestra heterogénea y representativa. Los *criterios* que debían cumplir los sujetos para ser aceptados en nuestro estudio son:

1. Personas con LM con al menos dos años de evolución.
2. Que hayan finalizado la rehabilitación médico-funcional.
3. Que presenten variabilidad en función de las variables etiología, tipo y nivel de afectación.
4. En una proporción en cuanto a género que se ajustará, en la medida de lo posible, a las proporciones encontradas en los datos epidemiológicos sobre la LM: 80% hombres y 20% mujeres.
5. Que no tengan problemas de salud mental previos a la aparición de la LM, ni diagnóstico de daño cerebral o traumatismo craneoencefálico como consecuencia del accidente.
6. Con un nivel educativo básico como mínimo, que garantice la alfabetización y la correcta comprensión de los cuestionarios.

Inicialmente procedimos a contactar con los sujetos a través de las unidades de rehabilitación de centros sanitarios y de Organizaciones No Gubernamentales en Vizcaya y Asturias. De hecho, la captación de personas con LM ha sido realizada a través de centros sanitarios y de asociaciones de personas con discapacidad.

Así, han colaborado con nosotros las siguientes entidades:

- Hospital Enrique Sotomayor de Cruces (Vizcaya).
- Federación Coordinadora de Disminuidos Físicos de Vizcaya.
- BIZKEL, Asociación de Lesionados Medulares de Vizcaya.
- IGON, Asociación para la Inserción Sociolaboral de Personas con Discapacidad Física y/o Sensorial de Vizcaya.
- ASPAYM - Principado de Asturias, Asociación de Parapléjicos y Grandes Minusválidos.

El estudio de campo tuvo lugar entre abril de 1994 y noviembre de 1998 y ha sido realizado en dos zonas geográficas diferentes, Vizcaya y Asturias.

En todos los casos contactamos con los responsables de los centros anteriormente mencionados para informarles de la investigación y solicitarles la colaboración en la captación de personas con LM que quisieran participar de forma voluntaria en el estudio. A los centros mandamos una copia del proyecto de investigación y de los cuestionarios a utilizar en la recogida de datos, así como una carta solicitando su permiso y su colaboración.

Los profesionales y representantes de los centros realizaron la difusión sobre la investigación entre sus pacientes o asociados, y cuando las personas expresaron su acuerdo de participación, nos pusimos en contacto telefónicamente para concertar entrevistas personales. Todos los participantes, por su parte, recibieron información sobre el estudio y sus objetivos, así como la garantía de confidencialidad y de utilización anónima de la información con una finalidad exclusivamente investigadora.

El proceso de evaluación fue realizado individualmente en locales accesibles de las asociaciones o acudiendo al domicilio de la persona evaluada, dada la movilidad reducida y los problemas de transporte y accesibilidad con los que se encuentra esta población. La duración media de la entrevista para aplicar la *EMELM* de Aguado ha sido de cinco horas, repartidas en varios encuentros o visitas al domicilio de las personas entrevistadas.

Las personas que tuvieran dificultades para escribir, como consecuencia de su discapacidad, leyeron individualmente los cuestionarios y el aplicador transcribía las respuestas, respetando los procedimientos habituales de tal forma que no se interfiere en la respuesta emitida.

6.5. Técnicas de análisis de datos utilizadas

-) Finalizada la fase de recogida de datos hemos realizado un gran número de tests y técnicas estadísticas de análisis de datos, empleando el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS v.10 (SPSS 2000).

Los procedimientos utilizados son los siguientes:

- a) Análisis descriptivos de la muestra en cada una de las variables, para lo que utilizamos frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones típicas, etc.
- b) Fiabilidad de las escalas y subescalas de evaluación del afrontamiento actual y recordado mediante el índice de «alfa de Cronbach».
- c) Análisis de la validez criterial concurrente entre el afrontamiento y las variables criterio (depresión, *locus*, E y N) mediante coeficientes de correlación de Pearson para evaluar el grado de asociación entre dos variables continuas.
- d) Test “Chi cuadrado” para evaluar la asociación entre dos variables nominales.

Diferenciación grupal de colectivos y neutralización de variables independientes. Evaluación de las diferencias de medias de las variables continuas en función de las nominales grupales, vía *t de Student* cuando la variable tiene dos categorías, o mediante análisis unidireccionales de la varianza (*One-way*) cuando la variable tiene más de dos categorías.

Explicación y predicción de ciertas variables tomadas como dependientes, mediante análisis de regresión múltiple destinados a conocer el porcentaje de varianza de tales variables, explicada por el resto de las variables predictoras incluidas en el análisis. Este análisis muestra la relación entre cada variable predictora con la variable dependiente, controlando la influencia del resto de predictores. Cuando explicamos las estrategias de afrontamiento, actuales y rememoradas, consideramos tanto los efectos directos como los indirectos de cada variable, para lo cual utilizamos el análisis de camino (*path analysis*).

Así finaliza este capítulo en el que hemos expuesto el estudio de campo efectuado: sus objetivos e hipótesis de trabajo, las variables implicadas, los instrumentos que hemos utilizado para evaluarlas, el procedimiento de recogida de datos y las técnicas estadísticas aplicadas para su análisis.

En el próximo capítulo presentamos y discutimos los resultados obtenidos de los análisis pertinentes para la comprobación de las hipótesis, que permitirán deducir la confirmación o no de dichas hipótesis con un nivel de confianza mínimo del 95%.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- 7.1. Introducción
- 7.2. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas
- 7.3. Análisis de los cuestionarios de evaluación del afrontamiento y su adecuación para las personas con LM
- 7.4. Análisis y explicación del afrontamiento de las personas con LM
- 7.5. Análisis de la relación entre el afrontamiento y las variables de personalidad
- 7.6. Afrontación y depresión



7.1. Introducción

En este Capítulo describimos y discutimos los resultados obtenidos tras el análisis de los datos, con el objetivo de explicarlos en relación a las hipótesis propuestas y compararlos con los resultados de otros estudios realizados por Pelechano sobre afrontamiento de la enfermedad crónica.

La exposición, explicación y comentario de los resultados obtenidos en nuestro estudio de campo nos llevará a debatir la adecuación de este instrumento para la evaluación del afrontamiento de la LM y al análisis y la explicación de las estrategias utilizadas por las personas con LM en interacción con otras variables psicológicas.

Vamos a dividir este Capítulo en los siguientes apartados:

- Análisis de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.
- Análisis de los cuestionarios de afrontamiento y de su adecuación para evaluar a las personas con LM.
- Análisis y explicación del afrontamiento de la LM.
- Análisis y explicación de la relación entre el afrontamiento y E-N.
- Análisis y explicación de la relación entre el afrontamiento y el *locus*.
- Análisis y explicación de la relación entre el afrontamiento y la depresión.

7.2. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas

A lo largo de este apartado describimos las características sociodemográficas y clínicas de nuestra muestra, para conocerlas y analizar la relación entre ellas. Las variables sociodemográficas analizadas son el género, la edad, el estado civil, el lugar de procedencia y de residencia, así como el nivel cultural, el nivel profesional y la ocupación.

En el apartado de las variables clínicas de nuestra muestra destacamos las características de la LM de mayor interés para estudiar su relación con el afrontamiento, como son el tipo, la etiología y el nivel de la lesión, el tiempo de evolución y las complicaciones médicas.

7.2.1. Características sociodemográficas

La muestra de nuestro estudio de campo está compuesta por 118 personas con LM, 67 procedentes de Asturias (el 56,8%) y 51 (el 43,2%) del País Vasco. Así mismo, hemos especificado su lugar de *residencia* según el volumen de población, existiendo un claro predominio de personas residentes en núcleos de población de 10.000 habitantes o más (71,2%, N=84) frente al 28,8% que vive en núcleos de menos de 10.000 habitantes (N=34).

Empezando por el análisis del *género*, el 67,8% de la muestra total está compuesto por varones (N=80) y el 32,2% por mujeres (N=38). El predominio de varones es una constante en los estudios empíricos sobre la LM, acorde con los datos epidemiológicos de esta población, aunque hay que señalar que nuestra muestra presenta un mayor porcentaje de mujeres que en la literatura sobre el tema. Esta diferencia se puede atribuir a las dificultades de captación de la muestra, algo frecuente en los estudios con poblaciones clínicas en el ámbito de la salud y la rehabilitación. En nuestro caso, en los centros contactados para la recogida de datos hemos encontrado una mayor disponibilidad por parte de las mujeres para participar de forma voluntaria en la investigación.

Si consideramos la variable *edad*, la muestra de la que disponemos es muy heterogénea. Tiene una media de edad de 38,74 años y una desviación estándar de 12,61. La persona más joven tiene 18 años y la mayor 78, la mediana está en 36,86 y la media en 37, siendo el 17,8% menor de 30 años. Estos resultados difieren de los datos presentes en la literatura, en la que existe un predominio de estudios con muestras jóvenes o más homogéneas. La heterogeneidad de la muestra respecto a la edad queda reflejada también en una mayor presencia de lesionados medulares de larga evolución.

Como veíamos en la revisión teórica, la mayoría de los estudios han sido realizados con muestras hospitalarias, durante la fase aguda de la rehabilitación o durante el período de los 18 primeros meses, con la participación de personas jóvenes. Nuestra investigación ha sido realizada con lesionados medulares de larga evolución y cuenta con personas de mayor edad en el momento de realizar la evaluación, hecho que sube la media de los participantes en la investigación. Sin embargo, si consideramos la edad en el momento de aparición de la LM, ésta disminuye considerablemente y las características de la muestra se acercan más a las tendencias en la bibliografía y los estudios epidemiológicos. En este sentido, el 36,4% de las personas investigadas tuvo la LM con menos de 21 años, y este porcentaje asciende al 68,6% si consideramos a las personas menores de 31 años en el momento de aparición de la LM. La edad media de aparición de la LM es de 25,96 años, con una desviación típica igual a 13,52.

Respecto al *estado civil* (Tabla 19), encontramos una mayoría de personas solteras (el 50,85%) y que más de la tercera parte están casadas (33,90%), siendo menor la presencia de personas separadas (8,47%) o viudas (4,24%).

TABLA N.º 19

DESCRIPCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA				
Estado civil	Hombres	Mujeres	Total	%
Soltero/a	39	21	60	50,85
Casado/a	32	8	40	33,90
En pareja	2	1	3	2,54
Separado/a	5	5	10	8,47
Viudo/a	2	3	5	4,24
TOTAL	80	38	118	100

En general, el *nivel cultural* de la muestra es bajo (Tabla 20), ya que el 64,41% tiene un nivel cultural primario. Por su parte, el 20,34% tiene un nivel cultural medio y, en los niveles altos, hay un mayor número de personas con licenciaturas (9,32%) que con diplomatura (5,93%).

TABLA N.º 20

DESCRIPCIÓN DEL NIVEL CULTURAL DE LA MUESTRA				
Nivel cultural	Hombres	Mujeres	Total	%
Primario	55	21	76	64,41
Medio	18	6	24	20,34
Diplomado	4	3	7	5,93
Superior	3	8	11	9,32
TOTAL	80	38	118	100

En relación a las variables laborales, hemos analizado tanto el nivel profesional como la ocupación de las personas con LM de nuestra muestra (Tablas 21 y 22).

TABLA N.º 21

DESCRIPCIÓN DEL NIVEL PROFESIONAL DE LA MUESTRA				
Nivel profesional	Hombres	Mujeres	Total	%
Estudiante	9	4	13	11,02
Ama de casa	–	11	11	9,32
Bajo	44	8	52	44,07
Medio	21	5	26	22,03
Alto	6	10	16	13,56
TOTAL	80	38	118	100

El *nivel profesional* de los participantes en nuestra investigación (tabla 21) es bajo en el 44,07% de los casos, medio en el 22,03% y alto en el 13,56%, con una presencia de estudiantes en el 11,02% y de amas de casa en el 9,32% de las personas. La mayor diferencia entre los géneros es el predominio de perfiles profesionales bajos en los hombres frente a perfiles comparativamente más cualifica-

dos en las mujeres, así como la presencia exclusivamente de mujeres en la categoría de amas de casa.

TABLA N.º 22

DESCRIPCIÓN DE LA OCUPACIÓN DE LA MUESTRA

Ocupación	Hombres	Mujeres	Total	%
Estudiante	9	5	14	11,86
Ama de casa	–	9	9	7,64
Activo	10	6	16	13,56
Parado	2	4	6	5,08
Jubilado	34	4	38	32,20
Pensionista	20	9	29	24,58
Otras	5	1	6	5,08
TOTAL	80	38	118	100

Respecto a la *ocupación* (Tabla 22) destaca el alto número de personas jubiladas (el 32,20%), mayoritariamente hombres, frente al 16% de personas que se encuentran en activo desempeñando alguna actividad laboral remunerada. Este elevado número de jubilados suele ir asociado a la presencia de una incapacidad laboral.

Otro dato relevante es el bajo número de personas, tanto hombres como mujeres, que se consideran en búsqueda de empleo, sólo el 6%, y que contrasta con el 24,58% que se identifican como perceptores de una pensión no contributiva. Por último, el 7,64% de las personas con LM se define como ama de casa (todas mujeres), el 11,86% del total están realizando algún tipo de estudios y el 5,08% se dedica a otras actividades.

7.2.2. Características clínicas

Como mencionábamos anteriormente, frente al predominio de estudios sobre personas con LM traumática y completa, consideramos de interés ampliar el interés investigador hacia un abanico más amplio en términos de la tipología y la etiología de la LM.

Así, nuestra muestra cumple ese objetivo, al incluir personas con LM completa e incompleta, de diferente nivel y etiología, componiendo una muestra variada. En general predominan las LM completas (el 75,4%), de las cuales el 61,8% afectan a las extremidades inferiores (paraplejía) y el 13,6% son tetraplejas con afectación de las cuatro extremidades. De las lesiones incompletas (el 24,6%), hay un mayor número de personas con afectación de las extremidades inferiores (paraparesia, 15,3%) frente al 9,3% de tetraparesia, lesión que afecta a las cuatro extremidades. El nivel de la LM también es variado, predominando las lesiones dorsales (el 52,5%), seguidas de las cervicales (el 22,9%), lumbares (el 22,1%) y sacras en menor medida (el 0,5%).

En la Tabla 23 presentamos información más detallada de la *etiología* y el *tipo* de la LM, diferenciando entre hombres y mujeres.

TABLA N.º 23

Género			Etiología de la LM					
			Tráfico	Laboral	Otros accidentes	Enfermedad	Otras	Total
Hombre	Tipo de lesión	Completa	30	19	9	4	2	64
		Incompleta	4	3	2	6	1	16
		Subtotal	34	22	11	10	3	80
Mujer	Tipo de lesión	Completa	11	–	5	6	3	25
		Incompleta	6	1	1	4	1	13
		Subtotal	17	1	6	10	4	38
TOTAL			51	23	17	20	7	118

Entre las causas más frecuentes de la LM destacan, por orden de importancia, las de naturaleza traumática (el 77,12%), seguidas de la enfermedad (el 16,95%) y otras causas (el 5,93%), categoría que incluye las LM de etiología atípica o desconocida. Si desglosamos las LM de origen traumático, el 43,22% son por accidente de tráfico, el 19,49% se deben a un accidente laboral y otros accidentes explican el 14,41% restante.

Si consideramos la variable género, tanto en hombres como en mujeres predominan las LM completas por accidente de tráfico, y ambos grupos presentan el mismo porcentaje de casos de LM por enfermedad. Las mayores diferencias vienen por la mayor presencia de LM de etiología laboral en los hombres y de LM incompletas en las mujeres.

Otra variable de interés es el *tiempo de evolución* de la LM, calculado mediante los años transcurridos desde la fecha de aparición de la LM. En nuestra muestra de crónicos, el tiempo de evolución de la LM (Tabla 24) oscila entre 2 y 46 años, con una media igual a 15,94 y una desviación típica de 10,03 años. Considerando diferentes períodos de tiempo, encontramos un 33,90% de los casos que presentan entre 2 y 10 años de evolución, un 38,14% entre 11 y 20, un 20,34% entre 21 y 30 y un 7,62% de más de 30 años transcurridos desde la aparición de la LM. La mitad de las LM ocurrieron hasta 1983 (N=59) y la otra mitad desde 1984.

TABLA N.º 24

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA LM		
Tiempo de evolución	N	%
2-10 años	40	33,90
11-20 años	45	38,14
21-30 años	24	20,34
> 30 años	9	7,62
TOTAL	118	100

Al profundizar en las posibles *complicaciones médicas* (Tabla 25) que el curso de la LM ha podido presentar en la muestra encontramos que un 40,7% de las personas no ha tenido ningún reingreso hospitalario. Las causas de reingreso más frecuentes son las intervenciones quirúrgicas (10,2%) y las infecciones de orina (10,2%), seguidas de la aparición de escaras en la piel (7,6%).

TABLA N.º 25

DESCRIPCIÓN DE LAS COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA MUESTRA		
Complicaciones médicas	N	%
Ninguna	48	40,70
Intervenciones quirúrgicas	35	29,70
Infecciones de orina	12	10,20
Escaras	9	7,60
Otras	14	11,80
TOTAL	118	100

A modo de resumen y conclusiones de este apartado sobre las características de la muestra de personas con LM estudiadas, en relación con otros estudios presentes en la literatura, podemos decir que nuestra muestra es más variada y heterogénea, tanto en las características sociodemográficas como en las clínicas. Ésta, compuesta por personas con LM de larga evolución, de diversa etiología, nivel y tipo, complementa y amplía la tendencia existente en la literatura de investigar la LM traumática y completa. La principal diferencia respecto a los datos epidemiológicos sobre la LM es la mayor presencia de mujeres en nuestra muestra, así como los largos períodos de tiempo transcurridos desde la aparición de la lesión.

7.3. Análisis de los cuestionarios de evaluación del afrontamiento y su adecuación para las personas con LM

Aceptadas las dimensiones teóricas que integran los cuestionarios de afrontamiento según la construcción original de sus autores y con el objetivo de comprobar la adecuación de dichas escalas para la evaluación del afrontamiento de las personas con LM hemos analizado la fiabilidad de los factores mediante indicadores de consistencia interna. A la hora de evaluar la consistencia interna de las escalas y sus subescalas, utilizamos todos los *items* codificados en sentido positivo, es decir, de manera que indiquen la utilización de dicha estrategia de afrontamiento. Por esta razón, al enunciarlos algunos aparecen con una «r». Como ya hemos señalado, la recodificación de las puntuaciones implica que el 0 es transformado en 3, el 1 en 2, el 2 en 1 y el 3 en 0.

La validación de los instrumentos ha consistido básicamente en explorar las relaciones que dichas dimensiones mantienen con ciertos criterios mencionados en la

literatura para analizar la validez concurrente del afrontamiento con la depresión, el locus y E-N.

7.3.1. Evaluación de las estrategias de afrontamiento actuales

Con el objetivo de analizar la consistencia interna del «Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales» para nuestra población en estudio hemos realizado un análisis de la fiabilidad de los factores de primer orden, cuyos resultados presentamos en la Tabla 26.

TABLA N.º 26

FACTORES DE PRIMER ORDEN DEL CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUALES EN PERSONAS CON LM					
Factor	N.º de items	Nombre del factor	% varianza explicada	Fiabilidad del factor (alfa de Cronbach)	N
Factor 1	9	Aceptación - conformismo y serenidad	24,54	.79	118
Factor 2	5	Rechazo de información cualificada y de análisis	15,83	.74	118
Factor 3	4	Negación (I) de diagnóstico y gravedad	4,43	.53	118
Factor 4	5	Ocultación de información a la familia y amigos	8,43	.52	118
Factor 5	6	Rechazo de religión como estrategia de afrontamiento	14,29	.59	118
Factor 6	3	Enganche con la vida con hedonismo	4,60	.55	118
Factor 7	4	Autoinculpación	7,93	.66	118
Factor 8	4	Adecuación de acción y calma	6,98	.58	118
Factor 9	3	Inculpación a la familia y huida hacia adelante	1,13	.24	118
Factor 10	3	Negación (II): olvido y “alejamiento” del problema	4,69	.53	118
Factor 11	6	Autoencapsulamiento y “ensimismamiento”	15,06	.71	118
Factor 12	8	Entereza con “siempre es posible un peor”	27,86	.76	118
Factor 13	4	Búsqueda de información y realización de acción para no estar quieto	2,63	-.71	118
Factor 14	4	Reestructuración de valores y visión del mundo (con solución de “problemas” pendientes con la familia y amigos)	9,16	.72	118
Factor 15	6	Inevitabilidad con futuro negativo	13,07	.62	118
Factor 16	5	Impacto intenso y negativo (a peor) de enfermedad (y perdurable)	13,25	.70	118

El **Factor 1** de este cuestionario constituye el constructo «aceptación - conformismo y serenidad», formado por nueve *items*, tiene una media de 21,01, una desviación típica de 4,95, explica el 24,54% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .79 (n = 118), indicando buena consistencia interna. Los *items* que lo componen son los siguientes:

Item 19r- Me desespero y pienso que el mundo es injusto.

Item 21r- Desde que lo sé no puedo dormir, pero no digo lo que pasa.

- Item 22r-* Me siento más irritable que lo de costumbre y lo pagan los que están más cerca de mí.
- Item 33r-* Me desespero y lloro solo/a durante un rato.
- Item 37r-* No puedo concentrarme porque las ideas sobre lo que me pasa me vienen una y otra vez a la cabeza.
- Item 50r-* Evito estar con la gente.
- Item 64r-* Deseo cambiar lo que está ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto.
- Item 73r-* Pienso que he tenido muy mala suerte en la vida.
- Item 75r-* No puedo pensar nada y estoy como ido/a.

El **Factor 2** reúne los *items* que forman la subescala denominada «rechazo de información cualificada y de análisis» y está compuesto por cinco *items*. Este Factor presenta una media de 6,40, una desviación típica de 3,97, explica el 15,83% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .74 (n = 118), indicador de buena consistencia interna, igual que en el Cuestionario de Pelechano *et al.* (1993). A continuación recogemos sus *items*, entre los que se encuentran el 1r, 2r, 3r y 6r, que están recodificados:

- Item 1r-* Pienso en lo que puede sucederme.
- Item 2r-* Intento analizar el problema para conocerlo mejor.
- Item 3r-* Intento tener la mayor cantidad de información posible.
- Item 6r-* Voy al médico para saber a qué atenerme.
- Item 8-* Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada.

El **Factor 3** constituye operativamente lo que sus autores han denominado «negación (I) de diagnóstico y gravedad». Este Factor está compuesto por cuatro *items*, en los que a mayor puntuación mayor negación. Tiene una media de 1,40, una desviación típica de 2,10, explica el 4,43% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .53 (n = 118). Los *items* que lo componen son:

- Item 12-* Confío en que lo que me dicen no sea verdad. Que lo mío no puede ser eso.
- Item 56-* No tomo en serio la situación: me niego a tomarla en serio.
- Item 61-* Pienso que los médicos se han equivocado. Esas cosas no me pueden pasar a mí.
- Item 65-* Pienso que es menos grave de lo que me dicen porque los médicos siempre tienden a exagerar un poco para asustarte.

El **Factor 4** responde a la denominación genérica de «ocultación de información a la familia y amigos». Formado por cinco *items*, este Factor presenta una media de

4,69, una desviación típica de 2,90, explica el 8,43% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .52 ($n = 118$). Los *items* que lo componen son los siguientes, requiriendo contabilizar al revés el 17r:

- Item 14-* Intento resolver el problema por mí mismo/a.
- Item 15-* Voy solo/a al médico y no le digo nada a mi familia.
- Item 16-* Guardo para mí lo que me pasa para no preocupar a mi familia.
- Item 17r-* Se lo digo a mi familia para que me puedan ayudar.
- Item 54-* Oculto a mis amigos qué me pasaba de verdad.

El **Factor 5** de este Cuestionario constituye el constructo «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento», formado por seis *items*, tiene una media de 12,30, una desviación típica de 3,78, explica el 14,29% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .59 ($n = 118$). A continuación recogemos sus *items*, que están todos recodificados:

- Item 4r-* Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.
- Item 45r-* Busco tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida).
- Item 66r-* Sueño o imagino otro tiempo en el que las cosas me iban mejor.
- Item 67r-* Rezo.
- Item 68r-* Pienso que sólo Dios sabe lo que está pasando y me dan ganas de ir a una iglesia.
- Item 78r-* Me aferro al especialista que me ha ayudado desde el principio como un rayo de esperanza.

El **Factor 6**, reúne los *items* que forman la subescala denominada «enganche con la vida con hedonismo» y está compuesto por tres *items*. Este Factor presenta una media de 5,97, una desviación típica de 2,14, explica el 4,60% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .55 ($n = 118$). Los *items* que lo componen son los siguientes:

- Item 24-* Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella.
- Item 25-* Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.
- Item 29-* Pienso que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada.

El **Factor 7** de este Cuestionario constituye el constructo «autoinculpación», formado por cuatro *items*, tiene una media de 2,94, una desviación típica de 2,81, explica el 7,93% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .66 ($n = 118$), indicador de buena consistencia interna. Los *items* que lo componen son los siguientes:

Item 11- Me critico a mí mismo/a porque creo que yo tengo parte de la culpa, al menos.

Item 36- Pienso que yo soy el (la) principal responsable del problema.

Item 79- Pienso que debería haberme cuidado más antes de ahora.

Item 80- Pienso que, en definitiva, me habrían «pasado» a lo largo de mi vida muchas cosas.

El **Factor 8** reúne los *items* que forman la subescala denominada «adecuación de acción y calma» y está compuesto por cuatro *items*. Este Factor presenta una media de 7,91, una desviación típica de 2,64, explica el 6,98% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .58 (n = 118). A continuación recogemos sus *items*:

Item 44- Intento no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me digo que tengo que tomarme las cosas con calma.

Item 58- Sé lo que tengo que hacer, así que me esfuerzo para hacer lo que debo.

Item 62- Lo he aceptado porque no puedo hacer otra cosa.

Item 63- Intento que mis sentimientos y preocupaciones no interfieran con las cosas que hago todos los días.

El **Factor 9** responde a la denominación genérica de «inculpación a la familia y huida hacia adelante». Formado por tres *items*, este Factor presenta una media de .55, una desviación típica de 1,06 y explica el 1,13% de la varianza. Presenta un alfa de Cronbach de .24 (n = 118), indicando que carece de consistencia interna. Los *items* que lo componen son los siguientes:

Item 23- Pienso más de una vez que la culpa la tiene mi familia, por los disgustos que me dan.

Item 40- Intento sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...).

Item 41- Tomo más decisiones arriesgadas que antes de que me dijeran lo que me pasa.

El **Factor 10** constituye operativamente lo que sus autores han denominado «negación (II): olvido y «alejamiento» del problema». Este Factor está compuesto por tres *items*, en los que a mayor puntuación mayor negación. Tiene una media de 2,94, una desviación típica de 2,16, explica el 4,69% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .53 (n = 118). A continuación recogemos sus *items*:

Item 30- Intento olvidarme de todo.

Item 32- Espero a ver lo que pasa antes de hacer cualquier cosa.

Item 39- Me «alejo» del problema. Me tomo unos días en los que no pienso sobre ello.

El **Factor 11** responde a la denominación genérica de «autoencapsulamiento y «en-simismamiento». Formado por seis *items*, este Factor presenta una media de 12,92, una desviación típica de 3,88, explica el 15,06% de la varianza y presenta buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .71 ($n = 118$), muy similar a la obtenida por Pelechano con enfermos crónicos. Los *items* que lo componen son los siguientes, requiriendo contabilizar todos al revés:

- Item 7r-* Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando.
- Item 28r-* Pienso que tengo que arreglar las cosas con mi familia.
- Item 57r-* Recorro a experiencias pasadas: busco entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones.
- Item 69r-* Repaso mentalmente lo que tengo que hacer y decir.
- Item 70r-* Pienso cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomo como modelo.
- Item 71r-* Intento verme «desde fuera», cómo lo vería una persona distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas.

El **Factor 12** de este Cuestionario constituye el constructo «entereza con siempre es posible un peor», formado por ocho *items*, tiene una media de 13,21, una desviación típica de 5,27, explica el 27,86% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .76 ($n = 118$), indicador de buena consistencia interna, al igual que en el cuestionario original. Los *items* que lo componen son los que exponemos a continuación:

- Item 13-* Sigo adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado).
- Item 18-* Intento mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debe tener.
- Item 43-* Pienso que, dentro de todo, tengo suerte.
- Item 46-* Mantengo el tipo y «a mal tiempo», buena cara».
- Item 51-* No permito que la enfermedad me venza: sigo mi vida normal y evito pensar en el problema.
- Item 72-* Me digo a mí mismo/a que las cosas pueden ser peor.
- Item 74-* Pienso que, como soy una persona con suerte, el futuro no va a ser tan malo como parece.
- Item 77-* Pienso que no soy la única persona en el mundo con ese problema y, por ello, saldré adelante.

El **Factor 13** reúne los *items* que forman la subescala denominada «búsqueda de información y realización de acción para no estar quieto» y está compuesto por cuatro *items*. Este Factor presenta una media de 4,13, una desviación típica de 1,62 y explica el 2,63% de la varianza. Sin embargo, un alfa de Cronbach negativo de -.71 ($n = 118$) señala que este Factor carece de consistencia interna. A continuación recogemos sus *items*, entre los que encontramos el 7r, que está recodificado:

- Item 5-* Pienso que, como la gripe, es una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglará todo.
- Item 7r-* Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando.
- Item 8-* Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada.
- Item 55-* Digo lo que me pasaba a mis amigos. Así llegan a respetarme más.

Este Factor no parece ser válido para evaluar el afrontamiento de la LM en el momento actual. En este sentido, el contenido de los *items* de búsqueda de información debería reformularse para profundizar en un constructo que la literatura revela como relevante en el proceso de rehabilitación (Buckelew *et al.*, 1990). El *item 5* tiene un contenido más cercano a la negación de la gravedad de la LM y sus consecuencias que a la de búsqueda de información. Por su parte, el *item 7* no parece adecuarse a nuestra muestra de personas con LM de larga evolución sino que más bien parecería adecuado en el momento de incertidumbre de la aparición de la LM. Así mismo, el *item* de acción para no estar quieto (*item 8*) no parece aportar nada al conocimiento del afrontamiento de nuestra muestra en estudio.

El **Factor 14** constituye la estrategia de «reestructuración de valores y visión del mundo (con solución de «problemas» pendientes con la familia y amigos)». Compuesto por cuatro *items*, este Factor explica el 9,16% de la varianza. Así mismo, tiene una media de 8,09, una desviación típica de 3,02 y presenta un alfa de Cronbach de .72 ($n = 118$), ligeramente superior a la del cuestionario original, expresión de su buena consistencia interna. Los *items* que lo componen están enunciados de la siguiente manera:

- Item 31-* Estoy cambiando; creo que estoy madurando como persona.
- Item 47-* Me doy cuenta de lo que es importante en la vida.
- Item 48-* He cambiado algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida.
- Item 49-* Hago lo posible para que los problemas que tengo con mi familia y amigos se arreglen.

El **Factor 15** reúne los *items* que forman la subescala denominada «inevitabilidad con futuro negativo» y está compuesto por seis *items*. Este Factor presenta una media de 11,11, una desviación típica de 3,61, explica el 13,07% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .62 ($n = 118$), algo inferior al cuestionario original. A continuación recogemos sus *items*, que están todos recodificados:

- Item 26r-* Me digo a mí mismo/a cosas que me hacen sentirme mejor.
- Item 27r-* Pienso que es una señal y me siento más creativo/a que normalmente.

- Item 35r-* He pensado un plan de acción y lo estoy siguiendo.
- Item 59r-* Me prometo a mí mismo/a que mi vida va a cambiar y que voy a coger las cosas verdaderamente en serio.
- Item 60r-* Después de pensarlo bien, me propongo un par de soluciones distintas.
- Item 81r-* Pienso que lo que me queda debe ser mejor que lo que he pasado y me propongo pasarlo mejor.

El **Factor 16**, denominado «impacto intenso y negativo (a peor) de enfermedad (y perdurable)», está compuesto por cinco *items* y presenta buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de .70 ($n = 118$), indicador de su buena consistencia interna, aunque algo inferior a la obtenida por Pelechano con enfermos crónicos. Este Factor presenta una media de 5,70, una desviación típica de 3,64, explica el 13,25% de la varianza. A continuación recogemos los *items* que lo componen:

- Item 34-* Pienso que ya nada puede ser como antes.
- Item 42-* Pienso que no puede pasarme nada.
- Item 52-* Pienso que mi vida ha cambiado radicalmente.
- Item 53-* Me siento una persona lisiada.
- Item 76-* Me siento como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza.

A modo de resumen podemos destacar los siguientes aspectos sobre las estrategias de afrontamiento actuales. Por un lado, el cuestionario presenta buena fiabilidad para la evaluación del afrontamiento actual de las personas con LM, excepto en dos de los factores de primer orden, la «inculpación a la familia y huida hacia delante» y «la búsqueda de información y realización de acción para no estar quieto», factores que deberían revisarse o reformularse para la evaluación del afrontamiento en personas con LM.

Por otro lado, la consistencia interna de los factores es similar a la informada por Pelechano *et al.* (1993), aunque algo menor en casi todos los valores obtenidos excepto en el Factor 14, en el que la consistencia interna para las personas con LM es ligeramente superior. Así, las estrategias de mayor consistencia interna para nuestra muestra de estudio son, de mayor a menor, la «aceptación-conformismo y serenidad», el «rechazo de información cualificada y de análisis», la «entereza con siempre es posible algo peor», el «autoencapsulamiento y ensimismamiento», el «impacto intenso y negativo de enfermedad» y la «autoinculpación».

7.3.2. Evaluación de las estrategias de afrontamiento recordado

Con el objetivo de analizar la consistencia interna del «Cuestionario de recordación de estrategias de afrontamiento» para nuestra población en estudio hemos

realizado un análisis de la fiabilidad de sus factores de primer orden. La Tabla 27 muestra los factores de primer orden del cuestionario de Pelechano *et al.* (1993) y su comportamiento en nuestra muestra de personas con LM.

TABLA N.º 27

**FACTORES DE PRIMER ORDEN DEL CUESTIONARIO DE
REMEMORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN PERSONAS CON LM**

Factor	N.º de items	Nombre del factor	% varianza explicada	Fiabilidad del factor (alfa de Cronbach)	n
Factor 1	10	Reestructuración de valores y visión del mundo (asociado con arreglo de problemas con familia)	36,67	.75	118
Factor 2	8	Reestructuración cognitiva positiva (mirar lo positivo)	27,60	.69	118
Factor 3	5	Búsqueda de información relevante (positiva)	20,44	.77	118
Factor 4	7	Rechazo de religión como recurso de consolación y no-importancia de especialista y de expresión/descarga emocional	22,16	.64	118
Factor 5	3	Primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos	6,72	.61	118
Factor 6	3	Apelación a familia como apoyo-recurso	3,94	.36	118
Factor 7	5	Propósito de cambio (arreglo de cosas con familia, aceptación)	10,76	.51	118
Factor 8	5	Negación (II) de diagnóstico y gravedad	13,96	.72	118
Factor 9	3	Información amigos	4,32	.32	118
Factor 10	3	Inculpación a familia y huida hacia adelante	1,78	.39	118
Factor 11	4	Realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte	8,27	.49	118
Factor 12	3	"Alejamiento" como objetividad de análisis	4,44	.57	118
Factor 13	3	Búsqueda de solución en otros o en pasado (y pasar a acción)	5,43	.50	118
Factor 14	8	Apego optimista a la vida y a la acción	28,48	.74	118

El **Factor 1** de este cuestionario constituye el constructo «reestructuración de valores y visión del mundo (asociado con arreglo de problemas con familia)», formado por diez *items*, tiene una media de 13,97, una desviación típica de 6,05, explica el 36,67% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .75 (n = 118), índice de buena consistencia interna. Los *items* que lo componen son los siguientes:

- Item 31-* Cambié; creo que he madurando como persona.
- Item 35-* Pensé un plan de acción y lo seguí.
- Item 47-* Me di cuenta de lo que es importante en la vida.
- Item 48-* Cambié algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida.
- Item 49-* Hice lo posible para que los problemas que tenía con mi familia y amigos se arreglaran.
- Item 60-* Después de pensarlo bien, me propuse un par de soluciones distintas.

- Item 64-* Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto.
- Item 66-* Pensé que era menos grave de lo que me decían porque los médicos siempre tienden a exagerar un poco más para asustarte.
- Item 69-* Repasé mentalmente lo que tenía que hacer y decir.
- Item 72-* Me dije a mí mismo/a que las cosas podían ser peor.

El **factor 2**, reúne los items que forman la subescala denominada «reestructuración cognitiva positiva (mirar lo positivo)» y está compuesto por ocho items. Este factor presenta una media de 11,78, una desviación típica de 5,25, explica el 27,60% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .69 (n = 118). A continuación recogemos los items que lo componen:

- Item 18-* Intenté mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debería tener.
- Item 25-* Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.
- Item 26-* Me dije a mí mismo/a cosas que me hicieron sentirme mejor.
- Item 34-* Pensé que ya nada podía ser como antes.
- Item 44-* Intenté no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me decía que tenía que tomarme las cosas con calma.
- Item 46-* Mantuve el tipo y «a mal tiempo», buena cara».
- Item 51-* No permití que la enfermedad me venciera: evitaba pensar en el problema y seguir la vida normal.
- Item 53-* Me sentí una persona lisiada.

El **Factor 3** constituye operativamente lo que sus autores han denominado «búsqueda de información relevante (positiva)». Este factor está compuesto por cinco *items*, en los que a mayor puntuación mayor búsqueda de información explica el 20,44% de la varianza, lo que sugiere su importancia como estrategia para afrontar el estrés en la fase aguda de la rehabilitación de la LM. Tiene una media de 8,40, una desviación típica de 4,52 y presenta un alfa de Cronbach de .77 (n = 118), reflejando su buena consistencia interna. Los *items* que lo componen son:

- Item 1-* Me puse a pensar en lo que podía sucederme a continuación.
- Item 2-* Intenté analizar el problema para conocerlo mejor.
- Item 3-* Intenté tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creía que sabían sobre él.
- Item 6-* Fui al médico para saber a qué atenerme.
- Item 8-* Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.

El **Factor 4** responde a la denominación genérica de «rechazo de religión como recurso de consolación y no-importancia de especialista y de expresión/descarga

emocional». Formado por siete *items*, este factor presenta una media de 13,31, una desviación típica de 4,70, explica el 22,16% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .64 (n = 118). Los *items* que lo componen son los siguientes:

- Item 33-* Me desesperé y lloré solo/a durante un rato.
- Item 45-* Busqué tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida).
- Item 67-* Recé.
- Item 68-* Pensé que sólo Dios sabe lo que está pasando y me dieron ganas de ir a una iglesia.
- Item 75-* No podía pensar nada y estaba como “ido”(a).
- Item 76-* Me sentía como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza.
- Item 78-* Me aferré a un rayo de esperanza en el especialista que me ayudó desde el principio.

El **Factor 5** de este cuestionario constituye el constructo «primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos», formado por tres *items*, tiene una media de 3,08, una desviación típica de 2,59, explica el 6,72% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .61 (n = 118). Los *items* que lo componen son los siguientes:

- Item 21-* Esos días no pude dormir, pero no dije lo que me pasaba.
- Item 22-* Me sentía más irritable que lo de costumbre y lo pagaron los que estaban más cerca de mí.
- Item 37-* No podía concentrarme porque las ideas sobre lo que me pasa me venían una y otra vez a la cabeza.

El **Factor 6** reúne los *items* que forman la subescala denominada «apelación a familia como apoyo-recurso» y está compuesto por tres *items*. Este factor presenta una media de 6,79, una desviación típica de 1,98 y explica el 3,94% de la varianza. Tiene un alfa de Cronbach de .35 (n = 118), lo que nos indica una falta de consistencia interna. A continuación recogemos sus *items*, entre los que se encuentran el 15r, que está recodificado:

- Item 15r-* Fui solo/a al médico y no le dije nada a mi familia.
- Item 16-* Guardé para mí lo que me pasaba para no preocupar a mi familia.
- Item 17-* Se lo dije a mi familia para que me pudieran ayudar desde el comienzo.

Junto a esta falta de consistencia interna encontramos algún *Item* cuyo contenido no se adecua a nuestra muestra de estudio. Así, el contenido del *Item 15r*, válido para evaluar el afrontamiento de un enfermo crónico, no es válido para la situación de aparición brusca de la LM con ingreso agudo en el hospital. Estos datos sugie-

ren la necesidad de profundizar en el constructo de «búsqueda de apoyo social» como estrategia de afrontamiento, cuya relevancia para el estudio de las personas con LM se ha puesto de manifiesto en nuestra revisión bibliográfica (Kennedy *et al.*, 1995; McColl y Skinner, 1995).

El **Factor 7** de este cuestionario constituye el constructo «propósito de cambio (arreglo de cosas con familia, aceptación)», formado por cinco ítems, tiene una media de 7,62, una desviación típica de 3,28, explica el 10,76% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .51 ($n = 118$), indicador de su moderada consistencia interna. Los *ítems* utilizados en su formación son los siguientes:

- Item 28-* Pensé que tenía que arreglar las cosas con mi familia.
- Item 52-* Pensé que mi vida había cambiado radicalmente.
- Item 58-* Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé para hacer lo que debía.
- Item 59-* Me prometí a mí mismo/a que mi vida iba a cambiar y me iba a coger las cosas verdaderamente en serio.
- Item 62-* Lo acepté en muy poco tiempo porque no podía hacer otra cosa.

El **Factor 8** reúne los *ítems* que forman la subescala denominada «negación (II) de diagnóstico y gravedad» y está compuesto por cinco *ítems*. Este factor presenta una media de 3,51, una desviación típica de 3,73, explica el 13,96% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .72 ($n = 118$). A continuación recogemos sus *ítems*:

- Item 5-* Pensé que, como la gripe, era una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglaría todo.
- Item 12-* Confié en que lo que me decían no fuera verdad. Que lo mío no podía ser eso.
- Item 56-* No tomé en serio la situación: me negué a tomarla en serio.
- Item 61-* Pensé que los médicos se habían equivocado. Esas cosas no me podían pasar a mí.
- Item 65-* Pensé que era menos grave de lo que me decían porque los médicos siempre tienden a exagerar un poco más para asustarte.

El **Factor 9** responde a la denominación genérica de «información amigos». Formado por tres *ítems*, este factor presenta una media de 3,00, una desviación típica de 2,07, explica el 4,32% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .32 ($n = 118$), mostrando una ausencia de consistencia interna. Los *ítems* que lo componen son los siguientes, entre los que se encuentra el 55r, que está recodificado:

- Item 50-* Evitaba estar con la gente.
- Item 54-* Oculté a mis amigos qué me pasaba de verdad.
- Item 55r-* Dije lo que me pasaba a mis amigos. Así llegaron a respetarme más.

Este factor no parece ser adecuado para evaluar el manejo de la información sobre la LM, aspecto cuya importancia en el proceso de adaptación a la LM ha resaltado Aguado (1990).

El **Factor 10** constituye operativamente lo que sus autores han denominado «inculpación a familia y huida hacia adelante». Este factor está compuesto por tres *items*, tiene una media de .77, una desviación típica de 1,36, explica el 1,78% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .39 ($n = 118$), indicador de su falta de consistencia interna. A continuación recogemos sus *items*:

- Item 23-* Pensé más de una vez que la culpa la tenía mi familia, por los disgustos que me dan.
- Item 40-* Intenté sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...).
- Item 41-* Tomé más decisiones arriesgadas de las que tomo habitualmente.

El **Factor 11** responde a la denominación genérica de «realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte». Formado por cuatro *items*, este factor presenta una media de 7,59 y una desviación típica de 2,87, explicando el 8,27% de la varianza. Presenta un alfa de Cronbach de .49 ($n = 118$), indicador de su moderada consistencia interna. Los *items* que lo componen, todos recodificados, son los siguientes:

- Item 19r-* Me desesperé y pensé que el mundo es injusto.
- Item 73r-* Pensé que he tenido muy mala suerte en la vida.
- Item 79r-* Pensé que debería haberme cuidado más antes de ahora.
- Item 80r-* Pensé que, en definitiva, me habían «pasado» a lo largo de mi vida demasiadas cosas.

El **Factor 12** de este cuestionario constituye el constructo «alejamiento como objetividad de análisis», formado por tres *items*, tiene una media de 1,66, una desviación típica de 2,10, explica el 4,44% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .57 ($n = 118$). Los *items* que lo componen son los siguientes:

- Item 39-* Me «alejé» del problema. Me tomé unos días en los que no pensé sobre ello.
- Item 70-* Pensé cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomé como modelo.
- Item 71-* Intenté verme «desde fuera», cómo lo vería una persona distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas.

El **Factor 13** reúne los *items* que forman la subescala denominada «búsqueda de solución en otros o en pasado (y pasar a acción)» y está compuesto por tres *items*.

Este factor presenta una media de 5,43, una desviación típica de 2,33, explica el 5.43% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .50 ($n = 118$). A continuación recogemos sus *items*:

- Item 7-* Pregunté a una persona de la que me fiaba para que me dijera qué me estaba pasando.
- Item 8-* Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.
- Item 57-* Recurrí a experiencias pasadas: busqué entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones.

El **Factor 14** constituye la estrategia de «apego optimista a la vida y a la acción». Compuesto por ocho *items*, este factor explica el 28,43% de la varianza. Así mismo, tiene una media de 8,14 y una desviación típica de 5,33. Presenta una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .74 ($n = 118$) y los *items* que lo componen se enuncian así:

- Item 13-* Seguí adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado).
- Item 24-* Pensé que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella.
- Item 27-* Pensé que era una señal y me sentía más creativo/a que normalmente.
- Item 29-* Pensé que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada.
- Item 30-* Intenté olvidarme de todo.
- Item 43-* Pensé que, dentro de todo, tuve suerte.
- Item 74-* Pensé que, como soy una persona con suerte, el futuro no iba a ser tan malo como parecía.
- Item 81-* Pensé que lo que me quedaba debía ser mejor que lo que había pasado y me propuse pasarlo mejor que hasta ese momento.

De forma resumida podemos afirmar que, en general, el cuestionario tiene buena consistencia interna para la evaluación del afrontamiento recordado en el colectivo de personas con LM, excepto en tres de sus factores. Así, estrategias como la «apelación a familia como apoyo-recurso», la «información amigos» y la «inculpación a familia y huida hacia adelante» no parecen responder de forma fiable a la evaluación de las estrategias que la persona utiliza en el momento de aparición de la LM.

Comparando los datos del cuestionario original elaborado por Pelechano *et al.* (1993) con nuestras puntuaciones de afrontamiento podemos observar semejanzas en la consistencia interna de los factores, si exceptuamos los que no han

mostrado fiabilidad para evaluar el afrontamiento de la LM. Los dos factores con mayores índices alfa para ambos colectivos son la «reestructuración de valores y visión del mundo» y el «apego optimista a la vida y a la acción». De igual forma, hay factores que han mostrado mayor fiabilidad para la evaluación del afrontamiento de la LM, como son la «búsqueda de información relevante» y la «negación de diagnóstico y gravedad», mientras que el Factor 4 («rechazo de religión...») tiene mayor consistencia interna para la evaluación de la enfermedad crónica.

Hasta aquí hemos analizado la adecuación de los cuestionarios elegidos para la evaluación del afrontamiento de las personas con LM. A continuación vamos a explicar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM, su relación con las variables clínicas y sociodemográficas y su evolución a lo largo del tiempo.

7.4. Análisis y explicación del afrontamiento de las personas con LM

Una vez comentado el comportamiento que los cuestionarios de afrontamiento de Pelechano han tenido en nuestra muestra de personas con LM, vamos a centrarnos en el análisis de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM y las hipótesis planteadas al respecto.

En primer lugar, hemos defendido la ausencia de un patrón específico de afrontamiento de la LM y la existencia de diferencias individuales de afrontamiento en este colectivo (hipótesis 1), diferencias que no pueden explicarse por las variables clínicas de la propia LM (hipótesis 2). Para ello, por un lado, nos detendremos a comentar las puntuaciones obtenidas en las escalas de afrontamiento en nuestra muestra de personas con LM y la variabilidad intragrupo y, por otro, analizaremos las estrategias de afrontamiento en función de variables clínicas de la LM como el tipo, el nivel, la etiología, las complicaciones médicas y la fecha de aparición de la lesión.

En segundo lugar, hemos hipotetizado que las variables sociodemográficas pueden contribuir a explicar dichas diferencias en la utilización de estrategias de afrontamiento (hipótesis 3).

En tercer lugar, analizaremos los cambios entre el afrontamiento actual y rememorado en nuestra muestra de personas con LM para contrastar la existencia de diferencias con el paso del tiempo (hipótesis 4) y la existencia de conductas estables a lo largo del proceso de adaptación (hipótesis 5).

Y, en cuarto y último lugar, compararemos las estrategias utilizadas por los lesionados medulares con las de los enfermos crónicos (hipótesis 6).

7.4.1. Afrontamiento y LM

En la Tabla 28, que muestra las puntuaciones de los 14 factores que presentan consistencia interna para la evaluación del afrontamiento actual en personas con LM, podemos observar la variabilidad intragrupo y la no existencia de un patrón específico de estrategias afrontamiento utilizadas por nuestros sujetos en estudio, confirmando así la hipótesis 1.

TABLA N.º 28

PUNTUACIONES DE AFRONTAMIENTO ACTUAL DE LAS PERSONAS CON LM							
Factor	N.º de items	Media	Varianza explicada	Desviación típica	Rango de la medida	Alfa	N
Factor 1	9	21,01	24,54	4,95	1,11	.79	118
Factor 2	5	6,40	15,83	3,97	,62	.74	118
Factor 3	4	1,40	4,43	2,10	,25	.53	118
Factor 4	5	4,69	8,43	2,90	1,16	.52	118
Factor 5	6	12,30	14,29	3,78	,61	.59	118
Factor 6	3	5,97	4,60	2,14	,68	.55	118
Factor 7	4	2,94	7,93	2,81	,46	.66	118
Factor 8	4	7,91	6,98	2,64	,41	.58	118
Factor 10	3	2,94	4,69	2,16	,67	.53	118
Factor 11	6	12,92	15,06	3,88	,40	.71	118
Factor 12	8	13,21	27,86	5,27	1,11	.76	118
Factor 14	4	8,09	9,16	3,02	,51	.72	118
Factor 15	6	11,11	13,07	3,61	1,30	.62	118
Factor 16	5	5,70	13,25	3,64	1,42	.70	118

Según estos datos, junto al abanico amplio y diverso de respuestas de los sujetos en el momento actual, destacan las diferencias en la utilización de estrategias como el «rechazo de información cualificada y análisis», la «negación de diagnóstico y gravedad», la «negación, olvido y alejamiento del problema» o el «impacto intenso y negativo de enfermedad».

Es decir, existen diferencias en las conductas que las personas con LM utilizan para manejar el estrés asociado a la lesión, especialmente en las conductas de búsqueda de información y negación y el impacto no es el mismo en todos los sujetos.

Estas diferencias están también presentes en el afrontamiento recordado (Tabla 29), incluso en mayor medida que en el afrontamiento actual. Así, de los once factores con consistencia interna para la evaluación de dicha variable en nuestra muestra de estudio, destaca la alta variabilidad en el uso de estrategias como la «primacía de idea de enfermedad...», la «negación de diagnóstico y enfermedad», el «alejamiento con objetividad de análisis», la «búsqueda de solución entre otros o en pasado» y el «realismo y rechazo de autoinculpción y mala suerte».

TABLA N.º 29

**PUNTUACIONES DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO
DE LAS PERSONAS CON LM**

Factor	N.º de Items	Media	Varianza explicada	Desviación típica	Rango de la medida	Alfa	N
Factor 1	10	13,97	36,67	6,05	1,43	.75	118
Factor 2	8	11,77	27,60	5,25	1,05	.69	118
Factor 3	5	8,40	20,44	4,52	,60	.77	118
Factor 4	7	13,31	22,16	4,70	,85	.64	118
Factor 5	3	3,08	6,72	2,59	,72	.61	118
Factor 7	5	7,62	10,76	3,28	1,36	.51	118
Factor 8	5	3,51	13,96	3,73	,31	.72	118
Factor 11	4	7,59	8,27	2,87	,92	.49	118
Factor 12	3	1,66	4,44	2,10	,25	.57	118
Factor 13	3	2,33	5,43	2,33	,58	.50	118
Factor 14	8	8,14	28,48	5,33	1,26	.74	118

Profundizando en la existencia de diferencias individuales en las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con LM para manejar el estrés, hemos planteado la hipótesis 2, que defiende la ausencia de relación entre el afrontamiento y las características clínicas de la propia LM. Para ello hemos realizado ANOVAs unifactoriales con cada una de las variables clínicas (el nivel, el tipo, la etiología de la LM, las complicaciones médicas y la fecha de aparición de la LM), tomando como variables dependiente las estrategias de afrontamiento actuales y rememoradas.

Respecto al *nivel de la lesión*, variable clínica en la que diferenciamos cuatro categorías (nivel cervical, dorsal, lumbar y sacro), los resultados muestran que no hay diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento actual utilizadas por las personas en función de esta variable, excepto en el Factor 16 de primer orden que hace referencia al «impacto intenso y negativo (a peor) de enfermedad (y perdurable)». Así, el impacto es significativamente mayor en las lesiones cervicales, similar en las dorsales y lumbares y mucho menor en las LM a nivel sacro.

De igual forma, su análisis en el afrontamiento rememorado muestra la ausencia de diferencias en función del nivel de la LM excepto en el Factor 1, «reestructuración de valores y visión del mundo», estrategia que es más utilizada en las personas con LM a nivel dorsal y cervical, frente a las personas con lesión baja a nivel sacro.

El *tipo* de LM, según sea su amplitud, puede dar lugar a LM completas o incompletas, cuyas características clínicas y funcionales ya hemos descrito en el Capítulo 1. En función de esta variable no hemos encontrado ninguna diferencia en las estrategias de afrontamiento actual utilizadas por los sujetos de nuestra muestra de estudio y tampoco hemos encontrado evidencia de su influencia en las estrategias de afrontamiento rememorado.

Si combinamos las dos variables clínicas anteriores, el nivel de la LM y su naturaleza completa o no, tenemos cuatro categorías comúnmente aceptadas al hablar de la LM: paraplejía, tetraplejía, tetraparesia y paraparesia. El análisis de las estrategias de afrontamiento actual en función de estas cuatro categorías muestra la no existencia de diferencias intergrupo significativas excepto en el factor 16, «impacto intenso y negativo de enfermedad», estrategia que es más frecuente en las lesiones altas, tanto completas como incompletas y significativamente menor en las lesiones bajas incompletas, las paraparesias. Sin embargo, los sujetos no mostraron diferencias en el afrontamiento rememorado en función del tipo de discapacidad.

Estos resultados vienen a apoyar una de las ideas centrales defendidas por el modelo de las diferencias individuales que afirma que no existen diferencias en las variables psicológicas en función de la gravedad o del tipo de discapacidad (Shontz, 1980; Trieschmann, 1980, 1988; Aguado, 1990), algo que se cumple en el caso del afrontamiento. Así, hay evidencia de que el nivel y el tipo de LM no influyen en las estrategias de afrontamiento utilizadas

En este sentido, nuestra investigación ofrece evidencia de que las conductas o pensamientos utilizados para afrontar el estrés ante la aparición de una LM no dependen de la gravedad de la misma, en la línea de lo sugerido por la literatura (Frank, Umlauf *et al.*, 1987; Buckelew *et al.*, 1990; Reidy *et al.*, 1991; Hancock *et al.*, 1994; Kennedy *et al.*, 1995). De hecho, aunque todo parece apuntar hacia el mayor impacto de las lesiones altas en nuestra muestra de estudio, su naturaleza completa o incompleta, que está directamente relacionada con la gravedad de las secuelas, no influye significativamente.

Respecto a la *etiología* de la LM y su relación con las estrategias de afrontamiento actual, hemos considerado seis categorías: desconocida, accidente de tráfico, accidente laboral, otros accidentes, enfermedad y otras causas.

Los análisis muestran la existencia de diferencias en dos factores de afrontamiento actual en función de la etiología de la LM: «aceptación-conformismo y serenidad» y «ocultación de información a la familia y amigos». Profundizando en la razón de dichas diferencias encontramos que el Factor 1, de «aceptación-conformismo y serenidad», muestra una diferencia clara entre las LM de causa desconocida, por accidentes laborales, de tráfico y otros, respecto a las LM de otras etiologías. Las personas que tienen la LM como consecuencia de un accidente deportivo parecen ser las que más usan esta estrategia, mientras que las LM como consecuencia de un proceso patológico y por otras causas no especificadas presentan menor «aceptación, conformismo y serenidad». Estos datos sugieren que la naturaleza traumática puede marcar una diferencia en la utilización de dicha estrategia. Así mismo, entre las LM de origen traumático, la de etiología deportiva se diferencia de las de accidente laboral o de tráfico.

El Factor 4 de «ocultación de información a familia y amigos», por su parte, diferencia a las LM de etiología desconocida frente a los otros grupos. Sin embargo, dado que sólo tenemos dos personas en esa categoría, hay que tomar ese dato con precaución.

La etiología de la LM, por su parte, no explica ninguna de las diferencias encontradas en las estrategias de afrontamiento rememorado.

Tomando la última variable clínica de nuestra investigación, hemos agrupado las posibles *complicaciones médicas* en tres categorías (ninguna, infección de orina y otras) con el fin de ver su influencia en las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM.

Los análisis muestran que la existencia o no de problemas médicos explica algunas de las diferencias existentes en el afrontamiento actual. Así, las personas que no tienen complicaciones médicas presentan una mayor «aceptación-conformismo y serenidad», frente a las personas con otras complicaciones médicas, quienes obtienen puntuaciones significativamente más bajas. Por su parte, la mayor frecuencia de infecciones de orina se asocia a una mayor «inevitabilidad con futuro negativo», estrategia que les diferencia de las personas sin problemas médicos y con otros problemas.

Sin embargo, la existencia o no de problemas médicos no contribuye a ninguna diferencia en las estrategias de afrontamiento rememorado.

En general, podemos afirmar que la influencia de las variables clínicas no explica las diferencias individuales encontradas en las estrategias de afrontamiento de la LM.

7.4.2. Afrontamiento de la LM y características sociodemográficas

Con el objetivo de comprobar la hipótesis 3 en la que defendemos la existencia de diferencias de afrontamiento en función de variables como el género, la edad, el estado civil, el nivel de estudios o la ocupación, hemos llevado a cabo diferentes análisis estadísticos. En aquellos casos en los que sólo hay dos categorías en la variable (i.e. género y edad) hemos realizado comparaciones de medias utilizando la *t* de Student y para aquellas variables que presentan más de dos categorías hemos realizado ANOVAs unifactoriales.

Respecto al *género* y su influencia en la utilización de unas u otras estrategias de afrontamiento planteada en la hipótesis 3, los análisis muestran que hay diferencias significativas en tres de los factores de afrontamiento actual. Estas diferencias apuntan hacia una utilización más frecuente de la «aceptación-conformismo y sere-

nidad» y del «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento» entre los hombres, mientras que las mujeres presentan un mayor grado de «ocultación de información a la familia y amigos».

El análisis del afrontamiento rememorado muestra sólo diferencias significativas en el «rechazo de religión como recurso de consolación y no-importancia de especialista y de expresión/descarga emocional», estrategia más utilizada por los hombres. Estos datos no apoyan, sin embargo, la mayor utilización por parte de las mujeres de estrategias de corte social y emocional, sugerida por Carver *et al.* (1989), Endler y Parker (1990) y Pelechano *et al.* (1994).

Por otro lado, dada la diferencia de la presencia de hombres y mujeres en la muestra y el no cumplimiento del supuesto de homocedasticidad (prueba de Levene), hay que tomar estos datos con precaución y es necesario un posterior análisis confirmatorio para obtener conclusiones definitivas al respecto.

Para el análisis de la variable *edad* hemos dividido a los sujetos según su fecha de nacimiento en dos grupos para analizar sus diferencias en la variable afrontamiento: por un lado, los de 42 o menos años, nacidos antes de 1958 (N=61), y los de 43 años en adelante, nacidos en 1958 y después (N=57). Los análisis muestran que sólo hay diferencias en tres estrategias de afrontamiento actual en función de la edad. Según estos resultados, a mayor edad mayor «impacto intenso y negativo de enfermedad», mientras que los más jóvenes muestran un mayor «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento» y una mayor «aceptación-conformismo y serenidad».

El afrontamiento rememorado también muestra diferencias en función de la variable edad. Así, a mayor edad mayor «propósito de cambio (arreglo de cosas con familia, aceptación)», mientras que las personas más jóvenes presentan un mayor «rechazo de religión como recurso de consolación y no-importancia de especialista y de expresión/descarga emocional» y mayor «alejamiento como objetividad de análisis».

Estos datos apoyan la existencia de diferencias individuales en el afrontamiento en función de la edad sugeridas por Schultz y Decker (1985) y Krause y Crewe (1991). Sin embargo, igual que con la variable género, el no cumplimiento del supuesto de homocedasticidad (prueba de Levene) sugiere que tomemos estos datos con precaución y realicemos análisis adicionales para obtener conclusiones definitivas respecto a la importancia de la edad para explicar el afrontamiento.

En este sentido, parece interesante complementar el análisis de la edad y el afrontamiento con la consideración del momento de aparición de la LM. Para ello hemos analizado las diferencias en el afrontamiento de las personas cuya LM apareció antes y después de 1983. Respecto al afrontamiento actual, las personas cuya discapa-

cidad fue adquirida antes de 1983 (N = 59) muestran una mayor presencia de la estrategia de «ocultación de información a la familia y amigos» y una menor «entereza con siempre es posible un peor». En cuanto a su afrontamiento rememorado, las personas cuya LM apareció después de 1983 (N = 59) muestran una mayor «búsqueda de información relevante positiva». Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos resultados pueden no deberse sólo al paso del tiempo desde la aparición de la LM, sino que quizás reflejan la influencia de los avances médicos y de los servicios (medico-rehabilitadores, sociales, asociativos, etc.) ofrecidos a las personas con LM.

Si consideramos la variable *estado civil*, que clasifica a los sujetos de acuerdo a cinco categorías (soltero, casado, en pareja, viudo y separado) y su influencia sobre el afrontamiento actual en las personas con LM, encontramos los siguientes datos. Existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento actual en el sentido de una menor utilización del «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento» entre las personas viudas y separadas. Existe un uso diferencial de la estrategia de «autoinculpación» en función del estado civil, siendo menos utilizada por las personas casadas y en pareja frente a las otras categorías, mientras que son las personas separadas las que más se autoinculpan. La «ocultación de información a la familia y amigos» también muestra diferencias.

Respecto al estado civil y al afrontamiento rememorado, encontramos diferencias significativas en el «rechazo de religión como recurso de consolación y no-importancia de especialista y de expresión/descarga emocional», más frecuente en las personas en pareja y menos en las viudas, así como en el «realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte», comportamiento más usual en las personas que viven en pareja.

Para el análisis del afrontamiento y su relación con el *nivel de estudios* hemos diferenciado cuatro categorías: nivel primario, nivel medio, diplomado y nivel superior. Los datos de afrontamiento actual en función del nivel de estudios muestran diferencias en dos de las estrategias de afrontamiento. Según estos resultados la estrategia de «ocultación de información a la familia y amigos» es más utilizada por las personas con nivel cultural superior y significativamente menos utilizada por las personas con nivel primario.

De igual forma, de los resultados se deduce que el nivel de estudios explicaría la diferencia de utilización de la estrategia de «negación (I) de diagnóstico y gravedad». El análisis del afrontamiento rememorado mostró la ausencia de diferencias en función de esta variable.

Sin embargo, si agrupamos las categorías de nivel de estudios en dos (estudios primarios y otros), los análisis muestran mayores diferencias en el afrontamiento utilizado por las personas con LM, tanto actual como rememorado. Así, respecto al afrontamiento actual, las personas con estudios primarios utilizan más las estrate-

gias de negación, tanto «de diagnóstico y enfermedad» como de «olvido y alejamiento del problema», la «autoinculpación», la «búsqueda de información y realización de acción para no estar quieto» y muestran mayor «impacto intenso y negativo de enfermedad»; mientras que las personas con otros niveles educativos muestran una mayor «aceptación- conformismo y serenidad» y con más frecuencia «ocultan información a familia y amigos».

En cuanto al afrontamiento rememorado, las personas con estudios primarios presentan una mayor «negación de diagnóstico y gravedad», mientras que las personas con otros estudios utilizan más estrategias de «búsqueda de información relevante (positiva)», «informan a amigos» y se «alejan como objetividad de análisis» en el momento de aparición de la LM.

Por su parte, la *ocupación* parece contribuir a explicar, en alguna medida, las diferencias individuales en afrontamiento. En esta variable incluimos ocho categorías, como son estudiante, ama de casa, en activo, en paro, incapacidad laboral, pensionista, jubilado y otras actividades. El análisis de su influencia en el afrontamiento muestra diferencias en cuatro estrategias de afrontamiento actual: la «aceptación-conformismo y serenidad», la «negación (I) de diagnóstico y gravedad», el «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento» y el «impacto intenso y negativo de enfermedad».

De igual forma, la ocupación es una variable que diferencia a los sujetos en la utilización de algunas estrategias de afrontamiento rememorado, como son la «reestructuración de valores y visión del mundo», el «rechazo de religión como recurso de consolación y no-importancia de especialista y de expresión/descarga emocional» y la «primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos».

Hasta aquí hemos expuesto los resultados obtenidos en el análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y el afrontamiento de la LM, resultados que apoyan la existencia de diferencias en las estrategias utilizadas para afrontar el estrés, tal como defendíamos en la hipótesis 3.

A continuación vamos a centrarnos en la evolución de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM a lo largo del tiempo y para ello hemos comparado el afrontamiento actual y rememorado, aspecto al que dedicaremos el próximo apartado.

7.4.3. Afrontamiento actual y rememorado de la LM

Entre las hipótesis de estudio planteadas, un aspecto central es el análisis de las diferencias entre las estrategias que utiliza la persona para afrontar el estrés en el momento actual y en el momento de aparición de la LM (hipótesis 4 y 5). Dada la dife-

rente estructura factorial de los cuestionarios de afrontamiento actual y recordado y la imposibilidad de realizar comparaciones entre ambos, hemos optado por realizar análisis alternativos que nos sirvan para explorar las posibles diferencias existentes en las estrategias utilizadas por las personas con LM con el paso del tiempo.

En primer lugar, describiremos las estrategias de afrontamiento en ambos momentos mediante el *análisis de frecuencias* de los *items* con el objetivo de explorar, por separado cuáles son las estrategias más frecuentemente utilizadas por las personas con LM actualmente y en el momento de aparición de la lesión. En segundo lugar, estableceremos comparaciones intrasujeto del afrontamiento actual y recordado mediante la *prueba de t* para muestras relacionadas.

Los resultados revelan la existencia de *items* que cambian en su utilización con el transcurso del tiempo, variando su presencia en el momento de aparición de la LM y en el momento actual, confirmando así la hipótesis 4.

Así mismo, existe una gran variedad de estrategias que las personas utilizan para manejar el estrés en el momento de aparición de la lesión, confirmándose, una vez más, la existencia de diferencias individuales de afrontamiento de la LM y la ausencia de un patrón específico que caracterice a esta población. El amplio abanico de conductas y pensamientos que pueden estar presentes en ese momento incluye tanto las *reacciones* iniciales y las expresiones del *impacto* de la LM como los pensamientos de *autoánimo* para sentirse mejor y las conductas de *control emocional*. Un papel relevante juegan también la *búsqueda de información* y la *reestructuración* de valores y de visión del mundo.

Tal como planteábamos en la subhipótesis 4.1., hemos obtenido evidencia empírica en la dirección de una mayor presencia de estrategias centradas en la emoción en el momento de aparición de la LM. Sin embargo, contradiciendo lo sugerido por la revisión bibliográfica (Hanson *et al.*, 1993; Kennedy *et al.*, 1995; Richards *et al.*, 1997), no hemos encontrado una presencia de estrategias de *búsqueda de apoyo social* y de *autoinculpación* que caracterice el afrontamiento de los sujetos de nuestro estudio en el momento inicial de la hospitalización.

Al igual que ocurría en las respuestas de recordación de afrontamiento, las estrategias utilizadas por las personas en el momento actual para afrontar la LM son muy variadas, con un abanico heterogéneo de conductas y pensamientos. Así, las tres estrategias más frecuentes hacen relación a la *interacción* con los demás, a cambios en la *visión de la vida* y a la *búsqueda de información*. De igual forma, hay afirmaciones de *autoánimo*, esfuerzos de *control emocional* e intentos de *resolución de problemas*, apoyando lo defendido en la subhipótesis 4.2.

Si comparamos las estrategias de afrontamiento actuales y las recordadas, podemos apreciar que algunas estrategias son comunes en ambos momentos. De hecho,

tomando los datos globales de la muestra, los resultados revelan que de las 20 estrategias más frecuentemente utilizadas en el momento actual y en el recordado, 13 de ellas (el 65%) están presentes en ambos momentos.

Las estrategias utilizadas tanto en el afrontamiento actual como recordado son conductas de *resolución de problemas*, de *búsqueda de información* sobre la LM, de *control emocional*, *pensamientos reconfortantes* y *afrontamiento activo*. El ítem «ya nada puede ser como antes» muestra la dimensión del *impacto* de la LM y los cambios irreversibles. Otras estrategias utilizadas son la *reestructuración de valores* y *visión de la vida* y el *propósito de cambio*.

Una vez consideradas las estrategias comunes en ambos momentos, vamos a analizar cuáles son las que diferencian el afrontamiento actual del recordado. Las conductas más frecuentemente utilizadas en el momento de aparición de la LM se caracterizan por reflejar el *impacto* de la lesión, la presencia de pensamientos de *distracción* y *evasión*, de afirmaciones de *ánimo* y la *reestructuración de valores* y *visión de la vida*. Así mismo, en estos momentos de la fase aguda de la rehabilitación, la persona expresa una mayor *madurez* y la utilización de estrategias de *acción* y *lucha*. En definitiva, aunque predominan las estrategias centradas en la emoción, como defendíamos en la subhipótesis 4.1., también coexisten estrategias de acción y fuerte componente cognitivo.

De igual forma, el afrontamiento actual se caracteriza por una mayor predisposición para la *interacción social* y un mayor *interés por la familia* y *los amigos* que en la fase aguda. Las personas verbalizan una mayor *aceptación* de la situación y una *valoración positiva* al sentirse afortunados después de todo. Son frecuentes también *más conductas activas* que en el afrontamiento recordado, como lo muestra una *preocupación por el futuro*, el uso de estrategias de *resolución de problemas* y una mayor *autonomía* para resolver las cuestiones por sí mismos. Estos resultados apoyan lo defendido en la subhipótesis 4.2.

Estos datos vienen a confirmar la variabilidad y la amplitud de conductas que las personas con LM utilizan para manejar el estrés y las afirmaciones encontradas en la literatura que sugieren que se utilizan tanto estrategias centradas en la emoción como en la resolución de problemas, dada su naturaleza multidimensional (Aldwin, 1994a).

Profundizando en la investigación de las dinámicas y diferencias entre el afrontamiento actual y recordado, los análisis muestran que hay cambios en el comportamiento de las personas en su afrontamiento actual frente al momento de aparición de la lesión. Estos cambios, cuantificables en las diferencias de medias significativas ($p \leq .05$) encontradas en 22 pares de ítems (el 27,16% de las estrategias), revelan estrategias más utilizadas por la persona en el momento actual y otras cuyo uso es más habitual en el momento inicial de la rehabilitación.

Así mismo, existen también conductas que se mantienen en ambos momentos, lo que apoyaría la estabilidad de las estrategias utilizadas para afrontar el estrés, estabilidad defendida en la hipótesis 5 y sugerida tanto en la literatura general sobre el afrontamiento (Parkes, 1986; Carver *et al.*, 1989; Endler y Parker, 1990; Pelechano *et al.*, 1993) como en los estudios específicos del afrontamiento de la LM (Hanson *et al.*, 1993).

Para comparar las diferencias de afrontamiento con el paso del tiempo, el análisis de los *items* y su contenido aporta información muy útil sobre las conductas que la persona utiliza para manejar el estrés de la LM en ambos momentos de la rehabilitación.

Si comenzamos por el afrontamiento que las personas utilizaron en el momento de aparición de la LM, cuando se encontraban en el hospital en la fase aguda de la rehabilitación, las estrategias utilizadas para afrontar el estrés fueron las siguientes:

- Item 12-* Confíe en que lo que me decían no fuera verdad. Que lo mío no podía ser eso.
- Item 22-* Me sentía más irritable que lo de costumbre y lo pagaron los que estaban más cerca de mí.
- Item 33-* Me desesperé y lloré solo(a) durante un rato.
- Item 34-* Pensé que ya nada podía ser como antes.
- Item 42-* Pensé que no podía pasarme nada peor.
- Item 61-* Pensé que los médicos se habían equivocado. Esas cosas no me podían pasar a mí.
- Item 64-* Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto.
- Item 65-* Pensé que era menos grave de lo que me decían porque los médicos siempre tienden a exagerar un poco más para asustarte.
- Item 66-* Soñé o imaginé otro tiempo en el que las cosas me iban mejor.
- Item 76-* Me sentía como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza.
- Item 78-* Me aferré a un rayo de esperanza en el especialista que me ayudó desde el principio.

Entre las personas que mostraron cambios en el afrontamiento actual y recordado, sus respuestas muestran una mayor frecuencia de conductas de *negación del diagnóstico* (*items 12, 61 y 65*), como defendíamos en la subhipótesis 4.1, unidas a una *expectativa de recuperación* (*item 78*) en el momento de aparición de la lesión. También son frecuentes expresiones que reflejan el *impacto inicial* (*items 22, 33, 34, 42 y 76*), así como estrategias de *distracción* pensando en otros tiempos mejores (*item 66*) o el deseo de cambiar lo que estaba pasando y la forma de sentirse (*item 64*). Sin embargo, no hemos encontrado eviden-

cia de una mayor frecuencia la conducta de autoinculpación o de búsqueda de apoyo social en el momento de aparición de la LM, como señalaban Kennedy *et al.* (1995).

Frente a esto, las estrategias de afrontamiento actual que muestran diferencias con respecto a la conducta descrita por la persona en el momento inicial son las que presentamos a continuación:

- Item 14-* Intento resolver el problema por mí mismo/a.
- Item 24-* Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella.
- Item 43-* Pienso que, dentro de todo, tengo suerte.
- Item 44-* Intento no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me digo que tengo que tomarme las cosas con calma.
- Item 46-* Mantengo el tipo y «a mal tiempo», buena cara».
- Item 49-* Hago lo posible para que los problemas que tengo con mi familia y amigos se arreglen.
- Item 60-* Después de pensarlo bien, me propongo un par de soluciones distintas.
- Item 63-* Intento que mis sentimientos y preocupaciones no interfieran con las cosas que hago todos los días.
- Item 69-* Repaso mentalmente lo que tengo que hacer y decir.
- Item 70-* Pienso cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomo como modelo.
- Item 72-* Me digo a mí mismo/a que las cosas pueden ser peor.

Según estos datos, en el momento actual la persona utiliza más estrategias de afrontamiento activo y de resolución de problemas (*items 14, 60, 69*), así como de comparación social (*item 70*). De igual forma, con el paso del tiempo, la persona tiene un mayor control emocional (*items 44, 46 y 63*), muestra una mayor reestructuración cognitiva (*item 43*) y de los valores y visión de la vida (*item 24*). En este momento podemos observar también un mayor interés por la familia y los amigos (*item 49*), así como que la persona no valora su situación como tan negativa, pensando que las cosas pueden ir peor (*item 72*).

Estos datos apoyarían mayoritariamente la subhipótesis 4.2. que defiende la mayor presencia de estrategias activas, de resolución de problemas, una mayor aceptación y reestructuración cognitiva, junto a una menor frecuencia de la estrategia de negación. Sin embargo, no hemos encontrado evidencia empírica de una mayor presencia de estrategias de manejo y búsqueda de información en el momento actual, tal como sugeríamos.

Todos los datos presentados hasta ahora, tanto los resultados de los análisis de frecuencias como de la comparación de medias, apoyan la existencia de diferencias

en las estrategias utilizadas en el momento actual y en el momento de aparición de la lesión en la dirección sugerida en la hipótesis 4. La únicas estrategias que no han encontrado el apoyo en la dirección esperada han sido la búsqueda de apoyo social, la búsqueda de información y la autoinculpación.

Estos resultados van en la línea de los encontrados por Pelechano *et al.* (1993) que apoyan la existencia de una dinámica en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función del curso de la rehabilitación y del paso del tiempo. Así mismo, vienen a confirmarnos la adecuación de los cuestionarios utilizados para evaluar dichos cambios.

Paralelamente, existen también estrategias de afrontamiento que muestran estabilidad, es decir, conductas o formas de pensar que son más estables y no se ven tan afectadas por el paso del tiempo. En este sentido, 15 de los 81 *items* de los cuestionarios de afrontamiento (el 18,51%) no muestran diferencias significativas en las comparaciones intrasujeto del afrontamiento actual y recordado, apoyando la hipótesis 5. Estos *items* son los siguientes:

- Item 3-* Intento tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creo que saben sobre él.
- Item 6-* Voy al médico para saber a qué atenerme.
- Item 7-* Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando.
- Item 8-* Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada.
- Item 13-* Sigo adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado).
- Item 26-* Me digo a mí mismo/a cosas que me hacen sentirme mejor.
- Item 28-* Pienso que tengo que arreglar las cosas con mi familia.
- Item 30-* Intento olvidarme de todo.
- Item 35-* He pensado un plan de acción y lo estoy siguiendo.
- Item 38-* Procuero hablar con los especialistas para que me digan lo que tengo que hacer.
- Item 45-* Busco tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida).
- Item 55-* Digo lo que me pasaba a mis amigos. Así llegan a respetarme más.
- Item 57-* Recorro a experiencias pasadas: busco entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones.
- Item 59-* Me prometo a mí mismo/a que mi vida va a cambiar y que voy a coger las cosas verdaderamente en serio.
- Item 80-* Pienso que, en definitiva, me habían «pasado» a lo largo de mi vida muchas cosas.

En función de su contenido podemos considerar algunas de estas conductas como estrategias de afrontamiento activo: la *búsqueda de información* sobre la

lesión (*items 3, 6, 7 y 38*), la *acción* (*items 8 y 13*), la *resolución de problemas* (*items 35 y 57*) y el olvido como estrategia de *evasión* (*item 30*). Respecto a esta última estrategia, hay que destacar la utilidad del olvido para manejar el estrés y su valor explicativo alternativo a la tradicional concepción de la negación, sugerido por autores como Shontz (1980, 1983) en el estudio de la discapacidad y Taylor (1983) en su teoría sobre la adaptación cognitiva. El olvido como alejamiento del problema parece ser una estrategia útil para manejar el estrés. Por otro lado, no hay que olvidar que no hablar continuamente de la LM no implica negar su existencia, como apuntaba Aguado (1990). Esta explicación va en la línea de lo defendido en la bibliografía por los autores de la teoría del estrés, quienes reconceptualizan la negación al considerarla como una estrategia útil y adaptativa para manejar el estrés y no un mecanismo de defensa desadaptativo, como defendían los modelos psicodinámicos.

Algunas de estas conductas estables muestran un fuerte componente cognitivo, como, por ejemplo, los *pensamientos reconfortantes* (*item 26*), el *propósito de cambio* (*item 59*) y la *valoración subjetiva de la propia vida* (*item 80*).

Estas estrategias de afrontamiento activo y con fuerte componente cognitivo parecen no estar vinculadas al tiempo transcurrido desde la lesión, sino que, en la línea de lo que sugiere la bibliografía (Parkes, 1984; Costa y McCrae, 1987; Bolger, 1990; Pelechano, 1992, 1999; Snyder, 1999), podrían estar asociadas a características más estables de la persona (i.e., variables de personalidad como E-N y *locus*), cuya relación es interesante explorar, tal como planteamos en las hipótesis 7 y 8.

Las conductas estables de interacción social están más relacionadas con la *preocupación por la familia* (*item 28*) y la *comunicación con los amigos* (*item 55*). Otras estrategias que se mantienen con independencia del paso del tiempo son las relacionadas con la *religión o un ideal de vida* (*item 45*).

Podríamos interpretar estos resultados atribuyendo una naturaleza más o menos estable de estos comportamientos en los sujetos, independientemente del momento del proceso de adaptación. Esta presencia de estrategias comunes de afrontamiento, mostrada tanto en los análisis de frecuencias como en las comparaciones de medias, sugiere dos líneas de investigación a profundizar. Por un lado, su utilidad para manejar el estrés independientemente de los factores situacionales y del paso del tiempo sugiere la existencia de estrategias que parecen ser, en general, más eficaces para manejar el estrés, en la línea de lo sugerido por Lazarus y Folkman (1986), Aldwin (1994a) y Moos (1995), y que hemos podido comprobar en los estudios sobre afrontamiento de la LM. Más adelante, en la hipótesis 9, continuaremos profundizando en este planteamiento investigador analizando el grado de depresión asociado al uso de dichas estrategias.

Por otro lado, parecen existir conductas más o menos estables a lo largo del tiempo, posiblemente asociadas a características de la persona, que no dependen del momento de la rehabilitación y son menos influenciadas por el paso del tiempo, tal como apuntábamos en la hipótesis 5. De ahí la conveniencia de explorar su relación con las variables de personalidad, como venimos mencionando de forma reiterada, relación que podría explicar su estabilidad independientemente de su eficacia. Esta relación entre el afrontamiento y las variables de personalidad E-N y *locus* será explorada en las hipótesis 7 y 8.

A continuación vamos a complementar los datos presentados hasta ahora sobre las diferencias individuales del afrontamiento en las personas con LM con información sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los enfermos crónicos.

7.4.4. Afrontamiento de la LM y de la enfermedad crónica

Para complementar los análisis sobre las diferencias individuales de afrontamiento en personas con LM, además de analizar la variabilidad intragrupo de sus estrategias actuales y recordadas, hemos comparado dichas puntuaciones con el afrontamiento utilizado por las personas con enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas incluidas en nuestra investigación abarcan un abanico de patologías de diverso curso, pronóstico y gravedad, en el que se incluyen la enfermedad renal terminal (diálisis), otras nefropatías, el trasplante renal con éxito, la hipertensión, la diabetes y el cáncer. Realizaremos la comparación del afrontamiento entre estos enfermos crónicos y las personas con LM tomando, por un lado, a los enfermos crónicos como un grupo unitario y, por otro, diferenciándolos por diagnóstico.

Comenzando por el análisis del afrontamiento actual, los resultados muestran que hay diferencias significativas en el afrontamiento actual entre las personas con LM y los enfermos crónicos en 11 de los 16 factores de primer orden. Recordemos que dos de ellos no son válidos para la evaluación del afrontamiento en personas con LM por no alcanzar los índices de consistencia interna satisfactorios. Así, las estrategias que parecen caracterizar el afrontamiento de la LM, por orden de importancia, son una mayor «aceptación-conformismo y serenidad», el «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento», el «autoencapsulamiento y ensimismamiento», la «reestructuración de valores y visión del mundo» y un mayor «impacto intenso y negativo (a peor) de enfermedad (y perdurable)» que los enfermos crónicos. Estos resultados van en la línea de lo sugerido por Kennedy *et al.* (1995) y Gardner (1993), quienes encontraron una mayor aceptación y revalorización positiva respectivamente entre las personas con LM comparándolas con otros grupos.

En menor medida las personas con LM se caracterizan, también, por afrontar el estrés mediante estrategias de «ocultación de información a la familia y amigos» y de «rechazo de información cualificada y análisis».

Los enfermos crónicos, por su parte, presentan una mayor *negación*, tanto «negación de diagnóstico y gravedad» como «negación: olvido y alejamiento del problema». El impacto de la LM, de aparición repentina y secuelas permanentes, puede contribuir a explicar esta diferencia en el uso de estrategias de negación. De igual forma, las personas con enfermedad crónica muestran mayor grado de «autoinculpación» que las personas con LM.

Ambas poblaciones clínicas no han mostrado diferencias en la utilización de estrategias de «enganche con la vida con hedonismo», de «adecuación de acción y calma», de «entereza con siempre es posible algo peor» y de «inevitabilidad con futuro negativo», estrategias que reflejan el grado de adaptación e impacto y han sido utilizadas tanto por los enfermos crónicos como por las personas con LM.

Respecto a las estrategias de afrontamiento rememorado, hemos observado algunas diferencias entre las estrategias utilizadas por las personas con LM y con enfermedad crónica, aunque menores que en el afrontamiento actual.

Así, en el momento del conocimiento del diagnóstico, las personas con enfermedad crónica parecen utilizar más estrategias de «reestructuración cognitiva positiva», de «apego optimista a la vida y a la acción» y, en menor medida, de «alejamiento como objetividad de análisis». Los lesionados medulares, por su parte, muestran un mayor «rechazo de religión como recurso de consolación y no importancia de especialista y de expresión / descarga emocional», así como cierta tendencia a una mayor «reestructuración de valores y visión del mundo», en la línea de lo sugerido por Gardner (1993).

Los datos nos muestran que, a pesar de la ausencia de un patrón específico de afrontamiento de la LM, de la heterogeneidad de las estrategias utilizadas por las personas con LM y de una utilización de estrategias comunes con los enfermos crónicos, parece haber conductas que les diferencian en sus mecanismos de comportamiento a la hora de manejar el estrés, principalmente en el momento actual.

Dada la multiplicidad de factores que interactúan con el afrontamiento y la influencia de otras variables psicológicas, estos resultados sugieren la conveniencia de profundizar en el análisis de las diferencias existentes en el afrontamiento de las personas con LM y las diferentes enfermedades crónicas. En esta línea hemos planteado la hipótesis 6, que defiende la importancia de algunos factores propios del curso y el pronóstico de la enfermedad para explicar dichas diferencias.

Si hacemos un análisis más detallado de las diferencias de afrontamiento actual entre las personas con LM y los enfermos crónicos, considerando los diferentes diagnósticos, encontramos que:

- a) Las estrategias más usadas por las personas con LM respecto a los enfermos crónicos y que no muestran diferencias entre los subgrupos de personas con enfermedad crónica son el mayor «rechazo de religión ...», el mayor «autoencapsulamiento y ensimismamiento» y una mayor «reestructuración de valores y visión del mundo».
- b) Las personas con LM rechazan más la información cualificada y el análisis que las personas con enfermedad crónica, excepto en el caso de las personas en diálisis, que no han mostrado diferencias significativas.
- c) La mayor «ocultación de información a la familia y amigos» diferencia a las personas con LM de casi todos los subgrupos de enfermos crónicos, a excepción de las personas con cáncer.
- d) En general, los enfermos crónicos se autoinculpan más que las personas con LM, siendo los trasplantados la única excepción.
- e) El «impacto intenso y negativo de enfermedad» muestra una mayor variabilidad de resultados. Así el impacto en las personas con LM no muestra diferencias respecto a las personas con cáncer, es menor que en las personas en diálisis y mayor que en hipertensos, personas con nefropatías, trasplantados y diabéticos. Estos datos confirman el fuerte impacto de la aparición de la LM, similar al de una enfermedad de pronóstico grave como el cáncer, aunque menor que ante la presencia de un tratamiento severo como el de la diálisis.
- f) El grado de «aceptación-conformismo y serenidad» diferencia a los lesionados medulares de las personas en diálisis, las personas con nefropatías y con cáncer, pero no de las personas con hipertensión, trasplante o diabetes. Los datos sugieren que el grado de adaptación a la LM puede ser mayor que en otras enfermedades crónicas de gravedad, peor diagnóstico y sometidos en ocasiones a tratamientos severos, como es el caso de la diálisis o la quimioterapia.
- g) La negación, estrategia más usada por los enfermos crónicos como grupo, muestra diferencias en su utilización según el diagnóstico. Así, mientras que casi todos los enfermos crónicos, excepto los trasplantados, muestran mayor «negación de diagnóstico y enfermedad» que los lesionados medulares, sólo las personas en diálisis, con nefropatías y cáncer utilizan la estrategia de «negación: olvido y alejamiento del problema» más a menudo que los lesionados, medulares, curiosamente los grupos que, como mencionábamos anteriormente, muestran menor «aceptación-conformismo y serenidad».

El análisis detallado de las diferencias entre el afrontamiento de la LM y los subgrupos de enfermos crónicos muestra diferencias significativas en el uso de algunas estrategias que aparecían como compartidas entre los lesionados medulares y los enfermos crónicos tomados como un grupo. Así, llama la atención que:

- Las personas con cáncer muestran mayor «enganche con la vida y hedonismo» que los lesionados medulares, quienes a su vez utilizan más esta estrategia que los hipertensos, los diabéticos y las personas con nefropatía.
- Las personas con LM muestran mayor «adecuación de acción y calma» que los hipertensos y los trasplantados.
- Las personas con cáncer y los trasplantados tienen mayor «entereza con siempre es posible un peor», que los lesionados medulares, mientras que el uso de esta estrategia no les diferencia del resto de los subgrupos de enfermos crónicos.
- Las personas con LM muestran mayor «inevitabilidad con futuro negativo» que las personas con nefropatía y los trasplantados.

En resumen, y con una perspectiva global de las diferencias anteriormente mencionadas, la comparación del afrontamiento entre los subgrupos de enfermos crónicos y las personas con LM muestra la existencia de diferencias significativas en las estrategias utilizadas. Se mantienen algunas diferencias de las encontradas al considerar a los enfermos crónicos como un grupo único, pero destaca la variabilidad en los patrones de diferencias en función del diagnóstico, lo cual sugiere la influencia de factores propios de la enfermedad y de las situaciones estresantes asociadas sobre las estrategias utilizadas.

Sin embargo, aceptando la importancia de los factores situacionales y propios del curso de la rehabilitación, el análisis del afrontamiento debe incluir el estudio de las variables psicológicas, a las que dedicaremos el siguiente apartado.

7.5. Análisis de la relación entre el afrontamiento y las variables de personalidad

) Realizada la comparación entre el afrontamiento de la LM y de las enfermedades crónicas, vamos a continuar investigando la influencia de las variables psicológicas, cuya importancia venimos defendiendo de forma reiterada.

Con el objetivo de profundizar en su relación con el afrontamiento hemos planteado las hipótesis 7 y 8, en las que analizamos la influencia de las variables de personalidad E-N y *locus*, para explicar las diferencias encontradas en las estrategias utilizadas por las personas con LM.

7.5.1. Afrontamiento y E-N

La hipótesis 7 defiende la existencia de diferencias individuales en afrontamiento en función de E y N. Nuestros datos confirman la existencia de dichas diferencias, tanto en el afrontamiento actual como recordado.

Respecto al afrontamiento actual, hemos encontrado que las personas *extravertidas* se caracterizan por una mayor «aceptación, conformismo y serenidad», una «adecuación de acción y calma» y una «entereza con siempre es posible algo peor». Así mismo, la E presenta una correlación negativa con la «inevitabilidad con sentido negativo».

De igual forma, los lesionados medulares de nuestro estudio con puntuación alta en E se caracterizan por haber utilizado las siguientes estrategias para manejar el estrés en el momento de aparición de la LM: el «propósito de cambio (arreglo de cosas con la familia y aceptación)», la «reestructuración cognitiva positiva», la «búsqueda de información relevante», la «reestructuración de valores y visión del mundo» y una menor «primacía de la idea de enfermedad con tintes obsesivos».

Según nuestros resultados, la extraversión parece ser un predictor de buena adaptación, de una mayor aceptación y de la utilización de estrategias centradas en la acción y con componente cognitivo positivo, tanto en el momento actual como en la fase aguda de la rehabilitación, apoyando así la subhipótesis 7.1.

Por el contrario, las personas de nuestra investigación con puntuaciones altas en *neuroticismo*, actualmente muestran un mayor «impacto intenso y negativo de enfermedad», una mayor «negación (II): olvido y alejamiento del problema» y mayor «autoinculpación». En esta misma línea, a mayor neuroticismo menor «aceptación-conformismo y serenidad», menor «entereza con siempre es posible algo peor» y menor presencia de «reestructuración de valores y visión del mundo (con solución de problemas pendientes con la familia y amigos)». El neuroticismo también se asocia negativamente con el «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento».

En el momento de aparición de la LM el neuroticismo se asocia con la «primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos», una menor «reestructuración cognitiva positiva», un menor «propósito de cambio...» y un menor «realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte». De igual forma, N muestra una correlación negativa con el «realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte» en la fase aguda de la rehabilitación.

En otras palabras, las personas con alto neuroticismo presentan un mayor malestar psicológico y una mayor presencia de estrategias centradas en la emoción, con tintes negativos y ausencia de estrategias de afrontamiento activas, en la línea de lo defendido en la subhipótesis 7.2.

Confirmada la existencia de diferencias individuales en función de E-N y su influencia en la utilización de las estrategias de afrontamiento, a continuación vamos a analizar la relación de esta variable con el *locus*.

7.5.2. Afrontamiento y *locus*

En capítulos anteriores comentábamos cómo el análisis de la validez criterial mostraba la relevancia de las variables psicológicas en el estudio del afrontamiento de la LM, entre ellas el *locus*. En la hipótesis 8 planteábamos la contribución de esta variable psicológica a las diferencias de afrontamiento existentes en las personas con LM.

Respecto al afrontamiento actual, las estrategias que correlacionan positivamente con el factor de *locus* de «control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad» son la *negación*, tanto la «negación (I) de diagnóstico y gravedad» como la «negación: olvido y alejamiento del problema», la «autoculpación» y el «impacto intenso y negativo de enfermedad». Por el contrario, las estrategias que muestran una asociación inversa con este factor de *locus* externo son la «aceptación-conformismo y serenidad», el «rechazo de religión...» y el «autoencapsulamiento y ensimismamiento».

El factor bipolar de «actualismo (no importa futuro) con exculpación en tareas y exigencia personal en logro de metas» presenta correlaciones con nueve estrategias de afrontamiento actual, lo cual apoya la importancia de la relación de esta variable con las conductas utilizadas para manejar el estrés.

Por su parte, el tercer factor de segundo orden de *locus*, denominado «control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales» correlaciona positivamente con la «aceptación-conformismo y serenidad» y con el «rechazo de información cualificada y análisis. De igual forma, este factor muestra una asociación inversa con estrategias como el «enganche con la vida con hedonismo», la «autoinculpación», la «adecuación de acción y calma», la «entereza con siempre es posible un peor», la «reestructuración de valores y visión del mundo» y el «impacto intenso y negativo de enfermedad».

En cuanto al afrontamiento rememorado, los resultados muestran también una estrecha relación con el *locus*. Así el factor de *locus* de «control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad» se asocia positivamente con la «primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos», con la «negación de diagnóstico y gravedad», con el «apego optimista a la vida y a la acción» y se asocia negativamente con el «rechazo de religión...» y con el «realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte».

El «control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales», por su parte, se asocia positivamente con el «realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte» y muestra una

correlación negativa con la «reestructuración de valores y visión del mundo», la «búsqueda de información positiva, el «propósito de cambio..» y «el apego optimista por la vida».

Todos estos datos confirman la relación existente entre el *locus* y el afrontamiento, así como la asociación del *locus* interno con estrategias que reflejan una mejor adaptación, confirmando así la hipótesis y sus subhipótesis.

A modo de resumen, cabe señalar la relevancia de las variables psicológicas y su interacción con el afrontamiento en el proceso de adaptación a la LM. Así, hemos encontrado evidencia de la relación de E y el *locus* interno con las estrategias activas y de resolución de problemas, mientras que N y el *locus* externo se asocian con estrategias centradas en la emoción.

Continuando con el análisis de las variables psicológicas y el afrontamiento, vamos a dedicar el siguiente apartado al estudio de la relación de dicha variable con la depresión.

7.6. Afrontamiento y depresión

Como veíamos en la revisión teórica, la depresión ha sido uno de los temas más estudiados en la población de personas con LM y desde el modelo de las etapas a menudo ha sido considerada una reacción o una etapa necesaria hacia el proceso de adaptación. Frente a esta creencia errónea, el modelo de las diferencias individuales defiende la no universalidad de la depresión y la necesidad de estudiar esta variable en interacción con otras variables psicológicas.

Desde este marco teórico de referencia hemos planteado la hipótesis 9, en la que defendemos la no existencia de una presencia universal de la depresión entre las personas con LM y su no dependencia de la propia lesión, sino su relación con variables psicológicas como E-N, *locus* y afrontamiento.

Para comprobar esta hipótesis hemos planteado los siguientes análisis estadísticos:

- a) Análisis descriptivos de las puntuaciones de depresión en nuestra muestra de personas con LM.
- b) Anova unifactorial tomando como variable independiente el afrontamiento y como variable de agrupación la depresión, dividiendo a los sujetos en tres grupos según su puntuación en depresión (depresión baja, media y alta).
- c) Análisis discriminante de la depresión y el afrontamiento.
- d) Análisis de regresión múltiple, tomando como variables predictoras la depresión, E-N y el *locus* y como variable dependiente el afrontamiento.

7.6.1. LM y depresión

La Tabla 30 muestra las puntuaciones de depresión obtenidas por las personas con LM de nuestra investigación en el cuestionario de Beck. Los resultados confirman la variabilidad y la no presencia universal de depresión en este colectivo, tal como defendemos en la hipótesis 9.

TABLA N.º 30

ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS PUNTUACIONES DE DEPRESIÓN		
Depresión	Estadístico	Error típ.
Media	9,30	,63
Desviación típica	6,79	
Rango	29	
Asimetría	,84	,223
Curtosis	,24	,442

En función de las puntuaciones obtenidas en la escala de Beck hemos dividido la muestra de lesionados medulares en tres grupos: sujetos con depresión *alta* (superiores al centil 75), con depresión *media* (entre los centiles 25 y 75) y sujetos con depresión *baja* (inferiores al centil 25).

Si desglosamos las puntuaciones de depresión de los tres grupos anteriormente mencionados, obtenemos las siguientes resultados (Tabla 31) que resaltan aún más la gran variabilidad intragrupo apoyando la no universalidad de la depresión entre las personas con LM expresada en la hipótesis 9.

TABLA N.º 31

PUNTUACIONES DEL BECK EN PERSONAS CON LM				
BECK	Media	Desv. Típ.	N	%
Baja	2,21	1,41	34	28,81
Media	8,71	2,40	57	48,31
Alta	19,46	4,37	27	22,88
TOTAL	9,30	6,79	118	100

Según estos datos, el 22,88% de los sujetos presentan una depresión alta, mientras que el resto de la muestra no presenta niveles considerables de depresión, apoyando así la no universalidad de la depresión en las personas con LM.

7.6.2. Afrontamiento, depresión y LM

Tanto el análisis de regresión múltiple como el ANOVA de las puntuaciones de afrontamiento de los tres grupos diferenciados por la puntuación obtenida en el

Beck, muestran la existencia de diferencias en el afrontamiento en función de la depresión.

Así, existen diferencias significativas en siete estrategias de afrontamiento actual de la LM en función del grado de depresión. Las personas con baja depresión presentan una mayor «aceptación, conformismo y serenidad» y la «reestructuración de valores y visión del mundo» es una estrategia más utilizada por las personas con bajo o nivel medio de depresión, diferenciándoles de las puntuaciones altas.

Las personas con depresión alta, por su parte, se «autoinculpan» más y presentan un mayor grado de «negación (II): olvido y alejamiento del problema», «inevitabilidad con futuro negativo» y menor «entereza con siempre es posible algo peor».

El Factor 16 de «impacto intenso y negativo de enfermedad» diferencia claramente a los tres grupos, dándose una relación directa de tal forma que a mayor impacto mayor depresión.

Sin embargo, las diferencias en el afrontamiento recordado en función de la variable depresión son menores. Así, las personas más deprimidas actualmente se caracterizaron por la «negación de diagnóstico y gravedad» en el momento de aparición de la lesión, mientras que las personas con menor grado de depresión actualmente mostraron un mayor grado de «reestructuración cognitiva positiva (mirar lo positivo)» y de «realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte».

Con el fin de profundizar en el papel diferencial de las estrategias de afrontamiento en el grado de depresión hemos realizado los siguientes análisis discriminantes, tomando como variables independientes las puntuaciones en las escalas de afrontamiento y la depresión como variable de agrupación.

En primer lugar, hemos dividido la muestra en los tres grupos obtenidos en función de las puntuaciones de depresión: depresión *alta*, depresión *media* y depresión *baja*. A continuación, hemos realizado un análisis discriminante tomando como variables independientes las puntuaciones obtenidas en los diferentes factores de la escala de afrontamiento actual y como variable de agrupación los grupos (altos, medios y bajos) en Beck. Puesto que, tomando estos tres grupos la matriz de confusión no lograba clasificar a la casi totalidad de los sujetos, hemos optado por tomar únicamente los dos grupos extremos. Hemos realizado el mismo análisis con las puntuaciones en la escala de recordación de estrategias de afrontamiento.

Los resultados revelan la existencia de una función discriminante formada por las estrategias de afrontamiento *actual*, con un valor propio igual a 2,847, una correlación canónica de .860, con un valor de Lambda de Wilks de .260 y un chi cuadrado asociado de 68,708 (g.l. = 16, $p = .000$). Los resultados muestran una función altamente significativa que clasifica correctamente al 98,4% de los casos extremos.

Los resultados del análisis discriminante vienen a confirmar las diferencias encontradas en el ANOVA y comentadas anteriormente sobre las estrategias de afrontamiento en función del grado de depresión, a lo que añaden la mayor presencia de la estrategia de «enganche con la vida con hedonismo» en el momento actual en las personas que presentan menor grado de depresión.

En cuanto a la capacidad discriminativa de los factores de primer orden de afrontamiento rememorado entre los grupos con puntuaciones extremas en depresión, encontramos una función discriminante, con un valor propio igual a .839, una correlación canónica de .675, con una Lambda de Wilks de .544 y un chi cuadrado asociado igual a 31,673 (g.l.=14; $p = .004$). El porcentaje de clasificaciones correctas fue del 83,6%.

Además de confirmar las diferencias encontradas en el ANOVA, estos resultados muestran que el afrontamiento de las personas con puntuaciones bajas en depresión incluye un mayor «rechazo de religión como recurso de consolación y no-importancia de especialista y de expresión/descarga emocional» en el momento de aparición de la LM. Por su parte, las personas con depresión alta en la fase aguda de la rehabilitación se caracterizan por la «primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos».

7.6.3. Afrontamiento, depresión y variables psicológicas en personas con LM

Continuando con los análisis estadísticos planteados y con el propósito de analizar la influencia de las variables psicológicas propuestas en las subhipótesis 9.1., 9.2. y 9.3. hemos realizado análisis de regresión múltiple de las variables E-N, *locus* y depresión con cada uno de los factores de afrontamiento actual y rememorado.

La subhipótesis 9.1. defiende que las estrategias *activas* y centradas en la *resolución de problemas* estarán relacionados con un menor grado de depresión, especialmente en personas extravertidas y con *locus* interno. Hay algunas estrategias de afrontamiento actual que correlacionan negativamente con la depresión, como son la «aceptación-conformismo y serenidad», la «entereza con siempre es posible un peor» y el «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento». Dada la naturaleza correlacional de estos análisis y la bidireccionalidad parece más adecuado interpretar estos resultados como reflejo del grado de depresión de la persona y no como indicadores de eficacia del afrontamiento para manejar el estrés asociado a la LM. Es decir, tanto la entereza como la aceptación, el conformismo y la serenidad son el resultado del bienestar psicológico de la persona.

La subhipótesis 9.2. afirma que las estrategias *pasivas* y centradas en la *expresión emocional* irán asociadas a una mayor depresión, especialmente en personas con

alto neuroticismo y *locus* externo. Entre las estrategias de afrontamiento que se asocian con una mayor depresión se encuentran la «negación (I) de diagnóstico y gravedad», la «negación (II): olvido y alejamiento del problema», la «autoinculpación», la «inevitabilidad con futuro negativo» y el «impacto intenso y negativo de enfermedad», lo cual apoya lo hipotetizado.

La subhipótesis 9.3. defiende que las *estrategias cognitivas* como la reestructuración cognitiva y la reestructuración de valores y visión del mundo son útiles para afrontar la LM y se relacionan con un menor grado de depresión. Así mismo, defendemos la existencia de diferencias en su utilización en función de variables psicológicas como el *locus* y E-N. Las correlaciones de Pearson muestran que la «reestructuración de valores y visión del mundo» en el momento actual se asocia con un menor grado de depresión, lo cual confirmaría la hipótesis planteada.

El *neuroticismo*, por su parte, muestra una alta asociación con la *depresión* ($r=.639$; $p=.000$), mientras que la *extraversión*, por su parte, se asocia negativamente con la *depresión* ($r=-.384$; $p=.000$) siendo predictor de buena adaptación, en la línea de lo encontrado en algunas investigaciones sobre la LM (Elliott, Godshall *et al.*, 1991; Dias de Carvalho *et al.*, 1998) y sobre las personas con discapacidad física (Osuji, 1985).

Respecto a la variable *locus*, hemos encontrado relaciones significativas entre las variables psicológicas y el primer factor de segundo orden de *locus*, denominado «control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad». Dicho factor se asocia positivamente con el *neuroticismo* y con la *depresión*, a la vez que muestra una relación inversa con la *extraversión*, apoyando la subhipótesis 9.2. La relación entre el *locus* externo y la *depresión* ha sido señalada de forma unánime en la bibliografía sobre las personas con LM, sin embargo, como señalábamos en la parte teórica, la investigación de su relación con las variables de personalidad no se ha abordado adecuadamente. De ahí la relevancia de la inclusión de las variables E-N en nuestra investigación.

Señalada la fuerte relación existente entre las variables psicológicas incluidas en nuestro análisis de regresión múltiple, que complementa la relevancia mostrada por dichas variables en el estudio del afrontamiento, pasamos a comentar los resultados obtenidos en dicho análisis para valorar la magnitud en la que las variables consideradas (E-N, *locus* y *depresión*) contribuyen a la predicción del afrontamiento y explican las estrategias utilizadas por las personas con LM.

Los resultados de nuestra investigación muestran la influencia de dichas variables psicológicas en el afrontamiento actual y recordado, confirmando su naturaleza multideterminada y la importancia de su interacción con el *locus* y E-N.

En general, los resultados muestran que la combinación de estas variables no explica un porcentaje muy alto de la varianza del afrontamiento, excepto en la

«aceptación-conformismo y serenidad», estrategia que ve explicada más de un 48% de su varianza por la interacción de estas variables. Hay que destacar que su valor explicativo se extiende a 12 de las 14 estrategias de afrontamiento actuales con consistencia interna para la evaluación de las personas con LM. Y, aunque su poder explicativo disminuye en el afrontamiento rememorado, estas variables psicológicas contribuyen a explicar ocho de las estrategias utilizadas por los sujetos en el momento de aparición de la LM.

Las estrategias de afrontamiento actual más explicadas por esta combinación de variables psicológicas son la «aceptación-conformismo y serenidad» y el «impacto intenso y negativo de enfermedad». Cabe destacar que ambas estrategias, muy asociadas al *locus* y a la depresión, tienen un importante papel en el bienestar de la persona y en su proceso de adaptación. Destacan después, por orden de importancia, la «entereza con siempre es posible un peor», la «adecuación de acción y calma» y la «negación de diagnóstico y gravedad».

Esta combinación de variables psicológicas, sin embargo, no explica las estrategias de «ocultación de información a familia y amigos» y el «enganche con la vida con hedonismo».

Los resultados del análisis de regresión múltiple ofrecen los siguientes resultados: En primer lugar, la *depresión* confirma su fuerte relación con las estrategias de afrontamiento actual: 1) especialmente en sentido positivo con la «autoinculpación», la «inevitabilidad con futuro negativo» y el «impacto intenso y negativo de enfermedad»; 2) mientras que muestra una asociación negativa con la «aceptación-conformismo y serenidad» y la «entereza con siempre es posible un peor».

En segundo lugar, los datos sobre la *extraversión* confirman la relevancia atribuida a dicha variable de personalidad en la literatura sobre el proceso de adaptación a la LM:

- a) Su moderado aunque significativo poder explicativo se refleja en cuatro estrategias de afrontamiento actual, apoyando la subhipótesis 9.1. En este sentido, E muestra una asociación positiva con estrategias como la «adecuación de acción y calma», especialmente en las personas con bajas puntuaciones en *locus* externo.
- b) De igual forma esta variable se asocia con una mayor «entereza con siempre es posible un peor» en personas con baja depresión.
- c) La *extraversión* se relaciona negativamente con la «inevitabilidad con futuro negativo» en personas con alta depresión.
- d) Así mismo, E parece explicar una baja utilización de la estrategia de «autoencapsulamiento y ensimismamiento».

En tercer lugar, el *locus*, tal como hipotetizábamos, muestra una gran significación en la variabilidad del afrontamiento, explicando la varianza de nueve estrategias de

afrontamiento actual, cinco por sí solo y otras cuatro en combinación con las otras variables psicológicas. Destaca su relación con las estrategias de manejo de la información, como son el rechazo de información y la negación. Entre los resultados obtenidos podemos señalar:

- a) El «control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad», explica por sí sólo la variabilidad de dos estrategias de afrontamiento actual. Este factor de *locus* externo muestra una relación positiva con la «negación (II): olvido y alejamiento del problema» y en sentido negativo con el «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento».
- b) De igual forma, el «control externo social generalizado sobre trabajo y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales» explica por sí sólo otras dos estrategias de afrontamiento actual, mostrando una asociación positiva con el «rechazo de información cualificada y de análisis», junto a una relación en sentido inverso con la «reestructuración de valores y visión del mundo», apoyando la subhipótesis 9.3.
- c) La «negación (I) de diagnóstico y gravedad» es una estrategia cuya utilización sólo se explica por el *locus*, según se deduce de su relación con el factor de «control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad» y con el «factor bipolar: actualismo con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas».
- d) El «impacto intenso y negativo...» parece explicarse por la combinación de una alta depresión y una relación en sentido inverso con el «control externo social generalizado sobre trabajo y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales». En este sentido llama la atención que el *locus* externo en el área de las relaciones interpersonales parece tener un efecto amortiguador sobre el afecto negativo y el impacto de la presencia de la LM.

En cuarto lugar, el *neuroticismo* es la variable que menor poder explicativo ha mostrado para entender la variabilidad del afrontamiento actual de las personas con LM. Únicamente está presente en la explicación de la estrategia de «aceptación-conformismo y serenidad», junto a la *depresión* y el *locus* externo, mostrando una relación negativa, en la línea de lo sugerido en la subhipótesis 9.2.

Tras el análisis de regresión múltiple del afrontamiento actual hemos ofrecido evidencia de la naturaleza multideterminada de la LM y de la importancia de variables psicológicas como E-N, *locus* y depresión para su explicación.

Respecto al afrontamiento rememorado, el análisis de regresión múltiple revela información interesante. En general, el valor explicativo de la combinación de variables psicológicas elegida es menor en el momento de aparición de la lesión que en el momento actual, aunque incluye diez de las estrategias de afrontamiento rememorado.

Como se puede apreciar en la Tabla 61, las variables más explicadas por orden de importancia son el «propósito de cambio ...», el «realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte», la «reestructuración cognitiva positiva», el «rechazo de religión como recurso de consolación», el «apego optimista a la vida y a la acción» y la «reestructuración de valores y visión del mundo».

Esta combinación de variables psicológicas, sin embargo, no explica la «primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos» y el «alejamiento como objetividad de análisis». Así mismo, el «realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte» en el momento de aparición de la LM no parece relacionarse con las variables de personalidad y sólo muestra una asociación negativa con la depresión.

De los resultados del análisis de regresión múltiple del afrontamiento rememorado, cabe destacar el papel central del *locus* y su frecuente asociación con la E. Así, el *locus* confirma su fuerte relación con las estrategias de afrontamiento, especialmente relevante en el momento de aparición de la LM. Tal como hipotetizábamos, esta variable tiene una gran significación en la variabilidad del afrontamiento rememorado explicando la varianza de ocho estrategias de afrontamiento, tres como variable única y cinco en combinación con las otras variables psicológicas, especialmente la E. Entre los resultados obtenidos podemos señalar:

- a) El «control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad» explica por sí sólo la variabilidad de dos estrategias de afrontamiento rememorado. Este factor de *locus* externo muestra una relación positiva con el «apego optimista a la vida y a la acción» y en sentido negativo con el «rechazo de religión como recurso de consolación y no-importancia de especialista y de expresión/descarga emocional».
- b) Por su parte, el «control externo social generalizado sobre trabajo y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales» explica otras dos estrategias de afrontamiento rememorado en estrecha relación con la E, mostrando una asociación negativa con la «negación (II) de diagnóstico y gravedad» y con el «propósito de cambio ...», apoyando la subhipótesis 9.1.
- c) De igual forma, la «búsqueda de información relevante positiva» está en estrecha relación con dos factores de *locus*, confirmando la importancia de esta variable en el manejo de la información sobre la discapacidad. Así, parece ser una estrategia más utilizada en personas extravertidas y con bajas puntuaciones de *locus* externo, ya que muestra una asociación negativa con *locus* FII y *locus* FIII.

La relación entre la E y el *locus* en la utilización de las estrategias de afrontamiento en la fase aguda de la rehabilitación muestra cómo las personas *extravertidas* con *locus* externo utilizan más las estrategias de reestructuración cognitiva, mien-

tras que las internalistas utilizan estrategias de resolución y manejo de la información. Entre los resultados obtenidos cabe destacar que:

- a) La «reestructuración de valores y visión del mundo» es una estrategia cuya utilización se explica por la E y el *locus* externo, según se deduce de su relación el factor de «control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad».
- b) De igual forma, la «reestructuración cognitiva positiva» muestra una asociación positiva con la E y con el «control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad» en personas con baja depresión.
- c) La «búsqueda de solución en otros o en pasado» es otra estrategia que también ha sido explicada por la combinación de E y el primer factor de *locus* externo al que hemos hecho referencia en el párrafo anterior.

Estos datos apoyan parcialmente la subhipótesis 9.3., en el sentido de que las estrategias cognitivas de afrontamiento son más frecuentes en personas extravertidas, pero no hemos encontrado apoyo para la mayor frecuencia de estas estrategias en las personas con *locus* interno.

- d) El «propósito de cambio ...» parece explicarse por la combinación de una alta E y una relación en sentido inverso con el tercer factor de *locus* denominado «control externo social generalizado sobre trabajo y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales».
- e) La «negación (II) de diagnóstico y gravedad», por su parte, es más frecuente en las personas *extravertidas* y las personas con bajas puntuaciones en el tercer factor de *locus* externo anteriormente mencionado.

De esta manera acabamos nuestra exposición en la que hemos mostrado cómo hemos llevado a cabo nuestro estudio de campo encaminado a validar unos cuestionarios de evaluación del afrontamiento de las personas con LM y explicar las estrategias que utilizan para manejar el estrés en el momento actual y en el momento de aparición de la LM.

A continuación, presentaremos de forma resumida los resultados de los análisis anteriormente expuestos y las conclusiones finales.

RESUMEN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- 8.1. Resumen de los principales resultados del trabajo de campo
- 8.2. Conclusiones



8. RESUMEN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

) Como señalábamos en la Introducción, con este trabajo hemos pretendido tres objetivos fundamentales:

1. Validar el *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento* (Pelechano, 1992) y el *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (Pelechano, 1992) en una amplia muestra de personas con LM en el marco de la *EMELM* de Aguado.
2. Estudiar si existen estrategias de afrontamiento que caracterizan a las personas con LM o si, por el contrario, existen diferencias individuales explicadas por otras variables psicológicas y no exclusivamente por la presencia de esta discapacidad.
3. Estudiar si existe relación entre el *afrontamiento* y las variables clínicas de la LM, las variables sociodemográficas y variables psicológicas relevantes, como la *extraversión*, el *neuroticismo*, la *depresión* y el *locus*.

En la parte teórica hemos llevado a cabo la revisión bibliográfica que nos ha permitido presentar el estado de la cuestión sobre el afrontamiento de la LM y justificar la elección de los instrumentos de evaluación y las variables en estudio. Partiendo del modelo de las diferencias individuales y de la relevancia de las variables psicológicas en el proceso de adaptación, hemos defendido la necesidad de introducir nuevas variables de estudio como el afrontamiento, aplicando una metodología diferencial y creando instrumentos válidos para la evaluación en psicología de la rehabilitación.

En el estudio de campo hemos realizado un análisis psicométrico de unos instrumentos de evaluación del afrontamiento creados por Pelechano (1992) para enfermos crónicos, con el objetivo de ver su adecuación a nuestra población de estudio en el contexto de la *EMELM* de Aguado. Validados los cuestionarios para la evaluación de dicha variable en las personas con LM hemos analizado los resultados obtenidos sobre afrontamiento actual y rememorado de las personas con LM de nuestra muestra para explicar las diferencias individuales encontradas en relación con las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas.

Antes de pasar a resumir los resultados más importantes y a exponer las conclusiones a las que hemos llegado, debemos señalar la validez de los cuestionarios para la evaluación del afrontamiento de la LM y el alto grado de coincidencia entre algunas de las apreciaciones previas e hipótesis de trabajo y los resultados obtenidos, que ofrecen evidencia empírica que las respalda.

8.1. Resumen de los principales resultados del trabajo de campo

El análisis de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de personas con LM de nuestro estudio revela una muestra representativa de esta población, más heterogénea que las muestras de la bibliografía sobre el tema, y en la que destaca la mayor presencia de mujeres, de LM de larga evolución y de etiología no traumática.

El análisis psicométrico de los cuestionarios de evaluación del afrontamiento y su aplicación a las personas con LM para valorar su adecuación ofrece evidencia de la buena consistencia interna en casi todos los factores de primer orden. Así, el *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* muestra consistencia interna en 14 de los 16 factores del cuestionario original, a excepción de la «inculpación a la familia y huida hacia adelante» y «la búsqueda de información y realización de acción para no estar quieto», factores que deberían revisarse o reformularse para la evaluación del afrontamiento en personas con LM.

Respecto al *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento*, el cuestionario presenta buena fiabilidad en 11 de sus 14 factores, no siendo fiables para la evaluación de la LM la «apelación a familia como apoyo-recurso», la «información amigos» y la «inculpación a familia y huida hacia adelante».

En general, el comportamiento de los factores muestran patrones semejantes a los obtenidos por Pelechano con enfermos crónicos. En este sentido, la consistencia interna de los factores de afrontamiento actual es similar a la informada por Pelechano *et al.* (1993), aunque algo menor en casi todos los valores obtenidos excepto en el Factor 14, en el que la consistencia interna para las personas con LM es ligeramente superior. El afrontamiento rememorado ofrece más diferencias en la consistencia interna respecto al cuestionario original, ya que presenta mayor consistencia interna en cuatro factores y menor en dos de ellos.

Las estrategias sin consistencia interna no se adecúan a la situación de las personas con LM de larga evolución, sino que reflejan una situación aguda o más cercana al contexto de la salud que de la rehabilitación. La necesidad de revisar estos factores confirma la adecuación del enfoque de construcción específica de cuestionarios para la evaluación del afrontamiento de las diferentes situaciones estresantes, de tal forma que se incluyan estrategias generales de afrontamiento y específicas para cada situación.

En cuanto a los análisis de validez criterial, las variables psicológicas elegidas para nuestra investigación (depresión, *locus* y E-N) son relevantes para el afrontamiento tanto actual como rememorado.

El análisis de las puntuaciones de afrontamiento de nuestra muestra de estudio revela gran variabilidad en las respuestas y la ausencia de un patrón único para afrontar la LM, confirmando la existencia de diferencias individuales defendida en la hipótesis 1.

En general, las variables clínicas no muestran influencia sobre el afrontamiento de la LM excepto en algunas estrategias que reflejan la adaptación a la LM, ofreciendo evidencia que apoya la hipótesis 2. Así, las estrategias de afrontamiento actual y recordado no dependen del nivel o del tipo de LM, aunque el impacto en el momento de aparición parece ser mayor en las LM altas independientemente de que sean completas o incompletas.

La etiología, por su parte, produce algunas diferencias leves en el afrontamiento actual. En este sentido, la naturaleza traumática de la LM parece influir en la «aceptación, conformismo y serenidad», siendo las de origen deportivo las que mayores puntuaciones presentan en esta estrategia. La presencia de complicaciones médicas parece asociarse a una peor adaptación en el momento actual, reflejada en una menor «aceptación...» y una mayor «inevitabilidad con futuro negativo».

Sin embargo, la hipótesis 3, que defiende la existencia de diferencias en función de las variables sociodemográficas, sólo ha encontrado apoyo parcial y son necesarios análisis complementarios para obtener resultados concluyentes al respecto. No hay evidencia de las diferencias de afrontamiento en función del *género* defendidas por la literatura. Los jóvenes parecen adaptarse mejor, mientras que el impacto de la LM y el papel de la familia parecen ser mayores en función de la *edad*. Así mismo, analizar la influencia del tiempo de evolución requiere estudios específicos y la consideración de las variables del entorno.

La influencia del *estado civil* en la utilización de estrategias como la autoinculpación, el rechazo de la religión y la ocultación de información parece ser mayor en el momento de aparición de la LM y la presencia de pareja es importante para explicar dichas diferencias. Respecto al *nivel de estudios* es la ausencia de estudios el factor que produce diferencias que se reflejan en el uso de las estrategias de manejo de la información, mientras que las diferencias explicadas por la ocupación abarcan más las estrategias generales de adaptación.

Hemos encontrado apoyo también para la hipótesis 4 y sus subhipótesis en el sentido de que hay diferencias entre el afrontamiento actual, más caracterizado por estrategias activas y de resolución de problemas, mayor aceptación y reestructuración cognitiva, y el recordado, en el que predominan las estrategias de corte emotivo y existe una mayor negación a la vez que coexisten las estrategias de resolución de problemas y las cognitivas. Sin embargo no hemos encontrado una mayor presencia de apoyo social y de autoinculpación en el momento de aparición de la LM, y

tampoco hay evidencia de que el afrontamiento actual se caracterice por una mayor búsqueda de información o por una menor negación.

A pesar de la evidencia de una dinámica del afrontamiento con el paso del tiempo, la comparación del afrontamiento actual y recordado ha revelado un alto porcentaje de estrategias que son comunes a lo largo del proceso de adaptación a la LM, apoyando la hipótesis 5. Todo parece apuntar que 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.

Respecto a la comparación del afrontamiento de las personas con LM con el de los enfermos crónicos, los análisis muestran similitudes y diferencias en las estrategias utilizadas, tal como defendemos en la hipótesis 6. Son comunes algunas de las estrategias generales de adaptación e impacto, mientras que las diferencias aparecen en una mayor presencia de estrategias como la aceptación, la reestructuración cognitiva, el encapsulamiento y el impacto en las personas con LM. Los enfermos crónicos, por su parte, presentan mayor negación e inculpación y hay que destacar que dichas diferencias aumentan al considerar los diagnósticos por separado, lo cual sugiere que algunas características de la enfermedad, su curso, los tratamientos y las situaciones estresantes a las que se enfrenta la persona pueden influir en las estrategias utilizadas. Aunque estos resultados son preliminares y requieren análisis confirmatorios, coinciden con los encontrados por Pelechano *et al.* (1993) en la línea de su defensa de una psicología diferencial de los enfermos crónicos y sugieren la existencia de variables situacionales y propias del curso de la rehabilitación que podrían influir en el afrontamiento. La consideración de esas variables junto a las variables de personalidad, desde una metodología diferencial parece el enfoque adecuado para avanzar en el conocimiento de las diferencias individuales en el afrontamiento de las poblaciones clínicas.

Los apartados dedicados al análisis de la relación entre el afrontamiento y las variables psicológicas han ofrecido datos muy consistentes y acordes con las hipótesis planteadas. De los resultados obtenidos se confirma la relación entre el afrontamiento y las variables de personalidad E-N y *locus* (hipótesis 7 y 8). Así, E y el *locus* interno se relacionan con estrategias activas y de resolución de problemas, mientras que N y el *locus* externo se asocian con estrategias centradas en la emoción, que reflejan un mayor malestar psicológico y un mayor impacto de la LM.

Los análisis de las puntuaciones de depresión en nuestra investigación confirman la no universalidad de su presencia en las personas con LM, tal como defendemos en la hipótesis 9, y su relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas. Parece adecuado aceptar una relación bidireccional entre el afrontamiento y la depresión

de tal forma que el grado de depresión no se interprete únicamente como indicador de la eficacia del afrontamiento, sino como un factor que también puede influir en las estrategias utilizadas. Así, en nuestra investigación hemos encontrado estrategias que se relacionan con el grado de depresión y que son reflejo del estado emocional. Por un lado, tenemos la «inevitabilidad con futuro negativo», el «impacto intenso y negativo de enfermedad» en sentido negativo y, por otro, la «aceptación, conformismo y serenidad», el «enganche con la vida con hedonismo» o la «entereza con siempre es posible un peor» en sentido positivo.

Junto a éstas, hay otro tipo de estrategias cuya asociación con la depresión parece estar en función de su utilidad o eficacia. Así, las estrategias de naturaleza cognitiva, como la «reestructuración de valores y visión del mundo» o la «reestructuración cognitiva positiva», se asocian a un mayor bienestar psicológico, mientras que la autoinculpación no parece ser una estrategia eficaz, ni en el momento actual ni en el momento de aparición de la LM.

Por último, los análisis de regresión múltiple han puesto de manifiesto la relevancia de las variables psicológicas para entender el afrontamiento de la LM y las diferencias individuales, así como la naturaleza multideterminada de dicha variable, confirmando la hipótesis 9 y sus subhipótesis correspondientes. De los resultados obtenidos cabe destacar el poder predictivo de buena adaptación de la extraversión, especialmente en las personas con *locus* interno, así como la estrecha relación entre el *locus* y las estrategias de manejo de la información, relación que parece una interesante línea futura de investigación.

8.2. Conclusiones

-) **Dados** los resultados obtenidos en el estudio empírico que acabamos de resumir y el cumplimiento de las hipótesis planteadas, llegamos a las siguientes conclusiones:
- a) Los cuestionarios de afrontamiento incluidos en la EMELM de Aguado son adecuados para la evaluación de esta variable en las personas con LM: La adaptación que hemos realizado del Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento y el Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales de Pelechano es válida para la evaluación del afrontamiento en las personas con LM. Ante la necesidad de crear instrumentos válidos en psicología de la rehabilitación, y desde un enfoque de elaboración específica de cuestionarios de afrontamiento, parece adecuado haber elegido unos cuestionarios contruidos en el área de la salud para enfermos crónicos y realizar las adaptaciones necesarias, en lugar de aplicar un cuestionario general sobre afrontamiento.
 - b) Como suponíamos, existen *diferencias individuales en el afrontamiento* y hay evidencia de la ausencia de un patrón de afrontamiento que caracte-

rice a las personas con LM. Ello supone la existencia de procesos individualizados de adaptación y ofrece apoyo empírico al modelo de las diferencias individuales frente al modelo de las etapas.

- c) *Las variables clínicas no permiten explicar la utilización de las estrategias de afrontamiento* ni en el momento actual ni en el de la aparición de la LM. Así, el tipo, el nivel, la etiología de la LM y las complicaciones médicas no explican las estrategias de afrontamiento utilizadas. Las variables sociodemográficas, en contra de lo esperado, no han mostrado tener gran influencia en la determinación de las conductas de manejo del estrés.
- d) Existen *diferencias entre el afrontamiento actual y recordado* de la LM, lo cual es indicador de una dinámica personal en la utilización de dichas estrategias y de la influencia de los factores situacionales. De igual forma, algunas conductas y pensamientos utilizados por las personas con LM para manejar las situaciones estresantes se mantienen a lo largo del proceso de adaptación mostrando *estabilidad*. Todo ello confirma la naturaleza multideterminada de este constructo en la que interactúan tanto factores personales como factores ambientales.
- e) *Las variables psicológicas, especialmente las de personalidad E-N y locus, se confirman como los factores más importantes para explicar las estrategias de afrontamiento*, tanto actual como recordado. Nuestros resultados ofrecen evidencia de la frecuente relación entre E-N y el afrontamiento sugerida en la literatura. El *locus* confirma su relevancia en la estrategias de afrontamiento y esta variable muestra una estrecha relación con la depresión, lo cual es indicador de su relevancia en el proceso de adaptación a la LM.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aadalen, S.P., y Stroebel-Kahn, F. (1984): *Coping with Quadraplegia*. En R.H. Moos (Ed.): *Coping with Physical Illness 2: New Perspectives* (pp. 173-188). Nueva York: Plenum Medical Book.

Aaberg, M.N. (1996): *Returning to the community with a spinal cord injury: Issues and coping strategies identified by the experiences of a man and a woman*. Tesina de Master, Rush University (MAI 34/05, p. 1945).

Adams, J., y Lindeman, E. (1974): *Coping with long term disability*. En G. Coelho, D. Hamburg y J. Adams (Eds.): *Coping and adaptation* (pp. 127-138). Nueva York: Basic Books.

Adler, A. (1927): *Study of organ inferiority and its physical compensations*. Nueva York: Nervous and Mental Disease Publishing Co.

Aguado, A.L. (1987): *Compromiso psicosocial en la rehabilitación de las discapacidades motrices*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13 (38), 587-621.

Aguado, A.L. (1988): *Algunas reflexiones en torno a los conceptos de rehabilitación y psicología de la rehabilitación y sus implicaciones de cara a la planificación de servicios de atención a minusválidos*. Comunicación presentada al área *Minusválidos y Servicios Sociales* de las II Jornadas de Psicología de la Intervención Social: *Psicología e Interdisciplinaridad en Servicios Sociales*, Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos, 28-30-XI (Actas de las Jornadas, Tomo I, pp. 455-460. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1989).

Aguado, A.L. (1989a): *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. (1989b): *La evaluación psicológica en rehabilitación: de la calificación a la integración en el proceso de intervención psicológica*. Comunicación presentada a la reunión científica de la *Sociedad Española de Evaluación Psicológica* sobre *Problemas actuales en Evaluación Psicológica*. Madrid, 11-III.

Aguado, A.L. (1990): *Proceso de adaptación a la discapacidad: Modelos e implicaciones terapéuticas*. Córdoba, 1-3-XI (*Anales de Psiquiatría*, 6 (2): 26-27).

Aguado, A.L. (1991): *Un tema olvidado pero actual y con futuro: La psicología de la rehabilitación de los discapacitados motóricos*. Ponencia a las III Jornadas de Psicología de la Intervención Social: El Bienestar Social de la Década de los 90. Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos, 27-29-XI (Actas de las Jornadas, Tomo II, pp. 985-1000. Madrid: INSERSO).

Aguado, A.L. (1994): *Evaluación psicológica en rehabilitación: Panorama crítico y presentación de alternativas*. Comunicación presentada al Symposium Evaluación en Rehabilitación del IV Congreso de Evaluación Psicológica, Santiago, 21-24-IX.

Aguado, A.L. (1995): *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE.

Aguado, A.L., y Alcedo, M.A. (1990): *Las estadísticas españolas de minusválidos físicos: Una revisión crítica*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16 (50), 507-548.

Aguado, A.L., y Alcedo, M.A. (1995a): *Las personas con discapacidad física*. En M.A. Verdugo (Dir.): *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 145-184). Madrid: Siglo XXI.

Aguado, A.L., y Alcedo, M.A. (1995b): *La intervención en discapacidad física*. En M.A. Verdugo (Dir.): *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 185-221). Madrid: Siglo XXI.

Aguado, A.L., y Alcedo, M.A. (1999): *Evaluación psicológica en rehabilitación*. En Ruano, A.; Muñoz, J.M., y Cid, C. (Coords.): *Psicología de la rehabilitación en deficiencias y discapacidades físicas* (pp. 33-58). Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

Aguado, A.L.; Alcedo, M.A.; Rueda, M.B.; Flórez, M.A., y Gutiérrez, M. (1994): *Una Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares: Primeros resultados en Asturias y Euskadi*. Comunicación presentada al Symposium Evaluación en rehabilitación del IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago, 21-24-IX-1994.

Aguado, A.L.; Alcedo, M.A.; Rueda, M.B.; Santos, A.M., y González, I. (1997): *Una aproximación psicométrica a la Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares*. Comunicación presentada en las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca, 20-22-III-1997.

Albrecht, G.L., y Higgins, P. (1977): *Rehabilitation success: The interrelationships of multiple criteria*. *Journal of Health and Social Behavior*, 18 (1), 36-45.

Alden, P. (1992): *Psychological aspects of spinal cord injury*. *Educational and Child Psychology*, 9 (1), 34-48.

Aldwin, C.M. (1985): *Cultural influences on the stress process*. Comunicación presentada en el International Symposium on the Management of Stress: Biological, Psychological and Clinical Implications. Ensenada, México.

Aldwin, C.M. (1994a): *Stress, coping and development*. Londres: The Guilford Press.

Aldwin, C.M. (1994b): *Measurement of coping strategies*. En C.M. Aldwin: *Stress, coping and development* (pp. 108-135). Londres: The Guilford Press.

Aldwin, C.M.; Folkman, S.; Schaefer, C.; Coyne, J.C., y Lazarus, R.S. (1980): *Ways of coping: A process measure*. Comunicación presentada en el Congreso Anual de la American Psychological Association, Montreal.

Aldwin, C.M., y Revenson, T.A. (1987): *Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (2), 337-348.

Alexander, F. (1950): *Psychosomatic Medicine*. Nueva York: Norton.

Alexander, F.; French, T.M., y Pollock, G.H. (1968): *Psychosomatic specificity*. Vol. 1: *Experimental study and results*. Chicago: Universidad de Chicago Press.

Alexy, W.D. (1980): *Coping with loss: The principal theme postulate*. *Rehabilitation Literature*, 41 (3-4), 66-71.

Aliaga, F., y Capafons, A. (1996): *La medida del afrontamiento: Revisión crítica de la Escala de modos de coping (Ways of Coping)*. *Ansiedad y estrés*, 2 (1), 17-26.

Amirkhan, J.H. (1990): *A factor analytically derived measure of Coping: The Coping Strategy Indicator*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (5), 1066-1074.

Amirkhan, J.H. (1994): *Criterion validity of a coping measure*. *Journal of Personality Assessment*, 62 (2), 242-261.

Amirkhan, J.H.; Risinger, R.T., y Swickert, R.J. (1995): *Extraversion: A hidden personality factor in coping?* *Journal of Personality*, 63 (2), 189-212.

Anderson, T.P., y Andberg, M.M. (1979): *Psychosocial factors associated with pressure sores*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60 (4), 341-346.

Andersson, G.; Melin, L.; Lindberg, P., y Scott, B. (1995): *Development of a short scale for self-assessment of experiences of hearing loss: The Hearing Coping Assessment*. *Scandinavian Audiology*, 24 (3), 147-154.

Andrew, J.M. (1970): *Recovery from surgery with and without preparatory instruction for three coping styles*. Journal of Personality and Social Psychology, 151 (2), 223-226.

Andrews, G.; Singh, M., y Bond, M. (1993): *The Defense Style Questionnaire*. Journal of Nervous and Mental Disease, 181, 246-256.

Anguera, M.B. (1980): El lesionado medular traumático. Problemas psicológicos y tratamiento. México: Trillas.

Anson, C.A.; Stanwyck, D.J., y Krause, J.S. (1993): *Social support and health status in spinal cord injury*. Paraplegia, 31 (7), 632-638.

Antonak, R.R., y Livneh, H. (1991): *A hierarchy of reactions to disability*. International Journal of Rehabilitation Research, 14 (1), 13-24.

Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993): *The structure and properties of the Sense of Coherence scale*. Social Science and Medicine, 36 (6), 725-733.

Asken, M.J. (1976): *Behavioral techniques and orthopedic disability: A review*. Rehabilitation Psychology, 23 (1), 41-64.

Athelstan, G.T., y Crewe, N.M. (1979): *Psychological adjustment to spinal cord injury as related to the manner of onset of disability*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 33 (4), 311-319.

Atkinson, M., y Violato, C. (1993): *A factor analysis of the Ways of Coping Questionnaire based on data from saddening experiences*. Psychological Reports, 72 (3), 1159-1164.

Auerbach, S.M. (1989): *Stress management and coping research in the health care setting: An overview and methodological commentary*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 (3), 388-395.

Augusto, J.M., y Martínez, R. (1998): *Afrontamiento al estrés y salud. Panorama actual de la investigación*. Boletín de Psicología, 58 (1), 31-48.

Austin, S.H. (1974): Coping and psychological stress in pregnancy, labor and delivery with natural childbirth and medicated patients. Tesis Doctoral (No publicada). Universidad de California, Berkeley.

Averill, J.R., y Rosenn, M. (1972): *Vigilant and nonvigilant coping strategies and psychophysiological stress reactions during anticipation of electric shock*. Journal of Personality and Social Psychology, 23 (2), 128-141.

Ayers, T.S.; Sandler, I.N.; West, S.G., y Roosa, M.W. (1996): *A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping*. Journal of Personality, 64 (4), 923-958.

Barker, R.G. (1948): *The social psychology of the physical disability*. Journal of Social Issues, 4 (4), 28-38.

Barker, R.G.; Wright, B., y Gonick, M. (1946): *Adjustment to physical handicaps and illness: A survey of the social psychology of physique and disability*. Nueva York: Social Science Research Council.

Barone, S.H. (1993): *Adaptation to spinal cord injury (Coping, Roy Adaptation Model)*. Tesis doctoral, Boston College (Dissertation Abstracts International, vol. 54-7B, pág. 3547).

Bas, P.; Gala, F.J., y Díaz, M. (1994): *Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de médula espinal (LME)*. Clínica y Salud, 5 (3), 259-271.

Beckham, E.E. (1986): *The Coping Strategies Scales for depressed patients*. En Keller, P.A., y Ritt, L.G. (Eds.): *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 5) (pp. 287-297). Sarasota: Professional Resource Exchange, Inc.

Beckham, E.E., y Adams, R.L. (1984): *Coping behavior in depression: Report on a new scale*. Behaviour Research Therapy, 22 (1), 71-75.

Ben Porath, Y.S., y Tellegen, A. (1990): *A place for traits in stress research*. Psychological Inquiry, 1 (1), 14-17.

Ben Porath, Y.S.; Waller, N.G., y Butcher, J.N. (1991): *Assessment of coping: An empirical illustration of the problem of inapplicable items*. Journal of Personality Assessment, 57 (1), 162-176.

Berger, S., y Garrett, J. (1952): *Psychological problems of the paraplegic patient*. Journal of Rehabilitation, 18 (5), 15-17.

Berkowitz, M. (1986): *Illness behaviour and disability*. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.): *Illness behavior: A multidisciplinary model* (pp. 189-203). Nueva York: Plenum Press.

Bermúdez, J., y Pérez, A.M. (1989): *Análisis procesual de la personalidad*. En E. Ibáñez y V. Pelechano (Coords.): *Personalidad* (pp. 83-140). Madrid: Alhambra.

Biering-Sørensen, F.; Pedersen, W., y Giørtz Müller, P. (1992): *Spinal cord injury due to suicide attempts*. Paraplegia, 30 (2), 139-144.

Billings, A.G., y Moos, R.H. (1981a): *Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression*. Journal of Personality and Social Psychology, 46 (9), 877-891.

Billings, A.G., y Moos, R.H. (1981b): *The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful events*. Journal of Behavioral Medicine, 4 (2), 139-157.

Bleiberg, J.; Ciulla, R., y Katz, B.L. (1991): *Psychological components of rehabilitation programs for brain-injured and spinal cord injured patients*. En J.J. Sweet, R.H. Rozensky y S.M. Tovians (Eds.): *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 375-400). Nueva York: Plenum Press.

Bodenhamer, E.; Achterberg-Lawlis, J.; Keverkian, G.; Belanus, A., y Cofer, J. (1983): *Staff and patient perceptions of the psychosocial concerns of spinal cord injured persons*. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 62 (4), 182-193.

Boekamp, J.R.; Overholser, J.C., y Schubert, D.S.P. (1996): *Depression following a spinal cord injury*. International Journal of Psychiatry in Medicine, 26 (3), 329-349.

Bolger, N. (1990): *Coping as a personality process: A prospective study*. Journal of Personality and Social Psychology, 59 (6), 525-537.

Bolger, N., y Zuckerman, A. (1995): *A framework for studying personality in the stress process*. Journal of Personality and Social Psychology, 69 (9), 890-902.

Bolton, B. (Ed.) (1987): *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (2ª edición). Baltimore: Paul H. Brookes.

Bolton, B., y Brookings, J.B. (1993): *Appraising the psychometric adequacy of rehabilitation assessment instruments*. En R. Glueckauf, L.B. Sechrest, G. Bond y R. McDonel (Eds.): *Improving assessment in rehabilitation and health* (pp. 109-132). Newbury Park, CA: Sage.

Bordieri, J.E.; Comninel, M.E., y Drehmer, D.E. (1989): *Client attributions for disability: Perceived accuracy, adjustment and coping*. Rehabilitation Psychology, 34 (4), 271-278.

Boschen, K.A. (1996): *Correlates of life satisfaction, residential satisfaction and locus of control among adults with spinal cord injury*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 39 (4), 230-243.

Bostick, R. (1977): *Quality of life survey among severely handicapped population*. Dissertation Abstracts International, 38, 1946-B (University Microfilms n° 77-20, 472).

Boswell, B.B. (1997): *Exploring quality of life of adults with spinal cord injuries*. Perceptual and Motor Skills, 84 (3), 1149-1150.

Boudreaux, E.; Catz, S.; Ryan, L., y Amaral, M. (1995): *The Ways of Religious Coping Scale: Reliability, validity and scale development*. Assessment, 2 (3), 233-244.

Bourestom, N., y Howard, M. (1965): *Personality characteristics of three disability groups*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 46 (9), 626-632.

Bowlby, J. (1980): *Loss: Sadness and depression (Attachment and loss, Vol. 3)*. Nueva York: Basic Books.

Braakman, R.; Orbaan, J., y Dishoeck, M. (1976): *Information in the early stages after spinal cord injury*. International Journal of Paraplegia, 14 (1), 95-100.

Bracken, M.B., y Bernstein, M. (1980): *Adaptation to and coping with disability one year after spinal cord injury: An epidemiological study*. Social Psychiatry, 15 (1), 33-41.

Bracken, M.B., y Shepard, M.J. (1980): *Coping and adaptation following acute spinal cord injury: A theoretical analysis*. Paraplegia, 18 (1), 74-85.

Bracken, M.B.; Shepard, M.J., y Webb, S.B. (1981): *Psychological response to acute spinal cord injury: An epidemiological study*. Paraplegia, 19 (5), 271-283.

Brantley, P.J., y Thomason, B.T. (1995): *Stress and stress management*. En A.J. Gocreczny (Ed): *Handbook of health and rehabilitation psychology*. Plenum series in rehabilitation and health (pp. 275-289). Nueva York: Plenum Press.

Bray, G.P. (1980): *Rehabilitation of spinal cord injury: A family approach*. En P.W. Power y A.E. Dell Orto (Eds.): *Role of the family in the rehabilitation of the physically disabled* (pp. 242-255). Baltimore: University Park Press.

Breslau, N.; Davis, C.G., y Andreski, P. (1995): *Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis*. American Journal of Psychiatry, 152 (6), 529-535.

Brewin, C.R. (1988): *Explanation and adaptation in adversity*. En S. Fisher y J. Reason (Eds.): *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 423-439). Nueva York: John Wiley & Sons.

Brown, D.J. (1992): *Spinal cord injuries: The last decade and the next*. Paraplegia, 30 (1), 77-82.

Brown, G.W., y Harris, T.O. (1978): *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Nueva York: Free Press.

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.

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.; Burk, J.P.; Brownlee-Duffeck, M.; Frank, R.G., y DeGood, D. (1988): *Cognitive and somatic aspects of depression among a rehabilitation sample: Reliability and validity of SCL-90-R research subscales*. *Rehabilitation Psychology*, 33 (2), 67-75.

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.

Buendía, J., y Mira, J.M. (1993): *Estrés, desarrollo y adaptación*. En J. Buendía (Coord.): *Estrés y psicopatología* (pp. 41-61). Madrid: Pirámide.

Bugen, L.A., y Hawkins, R.C. (1981): *The coping assessment battery: Theoretical and empirical foundations*. Comunicación presentada en el Congreso Anual de la American Psychological Association. Los Angeles, VIII-1981. (Citado por Aldwin, 1994b).

Bulman, R.J., y Wortman, C.B. (1977): *Attribution of blame and coping in the real world: Severe accident victims react to their lot*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (4), 351-363.

Burish, T.G., y Bradley, L.A. (Eds.) (1983): *Coping with chronic disease*. Nueva York: Academic Press.

Burke, D.C., y Murray, D.D. (1975): *Handbook of spinal cord medicine*. Basingstoke: The Macmillan Press.

Burnham, B.A., y Werner, G. (1979): *The high-level tetraplegic: Psychological survival and adjustment*. *Paraplegia*, 16 (2), 184-192.

Butler, R.W.; Damarin, F.L.; Beaulieu, C.; Schwebel, A.I., y Thorn, B.E. (1989): *Assessing cognitive coping strategies for acute postsurgical pain*. *Psychological Assessment*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1 (1), 41-45.

Butt, L. (1989): *Psychological aspects of discharge*. En G. Whiteneck, C. Adler, R.E. Carter y D.P. Lammertse (Eds.): *The management of high level quadraplegia*. Nueva York: Demos Publications.

Butt, L., y Fitting, M. (1993): Psychological adaptation. En G.G. Whiteneck, S.W. Charlifue, K.A. Gerhart, D.P. Lammertse, S. Manley, R.R. Menter y K.R. Seedroff (1993): *Aging with spinal cord injury* (199-210). Nueva York: Demos Publications.

Byrne, D. (1961): *The repression-sensitization scale: Rationale, reliability and validity*. *Journal of Personality*, 29, 334-349.

Byrne, D. (1964): *Repression-sensitization as a dimension of personality*. En B.A. Maher (Ed.): *Progress in experimental personality research* (vol. 1) (pp.169-220). Nueva York: Academic Press.

Cairns, D.M., y Baker, J. (1993): *Adjustment to spinal cord injury: A review of coping styles contributing to the process*. *Journal of Rehabilitation*, 59 (1), 30-33.

Cairns, D.M.; Adkins, R.H., y Scott, M.D. (1996): *Pain and depression in acute traumatic spinal cord injury: Origins of chronic problematic pain?* *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77 (4), 329-335.

Caplan, B., y Schechter, J. (1987): *Denial and depression in disabling illness*. En B. Caplan (Ed.): *Rehabilitation Psychology* (pp. 133-170). Baltimore: Aspen.

Carlson, C.E. (1979): *Conceptual style and life satisfaction following spinal cord injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60 (4), 346-352.

Carpenter, B.N. (Ed) (1992): *Personal coping. Theory, research and application*. Londres: Praeger.

Carver, C.S.; Scheier, M.F., y Weintraub, J.K. (1989): *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.

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, vol. 60-6B, pág. 2934).

Castro, A., y Bravo, P. (1993): *Paraplejia. Otra forma de vida*. Madrid: Promociones y Ediciones SANRO.

Caywood, T.A. (1974): *A quadraplegic young man looks at treatment*. *Journal of Rehabilitation*, 49 (1), 22-25.

Chwalisz, K., y Vaux, A. (2002): *Social support and adjustment to disability*. En R. G. Frank y T. R. Elliott (Eds.): *Handbook of Rehabilitation Psychology*, 2ª edición (pp. 537-552). Washington: American Psychological Association.

Clayton, K.S., y Chubon, R.A. (1994): *Factors associated with the quality of life of long-term spinal cord injured persons*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 75 (6), 633-638.

Cleveland, M. (1989): *Family adaptation to traumatic spinal cord injury. Response to crisis*. En R.H. Moos (Ed.): Coping with Physical Illness 2: New Perspectives (pp. 159-171). Nueva York: Plenum Medical Book.

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, vol. 51-11B, pág. 5569).

Cofer, C.N., y Appley, M.H. (1964): *Motivation: Theory and research*. Nueva York: Wiley.

Cohan, C.L., y Bradbury, T.N. (1994): *Assessing responses to recurring problems in marriage: Evaluation of the Marital Coping Inventory*. Psychological Assessment, 6 (3), 191-200.

Cohen, F. (1979): *Personality, stress and the development of physical illnesses*. En G.C. Stone, F.Cohen y N.E. Adler (Eds.): Health psychology. A handbook: Theories, applications & challenges of a psychological approach to the health system (pp. 77-111). San Francisco: Jossey-Bass.

Cohen, F. (1987): *Measurement of coping*. En S. V. Kasl y C.L. Cooper (Eds.): Stress and Health: Issues in research and methodology (pp. 283-305). Nueva York: John Wiley & Sons.

Cohen, F., y Lazarus, R.S. (1973): *Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery*. Psychosomatic Medicine, 35 (4), 375-389.

Cohen, F., y Lazarus, R.S. (1979): *Coping with the stresses of illness*. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.): Health Psychology. A Handbook: Theories, applications & challenges of a psychological approach to the health system (pp. 217-254). San Francisco: Jossey-Bass.

Cohen, F.; Reese, L.B.; Kaplan, G.A., y Riggio, R.E. (1986): *Coping with the stresses of arthritis*. En R.W. Moskowitz y M.R. Haug (Eds.): Arthritis and the elderly (pp. 47-56). Nueva York: Springer.

Cohn, N. (1961): *Understanding the process of adjustment to disability*. Journal of rehabilitation, 27 (1), 16-18.

Compas, B.E. (1987): *Coping with stress during childhood and adolescence*. Psychological Bulletin, 101 (3), 394-403.

Conde, V.; Esteban, T., y Useros, E. (1976): *Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck*. Revista de Psicología General y Aplicada, 31 (5), 469-497.

Cook, D.W. (1976): *Psychological aspects of spinal cord injury*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 19 (7), 535-543.

Cook, D.W. (1979): *Psychological adjustment to spinal cord injury: Incidence of denial, depression and anxiety*. Rehabilitation Psychology, 26 (2), 97-104.

Cooper, C.L. (1988): *Research in stress, coping and health: Theoretical and methodological issues*. Psychological Medicine, 18 (1), 15-20.

Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1985a): *Hypochondriasis, neuroticism and aging*. American Psychologist, 40 (1), 19-28.

Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1985b): *The NEO Personality Inventory: Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1987): *Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite?* Journal of Personality, 55 (4), 299-315.

Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1990): *Personality: Another hidden factor in stress research*. Psychological Inquiry, 1 (1), 22-24.

Costa, P.T.Jr.; Somerfield, M.R., y McCrae, R.R. (1996): *Personality and coping: A reconceptualization*. En M. Zeidner y N.M. Endler (Eds.): *Handbook of coping* (pp. 44-61). Nueva York: Wiley.

Cox, T. (1978): *Stress*. Londres: MacMillan Education.

Cox-Gedmark, J. (1980): *Coping with physical disability*. Filadelfia: Westmister Press.

Coyle, C.P.; Lesnik-Emans, S y Kinney, W.B. (1994): *Predicting life satisfaction among adults with spinal cord injuries*. Rehabilitation Psychology, 39 (2), 95-112.

Coyle, C.P.; Shank, J.; Kinney, W., y Hutchins, D. (1993): *Relationships between psychosocial functioning and leisure lifestyle changes of individuals with spinal cord injuries experiencing chronic secondary health conditions*. Therapeutic Recreation Journal, 27 (4), 239-252.

Coyne, J.C; Aldwin, C., y Lazarus, S. (1981): *Depression and coping in stressful episodes*. Journal of Abnormal Psychology, 90 (6), 439-447.

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.

Craig, A.R.; Hancock, K.M.; Chang, E., y Dickson, H.G. (1998): *The effectiveness of group psychological intervention in enhancing perceptions of control following spinal cord injury*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32 (1), 112-118.

Craig, A.R.; Hancock, K.M., y Dickson, H.G. (1994a): *Spinal cord injury: A search for determinants of depression two years after the event*. British Journal of Clinical Psychology, 33 (4), 221-230.

Craig, A.R.; Hancock, K.M., y Dickson, H.G. (1994b): *A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury*. Paraplegia, 32 (8), 675-679.

Craig, A.R.; Hancock, K.M.; Dickson, H.G., y Chang, E. (1997): *Long-term psychological outcomes in spinal cord injured persons: Result of a controlled trial using cognitive behavior therapy*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 78 (1), 33-38.

Craig, A.R.; Hancock, K.M.; Dickson, H.G.; Martin, J., y Chang, E. (1990): *Psychological consequences of spinal injury: A review of the literature*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 24 (6), 418-425.

Crespo, M., y Cruzado, A.A. (1997): *La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios*. Análisis y Modificación de Conducta, 23 (92), 797-830.

Crewe, N.M., y Krause, J.S. (1987): *Spinal cord injury: Psychological aspects*. En B. Caplan (Ed.): Rehabilitation psychology. Baltimore: Aspen.

Crewe, N.M., y Krause, J.S. (1990): *An eleven year follow-up of adjustment to spinal cord injury*. Rehabilitation Psychology, 35 (3), 205-210.

Crisp, R. (1992): *The long-term adjustment of 60 persons with spinal cord injury*. Australian Psychologist, 27 (1), 43-47.

Croog, S.H.; Shapiro, D.S., y Levine, S. (1971): *Denial among male heart patients: An empirical study*. Psychosomatic Medicine, 33 (6), 385-397.

Cubbage, M.E., y Thomas, K.R. (1989): *Freud and disability*. Rehabilitation Psychology, 34 (3), 161-173.

Cull, J.G., y Hardy, R. E. (Eds.) (1977): *Physical medicine and rehabilitation. Approaches in spinal cord injury*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Pub.

Cull, J.G., y Hardy, R.E. (1975): *Counseling strategies with special populations*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Pub.

Cushman, L.A., y Dijkers, M.P. (1990): *Depressed mood in spinal cord injured patients: Staff perception and patient realities*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71 (3), 191-196.

Cushman, L.A., y Dijkers, M.P. (1991): *Depressed mood during rehabilitation of persons with spinal injury*. *Journal of Rehabilitation*, 57 (1), 35-38.

Cushman, L.A., y Hasett, J. (1992): *Spinal cord injury: Ten and fifteen years after*. *Paraplegia*, 30 (9), 690-696.

Cushman, L.A., y Scherer, M.J. (1995): *Psychological assessment in medical rehabilitation*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Chan, D.W. (1986): *Psychosocial mediators in the life event-illness relationship in a Chinese setting*. *International Journal of Psychosomatic*, 33 (1), 3-10.

Chang, J. (1997): *The development and validation of the Functional Independent Coping Scale (FICS): Determining the effects of functional independence toward coping processes in spinal cord injury*. Tesis doctoral, Universidad de Connecticut (Dissertation Abstracts International, vol. 58-9B, pág. 5184).

Chase, B.W. (1989): *Individual adjustment to spinal cord injury*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Nebraska-Lincoln, Nebraska, USA.

Chase, B.W., y King, K.F. (1990): *Psychosocial adjustment of persons with spinal cord injury*. *International Journal of Rehabilitation Research*, 13 (4), 325-327.

Chorot, P., y Sandín, B. (1987): *Escala de Estrategias de Coping* (No publicado). Madrid: UNED.

Chorot, P., y Sandín, B. (1991): *Escala de Estrategias de Coping*. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona 25-28-IX. (Madrid: UNED).

Chorot, P., y Sandín, B. (1993): *Escala de Estrategias de Coping Revisada (EEC-R)*. Madrid: UNED.

Chubon, R.A., y Moore, C.T. (1982): *The cocoon syndrome: A coping mechanism of spinal cord injured persons*. *Rehabilitation Psychology*, 27 (1), 87-96.

Danielson, C.B.; Hamel-Bissell, B., y Winstead-Fry, P. (1993): *Families, health and illness: Perspectives on coping and intervention*. San Luis: C.V. Mosby Co.

Daverat, P. (1992): *Assessment of rehabilitation in patients with spinal cord injuries: Methodological considerations*. *Paraplegia*, 30 (10), 759-761.

David, J.P. (1997): *Cross-situational consistency and temporal stability of coping behavior and the role of personality*. Tesis doctoral, Universidad de Iowa. (Citada por Watson, David y Suls, 1999).

Davidoff, G.; Morris, J.; Roth, E., y Bleiberg, J. (1985): *Cognitive dysfunction and mild closed head injury in traumatic spinal cord injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66 (6), 489-491.

Davidoff, G.; Roth, E.; Thomas, P., y Doljanac, R. (1990): *Depression and neuropsychological test performance in acute spinal cord injury patients: Lack of correlation*. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 5 (1), 77-88.

Davis, C.G.; Lehman, D.R.; Silver, R.C., y Wortman, C.B. (1996): *Self-blame following a traumatic event: The role of perceived avoidability*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22 (6), 557-567.

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).

De Jong, G.; Branch, L.G., y Corcoran, P.J. (1984): *Independent living outcomes in spinal cord injury: Multivariate analyses*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 65 (1), 66-73.

Dembo, T.E.; Leviton, G.L., y Wright, B.A. (1956): *Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation*. *Artificial Limbs*, 3 (1), 4-62.

De Miguel, A., y García, L. (2000): *Estrategias de afrontamiento: Un estudio comparativo con enfermos físicos crónicos y personas sin enfermedad crónica*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (105), 29-55.

Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM (1979): *La población minusválida española: Estimaciones cuantitativas*. *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM*, Monografía nº 8, 54 págs.

Derogatis, L.R.; Abeloff, M.D., y Melisatoros, N. (1979): *Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer*. *Journal of the American Medical Association*, 242, 1504-1508.

DeVivo, M.J., y Richards, J.S. (1992): *Community reintegration and quality of life following spinal cord injury*. *Paraplegia*, 30 (2), 108-112.

DeVivo, M.J., y Stover, S.L. (1995): *Long-term survival and causes of death*. En S.L. Stover, J.A. DeLisa y G.G. Whiteneck (Eds.): *Spinal cord injury. Clinical outcomes from the Model Systems* (pp. 289-316). Gaithersburg: Aspen Publisher, Inc.

Dew, M.A.; Lynch, K.; Ernst, J., y Rosenthal, R. (1983): *Reaction and adjustment to spinal cord injury: A descriptive study*. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 14 (1), 32-39.

Dexter, W. (1981): *Personality factors associated with adjustment to disability*. Comunicación presentada en el Congreso de la APA, Los Angeles, IX. (Citado por Trieschmann, 1984, pp. 128-129).

Dias de Carvalho, S.A.; Andrade, M.J.; Tavares, M.A., y Sarmiento de Freitas, J.L. (1998): *Spinal cord injury and psychological response*. *General Hospital Psychiatry*, 20, 353-359.

Dijkers, M., y Cushman, L.A. (1990): *Differences between rehabilitation disciplines in views of depression in SCI patients*. *Paraplegia*, 28 (6), 380-391.

Dinardo, Q.E. (1971): *Psychological adjustment to spinal cord injury*. Tesis doctoral, Universidad de Houston, Texas. (Dissertation Abstracts International, 32: 4206B-4207B).

Ditunno, P.L.; McCauley, C., y Marquette, C. (1985): *Sensation-seeking behavior and the incidence of spinal cord injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66 (2), 152-155.

Dohrenwend, B.S., y Dohrenwend, B.P. (Eds.) (1974): *Stressful life events: Their nature and effects*. Nueva York: Wiley.

Dollinger, S.J. (1986): *The need for meaning following disaster: Attributions and emotional upset*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12 (4), 300-310.

Donovan, W.H. (1981): *Spinal cord injury*. En W.C. Stolov y M.R. Clowers (Eds.): *Handbook of severe disabilities*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Donovan, W.H., y Bedbrook, G. (1982): *Comprehensive management of spinal cord injury*. *Clinical Symptoms*, 34 (2), 37-42.

Drew-Cates, J. (1989): *Adjustment in spinal cord injury: A partial transcendence*. Tesis doctoral, Universidad de Rochester (Dissertation Abstracts International, vol. 50-5B, pág. 1851).

Dudley, D.L.; Verhey, J.W.; Masuda, M.; Martin, C.J., y Holmes, T.H. (1969): *Long-term adjustment, prognosis and death in irreversible diffuse obstructive pulmonary syndromes*. *Psychosomatic Medicine*, 31 (4), 310-325.

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, pág. 1381).

Dunkel-Schetter, C.; Feinstein, L.G.; Taylor, S.E., y Falke, R.L. (1992): *Patterns of coping with cancer*. *Health Psychology*, 11 (1), 79-87.

Dunn, D.J. (1970): Adjustment to spinal cord injury in the rehabilitation hospital setting. *Dissertation Abstract International*, 31, 911B-912B. (University Microfilms N° 70-13, 713).

Dunn, D.S. (2002): *Social psychological issues in disability*. En R. G. Frank y T. R. Elliott (Eds.): *Handbook of Rehabilitation Psychology*, 2ª edición (pp. 565-584). Washington: American Psychological Association.

Dunn, M. (1975): *Psychological intervention in a spinal cord injury center: An introduction*. *Rehabilitation Psychology*, 22 (4), 165-178.

Dunn, M. (1977): *Social discomfort in the patient with SCI*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 58 (3), 257-260.

Dunn, M., y Herman, S. (1982): *Social skills and physical disability*. En D.M. Doleys, R. Meredith y A.R. Diminero (Eds.): *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 117-144). Nueva York: Plenum Press.

Dunn, M.; Sommer, N y Gambina, H. (1992): *A practical guide to team functioning in spinal cord injury rehabilitation*. En C. Zejdlik (Ed.): *Management of spinal cord injury* (pp. 229-239). Nueva York: Jones and Bartlett.

Duval, R.J. (1982): *Psychological theories of physical disability: New perspectives*. En M.G. Eisenberg, C. Griggings y R.J. Duval (Eds.): *Disabled people as second-class citizens* (pp. 173-192). Nueva York: Springer.

D'Zurilla, T.J., y Nezu, A. (1982): *Social problem solving adults*. En P.C. Cendal (Ed.): *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. I) (pp. 202-275). Orlando: Academic Press.

Eckenrode, J. (Ed.) (1991): *The social context of coping*. Nueva York: Plenum Press.

Edwards, J.R., y Baglioni, A.J. (1993): *The measurement of coping with stress: Construct validity of the Ways of Coping Checklist and the Cybernetic Coping Scale*. *Work and Stress*, 7 (1), 17-31.

Edwards, J.R., y Cooper, C.L. (1988): *Research in stress, coping and health: Theoretical and methodological issues*. *Psychological Medicine*, 18 (1), 15-20.

Egloff, B., y Hock, M. (1997): *A comparison of two approaches to the assessment of coping styles*. *Personality and Individual Differences*, 23 (5), 913-916.

Ehlers, A.; Stangier, U.; Dohn, D., y Gieler, U. (1993): *Cognitive factors in itching: Development and validation of a questionnaire*. *Verhaltenstherapie*, 3 (2), 112-119.

Eisenberg, M.G., y Glueckauf, R.L. (Ed) (1991): *Empirical approaches to the psychosocial aspects of disability*. Nueva York: American Psychological Association.

Eisenberg, M.G., y Saltz, C.C. (1991): *Quality of life among aging spinal cord injured persons: Long term rehabilitation outcomes*. *Paraplegia*, 29 (6), 514-520.

Elliott, G.P., y Eisdorfer, C. (Eds.) (1982): *Stress and human health*. Nueva York: Springer Verlag.

Elliott, T.R., y Frank, R.G. (1996): *Depression following spinal cord injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77 (9), 816-823.

Elliott, T.R.; Godshall, F.J.; Herrick, S.M.; Witty, T.E., y Spruell, M. (1991): *Problem-solving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury*. *Cognitive Therapy and Research*, 15 (5), 387-398.

Elliott, T.R., y Harkins, S.W. (1991): *Psychosocial concomitants of persistent pain among persons with spinal cord injuries*. *NeuroRehabilitation*, 1 (4), 9-18.

Elliott, T.R.; Herrick, S.M.; Patti, A.M.; Witty, T.E.; Godshall, F.J., y Spruell, M. (1991): *Assertiveness, social support and psychological adjustment following spinal cord injury*. *Behavior Research and Therapy*, 29 (5), 485-493.

Elliott, T.R.; Herrick, S.M., y Witty, T.E. (1992): *Problem solving appraisal and the effects of social support among college students and persons with physical disabilities*. *Journal of Counseling Psychology*, 39 (3), 219-226.

Elliott, T.R.; Herrick, S.M.; Witty, T.E.; Godshall, F., y Spruell, M. (1992a): *Social support and depression following spinal cord injury*. *Rehabilitation Psychology*, 37 (1), 37-48.

Elliott, T.R.; Herrick, S.M.; Witty, T.E.; Godshall, F., y Spruell, M. (1992b): *Social relationships and psychosocial impairment of persons with spinal cord injury*. *Psychology and Health*, 7 (1), 55-67.

Elliott, T.R., y Shewchuk, R.M. (1995): *Social support and leisure activities following severe physical disability: Testing the mediating effects of depression*. *Basic and Applied Social Psychology*, 16 (5), 471-487.

Elliott, T.R., y Shewchuk, R.M. (1998): *Recognizing the family caregiver: Integral and formal members of the rehabilitation process*. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 10 (2), 123-132.

Elliott, T.R., y Umlauf, R.L. (1995): *Measurement of personality and psychopathology following acquired physical disability*. En L.A. Cushman y M.J. Scherer (Eds.): *Psychological assessment in medical rehabilitation* (pp. 325-358). Washington, D.C.: American Psychological Association.

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.

Endler, N.S., y Parker, J.D.A. (1990): *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854.

Endler, N.S., y Parker, J.D.A. (1993): *Multidimensional assessment of coping: Concepts, issues and measurement*. En G.L. van Eck, P. Bonaiuto, Y.J. Deary y W. Nowack (Eds.): *Personality psychology in Europe*. Vol. 4 (pp. 309-319). Tilburg (NDL): Tilburg University Press.

Endler, N.S., y Parker, J.D.A. (1994): *Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies*. *Psychological Assessment*, 6 (1), 50-60.

Endler, N.S.; Parker, J.D.A., y Summerfeldt, L.J. (1993): *Coping with health problems: Conceptual and methodological issues*. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25 (3), 384-399.

Engel, G.L. (1977): *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196, 129-136.

English, R.W. (1971): *Correlates of stigma toward physically disabled persons*. *Rehabilitation Research and Practice Review*, 2 (1), 1-17.

English, R.W. (1983): *The application of personality theory to explain psychological reactions to physical disability*. En J. Stubbins (Ed.): *Social and psychological aspects of disability* (pp. 325-332). Baltimore: University Park Press.

Epstein, S., y Fenz, W.D. (1967): *The detection of areas of emotional stress through variations in perceptual threshold and physiological arousal*. *Journal of Experimental Research and Personality*, 2 (3), 191-199.

Erikson, K.T. (1976): *Everything in its path*. Nueva York: Norton.

Ernst, F.A. (1987): *Contrasting perceptions of distress by research personnel and their spinal cord injured subjects*. *American Journal of Physical Medicine*, 66 (1), 12-15.

Eucler, J.C. (1980): *Psychological adjustment of spinal cord injury: Temporal, psychodynamic and socioeconomic factors*. Tesis doctoral, Universidad de California del Sur, 1980. *Dissertation Abstracts International*, 41, 686B (Citado por Lofaro, 1982).

Evans, J.H. (1983): *On disturbance of the body image in paraplegia*. En J. Stubbins (Ed.): *Social and psychological aspects of disability* (pp. 409-421). Baltimore: University Park Press.

Eyde, L.D.; Robertson, G.J., y Kruger, S.E. (1993): *Responsible test use: Case studies for assessing human behavior*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

Eysenck, H.J., y Eysenck, S.B.G. (1964): *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. Londres: University of London Press.

Falek, A., y Britton, S. (1974): *Phases in coping: The hypothesis and its implications*. *Social Biology*, 21 (1), 1-7.

Feifel, H.; Strack, S., y Nagy, V.P. (1987a): *Coping strategies and associated features of medically ill patients*. *Psychosomatic Medicine*, 49 (7), 616-625.

Feifel, H.; Strack, S., y Nagy, V.P. (1987b): *Degree of life-threat and differential use of coping modes*. *Journal of Psychosomatic Research*, 31 (2), 91-99.

Feigin, R. (1998): *The relationship between the sense of coherence and adjustment to disability studied in the context of marital interrelations*. *Marriage and Family Review*, 27 (1-2), 71-90.

Feigin, R.; Sherer, M., y Ohry, A. (1996): *Couple's adjustment to one partner's disability: The relationship between sense of coherence and adjustment*. *Social Science and medicine*, 43 (2), 163-171.

Felton, B.J., y Revenson, T.A. (1984): *Coping with chronic illness: A study of illness controlability and the influence of coping strategies on psychological adjustment*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (4), 343-353.

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.

Ferington, F.E. (1986): *Personal control and coping effectiveness in spinal cord injured persons*. *Research Nursing and Health*, 9 (3), 257-265.

Ferrero, J.; Rodríguez-Marín, J.; Toledo, M., y Barreto, M.P. (1996): *Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer: Un estudio de la aceptabilidad relativa de hipótesis causales opuestas*. *Revista de Psicología de la Salud*, 8 (2), 3-26.

Fisher, S. (1970): *Body experience in fantasy and behavior*. Nueva York: Appleton Century Crofts.

Fogel, M.L., y Rosillo, R.H. (1973): *Relationship between intellectual factors and coping in physical rehabilitation*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 12 (1), 69-78.

Folkman, S. (1984): *Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (9), 839-852.

Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1980): *An analysis of coping in a middle-aged community sample*. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 219-239.

Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1985): *If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (2), 150-170.

Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1988a): *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1988b): *Coping as a mediator of emotion*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (5), 466-475.

Folkman, S.; Lazarus, R.S.; Dunkel-Schetter, D.; DeLongis, A., y Gruen, R. (1986): *The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, health status, encounter outcomes*. *Personality and Social Psychology*, 50 (6), 571-579.

Ford, L.A.; Barrow, A.S., y Stohl, C. (1996): *Social support messages and the management of uncertainty in the experience of breast cancer: An application of problematic integration theory*. *Communication Monographs*, 63 (3), 189-207.

Fordyce, W.E. (1964): *Personality characteristics of men with spinal cord injury as related to manner of onset of disability*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 45 (7), 321-325.

Frank, R.G.; Chaney, J.; Clay, D.L.; Shutty, M.; Beck, N.; Kay, D.; Elliott, T., y Grambling, S. (1992): *Dysphoria: A major symptom factor in persons with disability or chronic illness*. *Psychiatry Research*, 43, 231-241.

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.

Frank, R.G., y Elliott, T.R. (1989): *Spinal cord injury and health locus of control beliefs*. *Paraplegia*, 27 (3), 250-256.

Frank, R.G., y Elliott, T.R. (Eds.) (2002): *Handbook of Rehabilitation Psychology* (2ª edición). Washington: American Psychological Association.

Frank, R.G.; Elliott, T.R.; Buckelew, S.P., y Haut, A.E. (1988): *Age as a factor in response to spinal cord injury*. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67 (2), 128-131.

Frank, R.G.; Elliott, T.R.; Corcoran, J.R., y Wonderlich, S.A. (1987): *Depression after spinal cord injury: Is it necessary?* *Clinical Psychology Review*, 7 (1), 1-20.

Frank, R.G.; Kashani, J.H.; Wonderlich, S.A.; Lising, A., y Visot, L.R. (1985): *Depression and adrenal function in spinal cord injury*. *American Journal of Psychiatry*, 142 (2), 251-253.

Frank, R.G.; Umlauf, R.L.; Wonderlich, S.A.; Ashkanazi, G.S.; Buckelew, S.P., y Elliott, T.R. (1987): *Differences in coping styles among persons with spinal cord injury: A cluster-analytic approach*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 727-731.

Frank, R.G.; Van Valin, P., y Elliott, T.R. (1987): *Adjustment to spinal cord injury: A review of empirical and nonempirical studies*. *Journal of Rehabilitation*, 53 (1), 42-48.

Frankenhaeuser, M. (1982): *Challenge-control interaction as reflected in sympathetic adrenal and pituitary-adrenal activity: Comparison between the sexes*. *Scandinavian Journal of Psychology*, suppl. 1, 158-164.

Fraser, R.T. (1984): *An introduction to rehabilitation psychology*. En C.J. Golden (Ed.): *Current topics in rehabilitation psychology* (pp. 1-15). Orlando: Grune & Stratton.

French, J.K., y Phillips, J.A. (1991): *Shattered images: Recovery for the SCI client*. *Rehabilitation Nursing*, 16, 134-136.

Frieden, L., y Cole, J.A. (1988): *Solución de problemas creativa*. En D.W. Krueger (Ed.): *Psicología de la rehabilitación* (pp. 93-105). Barcelona: Ed. Herder.

Friedman, H.S. (Ed.) (1992): *Hostility, coping and health*. Washington: American Psychological Association.

Friedman, H.S., y VandenBos, G.R. (1992): *Disease-prone and self-healing personalities*. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (12), 1177-1179.

Fuhrer, M.J.; Rintala, D.H.; Hart, K.A.; Clearman, R., y Young, M.E. (1992): *Relationship of life satisfaction to impairment, disability and handicap among persons with spinal cord injury living in the community*. *Archives of Physical medicine and Rehabilitation*, 73 (6), 552-557.

Fuhrer, M.J.; Rintala, D.H.; Hart, K.A.; Clearman, R., y Young, M.E. (1993): *Depressive symptomatology in persons with spinal cord injury who reside in the community*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74 (3), 255-260.

Fullerton, D.T.; Harvey, R.F.; Klein, M.H., y Howell, T. (1981): *Psychiatric disorders in patients with spinal cord injury*. *Archives of General Psychiatry*, 32 (12), 1371-1396.

Gagnon, L. (1990): *Quality of life in paraplegics and quadraplegics: Analysis of self esteem*. *Canadian Journal of Nursing Research*, 22 (1), 6-20.

Gal, R., y Lazarus, R.S. (1975): *The role of activity in anticipating and confronting stressful situations*. *Journal of Human Stress*, 1 (4), 4-20.

Gallagher, R.M.; McKegney, P., y Gladstone, T. (1982): *Psychiatric interventions in spinal cord injury*. *Psychosomatics*, 23 (11), 1153-1167.

Gans, J.S. (1981): *Depression diagnosis in rehabilitation hospital*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 62 (4), 386-389.

Garbey, J., y Seligman, M. (Eds.) (1980): *Human helplessness: Theory and applications*. Nueva York: Academic Press.

García, J., y Herruzo, R. (1995): *Epidemiología descriptiva de la prevalencia de la lesión medular espinal en España*. *Médula Espinal*, 1 (2), 111-115.

Gardner, B.A. (1993): *Ways of coping: Adolescents with spinal cord injury compared with able-bodied adolescents*. Tesis doctoral, University Pública de San Jose (Dissertation Abstracts, vol.32-01, pág. 234).

Gardner, R.W.; Holzman, P.S.; Klein, G.S.; Linton, H.B., y Spence, T. (1959): *Cognitive behavior*. *Psychological Issues*, 1 (4): Monográfico.

Garrett, J.F. (Ed.) (1953): Psychological aspects of physical disability (Rehabilitation Services Series Number 210). Washington, D.C.: Office of Vocational Rehabilitation.

Garrett, J.F., y Levine, E.S. (Eds.) (1962/1973): Rehabilitation practices with the physically disabled. Nueva York: Columbia University Press.

Gerharts, K.A.; Johnson, R.L., y Whiteneck, G.G. (1992): *Health and psychosocial issues of individuals with incomplete and resolving spinal cord injuries*. Paraplegia, 30 (3), 282-287.

Gerrity, M.S.; White, K.P.; DeVellis, R.F., y Dittus, R.S. (1995): *Physicians' reactions to uncertainty: Refining the constructs and scales*. Motivation and Emotion, 19 (3), 175-191.

Gilgoff, I.S. (1983): *Spinal cord injury*. En J. Umbreit (Ed.): Physical disabilities and health impairments (pp. 132-146). Nueva York: Macmillan Publishing Company.

Gleser, G.C. e Ihilevich, D. (1969): *An objective instrument for measuring defense mechanisms*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33 (1), 51-60.

Glueckauf, R.L. (1993): *Use and misuse of assessment in rehabilitation: Getting back to the basics*. En R.L. Glueckauf, L.B. Sechrest, G.R. Bond y E. McDonel: Improving assessment in rehabilitation and health (pp. 135-155). Newbury Park, CA: Sage.

Glueckauf, R.L., y Quittner, A.L. (1992): *Assertiveness training for disabled adults in wheelchairs: Self-report, role-play and activity pattern outcomes*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60 (3), 419-425.

Go, B.K.; DeVivo, M.J., y Richards, J.S. (1995): *The epidemiology of spinal cord injury*. En S.L. Stover, J.A. DeLisa y G.G. Whiteneck (Eds.): Spinal Cord Injury: Clinical outcomes from the Model Systems (pp. 21-25). Gaithersburg, Md: Aspen Publishers.

Golden, C.J. (Ed.) (1984): Current topics in rehabilitation psychology. Orlando: Grune & Stratton.

Goldfried, M.A., y D'Zurilla, T.J. (1969): *A theoretical-analytic model for assessing competence*. En C.D. Spielberger (Ed.): Current topics in clinical and community psychology (pp. 151-196). Orlando: Academic Press.

Goldiamond, I. (1976): *Coping and adaptive behaviors of the disabled*. En G.L. Albrecht (Ed.): The sociology of physical disability and rehabilitation. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Goldstein, M.J. (1959): *The relationship between coping and avoiding behavior and response to fear-arousing propaganda*. Journal of Abnormal and Social Psychology, 58 (3), 247-252.

Goldstein, M.J. (1973): *Individual differences in response to stress*. American Journal of Community Psychology, 1 (2), 113-137.

González, M.P. (1993): *Afrontamiento de la discapacidad física: Un modelo causal*. Tesis doctoral. Departamento de Metodología, Psicobiología y Psicología Social, Universidad de Valencia.

Gordon, W.A.; Harasymiw, S.; Bellile, S.; Lehman, L., y Sherman, B. (1982): *Relationship between pressure sores and psychosocial adjustment in persons with spinal cord injury*. Rehabilitation Psychology, 27 (2), 185-191.

Green, B.C.; Pratt, C.C., y Grigsby, T.E. (1984): *Self-concept among persons with long-term spinal cord injury*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 65 (9), 751-754.

Grinker, R.R., y Spiegel, J.P. (1945): *Men under stress*. Nueva York: McGraw-Hill.

Gunther, M.S. (1969): *Emotional aspects*. En D. Ruge (Ed.): *Spinal cord injuries* (pp. 93-108). Springfield, IL: Charles C Thomas.

Guttman, L. (1981): *Lesiones medulares: Tratamiento global e investigación*. Barcelona: Editorial JIMS.

Haan, N. (1977): *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. Nueva York: Academic Press.

Haan, N. (1982): *The assessment of coping, defenses and stress*. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.): *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 254-269). Nueva York: Free Press.

Hackett, T.P., y Cassem, N.H. (1974): *Development of a quantitative rating scale to assess denial*. Journal of Psychosomatic Research, 18 (2), 93-100.

Hackett, T.P.; Cassem, N.H., y Wishnie, H.A. (1968): *The coronary-care unit: An appraisal of its psychologic hazards*. New England Journal of Medicine, 279, 1365-1370.

Hammell, K.R.W. (1992): *Psychological and sociological theories concerning adjustment to traumatic spinal cord injury: The implications for rehabilitation*. Paraplegia, 30 (4), 317-326.

Hammell, K.R.W. (1994): *Psychosocial outcome following spinal cord injury*. Paraplegia, 32 (8), 771-779.

Hammell, K.R.W. (1995): *Spinal cord injury rehabilitation*. Londres: Chapman & Hall.

Hancock, K.M.; Craig, A.R.; Dickson, H.G.; Chang, E., y Martin, J (1993): *Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: A longitudinal study*. Paraplegia, 31 (4), 349-357.

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.

Hanks, M., y Poplin, D.E. (1990): *The sociology of physical disability: A review of literature and some conceptual perspectives*. En M. Nagler (Ed.): *Perspectives on disability* (pp. 179-189). California: Health Markets research.

Hansen, N., y Tate, D. (1984): *Avoiding coping, perceived handicap, and life satisfaction with spinal cord injury*. Psychological Process, 7, 195.

Hanson, R.W. (1974): *The psycho-ecological approach to spinal cord injury rehabilitation: A behavioral perspective*. Rehabilitation Psychology, 21 (1), 39-43.

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.

Hardy, R.E., y Cull, J.G. (1977): *Physical medicine and rehabilitation approaches in spinal cord injury*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Hardy, R.E., y Cull, J.G. (1987): *Acceptance and adjustment to disability: A psychodynamic orientation*. En G.L. Gandy; E.D. Martin; R.E. Hardy y J.G. Cull (Eds.): *Rehabilitation Counseling and Services. Profession and Process* (pp. 169-196). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Harris, E.C.; Barraclough, B.M.; Grundy, D.J.; Bamford, E.S. e Inskip, H.M. (1996): *Attempted suicide and completed suicide in traumatic spinal cord injury. Case reports*. Spinal Cord, 34 (8), 752-753.

Harris, P.; Patel, S.; Greer, W., y Naughton, J. (1973): *Psychological and social reactions to acute spinal paralysis*. Paraplegia, 11 (2), 132-136.

Hart, K.E.; Turner, S.H., y Cardozo, S.R. (1987): *Stress, personality, coping and well being: A four wave longitudinal process study*. Personality and Individual Differences, 8 (6), 591-593.

Haynes, R.B.; Taylor, D.W., y Sackett, D.L. (Eds.) (1979): *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University.

Headey, B., y Wearing, A. (1989): *Personality, life events and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (8), 731-739.

Heijn, C., y Granger, G. (1974): *Understanding motivational patterns - Early identification aids rehabilitation*. *Journal of Rehabilitation*, 40 (1), 26-28.

Heim, E.; Augustiny, K.F.; Schaffner, L., y Valach, L. (1993): *Coping with breast cancer over time and situation*. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (5), 523-542.

Heinemann, A.W. (1995a): *Measures of coping and reaction to disability*. En L.A. Cushman y M.J. Scherer (Eds.): *Psychological assessment in medical rehabilitation* (pp. 39-100). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Heinemann, A.W. (1995b): *Spinal cord injury*. En A.J. Goreczny (Ed.): *Handbook of health and rehabilitation psychology*. Plenum series in rehabilitation and health (pp. 341-360). Nueva York: Plenum Press.

Heinemann, A.W.; Bulka, M., y Smetak, S. (1988): *Attributions and disability acceptance following traumatic injury: A replication and extension*. *Rehabilitation Psychology*, 33 (4), 195-206.

Heinemann, A.W.; Schmidt, M.F., y Semik, P. (1994): *Drinking patterns, drinking expectancies and coping after spinal cord injury*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 38 (2), 134-153.

Henderson, G., y Bryan, W.V. (1984): *Psychosocial aspects of disability* (2ª edición). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Heppner, P.P. (1988): *The problem-solving inventory: Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Heppner, P.P.; Cook, S.W.; Wright, D.M., y Johnson, W.C. (1995): *Progress in resolving problems: A problem-focused style of coping*. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (3), 279-293.

Heppner, P.P., y Peterson, C.H. (1982): *The development and implementation of a personal problem-solving inventory*. *Journal of Counseling Psychology*, 29 (1), 66-75.

Herrick, S.; Elliott, T.R., y Crow, F. (1994a): *Social support and the prediction of health complications among persons with spinal cord injuries*. *Rehabilitation Psychology*, 39 (3), 231-250.

Herrick, S.; Elliott, T.R., y Crow, F. (1994b): *Self-appraised problem solving skills and the prediction of secondary complications among persons with spinal cord injury*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1 (3), 269-283.

Hersen, M.; Van Hasselt, V.P., y Matson, J.L. (1983): *Behavior therapy for the developmentally and physically disabled*. Nueva York: London Academic.

Hoad, A.D., Oliver, M.J., y Silver, J.R. (1990): *The experience of spinal cord injury for other family members: A retrospective study*. Londres: Thames Polytechnic / National Spinal Injury Centre.

Hoffman, H.E. (1970): *Use of avoidance and vigilance by repressors and sensitizers*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34 (1), 91-96.

Hohmann, G.W. (1975): *Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person*. *Clinical Orthopedics and Related Research*, 112 (1), 81-88.

Holicky, R., y Charlifue, S. (1999): *Ageing and spinal cord injury: The impact of spousal support*. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary*, 21 (5-6), 250-257.

Holohan, C.J., y Moos, R.H. (1985): *Life stress and health: Personality, coping and family support in stress resistance*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (8), 739-747.

Hooker, K.; Fraizer, L.D., y Monahan, D.J. (1994): *Personality and coping among caregivers of spouses with dementia*. *The Gerontologist*, 34 (4), 386-392.

Horowitz, M.J. (1976): *Stress response syndromes*. Nueva York: Aronson.

Horowitz, M.J. (1982): *Psychological processes induced by illness, injury and loss*. En T. Millon, C. Green y R. Meagher (Eds.): *Handbook of clinical health psychology* (pp. 53-68). Nueva York: Plenum Press.

Hovanitz, C.A., y Koroza, E. (1989): *Life stress and clinically elevated MMPI scale: Gender differences in the moderating influence of coping*. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (5), 2021-2024.

Howell, T.; Fullerton, D.T.; Harvey, R.F., y Klein, M. (1981): *Depression in spinal cord injured patients*. *Paraplegia*, 19 (2), 284-288.

Huang, D.D.; Kim, S.W., y Charter, R.A. (1990): *Psychological reaction to spinal cord injury and the relationship of personality to the resulting neurological dysfunctions*. *Journal of Neurologic Rehabilitation*, 4 (3), 157-161.

Hyppá, M.T. (1987): *Psychoendocrine aspects of coping with distress*. *Annals of Clinical Research*, 19 (1), 78-92.

Ince, L.P. (Ed.) (1976): *Behavioral Modification in Rehabilitation Medicine: Clinical applications*. Springfield: Charles C. Thomas.

Instituto Nacional de Estadística (1987): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías: Año 1986*. (Dos Tomos). Madrid: INE.

Instituto Nacional de Servicios Sociales (1983): *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO.

Jacob, K.S.; Zachariah, K., y Bhattacharji, S. (1995): *Depression in individuals with spinal cord injury: Methodological issues*. *Paraplegia*, 33 (4), 377-380.

Janis, I.L. (1958): *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. Nueva York: Wiley.

Janoff-Bulman, R. (1989): *The benefit of illusions, the threat of disillusionment and the limitations of inaccuracy*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8 (2), 158-175.

Janoff-Bulman, R., y Frieze, I.H. (1983): *A theoretical perspective for understanding reactions to victimization*. *Journal of Social Issues*, 39 (2), 1-17.

Jeffrey, D.L. (1986): *The hazards of reduced mobility for the person with a spinal cord injury*. *Journal of Rehabilitation*, 52 (2), 59-63.

Jochheim, K.A. (1983): *Psychological aspects of spinal cord injuries: An important point in the outcome of rehabilitation*. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 12 (3), 377-379.

Joffe, P.E., y Naditch, M.P. (1977): *Paper and pencil measures of coping and defense processes*. En N. Haan (Ed.): *Coping and defending: Processes of self-environment organization* (pp. 280-297). Nueva York: Academic Press.

Johnston, M.; Gilbert, P.; Partridge, C., y Collins, J. (1992): *Changing perceived control in patients with physical disabilities: An intervention study with patients receiving rehabilitation*. *British Journal of Clinical Psychology*, 31 (2), 89-94.

Joiner, J.G.; Lovett, P.S., y Goodwin, L.K. (1989): *Positive assertion and acceptance among persons with disabilities*. *Journal of Rehabilitation*, 55 (3), 22-29.

Jubala, J.A. (1990): *Spinal Cord Injuries*. En M. Hersen y V.B. Van Hasselt (Eds.): *Psychological aspects of developmental and physical disabilities. A casebook* (pp. 229-245). Londres: Sage Publications.

Jubala, J.A., y Brenes, G. (1988): *Spinal Cord Injuries*. En V.B. Van Hasselt; P.S. Strain y M. Hersen (Eds.): *Handbook of Developmental and Physical Disabilities* (pp. 423-438). Nueva York: Pergamon Press.

Judd, F.K.; Brown, D.J., y Burrows, G.D. (1991): *Depression, disease and disability: Application to patients with traumatic spinal cord injury*. *Paraplegia*, 29 (2), 91-96.

Judd, F.K.; Burrows, G.D., y Brown, D.J. (1986): *Depression following acute spinal cord injury*. *Paraplegia*, 24 (4), 358-363.

Judd, F.K.; Stone, J.; Webber, J.E.; Brown, D.J., y Burrows, G.D. (1989): *Depression following spinal cord injury. A prospective in-patient study*. *British Journal of Psychiatry*, 154 (7), 668-671.

Judd, L.L., y Kunovac, J.L. (1998): *Clinical characteristics and management of unipolar depressive disorders comorbid with neurological disorders*. *Neuropsychobiology*, 37 (2), 84-87.

Jung, B.F. (1990): *Effect of coping skills on pain in spinal cord injury*. Tesina, Columbia University Teachers College (Dissertation Abstracts International, vol. 52-03B, pág. 1769).

Kahn, E. (1977): *Social functioning of the patient with spinal cord injury*. En D.S. Pierce y V.H. Nickel (Eds.): *The total care of spinal cord injuries*. Boston: Little, Brown and Company.

Kahnemann, D. (1973): *Attention and effort*. Englewood, N.J.: Prentice-Hall.

Kaiser, S.B.; Wingate, S.B.; Freeman, C.M., y Chandler, J.L. (1987): *Acceptance of disability and attitudes toward personal appearance*. *Rehabilitation Psychology*, 32 (1), 51-58.

Kalb, M. (1971): *Examinations of relationship between hospital ward behaviors and post-discharge behaviors in spinal cord injury patients*. Tesis doctoral, Universidad de Houston, Texas. (Dissertation Abstracts International 32, 3005B-3006B).

Kaloupek, D.G.; White, H., y Wong, M. (1984): *Multiple assessment of coping strategies used by volunteer blood donors: Implications for preparatory training*. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (1), 35-60.

Karney, R.J. (1976): *Psychosocial aspects of the spinal cord injured: The psychologist's approach*. En W.M. Jenkins, R.M. Anderson y W.L. Dietrich (Eds.): *Rehabilitation of the severely disabled* (pp. 201-205). Dubuque, IA: Kendall / Hunt.

- Kasprzyk, D.M. (1983): Psychological factors associated with responses to hypertension or spinal cord injury: An investigation of coping with a chronic illness or disability. Tesis doctoral, Universidad de Washington (Dissertation Abstracts International, vol. 44-04B, pág. 1279).
- Katz, J.J.; Weiner, H.; Gallagher, T.G., y Hellman, L. (1970): *Stress, distress and ego defenses*. Archives of General Psychiatry, 23 (2), 131-142.
- Katz, S.; Shurka, E., y Florian, V. (1978): *The relationship between physical disability, social perception and psychological stress*. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 10 (2), 109-113.
- Keany, C.M.H., y Glueckauf, R.L. (1993): *Disability and value change: An overview and reanalysis of acceptance of loss theory*. Rehabilitation Psychology, 38 (2), 199-210.
- Kemp, B.J., y Krause, J.S. (1999): *Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury*. Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal, 21 (5-6), 241-249.
- Kemp, B.J.; Krause, J.S., y Adkins, R. (1999): *Depression among African Americans, Latinos, and Caucasians with spinal cord injury: A exploratory study*. Rehabilitation Psychology, 44 (3), 235-247.
- Kemp, B.J., y Vash, C.L. (1971): *Productivity after injury in a sample set of spinal cord injured persons: A pilot study*. Journal of Chronic Diseases, 24 : 259-275.
- Kendall, P.C.; Edinger, J., y Eberly, C. (1978): *Taylor's MMPI correction factor for spinal cord injury: Empirical endorsement*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46 (2), 370-371.
- Kennedy, P. (1995): Psychological aspects of spinal cord injury: Behavioural approach, psychological impact and coping strategies. Tesis doctoral (No publicada), Universidad de Ulster (Citada por King y Kennedy, 1999).
- Kennedy, P.; Fisher, K., y Pearson, E. (1988): *Ecological evaluation of a rehabilitative environment for spinal cord injured people: Behavioural mapping and feedback*. Journal of Clinical Psychology, 27 (3), 239-246.
- Kennedy, P.; Gorsuch, N., y Marsh, N. (1995): *Childhood onset of spinal cord injury: Self-esteem and self perception*. British Journal of Clinical Psychology, 34 (4), 581-588.
- 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.

Kerr, N. (1983): *Understanding the process of adjustment to disability*. En J. Stubbins (Ed.): *Social and psychological aspects of disability* (4ª edición) (pp. 317-324). Baltimore: University Park Press.

Kerr, W., y Thompson, M. (1972): *Acceptance of disability of sudden onset in paraplegia*. *International Journal of Paraplegia*, 10 (2), 94-102.

Kessler, R., y Wethington, E. (1986): *Some strategies of improving recall of life events in a general population survey*. Ann Arbor: Survey Research Center, Universidad de Michigan.

Kiely, W.F. (1972): *Coping with severe illness*. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8 (2), 105-118.

King, C.A. (1997): *Coping effectiveness training for people with spinal cord injury*. Tesis doctoral, Universidad Abierta de Reino Unido (Dissertation Abstracts International, vol. 60-02B, pág. 512).

King, C.A., y Kennedy, P. (1999): *Coping effectiveness training for people with spinal cord injury: Preliminary results of a controlled trial*. *British Journal of Clinical Psychology*, 38 (1), 5-14.

Kishi, Y., y Robinson, R.G. (1996): *Suicidal plans following spinal cord injury: A six-month study*. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 8 (4), 442-445.

Kishi, Y.; Robinson, R.G., y Forrester, A.W. (1994): *Prospective longitudinal study of depression following spinal cord injury*. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 6 (3), 237-244.

Kishi, Y.; Robinson, R.G., y Forrester, A.W. (1995): *Comparison between acute and delayed onset major depression after spinal cord injury*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (5), 286-292.

Klas, L.D. (1970): *A study of the relationship between depression and factors in the rehabilitation process of the hospitalized spinal cord injured patient*. Unpublished doctoral dissertation. Tesis doctoral, University of Utah, Salt Lake City.

Klinger, E. (1977): *Meaning and void*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Klingler, O.J., y Morawetz, R.F. (1993): *The Coping with Pain Questionnaire: Construction and validation of a questionnaire assessing two factors pertaining to coping with pain*. *Zeitschrift fur Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 14 (2), 75-86.

Knorr, N.J., y Bull, J.C. (1970): *Spinal cord injury: Psychiatric considerations*. Maryland State Medical Journal, 19 (2), 105-108.

Knussen, C., y Cunningham, C.C. (1988): *Stress, disability and handicap*. En S. Fisher y J. Reason (Eds.): *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 335-350). Nueva York: John Wiley & Sons Ltd.

Kobasa, S.C. (1979): *Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness*. Journal of Personality and Social Psychology, 37 (1), 1-11.

Kohn, P.M., y O'Brien, C. (1997): *The situational response inventory: A measure of adaptive coping*. Personality and Individual Differences, 22 (1), 85-92.

Krause, J.S. (1992): *Longitudinal changes in adjustment after spinal cord injury: A 15-year study*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 73 (6), 564-568.

Krause, J.S. (1997): *Personality and traumatic spinal cord injury: Relationship to participation in productive activities*. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 40 (3): 202-214.

Krause, J.S. (1998): *Changes in adjustment after spinal cord injury: A 20-year longitudinal study*. Rehabilitation Psychology, 43 (1), 41-55.

Krause, J.S., y Crewe, N.M. (1991): *Chronologic age, time since injury and time of measurement: Effect on adjustment after spinal cord injury*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 72 (2), 91-100.

Krause, J.S., y Dawis, R.V. (1992): *Prediction of life satisfaction after spinal cord injury: A four-year longitudinal approach*. Rehabilitation Psychology, 37 (1), 49-61.

Krause, J.S., y Rohe, D.E. (1998): *Personality and life adjustment after spinal cord injury: An exploratory study*. Rehabilitation Psychology, 43 (2): 118-130.

Krause, J.S., y Sternberg, M. (1997): *Aging and adjustment after spinal cord injury: The roles of chronologic age, time since injury and environmental change*. Rehabilitation Psychology, 42 (4): 287-302.

Krause, J.S.; Stanwyck, C.A., y Maides, J. (1998): *Locus of control and life adjustment: Relationship among people with spinal cord injury*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 41 (3), 162-172.

Krohne, H.W., y Egloff, B. (1994): *Coping with stress as a personality construct: Concepts, operationalizations, correlates*. Comunicación presentada en el 39 Congreso de la Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Hamburgo.

Krohne, H.W., y Rogner, J. (1982): *Repression-sensitization as a central construct in coping research*. En H.W. Krohne y L. Laux (Eds.): *Achievement, stress and anxiety* (pp. 167-193). Washington, D.C: Hemisphere.

Krueger, D.W. (1988): *Rehabilitación psicológica del traumatismo físico y la incapacidad*. En D.W. Krueger (Ed.): *Psicología de la rehabilitación* (pp. 19-30). Barcelona: Herder.

Kübler-Ross, E. (1969): *On death and dying*. Nueva York: Macmillan.

Kunce, J.T., y Worley, B.H. (1966): *Interest patterns, accidents and disability*. *Journal of Clinical Psychology*, 22 (2), 105-107.

Kunce, J.T.; Cope, C.S., y Newton, R.M. (1991): *Personal Styles Inventory*. *Journal of Counseling and Development*, 70 (4), 334-341.

Kusch, M., y Bode, U. (1992): *The Psychosocial Questionnaire for Pediatric Oncology (PSFPO)*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41(7), 240-246.

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.

Langer, E.J. (1975): *The illusion of control*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (4), 311-328.

Laskiwski, S., y Morse, J.M. (1993): *The patient with spinal cord injury: The modification of hope and expressions of despair*. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (3), 143-153.

Lawson, N.C. (1976): *Depression after spinal cord injury: Multi-measure longitudinal study*. Tesis doctoral, Universidad de Houston, Texas.

Lawson, N.C. (1978): *Significant events in the rehabilitation process: The spinal cord patient's point of view*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 59 (6), 573-579.

Layne, O.L., y Yudofsky, S.C. (1971): *Postoperative psychosis in cardiotomy patients*. *New England Journal of Medicine*, 284 (6), 518-520.

Lazarus, R.S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984): *Coping and adaptation*. En W.D. Gentry (Ed.): *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). Nueva York: Guilford.

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

Lee, B.Y. (1991): *The spinal cord injury patient comprehensive management*. Londres: W.B. Saunders.

Lehr, U., y Thomaes, H. (1993): *Coping in longitudinal perspective*. En G.L. van Eck, P. Bonaiuto, Y.J. Deary y W. Nowack (Eds.): *Personality psychology in Europe*. Vol. 4 (pp. 367-387). Tilburg (NDL): Tilburg University Press.

Leigh, H., y Reiser, M.F. (1980): *The patient: Biological, psychological and social dimensions of medical practice*. Nueva York: Plenum Press.

Lenhart, R.S., y Asbhy, J.S. (1996): *Cognitive coping strategies and coping modes in relation to chronic pain disability*. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 27 (4), 15-18.

Lerner, M.J. (1971): *Observer's evaluation of a victim: Justice, guilt and vertical perception*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20 (2), 127-135.

Lerner, M.J. (1980): *The belief in a just world*. Nueva York: Plenum Press.

Levine, M., y Spivack, G. (1964): *The Rorschach index of repressive style*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Levine, S., y Ursin, H. (1980): *Coping and health*. Nueva York: Plenum Press.

Lewin, K. (1935): *A dynamic theory of personality*. Nueva York: McGraw-Hill.

Liang, H.; Wang, Y.; Wang, T.; Tang, F., y Lai, J. (1996): *Clinical experience in rehabilitation of spinal cord injury associated with schizophrenia*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77 (3), 283-286.

Lieberman, M.B., y Lieberman, A. (1988): *Psychosocial adjustment to physical disability*. En S.B. O'Sullivan y T.J. Schmitz (Eds.): *Physical Rehabilitation: Assessment and Treatment* (pp. 9-26). Filadelfia: F.A. Davis Company.

Lifton, R. (1968): *Death in life: Survivors of Hiroshima*. Nueva York: Random House.

Lindemann, E. (1944): *Symptomatology and management of acute grief*. *American Journal of Psychiatry*, 101 (2), 141-148.

Lindemann, J.E. (1981): *Spinal Cord Injury*. En J.E. Lindemann (Ed.): *Psychological and behavioral aspects of physical disability. A manual for health practitioners* (pp. 217-241). Nueva York: Plenum Press.

Lindy, J.D.; Green, B.L., y Grace, M.C. (1987): *The stressor criterion and posttraumatic stress disorder*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (3), 269-272.

Lipowski, Z.J. (1970): *Physical illness, the individual and the coping process*. *Psychiatry in Medicine*, 1 (2), 91-102.

Litin, M.D. (1957): *Emotional aspects of chronic physical disability*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 38 (2), 139-142.

Livneh, H. (1986): *A unified approach to existing models of adaptation to disability: II. Intervention strategies*. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17 (2), 6-10.

Livneh, H., y Antonak, R.F. (1991): *Temporal structure of adaptation to disability*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 34 (4), 298-319.

Livneh, H., y Antonak, R.F. (1997): *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.

Livneh, H., y Sherwood, A. (1991): *Application of personality theories and counseling strategies to clients with physical disabilities*. *Journal of Counseling and Development*, 69 (6), 525-538.

Lofquist, L.H. (Ed.) (1960): *Psychological research and rehabilitation*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Lofquist, L.H. (1979): *Rehabilitation profesional*. En D.L. Sills (Dir.): *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*. Volumen IX. (pp. 175-180). Madrid: Aguilar.

Long, B.C., y Sangster, J.I. (1993): *Dispositional optimism/pessimism and coping strategies: Predictors of psychosocial adjustment of rheumatoid and osteoarthritis patients*. *Journal of Applied Social Psychology*, 23 (11), 1069-1091.

Lutzker, J.R.; Martin, J.A., y Rice, J.M. (1981): *Behavior therapy in rehabilitation*. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.): *Progress in Behavior Modification* (Vol. 12) (pp. 171-219). Londres: Academic Press.

Lyons, J.A. (1991): *Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, 4 (1), 93-111.

Lyons, R.F.; Sullivan, M.J.L.; Ritvo, P.G., y Coyne, J.C. (1995): *Relationships in chronic illness and disability*. Londres: Sage Publications.

MacDonald, M.R.; Nielson, W.R., y Cameron, M.G. (1987): *Depression and activity patterns of spinal cord injured persons living in the community*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68 (4), 339-343.

Macleod, L., y Macleod, G. (1998): *Control cognitions and psychological disturbance in people with contrasting physically disabling conditions*. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 20 (12), 448-456.

Maddi, S.R. (1990): *Issues and interventions in stress mastery*. En H.S. Friedman (Ed.): *Personality and disease* (pp. 121-154). Nueva York: John Wiley and Sons.

Malec, J. (1985): *Personality factors associated with severe traumatic disability*. *Rehabilitation Psychology*, 30 (3), 165-172.

Malec, J., y Neimeyer, R. (1983): *Psychologic prediction of duration of inpatient spinal cord injury rehabilitation and performance of self-care*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64 (4), 359-363.

Marinelli, R.P., y Dell Orto, A.E. (Ed) (1991): *The psychological and social impact of disability* (3ª ed). Nueva York: Springer Publishing Company.

Marshak, L.E., y Seligman, M. (1993): *Counseling persons with physical disabilities*. Texas: Pro-ed.

Martin, E.D., y Gandy, G.L. (1990): *Spinal Cord Injury*. En E.D. Martin y G.L. Gandy: *Rehabilitation and disability: Psychosocial case studies* (pp. 163-170). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.

Mason, T.C. (1994): *Hope and coping in spinal cord-injured patients undergoing rehabilitation*. Tesis doctoral, Temple University. (Dissertation Abstracts International, vol. 55-08B, pág. 3568).

Matthews, K.A. (1982): *Psychological perspectives on the type A behavior pattern*. *Psychological Bulletin*, 91 (3), 293-323.

Mattlin, J.; Wethington, E., y Kessler, R. (1990): *Situational determinants of coping and coping effectiveness*. *Journal of Health and Social Behavior*, 31 (2), 103-122.

Mawson, A.R.; Jacobs, K.W.; Winchester, Y., y Biundo, J.J. (1988): *Sensation-seeking and traumatic spinal cord injury: Case-control study*. *Archives of Physical medicine and Rehabilitation*, 69 (12), 1039-1043.

Mayer, J.D., y Eisenberg, M.G. (1982): *Self-concept and the spinal cord injured: An investigation using the Tennessee Self-Concept Scale*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (7), 604-605.

Mayer, T., y Andrews, H.B. (1981): *Changes in self-concept following a spinal cord injury*. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 12 (3), 135-137.

- Mazaira, J. (1987): *Hoy, el paraplejico*. Minusval, 5, 14-15.
- Mazzulla, J.R. (1984): *Relationship between locus of control expectancy and acceptance of acquired traumatic spinal cord injury*. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 4 (1), 10-13.
- McColl, M.A. (1991): Social support, coping and adjustment to disability: An analysis of measurement and structural relationship. Tesis doctoral, Universidad de Toronto, Canada. (Dissertation Abstracts International, vol. 53-12B, pág. 6215).
- McColl, M.A., y Skinner, H.A. (1992): *Measuring psychological outcomes following rehabilitation*. Canadian Journal of Public Health, 83 (1), 12-17.
- McColl, M.A., y Skinner, H.A. (1995): *Assessing inter and intrapersonal resources: Social support and coping among adults with a disability*. Disability and Rehabilitation, 17 (1), 24-34.
- McColl, M.A.; Lei, H., y Skinner, H.A. (1995): *Structural relationships between social support and coping*. Social Science and Medicine, 41 (3), 395-407.
- McColl, M.A.; Stirling, P.; Walker, J.; Corey, P., y Wilkins, R. (1999): *Expectations of independence and life satisfaction among ageing spinal cord injured adults*. Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary, 21 (5-6), 231-240.
- McCrae, R.R. (1982): *Age differences in the use of coping mechanisms*. Journal of Gerontology, 37 (5), 454-460.
- McCrae, R.R. (1984): *Situational determinants of coping responses: Loss, threat and challenge*. Journal of Personality and Social Psychology, 46 (4), 919-928.
- McCrae, R.R. (1992): *Situational determinants of coping*. En B.N. Carpenter (Ed.): Personal coping. Theory, research and application (pp. 65-76). Westport: Praeger Publisher.
- McCrae, R.R., y Costa, P.T. (1986): *Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample*. Journal of Personality, 54 (4), 385-405.
- McCrae, R.R., y Costa, P.T. (1990): Personality in adulthood. Londres: The Guildford Press.
- McDaniel, J.W. (1976): Physical disability and human behavior (2ª ed.). Nueva York: Pergamon.
- McDonald, M.R.; Nielson, W.R., y Cameron, M.G. (1987): *Depression and activity patterns of SCI*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 68 (6), 339-343.

McGowan, M.B., y Roth, S. (1987): *Family functioning and functional independence in spinal cord injury adjustment*. Paraplegia, 25, 357-365.

McGrath, J.E. (1970): *Social and Psychological Factors in Stress*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

McNett, S.C. (1987): *Social support threat and coping responses and effectiveness in the functionally disabled*. Nursing Research, 36 (2), 98-103.

Mechanic, D. (1962): *The concept of illness behavior*. Journal of Chronic Diseases, 15 (2), 189-194.

Meichenbaum, D. (1977): *Cognitive-behavioral modification: an integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.

Menaghan, E.G. (1982): *Measuring coping effectiveness: A panel analysis of marital problems and coping efforts*. Journal of Health and Social Behavior, 23 (3), 220-234.

Menninger, K.A. (1953): *Psychiatric aspects of physical disability*. En J.F. Garrett (Ed.): *Psychological aspects of physical disability* (pp. 8-17). Washington: Office of Vocational Rehabilitation.

Menninger, K.A. (1954): *Regulatory devices of the ego under major stress*. International Journal of Psychoanalysis, 35, 412-420.

Merluzzi, T.V., y Martinez, M.A. (1997): *Assessment of self-efficacy and coping with cancer: Development and validation of the Cancer Behavior Inventory*. Health Psychology, 16 (2), 163-170.

Meyer, T.M. (1998): *Coping and adjustment during acute rehabilitation for spinal cord injury*. Tesis doctoral, Universidad de Auburn (Dissertation Abstracts International, vol. 59-08B, pág. 4474).

Meyerson, H. (1968): *Sense of competence in the spinal cord injured*. Tesis Doctoral, Universidad de Houston.

Meyerson, L. (1973): *Somatopsicología de las incapacidades físicas*. En W.M. Cruickshank (Ed.): *Psicología de los niños y jóvenes marginales* (pp. 3-81). Madrid: Prentice-Hall International.

Meyerson, L. (1988): *The social psychology of physical disability: 1948 and 1988*. Journal of Social Issues, 44 (1), 173-188.

Miller, N.E. (1983): *Behavioral medicine: Symbiosis between laboratory and clinic*. Annual Review of Psychology, 34 (1), 1-31.

Miller, S.M., y Mangan, C.E. (1983): *Interacting effects of information and coping style in adapting to psychological stress: When should the doctor tell all?* Journal of Personality and Social Psychology, 45 (3), 223-236.

Miller, S.M. (1979): *Controllability and human stress: Method, evidence and theory.* Behavior Research and Theory, 17 (3), 287-306.

Miller, S.M. (1980): *When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring versus blunting.* En S. Levine y H. Ursin (Eds.): *Coping and health* (pp. 145-170). Nueva York: Plenum Press.

Miller, S.M. (1987): *Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat.* Journal of Personality and Social Psychology, 54 (4), 345-353.

Miller, S.M. (1988): *The interacting effects of coping styles and situational variables in gynecologic settings: Implications for research and treatment.* Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology, 9 (1), 23-24.

Miller, S.M. (1992): *Individual differences in the coping process: What to know and when to know it.* En B. Carpenter (Ed.): *Personal coping: Theory, research and application* (pp. 77-91). CT: Westport.

Miller, S.M., Brody, D.S., y Summerton, J. (1988): *Styles of coping with threat: Implications for health.* Journal of Personality and Social Psychology, 54 (2), 142-148.

Miller, S.M.; Leinbach, A., y Brody, D.S. (1989): *Coping style in hypertensive patients: Nature and consequences.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 (4), 333-337.

Millon, T. (1982): *On the nature of clinical health psychology.* En T. Millon, C. Green y R. Meagher (Eds.): *Handbook of clinical health psychology* (pp. 1-28). Nueva York: Plenum.

Millon, T.; Green, C.J., y Meagher, R.B. (1979): *The MBHI: A new inventory for the psychodiagnostician in medical settings.* Professional Psychology, 10 (6), 529-539.

Miner, M.H.; Day, D.M., y Nafpaktitis, M.K. (1989): *Assessment of coping skills: Development of a situational competency test.* En D.R. Laws (Ed.): *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 127-136). Nueva York: Guilford Press.

Miró, J. (1997): *Translation, validation and adaptation of an instrument to assess the information-seeking style of coping with stress: the Spanish version of the Miller Behavioral Style Scale.* Personality and Individual Differences, 23 (5), 909-912.

Miró, J., y Raich, R.M. (1992): *Monitoring and blunting: Further inquiries into the Miller Behavioral Style Scale*. Comunicación presentada en el 22 Congreso Anual de la Asociación Europea de Terapia de Conducta. Coimbra, Portugal.

Monat, A., y Lazarus, S. (1985): *Stress and coping: An anthology*. Nueva York: Columbia University Press.

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. (Ed.) (1977): *Coping with physical illness*. Nueva York: Plenum Medical Book Company.

Moos, R.H. (Ed.) (1989): *Coping with physical illness 2: New perspectives*. Nueva York: Plenum Medical Book Company.

Moos, R.H. (1993): *Coping Response Inventory - Adult form manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.

Moos, R.H. (1995): *Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses*. *European Journal of Psychological Assessment*, 11 (1), 1-13.

Moos, R.H., y Billings, A.G. (1982): *Conceptualizing and measuring coping resources and processes*. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.): *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). Nueva York: Free Press.

Moos, R.H., y Schaefer, J.A. (1989): *The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach*. En R.H. Moos (Ed.): *Coping with Physical Illness 2. New perspectives* (pp. 3-26). Nueva York: Plenum Medical Book Company.

Moos, R.H., y Tsu, V.D. (1977): *The crisis of physical illness: An overview*. En R.H. Moos (Ed.): *Coping with physical illness* (pp. 3-21). Nueva York: Plenum Press.

Moos, R.H.; Brennan, P.L.; Fondacaro, M.R., y Moos, B.S. (1990): *Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers*. *Journal of Aging*, 3 (1), 31-40.

Moos, R.H.; Cronkite, R.C.; Billings, A.G., y Finney, J.W. (1982): *Health and daily living form manual*. Stanford: Stanford University School of Medicine.

Moragas, R. (1974): *Rehabilitación: Un enfoque integral*. Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

- Moverman, R. (1993): *Use of the Millon Behavioral Health Inventory with the spinal cord injury patient population*. Comunicación presentada en la Asociación Americana de Psicólogos y Trabajadores Sociales y Lesión Medular, Las Vegas, IX.
- Mueller, A.D. (1962): *Psychological factors in rehabilitation of paraplegic patients*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 43, 151-159.
- Mueller, A.D., y Thompson, C.E. (1950): *Personality problems of the spinal cord injured*. Journal of Consulting Psychology, 14 (3), 189-192.
- Mullen, B., y Suls, J. (1982): *The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences*. Journal of Psychosomatic Research, 26 (1), 43-49.
- Muris, P.; van Zuuren, F.J.; De Jong, P.J., y De Beurs, E. (1994): *Monitoring and blunting coping styles: The Miller Behavioural Style Scale and its correlates, and the development of an alternative questionnaire*. Personality and Individual Differences, 17 (1), 9-19.
- Muthny, F.A., y Haag, G. (1987): *Behavior modification and therapy in rehabilitation*. International Journal of Rehabilitation Research, 10 (4), 195-200.
- Nagler, B. (1950): *Psychiatric aspects of cord injury*. American Journal of Psychiatry, 107 (1), 49-56.
- Neff, W.S. (Ed.) (1971): *Rehabilitation psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Neilson, P.M. (1990): *Psychosocial adjustment, family stress and ways of coping after neurotrauma*. Tesis doctoral, Universidad de Regina (Dissertation Abstracts International, vol. 53-10B, pág. 169).
- Nelson, A.L. (1990a): *A model for spinal cord injury rehabilitation*. Tesis doctoral, Universidad de Florida (Dissertation Abstracts International, vol. 52-01B, pág. 162).
- Nelson, A.L. (1990b): *Patients' perspectives of a spinal cord injury unit*. SCI Nursing, 7 (3), 44-63.
- Nelson, A.L. (1992): *Developing a therapeutic milieu on a spinal cord injury unit*. En C. Zejdlik (Ed.): *Management of spinal cord injury* (pp. 213-227). Nueva York: Jones and Bartlett.
- Nerenz, D.R., y Leventhal, H. (1983): *Self-regulation theory in chronic illness*. En T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds.): *Coping with chronic disease* (pp. 13-38). Nueva York: Academic Press.

Nestoros, J.N.; Demers-Desrosiers, L.A., y Dalicandro, L.A. (1982): *Levels of anxiety and depression in spinal cord injured patients*. *Psychosomatics*, 23 (8), 823-827.

Nielson, W.R., y MacDonald, M.R. (1988): *Attributions of blame and coping following spinal cord injury: Is self-blame adaptive?* *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4 (3), 163-175.

Nieves, C.C.; Charter, R.A., y Aspinall, M.J. (1991): *Relationship between effective coping and perceived quality of life in spinal cord injured patients*. *Rehabilitation Nursing*, 16 (3), 129-132.

Noreau, L., y Fougereyrollas, P. (1996): *Evaluation of the concept of handicap: A measure of the life habits of individuals with a lesion of the spinal cord*. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10 (2), 81-97.

Norman, E.J., y Norman, V.L. (1991): *Relationship of patients' health locus of control beliefs to progress in rehabilitation*. *Journal of Rehabilitation*, 57 (1), 27-30.

Norman, V., y Snyder, M. (1982): *Assessment of self-care readiness*. *Rehabilitation Nursing*, 7 (3), 17-21.

Obriest, P.A. (1976): *The cardiovascular behavioral interaction as it appears today*. *Psychophysiology*, 13 (2), 95-107.

O'Connor, J.R., y Leitner, L.A. (1971): *Traumatic quadraplegia: A comprehensive review*. *Journal of Rehabilitation*, 37 (3), 14-20.

Ogrocki, P.K.; Stephens, M.A.P., y Kinney, J. (1990): *Assessing caregiver coping: State vs. trait approach*. *The Gerontologist*, 30, 135A.

Oliver, M. (1995): *Social work. Disabled people and disabling environments*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Oliver, M.; Zarb, G.; Silver, J.; Moore, M., y Salisbury, V. (1988): *Walking into darkness: The experience of spinal cord injury*. Basingstoke: The Macmillan Press.

Organización Mundial de la Salud (1997): *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Actividades y Participación: Manual de las dimensiones de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional. (Versión Beta-1)*. Ginebra: OMS.

Ormel, J., y Wohlfarth, T. (1991): *How neuroticism, long-term difficulties and life situation change influence psychological distress: A longitudinal model*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (8), 744-755.

Ortiz, P. (1990): Estudio sobre el autoconcepto en parapléjicos varones adultos. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Mimeo. (Colección Tesis Doctorales, Servicio de Reprografía, Editorial de la Universidad Complutense de Madrid, 1991).

Ortiz, P.; López, T.; Martín, M.J., y Juan, M. (1990): *Consideraciones acerca de la repercusión de la paraplejia en la imagen corporal*. Comunicación presentada en el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia, 15-20-IV-1990. (Tomo 7, pp. 328-332).

Ostby, S.S., y Leung, P. (1987): *Research in rehabilitation*. En G.L. Gandy, E.D. Martin, R.E. Hardy y J.G. Cull (Eds.): *Rehabilitation counseling and services. Profession and process* (pp. 151-168). Springfield: Charles C. Thomas Pub.

Osuji, O.N. (1985): *Personality factors in acceptance of loss among the physically disabled*. *The Psychological Report*, 35 (1), 23-28.

Overholser, J.C. (1992): *Sense of humor when coping with life stress*. *Personality and Individual Differences*, 13 (7), 799-804.

Overholser, J.C.; Schubert, D.S.P.; Foliart, R., y Frost, F. (1993): *Assessment of emotional distress following a spinal cord injury*. *Rehabilitation Psychology*, 38 (3), 187-198.

Palmer, J.B. (1985): *Depression and adrenocortical function in SCI patients: A review*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66 (4), 253-256.

Park, C.L., y Folkman, S. (1997): *Meaning in the context of stress and coping*. *Review of General Psychology*, 1 (2), 115-144.

Parker, J.D., y Endler, N.S. (1992): *Coping with coping assessment: A critical review*. *European Journal of Personality*, 6 (5), 321-344.

Parkes, K.P. (1984): *Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressful episodes*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (7), 655-668.

Parkes, K.P. (1986): *Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors and situational characteristics*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (12), 1277-1292.

Parsons, T. (1972): *Definitions of health and illness in the light of American values and social structure*. En G. Jaco (Ed.): *Patients, physicians and illness* (2ª ed.) (pp. 107-127). Nueva York: The Free Press, MacMillan.

Pearlin, L.I., y Schooler, C. (1978): *The structure of coping*. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 (1), 2-21.

Pelechano, V. (1972): La personalidad en función de los parámetros de estímulo en la solución de problemas. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Complutense de Madrid.

Pelechano, V. (1974): El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución. Madrid: Fraser Ibérica, S.A.

Pelechano, V. (1987): *Psicología y rehabilitación. Un primer acercamiento*. Análisis y Modificación de Conducta, 13 (35), 5-43.

Pelechano, V. (1991a): *Familia, estrés y enfermedad*. Análisis y Modificación de Conducta, 17 (55), 729-774.

Pelechano, V. (1991b): *La personalidad desde la perspectiva de parámetros*. Psicologemas, 10 (2), 153-176.

Pelechano, V. (1992): *Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos (1) (2)*. Análisis y Modificación de Conducta, 18 (58), 167-201.

Pelechano, V. (1997): *Personalidad y el binomio salud-enfermedad: Una revisión conceptual selectiva*. Análisis y Modificación de Conducta, 23 (92), 751-795.

Pelechano, V. (1999): *Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica: Datos y sugerencias para un modelo*. En J. Buendía (Dir.): Familia y psicología de la salud (pp. 133-180). Madrid: Ed. Pirámide .

Pelechano, V., y Báguena, M.J. (1983): *Un cuestionario de Locus de Control (LUCAM)*. Análisis y Modificación de Conducta, 9 (20), 5-46.

Pelechano, V., y De Miguel, A. (1991): *Locus de control y motivación de rendimiento en ancianos: Evaluación y primeros resultados para dos instrumentos*. Análisis y Modificación de Conducta, 17 (53-54), 333-350.

Pelechano, V., y De Miguel, A. (1992): *Dimensiones de personalidad, motivación y habilidades interpersonales en ancianos: Una primera aproximación*. Análisis y Modificación de conducta, 19 (63), 91-149.

Pelechano, V.; Matud, P., y De Miguel, A. (1993): *Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos*. Análisis y Modificación de Conducta, 19 (63), 91-149.

Pelechano, V.; Capafóns, J.I., y Sosa, C.D. (1991): *Psicología de la salud, dimensiones de personalidad y motivación en enfermos crónicos (II): Personalidad y estrategias de afrontamiento*. Análisis y Modificación de Conducta, 17 (53-54), 633-655.

Pelechano, V.; Matud, P., y De Miguel, A. (1994): *Estrés no sexista, salud y personalidad*. Análisis y Modificación de Conducta, 20 (71-72), 311-611.

Pelletier, J.R.; Rogers, S., y Thurer, S. (1985): *The mental health needs of individuals with severe physical disability. A consumer advocate perspective*. Rehabilitation Literature, 46 (7-8), 186-193.

Pennebaker, J.W.; Colder, M., y Sharp, L.K. (1990): *Accelerating the coping process*. Journal of Personality and Social Psychology, 58 (3), 528-537.

Pepper, A.R. (1975): *Psychosocial aspects of spinal cord injury*. Maryland State Medical Journal, 24 (1), 65-69.

Perrez, M., y Reicherts, M. (Eds.) (1992): *Stress, coping and health. A situation-behavior approach. Theory, methods and applications*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.

Peter, A.R. (1975): *Psychosocial aspects of spinal cord injury*. Maryland State Medical Journal, 24 (2), 65-69.

Petrie, A. (1978): *Individuality in pain and suffering*. Chicago: University of Chicago Press.

Pierce, C.M., y Molloy, G.N. (1992): *A modified regressive coping checklist: Some Australian data*. Psychological Reports, 70 (3), 1007-1009.

Pollets, D.F. (1985): *Ego development, coping, social support in the adjustment to spinal cord injury*. Tesis Doctoral, Universidad de Boston (Dissertation Abstracts International, vol. 46/08B, pág. 2854).

Povolny, M.A., y Kaplan, S.P. (1993): *Traumatic brain injury occurring with spinal cord injury: Significance for rehabilitation*. Journal of Rehabilitation, 59 (2), 23-27.

Power, P.W.; Dell Orto, A.E., y Gibbons, M.B. (Eds.) (1988): *Family interventions throughout chronic illness and disability*. Nueva York: Springer Publishing Co.

Quinn, P. (1998): *Understanding disability. A lifespan approach*. Londres: Sage Publications.

Radnitz, C.L.; Bockian, N., y Moran, A.I. (2002): *Assessment of psychopathology and personality in people with physical disabilities*. En R. G. Frank y T. R. Elliott (Eds.): *Handbook of Rehabilitation Psychology*, 2ª edición (pp. 287-310). Washington: American Psychological Association.

Radnitz, C.L.; Hsu, L.; Tirch, D.D.; Willard, J. (1998): *A comparison of posttraumatic stress disorder in veterans with and without spinal cord injury*. Journal of Abnormal Psychology, 107 (4), 676-680.

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.

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.

Ray, C., y West, J. (1983): *Spinal cord injury: The nature of its implications and ways of coping*. International Journal of Rehabilitation, 6 (4), 364-365.

Ray, C.; Weir, W.R.; Stewart, D y Miller, P. (1993): *Ways of coping with chronic fatigue syndrome: Development of an illness management questionnaire*. Social Science and Medicine, 37 (3), 385-391.

Ray, P.M., y Kreutzer, J.S. (1984): *Coping with spinal paraplegia*. Paraplegia, 22 (4), 249-259.

Regan, C.A.; Lorig, K., y Thoresen, C.E. (1988): *Arthritis appraisal and ways of coping: Scale development*. Arthritis Care and Research, 1 (3), 139-150.

Reichard, S.; Livson, F., y Peterson, P.G. (1962): *Aging and personality*. Nueva York: Wiley.

Reicherts, M., y Perrez, M. (1994): *The Stress and Coping Process Questionnaire*. Zeitschrift fur Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 42 (3), 230-240.

Reidy, K., y Caplan, B. (1994): *Causal factors in spinal cord injury: Patients' evolving perceptions and association with depression*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 75 (10), 837-842.

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.

Richards, J.S. (1984): *Depression and hostility one year post-discharge following spinal cord injury*. Comunicación presentada al Xº Encuentro Anual de la Asociación Americana de Lesión Medular, Houston, Texas, 26-28-III.

Richards, J.S. (1986): *Psychologic adjustment to spinal cord injury during first postdischarge year*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 67 (4), 362-365.

Richards, J.S.; Elliott, T.R.; Shewchuk, R.M., y Fine, P.R. (1997): *Attribution of responsibility for onset of spinal cord injury and psychosocial outcomes in the first year post-injury*. *Rehabilitation Psychology*, 42 (2), 115-124.

Richards, J.S.; Kewman, D.G., y Pierce, C.A. (2002): *Spinal cord injury*. En R. G. Frank y T. R. Elliott (Eds.): *Handbook of Rehabilitation Psychology*, 2ª edición (pp. 11-28). Washington: American Psychological Association.

Riggall, T.F.; Maki, D.R., y Wolf, A.W. (Eds.) (1986): *Applied rehabilitation counseling*. Nueva York: Springer.

Rigoni, H.C. (1977): *Psychological coping in the patient with spinal cord injury*. En D.S. Pierce y V.H. Nickel (Eds.): *The total care of spinal cord injuries* (pp. 299-307). Boston: Little, Brown and Company.

Rim, Y. (1991): *Coping styles of (first-and second-generation) holocaust survivors*. *Personality and Individual Differences*, 12, 1315-1317.

Rim, Y. (1992a): *Machiavellianism and coping styles*. *Personality and Individual Differences*, 13 (5), 487-489.

Rim, Y. (1992b): *Moral development and coping styles*. *Personality and Individual Differences*, 13 (7), 627-629.

Rintala, D.H.; Hanover, D.; Alexander, J.; Sanson-Fisher, R.; Willems, E., y Halstead, L. (1986): *Team care: An analysis of verbal behaviors during patient rounds in a rehabilitation hospital*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67 (2), 118-122.

Rintala, D.H.; Young, M.E.; Hart, K.A.; Clearman, R.R., y Fuhrer, M.J. (1992): *Social support and the well-being of persons with spinal cord injury living in the community*. *Rehabilitation Psychology*, 37 (3), 155-163.

Rintala, D.H.; Young, M.E.; Hart, K.A., y Fuhrer, M.J. (1994): *The relationship between the extent of reciprocity with social supporters and measures of depressive symptomatology, impairment, disability and handicap in persons with spinal cord injury*. *Rehabilitation Psychology*, 39 (1), 15-27.

Roberts, A.H. (1972): *Spinal cord injury - some psychological considerations*. *Minnesota Medicine*, 55, 1115-1117.

Roberts, J.G.; Browne, G.; Streiner, D.; Bryne, C.; Brown, B., y Love, B. (1987): *Analysis of coping response and adjustment: Stability of conclusions*. *Nursing Research*, 36 (2), 94-97.

Robertson, S.C. (1989): *Individual and family influences on the rehabilitation process*. International Journal for the Advancement of Counselling, 12 (3), 165-172.

Rodevich, M.A., y Wanlass, R.L. (1995): *The moderating effect of spinal cord injury on MMPI-2 profiles: A clinically derived T score correction procedure*. Rehabilitation Psychology, 40 (3), 181-190.

Rodríguez-Marín, J. (1986): *Algunos aspectos psicosociológicos de la rehabilitación*. Ponencia para las Jornadas de Psicología y Salud, Santander, 17-19-III (pp. 247-268).

Rodríguez-Marín, J.; López-Roig, S., y Pastor, M.A. (1989): *Estrés por hospitalización y estrategias de afrontamiento*. Revista de Psicología de la Salud, 1 (1), 81-104.

Rodríguez-Marín, J.; Terol, C.; López-Roig, S., y Pastor, M.A. (1992): *Evaluación del afrontamiento del estrés: Propiedades psicométricas del Cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes*. Revista de Psicología de la Salud, 4 (2), 59-84.

Roessler, R.T., y Bolton, B. (Eds.) (1978a): *Psychosocial adjustment to disability*. Baltimore: University Park Press.

Roessler, R.T., y Bolton, B. (1978b): *Severe disability: Spinal cord injury*. En R. Roessler y B. Bolton (Eds.): *Psychosocial adjustment to disability* (pp. 57-73). Baltimore: University Park Press.

Rohe, D.E., y Athelstan, G.T. (1982): *Vocational interests of persons with spinal cord injury*. Journal of Counseling Psychology, 29: 283-291.

Rohe, D.E., y Krause, J.S. (1993): *The five factor model of personality: Findings among males with spinal cord injury*. Comunicación presentada en la Convención de la Asociación Americana de Psicología, Toronto, Canada, Agosto 1993.

Rohe, D.E., y Krause, J.S. (1998): *Stability of interests after severe physical disability: An 11-year longitudinal study*. Journal of Vocational Behavior, 52 (1):45-58.

Rosenbaum, M. (1980): *A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings*. Behavior Therapy, 11 (2), 109-121.

Rosenbaum, M., y Raz, D. (1977): *Denial, locus of control and depression among physically disabled and nondisabled men*. Journal of Clinical Psychology, 33 (7), 672-676.

Rosenstiel, A.K., y Keefe, F.J. (1983): *The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment*. *Pain*, 17 (1), 33-44.

Rosenstiel, A.K., y Roth, S. (1981): *Relationship between cognitive activity and adjustment in four spinal cord injured individuals: A longitudinal investigation*. *Journal of Human Stress*, 7 (1), 35-43.

Roth, S., y Cohen, L.J. (1986): *Approach, avoidance and coping with stress*. *American Psychologist*, 41 (9), 813-819.

Rotter, J.B. (1966): *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological Monographs*, 80 (1), 1-28.

Ruano, A. (1993): *Invalidez, desamparo en indefensión en seres humanos*. Madrid: Ed. MAPFRE.

Ruisel, I. (1993): *Practical intelligence: Research of psychologists from the Slovak Academy of Sciences*. *Studia Psychologica*, 35 (1), 5-12.

Rule, W.R. (1987): *Acceptance and adjustment to disability: An adlerian orientation*. En G.L. Gandy, E.D. Mertin, R.E. Hardy y J.G. Cull (Eds.): *Rehabilitation counseling and services: Profession and process* (pp. 219-233). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Russell, R.A. (1981): *Concepts of adjustment to disability: An overview*. *Rehabilitation Literature*, 42 (11-12), 330-338.

Sammallahti, P.; Kannisto, M., y Aalberg, V. (1996): *Psychological defenses and psychiatric symptoms in adults with pediatric spinal cord injuries*. *Spinal Cord*, 34 (7), 669-672.

Sánchez-Cánovas, J. (1991): *Evaluación de las estrategias de afrontamiento*. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Comps.): *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 247-270). Madrid: Siglo XXI.

Sandín, B. (1989): *Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas*. En B. Sandín, y J. Bermúdez: *Procesos emocionales y salud* (pp. 48-72). Madrid: Cuadernos de la UNED.

Sangorrín, J. (1977): *Esquema corporal y deficiencia motriz*. *Anuario de Psicología*, 16 (2), 95-111.

Santavirta, N.; Bjorvell, H.; Koivumaki, E.A., y Hurskainen, K. (1996): *The factor structure of coping strategies in hemophilia*. *Journal of Psychosomatic Research*, 40 (6), 617-624.

Scofield, M.E.; Pape, D.A.; McCracken, N., y Maki, D.R. (1980): *An ecological model for promoting acceptance of disability*. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 11 (4), 183-187.

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.

Schoenberg, B.; Carr, A.C.; Peretz, D., y Kutscher, A.H. (Eds.) (1970): *Loss and grief: Psychological management in medical practice*. Nueva York: Columbia University Press.

Schultz, R., y Decker, S.D. (1982): *Social support, adjustment and the elderly spinal cord injured: A social psychological analysis*. En G. Weary y H.L. Mirels (Eds.): *Integrations in Clinical and Social Psychology* (pp. 272-286). Nueva York: Oxford University Press.

Schultz, R., y Decker, S.D. (1985): *Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control and self-blame*. Journal of Personality and Social Psychology, 48 (5), 1162-1172.

Schwartz, G., y Weiss, S. (1977): *What is behavioral medicine?* Psychosomatic Research, 36 (4), 377-381.

See, J.D. (1985): *Person-centered perspective*. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 16 (3), 15-20.

Seeman, M., y Evans, J.W. (1962): *Alienation and learning in hospital setting*. American Sociological Review, 27, 772-783.

Seligman, M. (1985): *Handicapped children and their families*. Journal of Counseling and Development, 34 (3), 274-277.

Selye, H. (1956/1976): *The stress of life* (Ed. revisada). Nueva York: McGraw-Hill.

Selye, H. (Ed.) (1983): *Selye's guide to stress research* (vol. 3). Nueva York: Scientific and Academic Editions.

Shadish, W.R.; Hickman, D., y Arrick, M.C. (1981): *Psychological problems of spinal cord patients: Emotional distress as a function of time and locus of control*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49 (2), 297.

Shapiro, D. (1965): *Neurotic styles*. Nueva York: Basic Books.

Shaw, R.E.; Cohen, F.; Doyle, B., y Palesky, J. (1985): *The impact of denial and repressive style on information gain and rehabilitation outcomes in myocardial infarction patients*. *Psychosomatic Medicine*, 47 (3), 262-273.

Sherrill, C.; Hinson, M.; Gench, B., y Kennedy, S.O. (1990): *Self concepts of disabled youth athletes*. *Perceptual and Motor Skills*, 70 (3), 1093-1098.

Shewchuk, R., y Elliott, T.R. (2002): *Family caregiving in chronic disease and disability*. En R. G. Frank y T. R. Elliott (Eds.): *Handbook of Rehabilitation Psychology*, 2ª edición (pp. 553-564). Washington: American Psychological Association.

Sholomskas, D.E. (1986): *Attributions of responsibility and the relationship to coping among the spinal cord injured: Concordance between victim and observer*. Tesis Doctoral, Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies.

Sholomskas, D.E.; Steil, J.M., y Plummer, J.K. (1990): *The spinal cord injured revisited: The relationship between self-blame, other-blame and coping*. *Journal of Applied Social Psychology*, 20 (7), 548-574.

Shontz, F.C. (1971): *Physical disability and personality*. En W.S. Neff (Ed.): *Rehabilitation psychology* (pp. 33-73). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Shontz, F.C. (1975): *The psychological aspects of physical illness and disability*. Nueva York: Macmillan.

Shontz, F.C. (1977): *Six principles relating disability and psychological adjustment*. *Rehabilitation Psychology*, 24 (4), 207-210.

Shontz, F.C. (1978): *Psychological adjustment to physical disability: Trends in theories*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 59, 251-254.

Shontz, F.C. (1980): *Theories about the adjustment to having a disability*. En W.M. Cruichshank (Ed.): *Psychology of Exceptional children and youth* (4ª Edición) (pp. 3-44). Englewood Cliffs, N.: Prentice-Hall Inc.

Shontz, F.C. (1983): *Physical disability and personality: Theory and research*. En J. Stubbins (Ed.): *Social and psychological aspects of disability* (pp. 333-354). Baltimore: University Park Press.

Shontz, F.C. (1989): *A future for research on rehabilitation and adjustment to disability*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 33 (2), 163-176.

Shontz, F.C. (1991): *Six principles relating disability and psychological assessment*. En R.P. Marinelli y A. Dell Orto (Eds.): *The psychological and social impact of disability* (3ª Edición) (pp. 117-135). Nueva York: American Psychological Association.

Shontz, F.C., y Wright, B.A. (1980): *The distinctiveness of rehabilitation psychology*. *Professional Psychology*, 11 (6), 919-924.

Siegmán, A.W., y Smith, T.W. (Eds.) (1994): *Anger, hostility and the heart*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Silver, R.L. (1982): *Coping with an undesirable life event: A study of early reactions to physical disability*. Tesis Doctoral, Universidad de Northwestern. *Dissertation Abstracts International*, vol. 43/10B, pág. 3415 (U. Microfilm N° 83-05524).

Silver, R.L., y Wortman, C.B. (1980a): *Coping with undesirable life events*. En J. Garbey y M. Seligman (Eds.): *Human helplessness: Theory and applications* (pp. 279-375). Nueva York: Academic Press.

Silver, R.L., y Wortman, C.B. (1980b): *Expectations of control and coping with permanent paralysis*. Comunicación presentada en el Symposium on Issues of Control in Health, American Psychological Association, Montreal.

Silver, R.L.; Wortman, C.B., y Klos, D.S. (1982): *Cognitions, affect and behavior following uncontrollable outcomes: A response to current human helplessness research*. *Journal of Personality*, 50 (5), 480-514.

Siller, J. (1969): *Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries*. *Rehabilitation Literature*, 30, 290-296.

Siller, J. (1976): *Attitudes toward disability*. En H. Rusalem y D. Malikin (Ed.): *Contemporary vocational rehabilitation* (pp. 67-80). Nueva York: New York University Press.

Siller, J. (1983): *Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries*. En J. Stubbins (Ed.): *Social and psychological aspects of disability* (pp. 305-316). Baltimore: University Park Press.

Singh, N.; Squier, C.; Sivek, C., y Wagener, M. (1996): *Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: Prospective assessment with implications for enhancing compliance*. *AIDS Care*, 8 (3), 261-269.

Sinyor, D.; Amato, P.; Kaloupek, D.G.; Becker, R. Goldenberg, M., y Coopersmith, H. (1986): *Post-stroke depression: Relationships to functional impairment, coping strategies and rehabilitation outcome*. *Stroke*, 17 (12), 1102-1107.

Snyder, C.R. (1989): *Reality negotiation: From excuses to hope and beyond*. Journal of Social and Clinical Psychology, 8 (2), 130-157.

Snyder, C.R. (Ed.) (1999): *Coping. The psychology of what works*. Nueva York: Oxford University Press.

Snyder, C.R., y Ford, C.E. (Eds.) (1987): *Coping with negative life events*. Nueva York: Plenum Press.

Somasundaram, O.; Balakrishnan, S.; Ravindran, O.S., y Shanmugasundaram, T.K. (1992): *A psychological study of spinal cord injured patients involved in the Madras Paraplegia Project*. Paraplegia, 30 (8), 799-802.

Soltz, D.R. (1998): *The effects of acquired disability on coping with the disability*. Tesina de Master, Universidad de California (Master Abstracts International, vol. 36-06B, pág. 1445).

Spivack, G.; Platt, J.J., y Shure, M.B. (1976): *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

SPSS (2000). SPSS v. 10 [Programa informático]. Chicago: SPSS, Inc.

Stambrook, M.; Moore, A.D.; Peters, L.C., y Zubek, E. (1991): *Head injury and spinal cord injury: Differential effects on psychosocial functioning*. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 13 (4), 521-530.

Steinbauer, J.R. (1989): *Spinal injury: Impact and implications for family medicine research*. En C.N. Ramsey (Ed.): *Family systems in medicine* (pp. 458-468). Nueva York: Guilford Press.

Steinglass, P.; Temple, S.; Lisman, S.A., y Reiss, D. (1982): *Coping with spinal cord injury: The family perspective*. General Hospital Psychiatry, 4 (4), 259-264.

Stensman, R. (1994): *Adjustment to traumatic spinal cord injury. A longitudinal study of self-reported quality of life*. Paraplegia, 32 (6), 416-422.

Stephoe, A.; Sutcliffe, I.; Allen, B., y Coombes, C. (1991): *Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer*. Social Science and Medicine, 32 (7), 627-632.

Stewart, T. (1977): *Coping behavior and the moratorium following spinal cord injury*. Paraplegia, 15 (2), 133-142.

Stewart, T., y Shields, C.R. (1985): *Grief in chronic illness: Assessment and management*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 66 (5), 447-450.

Steyer, R.; Ferring, D., y Schmitt, M.J. (1992): *States and traits in psychological assessment*. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (2), 79-98.

Stone, A.A., y Kennedy-Moore, E. (1991): *Assessing situational coping: Conceptual and methodological considerations*. En H. Friedman (Ed.): *Hostility, coping and health* (pp. 203-214). Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

Stone, A.A., y Neale, J.M. (1984): *A new measure of daily coping: Development and preliminary results*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (9), 892-906.

Stone, A.A., y Shiffman, S. (1992): *Reflections on the intensive measurement of stress, coping, and mood with an emphasis on daily measures*. *Psychology and Health*, 7 (2), 115-129.

Stone, A.A., Helder, L., y Schneider, M. (1988): *Coping with stressful events: Coping dimensions and issues*. En L. Cohen (Ed.): *Research on stressful life events: Theoretical and methodological issues* (pp. 182-210). Beverly Hills, C.A.: Sage Publications.

Stone, A.A.; Greenberg, M.A.; Kennedy-Moore, E., y Newman, M.G. (1991): *Self report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring?* *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (4), 648-658.

Strong, C. (1984): *Stress and caring for elderly relatives: Interpretation and coping strategies in an American Indian and White sample*. *The Gerontologist*, 24 (3), 251-256.

Stubbins, J. (Ed.) (1983): *Social and psychological aspects of disability*. Baltimore: University Park Press.

Sullivan, J. (1994): *Surviving uncertainty and projecting recovery: A qualitative study of patients' and family members' experience with acute spinal cord injury*. Tesis doctoral, Universidad de Pensilvania (Dissertation Abstracts International, vol. 55-9B, pág. 3823).

Suls, J., y Fletcher, B. (1985): *The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis*. *Health Psychology*, 4 (3), 249-288.

Swartzman, L.C.; Gwadry, F.G.; Shapiro, A.P., y Teasell, R.W. (1994): *The factor structure of the Coping Strategies Questionnaire*. *Pain*, 57 (3), 311-316.

Swenson, E. (1976): *The relationship between locus of control expectancy and successful rehabilitation of the spinal cord injured*. Tesis doctoral, Universidad de Arizona (Dissertation Abstracts International, vol. 37-04A, pág. 1999-2000).

Sword, S., y Roberts, M.M. (1974): *The spinal cord injured patient*. En R.E. Hardy y J.G. Cull (Eds.): *Severe disabilities: Social and rehabilitation approaches*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Tait, R., y Silver, R.C. (1989): *Coming to terms with major negative life events*. En J.S. Uleman y J.A. Bargh (Eds.): *Unintended thought* (pp. 351-382). Nueva York: Guilford Press.

Tate, D.G.; Forchheimer, M., y Maynard, F. (1993): *Comparing two measures of depression in spinal cord injury*. *Rehabilitation Psychology*, 38 (1), 53-61.

Tate, D.G.; Kewman, D.G., y Maynard, F. (1990): *The brief symptom inventory: Measuring psychological distress in spinal cord injury*. *Rehabilitation Psychology*, 35 (4), 211-216.

Tate, D.G.; Maynard, F., y Forchheimer, M. (1992): *Evaluation of a medical rehabilitation and independent living program for persons with spinal cord injury*. *Journal of Rehabilitation*, 58 (3), 25-28.

Taylor, G.P. (1967): *Predicted versus actual response to spinal cord injury: A psychological study*. Tesis doctoral, Universidad de Minnesota, Minneapolis. (Dissertation Abstracts International, vol. 28-03B, pág. 1214).

Taylor, G.P. (1970): *Moderator-variable effect on personality-test-item endorsements of physically disabled patients*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35 (3), 183-188.

Taylor, S.E. (1983): *Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation*. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

Taylor, S.E.; Collins, R.L.; Skokan, L.A., y Aspinwall, L.G. (1989): *Maintaining positive illusions in the face of negative information: Getting the facts without letting them get to you*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8 (2), 114-129.

Taylor, S.E.; Lichtman, R.R., y Wood, J.V. (1984): *Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (5), 489-502.

Taylor, S.E.; Wood, J.V., y Litchman, R.R. (1983): *Selective evaluation as a response to victimization*. *Journal of Social Issues*, 39 (1), 19-40.

Thoits, P.A. (1986): *Social support as coping assistance*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416.

Thompson, D.D., y Dexter, W.R. (1980): *Personality characteristics of spinal cord injury patients at injury and one-year follow-up. Model systems*. SCI Digest, 2 (6), 38-43.

Thompson, S.C., y Spacapan, S. (1991): *Perceptions of control in vulnerable populations*. Journal of Social Issues, 47 (4), 1-21.

Thompson, S.C.; Sobolew-Shubin, A.; Galbraith, M.E.; Schankovsky, L., y Cruzen, D. (1993): *Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances*. Journal of Personality and Social Psychology, 64 (2), 293-304.

Thurer, S. (1985): *Rehabilitation counseling: A psychodynamic perspective*. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 16 (3), 4-8.

Thurm-Mussgay, I.; Galle, K., y Haefner, H. (1991): *The coping strategies of patients with schizophrenia: An assessment concept and instrument*. Verhaltenstherapie, 1 (4), 293-300.

Tobin, D.J.; Holroyd, K., y Reynolds, R. (1982): *The assessment of coping: Psychometric development of the coping strategies inventory*. Comunicación presentado en la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles, California.

Tobin, D.L.; Holdroyd, K.A.; Reynolds, R.V., y Wigal, J.K. (1989): *The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory*. Cognitive Therapy and Research, 13 (4), 343-361.

Törestad, B.; Magnusson, D., y Oláh, A. (1990): *Coping, control and experience of anxiety: An interactional perspective*. Anxiety Research, 3 (1), 1-16.

Trieschmann, R.B. (1974): *Coping with a disability: A sliding scale of goals*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 55 (6), 556-560.

Trieschmann, R.B. (1980): *Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social and Vocational Adjustment*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Trieschmann, R.B. (1984): *The Psychological Aspects of Spinal Cord Injury*. En C.J. Golden (Ed.): *Current Topics in Rehabilitation Psychology* (pp. 125-137). Orlando: Grune & Stratton.

Trieschmann, R.B. (1987): *Aging with a Disability*. Nueva York: Demos Publications.

Trieschmann, R.B. (1988): *Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social and Vocational Rehabilitation*. (2ª Edición). Nueva York: Demos Publications.

Trieschmann, R.B. (1992a): *Psychosocial research in spinal cord injury: The state of the art*. Paraplegia, 30 (1), 58-60.

Trieschmann, R.B. (1992b): *Psychosocial adjustment to spinal cord injury*. En B.W. Heller; L.M. Flohr y L.S. Zegans (Eds.): *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (pp. 117-136). Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Tucker, S.J. (1980): *The psychology of spinal cord injury: Patient-staff interaction*. Rehabilitation Literature, 41 (5-6), 114-121.

Tucker, S.J. (1988): *Interacción paciente-personal sanitario en los casos de lesión en la médula espinal*. En D.W. Krueger (Ed.): *Psicología de la rehabilitación* (pp. 299-310). Barcelona: Ed. Herder.

Tun, C.G.; Tun, P.A., y Wingfield, A. (1997): *Cognitive function following long-term spinal cord injury*. Rehabilitation Psychology, 42 (3), 163-182.

Turnbull, A.P.; Patterson, J.M.; Behr, S.K.; Murphy, D.L.; Marquis, J.G., y Blue-Banning, M.J. (Eds.) (1993): *Cognitive coping, families and disability*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Umlauf, R.L., y Frank, R.G. (1983): *A cluster-analytic description of patient subgroups in the rehabilitation setting*. Rehabilitation Psychology, 28 (2), 157-167.

Umlauf, R.L., y Frank, R.G. (1986): *Multidimensional health locus of control in a rehabilitation setting*. Journal of Clinical Psychology, 42 (2), 126-128.

Umlauf, R.L., y Frank, R.G. (1987): *Cluster analysis, depression and ADL status*. Rehabilitation Psychology, 32 (1), 39-44.

Vaillant, G.E. (1977): *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown and Company.

Van Den Bout, J.; Van Son-Schoones, N; Schipper, J., y Groffen, C. (1988): *Attributional cognitions, coping behavior and self-esteem in inpatients with severe spinal cord injuries*. Journal of Clinical psychology, 44 (1), 17-22.

Vander-Kolk, C.J. (1991): *Client credibility and coping styles*. Rehabilitation Psychology, 36 (1), 51-56.

Vargo, J.W. (1989): *In the house of my friend: Dealing with disability*. International Journal for the Advancement of Counselling, 12 (3), 281-287.

Vash, C.L., y Hohmann, G.W. (1981): *The psychology of disability*. Nueva York: Springer.

Verdugo, M.A. (1999): *Marco conceptual de la psicología de la rehabilitación*. En Ruano, A.; Muñoz, J.M., y Cid, C. (Coords.): *Psicología de la rehabilitación en deficiencias y discapacidades físicas* (pp. 13-32). Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

Versluys, H. (1983): *Psychosocial adjustment to physical disability*. En C. Trombly (Ed.): *Occupational therapy for physical dysfunction* (pp. 125-157). Baltimore: Williams and Wilkins.

Vickers, R.R.Jr.; Kolar, D.W., y Hervig, L.K. (1989): *Personality correlates of coping with military basic training* (Report N° 89-3). San Francisco: Naval Health Research Center.

Villardón, L. (1993): *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

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.

Vingerhoets, A.J.J.M., y Flohr, P.J.M. (1984): *Type A behavior and self-reports of coping preferences*. *British Journal of Medical Psychology*, 57 (1), 15-21.

Vitaliano, P.P.; Maiuro, R.D.; Russo, J., y Becker, J. (1987): *Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies*. *Journal of Behavioral medicine*, 10 (1), 1-18.

Vitaliano, P.P.; Russo, J.; Carr, J.E.; Maiuro, R.D., y Becker, J. (1985): *The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties*. *Multivariate Behavioral Research*, 20 (1), 3-26.

Warner, G.C. (1989): *Stress, coping and adjustment to spinal cord injury*. Tesis doctoral, Universidad Estatal de Nueva York (Dissertation Abstracts International, vol. 50-07B, pág. 1951).

Watson, M.S. (1993): *Locus of control, blame and their relationship with coping effectiveness for the spinal cord injured*. Tesina de Master, Universidad de York. (Master Abstracts International, vol. 34-01, pág. 420).

Watson, D., y Clark, L.A. (1984): *Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states*. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

Watson, D.; Clark, L.A., y Harkness, A.R. (1994): *Structures of personality and their relevance to psychopathology*. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 18-31.

Watson, D.; David, J.P., y Suls, J. (1999): *Personality, affectivity and coping*. En C.R. Snyder (Ed.): *Coping. The psychology what works* (pp. 119-140). Nueva York: Oxford University Press.

Watson, D., y Hubbard, B. (1996): *Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model*. *Journal of Personality*, 64 (8), 737-774.

Watson, D., y Kendall, P.C. (1983): *Methodological issues in research on coping with chronic disease*. En T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds.): *Coping with chronic disease* (pp. 39-81). Nueva York: Academic Press.

Watson, D., y Pennebaker, J.W. (1989): *Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity*. *Psychological Review*, 96 (3), 234-254.

Watson, M.; Greer, S., y Bliss, J. (1989): *Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: user's manual*. Surrey, UK: The Royal Marsden Hospital.

Watson, M.; Law, M.; Dos Santos, M., y Greer, S. (1994): *The Mini- MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale*. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12 (3), 33-46.

Weinberg, N. (1984): *Physically disabled people assess the quality of their lives*. *Rehabilitation Literature*, 45 (1-2), 12-15.

Weinberger, D.A.; Schwartz, G.E., y Davidson, R.J. (1979): *Low-anxious, high-anxious and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress*. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (4), 369-380.

Weir, R.A. (1987): *Value changes in acceptance of disability: A retrospective investigation*. Tesis doctoral, Universidad de Kansas. (Dissertation Abstracts International, vol. 48-10B, pág. 3126).

Weiss, A., y Diamond, M. (1966): *Sexual adjustment, identification and attitudes of patients with myelopathy*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 47 (3), 245-250.

Welsh, G.S., y Dalstrom, W.G. (Eds.) (1956): *Basic reading on the MMPI in psychology and medicine*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Weller, D.J., y Miller, P.M. (1977a): *Emotional reactions of patient, family and staff in acute-care period of spinal cord injury: Part I*. *Social Work in Health Care*, 2 (4), 369-377.

Weller, D.J., y Miller, P.M. (1977b): *Emotional reactions of patient, family and staff in acute-care period of spinal cord injury: Part II*. *Social Work in Health Care*, 3 (1), 7-17.

Wheaton, B. (1983): *Stress, personal coping resources and psychiatric symptoms: An investigation of interactive models*. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (3), 208-229.

Wheeler, G.; Krausher, R.; Cumming, C.; Jung, V.; Steadward, R., y Cumming, D. (1996): *Personal styles and ways of coping in individuals who use wheelchairs*. *Spinal Cord*, 34 (4), 351-357.

White, L.J. (1983): *The adjustment process of the spinal cord injured. Case studies*. Tesis doctoral (No publicada). Stillwater, Universidad de Oklahoma.

White, R.W. (1974): *Strategies of adaptation: An attempt at systematic description*. En G.V. Coelho, D.A. Hamburg y J.E. Adams (Eds.): *Coping and adaptation* (pp. 47-68). Nueva York: Basic Books.

Whiteneck, G.G. (1994): *Measuring what matters: Key rehabilitation outcomes*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75 (11), 1073-1076.

Whiteneck, G.G.; Charlifue, S.W.; Gerhart, K.A.; Lammertse, D.P.; Manley, S.; Menter, R.R., y Seedroff, K.R. (1993): *Aging with spinal cord injury*. Nueva York: Demos Publications.

Wilcox, N., y Stauffer, E. (1972): *Follow-up of 423 consecutive patients admitted to the spinal cord centre, Rancho Los Amigos Hospital*. *International Journal of Paraplegia*, 10 (2), 115-122.

Wilmot, C.B.; Cope, D.N.; Hall, K.M., y Acker, M. (1985): *Occult head injury: Its incidence in spinal cord injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66 (3), 227-231.

Wineman, N.M.; Duran, E.J., y McCulloch, B.J. (1994): *Examination of the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire with clinical populations*. *Nursing Research*, 43 (5), 268-273.

Wineman, N.M.; Duran, E.J., y Steiner, R.P. (1994): *A comparative analysis of coping behaviors in person with multiple sclerosis or a spinal cord injury*. *Research Nursing and Health*, 17 (3), 185-194.

Wittkower, E.D.; Gingras, G.; Mergler, L.; Wigdor, B., y Lepine, A. (1954): *Combined psychosocial study of spinal cord lesions*. *Canadian Medical Association Journal*, 71 (2), 109-115.

Wolfensberger, W. (1972): *Normalization: The principles of normalization in Human Services*. Toronto: National Institute of Mental Retardation.

Wolfensberger, W. (1984): *A reconceptualization of normalization as social role valorization*. *The Canadian Journal of Mental Retardation*, 34 (2), 22-26.

Wolff, C.T.; Friedman, S.B.; Hofer, M.A., y Mason, J.W. (1964): *Relationship between psychological defenses and mean urinary 1-hydroxycorticosteroid excretion rates, Parts I and II*. *Psychosomatic Medicine*, 26 (6), 576-609.

Woodbury, B. (1978): *Psychological adjustment to spinal cord injury: A literature review, 1950-1977*. *Rehabilitation Psychology*, 25 (2), 119-134.

Woodrich, F., y Patterson, J.B. (1983): *Variables related to acceptance of disability in persons with spinal cord injuries*. *Journal of Rehabilitation*, 49 (3), 26-30.

Wortman, C.B., y Silver, R.C. (1989): *The myths of coping with loss*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (3), 349-357.

Wortman, C.B., y Silver, R.C. (1992): *Reconsidering assumptions about coping with loss: An overview of current research*. En L. Montada, S. Filipp y M.J. Lerner (Eds.): *Life crisis and experiences of loss in adulthood* (pp. 341-365). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Wright, B.A. (Ed.) (1959): *Psychology and Rehabilitation*. Washington: American Psychological Association.

Wright, B.A. (1960/1983): *Physical Disability - A Psychological Approach*. Nueva York: Harper and Row.

Wright, B.A. (1983): *Spread in adjustment to disability*. En J. Stubbins (Ed.): *Social and psychological aspects of disability* (pp. 357-365). Baltimore: University Park Press.

Wright, B.A. (1988): *Desarrollo de conceptos constructivos de vida a partir de la incapacidad*. En D.W. Krueger (Ed.): *Psicología de la Rehabilitación* (pp. 125-136). Barcelona: Ed. Herder.

Wright, G.N. (1980): *Total Rehabilitation*. Boston: Little, Brown and Company.

Wu, M. (1998): *Psychosocial adjustment patterns of people with spinal cord injuries in Taiwan (Sense of coherence scale)*. Tesis doctoral, Universidad de Wisconsin (Dissertation Abstracts, vol. 60-3B, pág. 1052).

Yoshida, K. (1996): *Uncertainty in the lives of people with spinal cord injury and rheumatoid arthritis*. *Canadian Journal of rehabilitation*, 10 (1), 5-14.

Yuker, H.E. (1965): *Attitudes as determinants of behavior*. Journal of Rehabilitation, 31 (1), 15-16.

Zarb, G.J.; Oliver, M.J., y Silver, J.R. (1990): *Ageing with spinal cord injury: The right to a supportive environment?* Londres: Thames Polytechnic, Spinal Injuries Ass.

Zeidner, M., y Endler, N.S. (Ed.) (1996): *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Zeitlin, S., y Williamson, G.G. (1994): *Coping in young children: Early intervention practices to enhance adaptive behavior and resilience*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Zejdlik, C. (Ed.) (1992): *Management of spinal cord injury*. Nueva York: Jones y Bartlett.

Zirpolo, N.J. (1986): *Coping with catastrophe: Dynamics of adjustment to spinal cord injury (Medical psychology, growth curves, time paths)*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Stanford. Dissertation Abstracts International, 47/04B, pág. 1796.

ANEXO

EMELM

ESCALA MULTIDIMENSIONAL
DE EVALUACIÓN
DE LESIONADOS MEDULARES

Antonio León Aguado Díaz

FICHA PERSONAL (RESUMEN)

Nombre y apellidos:

Dirección:

Población:

Código postal:

Teléfono:

Fecha de aplicación:

Lugar de aplicación:

Entrevistador:

Número de orden:

FICHA PERSONAL

- | | | |
|---|-------|------|
| 1. Número de orden: | | v001 |
| 2. Sexo: | | v002 |
| 1: Varón | | 1 |
| 2: Mujer | | 2 |
| 3. Fecha de nacimiento: | | v003 |
| 4. Estado civil: | | v004 |
| 1: Soltero | | 1 |
| 2: Casado | | 2 |
| 3: En pareja | | 3 |
| 4: Separado | | 4 |
| 5: Viudo | | 5 |
| 5. Lugar de nacimiento: | | v005 |
| 6. Residencia: Población: | | v006 |
| 1: Menos de diez mil habitantes | | 1 |
| 2: Más de diez mil habitantes | | 2 |
| 7. Nivel cultural: | | v007 |
| 1: Primario (Primarios, CEP, GE, Bach. Elemental, EGB, FPI) | | 1 |
| 2: Medio (BUP, COU, PREU, ESO, FPPI) | | 2 |
| 3: Diplomado (Diplomaturas) | | 3 |
| 4: Título superior (Licenciaturas) | | 4 |
| 8. Estudia actualmente: | | v008 |
| 1: Sí | | 1 |
| 2: No | | 0 |
| 9. Nivel profesional: | | v009 |
| 1: Estudiante | | 1 |
| 2: Ama de casa | | 2 |
| 3: Cualificación baja | | 3 |
| 4: Cualificación profesional media | | 4 |
| 5: Cualificación alta | | 5 |
| 6: Otras | | 6 |
| 10. Ocupación: | | v010 |
| 1: Estudiante | | 1 |
| 2: Ama de casa | | 2 |
| 3: En activo | | 3 |
| 4: En paro | | 4 |
| 5: Jubilado | | 5 |
| 6: Pensionista | | 6 |
| 7: Otras | | 7 |

Tipo y nivel de discapacidad:	
Causa de la discapacidad:	
11. Tipo de discapacidad:	v011
1: Paraplejia	1
2: Tetraplejia	2
3: Tetraparesia	3
4: Paraparesia	4
12. Tipo de lesión:	v012
1: Lesión completa	1
2: Lesión incompleta	2
13. Fecha de la discapacidad:	v013
14. Causa de la discapacidad:	v014
1: Desconocida	1
2: Accidente tráfico	2
3: Accidente laboral	3
4: Accidente deportivo	4
5: Otros accidentes	5
6: Enfermedad	6
7: Otras	7
15. Nivel de lesión 1:	v015
1: Cervical	1
2: Dorsal	2
4: Lumbar	4
5: Sacro	5
6: Desconocido	6
16. Nivel de lesión 2:	v016
(1X: cervical; 2X y 3X: dorsal; 4X: lumbar; 5X: sacra);	
c1: 11; c2: 12; c3: 13; c4: 14; c5: 15; c6: 16; c7: 17; c8: 18;	
d1: 21; d2: 22; d3: 23; d4: 24; d5: 25; d6: 26; d7: 27;	
d8: 28; d9: 29; d10: 30; d11: 31; d12: 32;	
l1: 41; l2: 42; l3: 43; l4: 44; l5: 45;	
s1: 51; s2: 52; s3: 53; s4: 54; s5: 55;	
desconocida: 60)	
Fecha de la discapacidad:	
Fecha de alta:	
17. Tiempo de hospitalización (meses):	v017

18. **Hospital:** (X0: sólo un hospital; dos hospitales, combinar primer y segundo dígito): v018
- | | |
|-------------|----|
| 10: Oviedo | 10 |
| 20: Toledo | 20 |
| 30: Guttman | 30 |
| 40: La Paz | 40 |
| 50: Avilés | 50 |
| 60: Basurto | 60 |
| 70: Cruces | 70 |
| 80: Militar | 80 |
| 90: Otros | 90 |
19. **Fecha de alta:** v019
20. **Nº de reingresos (contando revisiones):** v020
21. **Causas de reingresos:** v021
- | | |
|----------------------------|---|
| 0: Ningún reingreso | 0 |
| 1: Intervención quirúrgica | 1 |
| 2: Infección orina | 2 |
| 3: Escaras | 3 |
| 4: Fractura ósea | 4 |
| 5: Revisiones | 5 |
| 6: 2 y 3 | 6 |
| 7: 1 y 3 | 7 |
| 8: Otras combinaciones | 8 |
| 9: Otras causas | 9 |

INTEGRACIÓN SOCIAL

22. ¿Con quién vive?:						v022
1: Mujer e hijos						1
2: Padres						2
3: Otros familiares						3
4: Sólo						4
5: Residencia						5
6: Otras situaciones						6
23. ¿Tiene amigos de antes?:						v023
1: Sí						1
2: No						2
24. ¿Tiene amigos nuevos?:						v024
1: Sí						1
2: No						2
25. ¿Dispone de ingresos propios?:						v025
1: Sí						1
2: No						2
26. ¿Tiene ingresos familiares:						v026
1: Sí						1
2: No						2
27. Motivación laboral:	1	2	3	4	5	v027
28. Posibilidades de trabajo:	1	2	3	4	5	v028
29. ¿Tiene buen acceso su vivienda:						v029
1: Sí						1
2: No						2
30. ¿Necesita adaptar su vivienda?:						v030
1: Sí						1
2: No						2
31. ¿Tiene carnet de conducir?:						v031
1: Sí						1
2: No						2
32. ¿Y coche adaptado?:						v032
1: Sí						1
2: No						2
33. Grado de información sobre recursos sociales:	1	2	3	4	5	v033

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

34. Levantarse y acostarse:	1	2	3	4	5	v034
35. Vestirse y desvestirse camisa:	1	2	3	4	5	v035
36. Vestirse y desvestirse pantalones:	1	2	3	4	5	v036
37. Vestirse y desvestirse calcetines:	1	2	3	4	5	v037
38. Vestirse y desvestirse zapatos y férulas ortopédicas:	1	2	3	4	5	v038
39. Aseo de manos y cara:	1	2	3	4	5	v039
40. Lavarse los dientes:	1	2	3	4	5	v040
41. Cortarse las uñas:	1	2	3	4	5	v041
42. Revisión dedos de los pies:	1	2	3	4	5	v042
43. Afeitarse o pintarse:	1	2	3	4	5	v043
44. Meterse y salirse de la bañera:	1	2	3	4	5	v044
45. Enjabonarse, aclararse y secarse el cuerpo:	1	2	3	4	5	v045
46. Poner sonda o colector y bolsa de orina:	1	2	3	4	5	v046
47. Ponerse un supositorio:	1	2	3	4	5	v047
48. Paso al WC:	1	2	3	4	5	v048
49. Manejo de la cuchara:	1	2	3	4	5	v049
50. Manejo del tenedor:	1	2	3	4	5	v050
51. Manejo del cuchillo:	1	2	3	4	5	v051
52. Beber por el vaso:	1	2	3	4	5	v052
53. ¿Sigue dieta?:	1	2	3	4	5	v053
54. ¿Controla su peso?:	1	2	3	4	5	v054
55. Movilidad dentro de la casa:	1	2	3	4	5	v055
56. ¿Realiza alguna tarea doméstica?:	1	2	3	4	5	v056

57. ¿Hace movilización diaria?:	1	2	3	4	5	v057
58. ¿Tiene posturas viciosas?:	1	2	3	4	5	v058
59. ¿Realiza vaciado vesical?:						v059
1: Sí					1	
2: No					2	
60. ¿Cómo lo realiza con sonda o sin sonda?:						v060
1: Con sonda					1	
2: Sin sonda					2	
3: No procede					3	
61. ¿Usa colector, sonda o empapador?:						v061
1: Sí					1	
2: No					2	
62. ¿Coloca el colector solo?:						v062
1: Sí					1	
2: No					2	
3: No procede					3	
63. ¿Cada cuanto lo cambia? (en días):						v063
64. Dificultad para realizar un autosondaje evacuador:	1	2	3	4	5	v064
65. Dificultad para orinar:	1	2	3	4	5	v065
66. Dificultad anal:	1	2	3	4	5	v066
67. ¿Cada cuanto efectúa la evacuación fecal? (en días):						v067
68. ¿Necesita ayuda para evacuar?:						v068
1: Sí					1	
2: No					2	
69. Aseo e higiene corporal:	1	2	3	4	5	v069
70. Cuidado de la piel:	1	2	3	4	5	v070
71. Revisión diaria con el espejo:	1	2	3	4	5	v071

CUESTIONARIO DE FISIOTERAPIA

72. Equilibrio en paralelas (con férulas o aparatos):	1	2	3	4	5	v072
73. Equilibrio de pie (con férulas o aparatos):	1	2	3	4	5	v073
74. Equilibrio con bastones (con férulas o aparatos):	1	2	3	4	5	v074
75. Equilibrio de marcha (con férulas o aparatos):	1	2	3	4	5	v075
76. Ejercicios con pesas:	1	2	3	4	5	v076
77. Reeducación de la estática:	1	2	3	4	5	v077
78. Adiestramiento para automovilizaciones:	1	2	3	4	5	v078
79. Adiestramiento para automasaje:	1	2	3	4	5	v079

TRANSFERENCIAS

80. Pasar de la cama a la silla de ruedas:	1	2	3	4	5	v080
81. Pasar de la silla de ruedas a la cama:	1	2	3	4	5	v081
82. Pasar de la silla de ruedas a la silla:	1	2	3	4	5	v082
83. Pasar de la silla de ruedas al WC:	1	2	3	4	5	v083
84. Pasar de la silla de ruedas a la bañera:	1	2	3	4	5	v084
85. Pasar de la silla de ruedas al coche:	1	2	3	4	5	v085
86. Pasar de la silla de ruedas a la colchoneta:	1	2	3	4	5	v086

MARCHA

87. Marchas con aparatos en paralelas:	1	2	3	4	5	v087
88. Marchas con aparatos con bastones:	1	2	3	4	5	v088
89. Marchas pendulares con aparatos en paralelas:	1	2	3	4	5	v089
90. Marchas en terreno desigual con bastones:	1	2	3	4	5	v090
91. Rastreo y gateo en la colchoneta:	1	2	3	4	5	v091

DEAMBULACIÓN

92. Abrir, atravesar y cerrar una puerta:	1	2	3	4	5	v092
93. Deambulación prolongada:	1	2	3	4	5	v093
94. Subir bordillo:	1	2	3	4	5	v094
95. Subir escaleras:	1	2	3	4	5	v095
96. Bajar escaleras:	1	2	3	4	5	v096
97. Entrar en el coche:	1	2	3	4	5	v097
98. Entrar en el autobús:	1	2	3	4	5	v098
99. Bipedestación-afeitarse:	1	2	3	4	5	v099
100. Bipedestación-lavarse:	1	2	3	4	5	v100
101. Bipedestación-lavarse dientes:	1	2	3	4	5	v101
102. Bipedestación-vestir camisa:	1	2	3	4	5	v102
103. Bipedestación-vestir pantalones:	1	2	3	4	5	v103

MANEJO DE LA SILLA DE RUEDAS

104. Pulsarse en la silla:	1	2	3	4	5	v104
105. Propulsión adelante:	1	2	3	4	5	v105
106. Propulsión atrás:	1	2	3	4	5	v106
107. Propulsión giros:	1	2	3	4	5	v107
108. Subir rampas:	1	2	3	4	5	v108
109. Bajar rampas:	1	2	3	4	5	v109
110. Frenar la silla con <i>caballito</i> :	1	2	3	4	5	v110

MANEJO DE BASTONES

111. Deambulación con dos bastones:	1	2	3	4	5	v111
112. Pasar un bastón de una mano a otra para abrir y cerrar puertas:	1	2	3	4	5	v112
113. Sentarse en una silla con ayuda de un bastón:	1	2	3	4	5	v113
114. Subir y bajar rampas (con bastón):	1	2	3	4	5	v114
115. Subir y bajar escaleras (con bastón):	1	2	3	4	5	v115
116. Caerse (con bastón):	1	2	3	4	5	v116
117. Levantarse con apoyo de los bastones:	1	2	3	4	5	v117

ENTREVISTA IDENTIFICACIÓN Y CALIDAD DE VIDA

DATOS FAMILIARES

1. Número de hijos:	v118
2. Trabajo de la esposa:		v119
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
3. Estado de salud de la familia (padres, hermanos):		v120
1: Bueno	1	
2: Regular	2	
3: Malo	3	
4: No procede	5	
4. Estado de salud de la pareja:		v121
1: Bueno	1	
2: Regular	2	
3: Malo	3	
4: No procede	4	
5. Estado de salud de los hijos:		v122
1: Bueno	1	
2: Regular	2	
3: Malo	3	
4: No procede	4	
6. Casi todo el mundo tiene algunos problemas familiares. ¿Cuáles son los suyos?:		v123
1: Ninguno	1	
2: Problemas de pareja	2	
3: Problemas de hijos	3	
4: Problemas de padres y familia	4	
7. ¿Hay algún problema que tenga que ver con su discapacidad? ¿Cuáles?:		v124
1: Ninguno	1	
2: Protección familiar	2	
3: Dependencia	3	
4: Barreras arquitectónicas	4	
5: Limitación de la movilidad	5	
6: Problemas médicos	6	
7: Dificultades de adaptación	7	
8. ¿Qué consecuencias ha tenido su discapacidad para su vida de pareja?:		v125
1: Ninguna	1	
2: Mayor unión	2	
3: Distanciamiento	3	
4: Ruptura	4	
5: No procede	5	

9. ¿Para sus hijos?:	v126
1: Ninguna	1
2: Mayor unión	2
3: Distanciamiento	3
4: No procede	4
10. ¿Para sus relaciones con sus hermanos, primos?:	v127
1: Ninguna	1
2: Mayor unión	2
3: Distanciamiento	3
4: Ruptura	4
5: No procede	5
11. ¿Para sus relaciones con la familia y amigos de su pareja?:	v128
1: Ninguna	1
2: Mayor unión	2
3: Distanciamiento	3
4: Ruptura	4
5: No procede	5
12. ¿Existe algún miembro de la familia que sufra de alcoholismo, drogadicción o algún otro problema médico o psicológico?:	v129
1: Sí	1
2: No	2
13. ¿Qué piensa su familia de su discapacidad?:	v130
1: Nada en especial o no lo manifiestan	1
2: Mala suerte o desgracia	2
3: Apoyo, ayuda	3
4: Mala suerte pero apoyo	4
5: No procede	5
14. ¿Ha tenido problemas con la familia de su pareja o de sus amigos:	v131
1: Ninguno	1
2: Distanciamiento	2
3: Rechazo, ruptura	3
4: No procede	4

DATOS DE HISTORIA CLÍNICA

15. ¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas?:	v132
1: Sí	1
2: No	2
16. ¿Siguió algún tratamiento farmacológico?	v133
1: Sí	1
2: No	2

- | | |
|--|------|
| 17. Juicio estimado por su médico acerca de su recuperación: | v134 |
| 1: Queda igual que antes | 1 |
| 2: Pierde aproximadamente el 20% de su capacidad | 2 |
| 3: Pierde entre el 21-40% | 3 |
| 4: Pierde entre el 41-60% | 4 |
| 5: Pierde entre el 61-80% | 5 |
| 6: Pierde más del 80% | 6 |
| 7: No le ha dicho nada | 7 |
| 18. Describa los problemas actuales por los que ha consultado al médico: | v135 |
| 19. ¿Qué ha hecho hasta ahora para resolver sus problemas médicos?: | v136 |
| 20. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por sus problemas actuales?: | v137 |
| 1: Sí | 1 |
| 2: No | 2 |
| 21. ¿Cuáles fueron los resultados?: | v138 |
| 1: Bueno | 1 |
| 2: Regular | 2 |
| 3: Malo | 3 |
| 4: No procede | 4 |
| 22. ¿Cómo cree que se encuentra ahora con relación a antes de tener la discapacidad?: | v139 |
| 1: Igual que antes en cuanto a eficacia y competencia. Puede hacer prácticamente lo mismo que antes. | 1 |
| 2: Pérdida del 20% de su capacidad | 2 |
| 3: Pérdida entre el 21-40% | 3 |
| 4: Pérdida entre el 41-60% | 4 |
| 5: Pérdida entre el 61-80% | 5 |
| 6: Pérdida de más del 80% | 6 |
| 7: No procede | 7 |

DATOS LABORALES

- | | |
|-------------------------------|------|
| 23. Situación laboral actual: | v140 |
| 1: Invalidez temporal | 1 |
| 2: Invalidez provisional | 2 |
| 3: Incapacidad parcial | 3 |
| 4: Incapacidad total | 4 |
| 5: Incapacidad absoluta | 5 |
| 6: Gran invalidez | 6 |
| 7: En activo | 7 |

24. Tipo de trabajo que desempeña:	v141
1: Estudiante	1
2: Ama de casa	2
3: En activo	3
4: En paro y/o sin empleo	4
5: Jubilado [Incapacidad laboral o similar]	5
6: Pensionista [pensión propia]	6
7: Otras pensiones	7
8: Actividades no remuneradas	8
25. ¿Qué trabajos desempeñó en el pasado?:	v142
1: Ninguno	1
2: Obrero sin cualificación	2
3: Obrero cualificado	3
4: Profesional de grado medio	4
5: Profesional de grado superior	5
6: Empresario	6
26. ¿Se encuentra satisfecho con su trabajo actual?:	v143
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
27. ¿Tiene problemas económicos?:	v144
1: Sí	1
2: No	2
28. ¿Tiene problemas laborales?:	v145
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
29. ¿Qué puesto le gustaría desempeñar en el trabajo?:	v146
29. ¿Tiene que pedir la baja por la discapacidad que posee?:	v147
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
30. ¿Con qué frecuencia?:	v148
31. ¿Los compañeros/as de trabajo piensan que Ud. se aprovecha de su discapacidad?:	v149
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
32. ¿Qué cree que piensan sus compañeros (as) de trabajo sobre su discapacidad?:	v150
33. ¿Qué les responde Ud. ante sus comentarios?:	v151

RELACIONES SOCIALES

34. Sus relaciones sociales son: v152
- 1: Como las de los demás 1
 - 2: Más intensas que las de sus amigos (as) 2
 - 3: Menores que las de sus amigos (as) 3
35. Desde que está siendo tratado por su discapacidad: v153
- 1: Ha perdido amigos 1
 - 2: No han cambiado los amigos que tiene 2
 - 3: Ha ganado amigos 3
36. Desde que tiene su discapacidad: v154
- 1: Piensa que tiene más dificultades para conocer a gente y establecer relaciones personales 1
 - 2: Piensa que tiene las mismas dificultades que antes 2
 - 3: Piensa que tiene menos dificultades que antes porque al haber pensado más en el ser humano sabe mejor qué hacer 3
37. Desde que sufre de su discapacidad: v155
- 1: Sale menos de casa porque puede ir a menos sitios 1
 - 2: Sale igual de casa que antes 2
 - 3: Sale más de casa que antes a buscar diversión 3

RELACIONES SEXUALES

38. ¿Ha notado cambios en sus relaciones sexuales desde que tiene la discapacidad? ¿Cuáles?: v156
39. ¿Cree que su pareja le rehuye desde que está discapacitado?: v157
- 1: Sí 1
 - 2: No 2
 - 3: No procede 3
40. ¿Han hablado francamente sobre el sexo desde que se encuentra discapacitado?: v158
- 1: Sí 1
 - 2: No 2
 - 3: No procede 3
41. ¿Ha tenido antes de su discapacidad problemas en sus relaciones sexuales? ¿Cuáles?: v159
42. ¿Experimenta ansiedad, miedo o culpa a causa de su vida sexual?: v160
- 1: Sí 1
 - 2: No 2
 - 3: No procede 3

- | | |
|--|------|
| 43. ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual?: | v161 |
| 1: Sí | 1 |
| 2: No | 2 |
| 3: No procede | 3 |
| 44. ¿Va a hablar con su pareja sobre lo que les pasa sexualmente?: | v162 |
| 1: Sí | 1 |
| 2: No | 2 |
| 3: No procede | 3 |

ACTIVIDADES DE CONSOLACIÓN

- | | |
|---|------|
| 45. ¿En qué religión ha sido educado?: | v163 |
| 46. ¿Cuál es su religión en la actualidad?: | v164 |
| 47. ¿En qué medida es importante la religión para Ud.?: | v165 |
| 1: Nada | 1 |
| 2: Algo | 2 |
| 3: Bastante | 3 |
| 48. ¿Cree que es bueno que las personas que sufren de problemas como el suyo se reúnan y formen asociaciones para ayudarse mutuamente?: | v166 |
| 1: Sí | 1 |
| 2: No | 2 |
| 49. Explique las razones para el asociacionismo: | v167 |
| 50. ¿Cree que la familia debe apoyarle en su estado actual?: | v168 |
| 1: Sí | 1 |
| 2: No | 2 |
| 51. ¿Por qué?: | v169 |
| 52. ¿Qué piensa del hospital? Le ayuda?: | v170 |
| 53. ¿Cómo se podría mejorar la asistencia hospitalaria?: | v171 |

PROBLEMAS GENÉRICOS

54. Marque con una cruz cualquiera de los siguientes problemas que sean aplicables a su caso: (Puede marcar hasta CUATRO)	v172
00: Ninguno	00
01: Dolores de cabeza	01
02: Mareos	02
03: Desmayos	03
04: Calambres	04
05: Problemas de estómago	05
06: Pánico	06
07: Diarrea	07
08: Estreñimiento	08
09: Fatiga	09
10: Pesadillas	10
11: No puedo conservar el trabajo	11
12: Ideas de suicidio	12
13: Tensión	13
14: Problemas sexuales	14
15: Problemas económicos	15
16: Ambición excesiva	16
17: Miedo a casi todo	17
18: No veo salida a mi situación	18
19: No me gustan los fines de semana	19
20: No me gustan las vacaciones	20
21: No puedo hacer amistades	21
22: Malas condiciones en el hogar	22
23: No puedo divertirme	23
24: Dificultades de concentración	24
25: Sentimientos de inferioridad	25
26: Alcoholismo	26
27: Insomnio	27
28: Dificultades para relajarme	28
29: Drogas	29
30: Timidez	30
31: Falta de apetito	31
32: Problemas de memoria	32
33: Incapaz de tomar decisiones	33
34: Pocas ganas de vivir	34
35: Miedo a la muerte	35
36: Palpitaciones en el corazón	36

OCIO Y DIVERSIÓN

55. ¿Qué hacía cuando era más joven para divertirse?: v176
56. ¿Qué hace los fines de semana?: v177
57. ¿Qué hace en las vacaciones?: v178
58. ¿En qué le gustaría ocupar su tiempo libre?: v179
59. Mencione cinco cosas o actividades que antes de su discapacidad hacía y le gustaba hacerlas y ahora no puede hacer?: v180
- 1:
- 2:
- 3:
- 4:
- 5:

CUESTIONARIO E - N

(V. Pelechano)

La siguiente lista de afirmaciones se refiere a su modo de comportarse en la vida diaria. No importan las causas o razones que lo provoque. Todas las respuestas son igualmente correctas. La tarea a realizar consiste en responder a estas cuestiones con sinceridad.

Ejemplo: **La lluvia es buena:** **Sí** **No**

Si cree que la lluvia es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "Sí".

Si cree que la lluvia no es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "No".

SEA SINCERO, POR FAVOR. NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.

EL OBJETIVO QUE PERSIGUE ESTE ESTUDIO ES INTENTAR OFRECER AYUDA MÁS EFICAZ A LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN. Con ello a la vez que les ayudamos a ellas nos ayudamos a nosotros mismos. Puede tener la seguridad de que sus datos de identificación personal se mantienen **en secreto**.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Si algo no entiende, este es el momento de preguntar. Espere que le den la señal para comenzar.

1. Tengo normalmente respuesta adecuada cuando me hacen una observación directa sobre mi modo de ser o comportarme: Sí No v181
2. Se me va muy frecuentemente la imaginación en cosas que normalmente no llevo a cabo: Sí No v182
3. A menudo me siento de mal humor, desconcertado/a: Sí No v183
4. Acostumbro a actuar rápido y con seguridad: Sí No v184
5. Puedo actuar frecuentemente de modo espontáneo y sin esfuerzo en una reunión social: Sí No v185
6. Me tengo a mí mismo/a como una persona habladora: Sí No v186
7. A menudo mis pensamientos vuelan de una parte a otra cuando intento concentrarme en un asunto determinado: Sí No v187

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|------|
| 8. Me conceptúo a mí mismo/a como especialmente nervioso/a y en tensión: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v188 |
| 9. La gente considera que soy vivaz, activo/a: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v189 |
| 10. Me gusta “soñar despierto”: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v190 |
| 11. Generalmente me gusta tomar la dirección de las acciones que se hayan de tomar en grupo: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v191 |
| 12. A menudo me invade y sin razón especial un sentimiento de indiferencia y cansancio: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v192 |
| 13. Me considero una persona alegre y activa: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v193 |
| 14. Unas veces me siento como rebosante y otras lento/a y perezoso/a: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v194 |
| 15. Me resulta difícil actuar por mí mismo/a entre un grupo de gente: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v195 |
| 16. Frecuentemente me asaltan ideas tontas, inútiles, que vuelan una y otra vez a mi imaginación: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v196 |
| 17. Mis sentimientos son heridos con facilidad: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v197 |
| 18. Me siento mejor ocupando un lugar secundario en las reuniones sociales: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v198 |
| 19. Yo soy quien da el primer paso para lograr nuevas amistades: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v199 |
| 20. Alguna vez me asalta sin razón algún sentimiento despreciable, miserable: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v200 |
| 21. Me pongo de mal humor con facilidad: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v201 |
| 22. Algunas veces me siento, y sin razón aparente, alegre y triste sucesivamente: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v202 |
| 23. Me desconcierto fácilmente: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v203 |
| 24. He tomado parte activa en la organización de una asociación o grupo: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v204 |
| 25. A menudo cambio de humor con o sin razón suficiente: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v205 |
| 26. Me pongo nervioso/a cuando tengo que esperar: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v206 |
| 27. Considero que una crisis o dificultad es tan sólo motivo de disgusto: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v207 |
| 28. Desempeño de buena gana un papel activo en las reuniones o estando con otras personas: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v208 |
| 29. Me preocupo fácilmente por posibles adversidades: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v209 |

30. Me he preocupado demasiado alguna vez por cosas insignificantes: Sí No v210
31. Me desconcierto si me siento observado/a por la gente en la calle o lugares públicos: Sí No v211
32. Soy muy nervioso/a: Sí No v212
33. Soy especialmente difícil en el trato con los demás de modo que no tengo tanto "éxito" como podría tener: Sí No v213
34. Alguna vez he tenido el sentimiento de tener dificultades enormes, insuperables: Sí No v214
35. A menudo sueño en cosas que me guardo para mí y no digo a nadie: Sí No v215
36. Me resulta difícil el hablar o exponer mis ideas delante de un grupo numeroso de personas: Sí No v216

CUESTIONARIO MAE

(V. Pelechano)

Las siguientes afirmaciones se refieren a su modo de comportarse en la vida diaria. No importan las causas o razones que lo provoque. Todas las respuestas son igualmente correctas. La tarea a realizar consiste en responder a estas cuestiones con sinceridad.

Ejemplo: **La lluvia es buena:** Sí No

Si cree que la lluvia es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "Sí".

Si cree que la lluvia no es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "No".

SEA SINCERO, por favor. No deje NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.

EL OBJETIVO QUE PERSIGUE ESTE ESTUDIO ES INTENTAR OFRECER AYUDA MÁS EFICAZ A LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN. Con ello a la vez que les ayudamos a ellas nos ayudamos a nosotros mismos. Puede tener la seguridad de que sus datos de identificación personal se mantienen **en secreto**.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Si algo no entiende, este es el momento de preguntar. Espere la señal de comenzar.

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|------|
| 1. Si hago algunos fallos seguidos, mi estado de ánimo se va a pique: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v217 |
| 2. Las tareas demasiado difíciles... las echo de lado con gusto: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v218 |
| 3. Frecuentemente empiezo cosas que después no termino: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v219 |
| 4. Muchas veces dejo de lado mis planes porque me falta la confianza suficiente en mí mismo/a como para ponerlos en práctica: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v220 |
| 5. Yo podría rendir más si no me exigiesen tanto: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v221 |
| 6. Cuando no cumplo perfectamente con mis deberes, la crítica de los demás me produce gran ansiedad: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v222 |
| 7. Estoy contento/a cuando hago trabajos difíciles por el mero hecho de hacerlos, aunque no obtenga por ello gratificación especial alguna: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v223 |
| 8. Una vida sin trabajar sería maravillosa: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v224 |
| 9. El trabajo es para mí un asunto especialmente importante: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v225 |
| 10. Antes de dar comienzo a una tarea difícil creo, muy frecuentemente, que irá mal: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v226 |
| 11. Yo hago, como máximo, lo que se pide, y no más: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v227 |
| 12. Ya cuando iba a la escuela me propuse llegar muy lejos: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v228 |
| 13. Estaría también contento/a si no tuviese que trabajar: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v229 |
| 14. En el trabajo que he hecho siempre he tenido ambiciosas pretensiones: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v230 |
| 15. Normalmente trabajo más duro que mis compañeros(as): | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v231 |
| 16. El trabajo duro y el disfrutar de la vida hacen buena pareja: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v232 |
| 17. Yo me haría cargo de un puesto de responsabilidad aún cuando no estuviera pagado como debiera: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v233 |
| 18. Frecuentemente tomo a la vez demasiado trabajo: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v234 |
| 19. Cuando hago algo, lo hago del mismo modo como si estuviera en juego mi propio prestigio: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v235 |
| 20. El estar nervioso/a me aguijonea para rendir más: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v236 |
| 21. Siento ansiedad cuando espero un mal resultado de una prueba o gestión que he realizado: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | v237 |

22. Logro más cosas gracias a mi aplicación que a mi talante: Sí No v238
23. Aprendo más del modo de vivir de las personas que triunfan que de mi propia experiencia: Sí No v239
24. Me siento inquieto/a si estoy algunos días sin trabajar: Sí No v240
25. Después de hacer una prueba o tomar una resolución sobre un asunto importante, estoy en tensión hasta que conozco los resultados: Sí No v241
26. Mi rendimiento mejora si espero alguna recompensa especial por él: Sí No v242
27. Sentimiento ligeros de ansiedad aceleran mi pensamiento: Sí No v243
28. Interrumpo con gusto mi trabajo si se presenta oportunidad para ello: Sí No v244
29. Una de mis principales dificultades es la ansiedad que siento ante una situación difícil: Sí No v245
30. A mayor responsabilidad de la tarea a realizar y exigiría una mayor recompensa: Sí No v246
31. Lo más difícil, para mí, es siempre el comienzo de un nuevo trabajo: Sí No v247
32. Cuando trabajo en colaboración con otros, frecuentemente rindo más que ellos: Sí No v248
33. Pienso para mí que en este mundo hay que trabajar mucho y divertirse más, si ello es posible: Sí No v249
34. Creo que soy bastante ambicioso/a: Sí No v250
35. Nada puede distraerme en cuanto empiezo a hacer un trabajo: Sí No v251
36. Algunas veces me hago cargo de tanto trabajo que no tengo tiempo ni para dormir: Sí No v252
37. Los fracasos me afectan mucho: Sí No v253
38. Alguna vez dejo de lado gustosamente el trabajo para divertirme: Sí No v254
39. Tiendo a superarme cada vez más a mi mismo/a: Sí No v255
40. No sé por qué, pero la verdad es que trabajo más que los demás: Sí No v256
41. He sido considerado/a siempre como muy ambicioso/a: Sí No v257
42. En las ocasiones importantes estoy casi siempre nervioso/a: Sí No v258

43. Un sentimiento de tensión antes de una prueba o de una situación difícil me ayuda a lograr una preparación mejor: Sí No v259
44. En las situaciones difíciles llega a apoderarse de mi una sensación de pánico: Sí No v260
45. No me puedo concentrar cuando trabajo contra-reloj: Sí No v261
46. En las situaciones difíciles siento a veces tal ansiedad que me da casi lo mismo el resultado final: Sí No v262
47. Hago lo posible por rehuir los trabajos muy difíciles, si puedo, porque de estos fracasos me cuesta mucho salir: Sí No v263
48. Si estoy un poco nervioso/a aumenta mi capacidad para reaccionar ante cualquier circunstancia: Sí No v264
49. Con tal de hacer algo soy capaz de trabajar, aunque el pago de mi trabajo sea, a todas luces, insuficiente: Sí No v265
50. Mis amigos me dicen alguna vez que soy un(a) vago/a: Sí No v266
51. Prefiero llevar muchas cosas a la vez aunque no las termine todas: Sí No v267
52. Los demás encuentran que yo trabajo demasiado: Sí No v268
53. Aunque no sé muy bien la razón, lo cierto es que siempre ando más ocupado/a que mis compañeros (as): Sí No v269
54. El trabajo duro y continuado me ha llevado siempre al éxito: Sí No v270
55. Puedo trabajar mucho sin fatigarme: Sí No v271
56. En una situación difícil mi memoria se encuentra fuertemente bloqueada: Sí No v272
57. Si estoy en un aprieto trabajo mejor de lo que lo hago normalmente: Sí No v273
58. En principio trabajo con más ganas si tengo mucho trabajo: Sí No v274
59. Prefiero hacer trabajos que lleven consigo cierta dificultad a hacer trabajos fáciles: Sí No v275
60. El trabajo ocupa demasiado tiempo en mi vida: Sí No v276
61. Mi propia falta de voluntad se demuestra al comparar mi éxito con el éxito de los demás: Sí No v277
62. Normalmente alcanzo mejores resultados en situaciones críticas: Sí No v278
63. Trabajo únicamente para ganarme la vida: Sí No v279
64. Me importa muy poco el que los demás trabajen más duro que yo: Sí No v280

65. Cuanto más difícil se torna una tarea, tanto más me animo a hacerme con ella: Sí No v281
66. Sinceramente: encuentro que en la actualidad las personas trabajan demasiado: Sí No v282
67. Se tiene que trabajar, pero de ningún modo más de lo necesario o lo debido (hacer horas extraordinarias, por ejemplo): Sí No v283
68. Yo me calificaría a mí mismo como vago: Sí No v284
69. Muchas veces los demás exigen demasiado de mí mismo: Sí No v285
70. En cuanto entro en la sala donde se va a hacer una prueba (o de una situación comprometida) me siento nervioso/a.
Cuando empiezo a realizar la prueba o comienza la situación, desaparece mi nerviosismo: Sí No v286
71. El triunfo de los demás me estimula: Sí No v287
72. Las situaciones difíciles, más que paralizarme ... me estimulan: Sí No v288

LOCUS DE CONTROL

(V. Pelechano y M.J. Báguena)

En las páginas que siguen se encuentran una serie de afirmaciones sobre el modo de pensar y actuar en nuestra vida cotidiana. En la hoja de respuestas se ofrecen cuatro posibilidades de respuesta para cada una de las afirmaciones. La significación es la siguiente:

- A = Nunca
- B = Alguna vez
- C = Frecuentemente
- D = Siempre

Su tarea consiste en leer atentamente cada una de las afirmaciones y señalar en la HOJA DE RESPUESTAS la alternativa que, sinceramente, refleje su opinión al respecto.

Ejemplo: **Leo el periódico** A B C D

Si usted lee el periódico siempre, señale en el ejemplo la letra D

Si usted lee el periódico frecuentemente, señale la letra C

Si sólo lee el periódico alguna vez, señale la letra B

Si usted nunca lee el periódico, señale la letra A

CONTESTE, POR FAVOR A TODAS LA CUESTIONES.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS.

El objetivo que persigue esta prueba es ayudar al conocimiento de las personas. La utilización de la información dejará siempre celosamente salvaguardados los derechos que todos los seres humanos tenemos de intimidad y conocimiento personal.

MUCHAS GRACIAS

1. Cuando hago un balance de mi vida pasada creo que me han salido más cosas mal que bien. A B C D v289
2. Podría contar con los dedos de la mano las veces en las que he perdido mi serenidad. A B C D v290
3. En el trabajo uno debe confiar en sí mismo y no en los demás. A B C D v291
4. Nuestro sistema social es el culpable de que fracasen tantas y tantas personas. A B C D v292
5. Generalmente cuando por necesidad tengo que elegir entre dos alternativas suelo tirar una moneda al aire en vez de considerar cuál puede tener en un futuro mejores consecuencias. A B C D v293
6. Cuando estoy con un grupo de amigos y se presenta el momento de ir a algún sitio nunca doy mi opinión para elegir el lugar pues esto siempre depende de lo que digan los demás. A B C D v294
7. Los fallos que tengo cuando estoy realizando una tarea se deben siempre a causas ajenas a mí. A B C D v295
8. Cuando alguna vez ha perdido a algún amigo pienso que ha sido por las circunstancias que han actuado en contra de esa amistad. A B C D v296
9. Cuando en alguna ocasión se me ha premiado o castigado ha sido porque me lo he merecido. A B C D v297
10. Cuando voy a hacer algún examen no soy de los que piensan que la mala o la buena suerte me vayan a perjudicar o a ayudar. A B C D v298
11. Hay días que parece que me haya levantado con el pie izquierdo pues haga lo que haga todo me sale mal. A B C D v299

12. Cuando he realizado una actividad en grupo y ésta ha fracasado normalmente ha sido culpa de los demás que no se han esforzado lo suficiente. A B C D v300
13. Cuando me propongo hacer algo, lo hago por encima de todo pese a quien pese y caiga quien caiga. A B C D v301
14. No suelo ser de las personas que a la primera de cambio se dejan vencer por las circunstancias cuando éstas no son favorables. A B C D v302
15. Me considero una persona de suerte, hasta tal punto que las cosas que he conseguido en esta vida se las debo a ella. A B C D v303
16. Cuando un compañero ha realizado mal una tarea pienso que los "hados" se han cebado en él dándole mala suerte. A B C D v304
17. Pienso que si las cosas empiezan a salirme bien por la mañana va a ser un buen día haga lo que haga. A B C D v305
18. A menudo me doy cuenta de que a pesar de mis mejores esfuerzos algunos resultados parece que suceden como si el destino los hubiese planeado de esa manera. A B C D v306
19. Cuando mi familia me dice que algo no lo he hecho bien es más por la costumbre de quejarse que porque exista alguna razón para hacerlo. A B C D v307
20. Si en mis relaciones con los demás surge algún problema dejo las cosas a su aire, pues intente lo que intente, las cosas casi siempre me salen al revés. A B C D v308
21. Cuando discuto con alguien, no discuto porque quiera sino porque el otro es, normalmente, exaltado. A B C D v309
22. Yo, por mí mismo/a, no discutiría con nadie. A B C D v310
23. Hago planes y me ilusiono con ello, pese a que si se convierte o no en realidad, depende de la suerte. A B C D v311
24. El clima que haga es un factor que influye para realizar bien o no el trabajo de cada día. A B C D v312
25. No vale la pena gastar energías en conseguir algo que uno no quiera. Si se tiene que conseguir, se conseguirá y si no, no. A B C D v313

26. Por lo que a mí se refiere, la falta de puntualidad se debe a circunstancias ajenas a mi voluntad. A B C D v314
27. Soy una persona que siempre se siente culpable de todo. A B C D v315
28. A veces ha tenido la sensación de que hago cosas que no quiero hacer sin que nadie me haya obligado. A B C D v316
29. Cuando empiezo un trabajo y no lo termino es porque yo quiero. No por otras razones. A B C D v317
30. Cuando se me presenta un problema por pequeño que les parezca los demás, a mí siempre me parece una montaña. Y haga lo que haga creo que no podré solucionarlo. A B C D v318
31. A menudo tengo la impresión de que hago las cosas no por mí mismo/a sino por las personas que se encuentran más cercanas a mí. A B C D v319
32. Cuando estoy presente en la discusión de unos amigos, generalmente no intervengo; no por miedo a ser indiscreto, sino porque diga lo que diga no me van a hacer caso. A B C D v320
33. Lo que a menudo cuenta para obtener algún trabajo no es lo que uno sabe, sino a quien conoce. A B C D v321
34. Cuando le estoy explicando algo a alguien y no lo entiende, es por su culpa, puesto que no me presta la atención suficiente. A B C D v322
35. Cuando me presentan a una persona y me doy cuenta de que no le soy simpático/a, pienso que no puedo hacer nada para remediar esta situación. A B C D v323
36. Ante una situación difícil pienso que no voy a poderla resolver por mí mismo/a. A B C D v324
37. Si tengo que hacer algo que no posee importancia tanto me da lo que resulte de mi acción. A B C D v325
38. Si algo le va mal a un(a) amigo/a mío/a sé cómo analizar el problema para encontrar soluciones, pero si el problema lo tengo yo no acabo de verlo claro casi nunca. A B C D v326
39. Haga lo que haga, las cosas que tienen que pasar pasarán. A B C D v327

40. Antes de tomar decisiones sobre asuntos importantes pienso detenidamente cuáles van a ser las consecuencias. A B C D v328
41. Mi vida se rige normalmente por aquello de que hay que vivir el hoy porque el mañana no existe. A B C D v329
42. Las desgracias y los éxitos que he tenido a lo largo de toda mi vida son el resultado directo de mis propias acciones. A B C D v330
43. Me gusta trabajar independientemente, así los éxitos o los fracasos se deben siempre a mí. A B C D v331
44. Cuando me he comprometido a realizar un trabajo que me interesa y no lo he cumplido no ha sido por mi culpa sino por la torpeza de los otros. A B C D v332
45. En mis relaciones personales y en el trabajo soy muy exigente conmigo mismo/a. A B C D v333
46. Soy más crítico/a conmigo mismo/a que con los demás. A B C D v334
47. Cuando he obtenido un mal resultado en una prueba pienso que es porque no me esforcé en prepararme lo necesario. A B C D v335
48. Si alguna vez he ganado practicando cualquier deporte pienso que es porque puse todo mi empeño en hacerlo. A B C D v336
49. Cuando tengo que realizar por necesidad algún trabajo que no me gusta, el que éste me salga bien o mal depende de las circunstancias, no de mí. A B C D v337
50. Cuando trato con los amigos temas que no me interesan especialmente suelo cambiar frecuentemente de ideas en función de sus opiniones. A B C D v338
51. Cuando no hago lo que me gusta hacer, no es por mi culpa, sino por los demás. A B C D v339
52. El camino más seguro para lograr éxito profesional es trabajar duro y tener ideas claras acerca de lo que uno quiere hacer. A B C D v340
53. Me siento más seguro/a de mí mismo/a cuando alguna persona versada en un tema que a mí me interesa confirma las opiniones que tengo al respecto. A B C D v341

54. Cuando miro a mi alrededor y veo el éxito social que poseen algunas personas pienso que hay quien “nace con estrella” y otros “nacen estrellados”. A B C D v342
55. Mi éxito en la vida depende del concepto que los demás tengan de mí. A B C D v343
56. A la hora de enjuiciar los éxitos y fracasos de nuestra sociedad, no me preocupa en absoluto el papel que ciertos sectores sociales y grupos de presión juegan en el panorama nacional. A B C D v344
57. No suelo gastar bromas porque no me siento seguro de que vayan a tener gracia para los demás. A B C D v345
58. Las situaciones que implican un riesgo me gustan porque ponen a prueba el dominio de mí mismo/a. A B C D v346
59. Yo tendría éxito si me ofreciesen la oportunidad para ello. A B C D v347
60. Cuando he puesto toda mi voluntad en hacer algún trabajo y han empezado a surgir impedimentos, rápidamente lo he desechado. A B C D v348
61. Las personas me caen bien o mal a primera vista, sin saber por qué. Y me cuesta cambiar esta impresión. A B C D v349
62. Cuando juego a cartas, dados, etc., con mis amigos, pienso que el ganar o perder depende más de mi habilidad que de mi suerte. A B C D v350
63. Si todos nosotros tuviésemos una mayor participación política creo que se resolverían muchos problemas. A B C D v351
64. Cuando hablo con mi familia sobre mis problemas, suelo llevarles la corriente, pues diga lo que diga, es prácticamente imposible cambiar su mentalidad sobre determinados asuntos. A B C D v352
65. Hacer con los amigos planes para realizar algún viaje e ilusionarse con ellos no es rentable puesto que en cualquier caso, el que se haga o no se haga el viaje depende de la decisión de los demás y no de la mía. A B C D v353

66. Cuando algo me sale mal me desmoralizo fácilmente porque me han salido cosas mal antes. A B C D v354
67. Aprobar los exámenes es una cuestión de suerte en su mayor parte. A B C D v355
68. Mirando hacia atrás, tengo la impresión de que los problemas emocionales que he tenido no los he buscado yo, sino que me han sido dados. A B C D v356
69. Cuando consigo cualquier cosa que me he propuesto, olvido rápidamente los esfuerzos que he empleado en conseguirla y pienso que lo que he tenido es mucha suerte para haberlo logrado. A B C D v357
70. Si algo se me mete "entre ceja y ceja" lo hago con toda seguridad, al margen de las consecuencias que tenga. A B C D v358
71. Cuando mantengo una discusión sea del tipo que sea no pierdo el control. A B C D v359
72. Cuando hago algo, sé qué efectos van a producirse en la mayoría de las ocasiones. A B C D v360
73. Nadie sino yo mismo/a puede juzgar lo que me pasa. A B C D v361
74. Veo con cierta claridad las consecuencias inmediatas de mis actos. Lo que pase en un futuro más lejano importa poco. A B C D v362
75. La mayoría de los problemas que tenemos se resuelven por sí mismos, si nos damos tiempo para ello. A B C D v363
76. Realizo acciones por las acciones mismas y no me importan las consecuencias. A B C D v364
77. Si con decir sí o no se arreglasen las cosas, desaparecerían muchos problemas. Desgraciadamente, aparte de tomar la decisión y decirla, hay que realizar muchas acciones, con lo cual no se resuelven muchos problemas que tenemos. A B C D v365
78. La burocracia impide que seamos dueños de muchos de nuestros propios actos. A B C D v366
79. Me parece que las personas que me rodean, mandan que yo haga muchas cosas, de modo implícito, larvado y sin exponer con claridad. A B C D v367

80. A veces me parece que hago cosas porque sí, sin que pueda volverme atrás una vez he comenzado a hacerlas. A B C D v368
81. En mi vida personal me fío de mí mismo/a. Y de nadie más. A B C D v369
82. Cuando una persona tiene muchos amigos es porque los demás se fijan en ella. A B C D v370
83. He pasado por épocas en las que he tenido éxito y otras en las que me he sentido muy solo/a. Pensándolo bien, me parece que no he hecho nada para ello. A B C D v371
84. Tengo un sentido del humor tan especial que a los demás no les hace ninguna gracia. A B C D v372
85. Tan sólo en mi ironía con los demás me lo paso bien, a pesar de que los hiera. A B C D v373
86. No me gusta zaherir a los demás, pero es algo que no puedo controlar. A B C D v374
87. Suelo provocar malos entendidos pero no me atrevo a aclarar la situación. A B C D v375

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUALES - 1

A continuación se exponen una serie de acciones y modos de pensar posibles durante una situación de crisis, enfermedad o ataque que se sufre. La tarea a realizar consiste en elegir, de entre cuatro alternativas de respuesta, aquella que se corresponda con lo que usted hace o piensa.

Las preguntas se refieren al presente, *cuando usted sabe que padece* de esta enfermedad o dolencia.

Ejemplo: **El ser humano ha nacido para sufrir** A B C D

En la hoja de respuestas se encuentran cuatro alternativas:

- A significa "en absoluto, de ninguna manera"
- B significa " en alguna medida, ligeramente de acuerdo"
- C significa "bastante o bastante de acuerdo"
- D significa "en gran medida"

Señale, por favor, en el lugar correspondiente al "ejemplo" la letra que más se aproxima a lo que usted piensa al respecto.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS, POR FAVOR.

EL OBJETIVO QUE PERSEGUIMOS ES PODER AYUDARLE A USTED Y A OTRAS PERSONAS QUE TENGAN PROBLEMAS SIMILARES, LOS DATOS SERÁN SECRE-TOS Y SERÁN EMPLEADOS SOLAMENTE PARA AYUDA DE LAS PERSONAS Y EN NINGÚN CASO EN PRESENTACIÓN DE CASOS INDIVIDUALES. SUS DATOS DE IDENTIFICACIÓN SERÁN CODIFICADOS EN ORDENADOR.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------|
| 1. Pienso en lo que puede sucederme. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v376 |
| 2. Intento analizar el problema para conocerlo mejor. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v377 |
| 3. Intento tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creo que saben sobre él. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v378 |
| 4. Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v379 |
| 5. Pienso que, como la gripe, es una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglará todo. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v380 |
| 6. Voy al médico para saber a qué atenerme. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v381 |
| 7. Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v382 |
| 8. Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v383 |
| 9. Visito a más de un médico para ver si me dicen lo mismo porque no me acabo de fiar de los médicos. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v384 |
| 10. Después de ir al ambulatorio, visité a otro médico privado. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v385 |
| 11. Me critico a mí mismo/a porque creo que yo tengo parte de la culpa, al menos. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v386 |
| 12. Confío en que lo que me dicen no sea verdad. Que lo mío no puede ser eso. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v387 |
| 13. Sigo adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado). | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v388 |
| 14. Intento resolver el problema por mí mismo/a | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v389 |
| 15. Voy solo/a al médico y no le digo nada a mi familia. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v390 |
| 16. Guardo para mí lo que me pasa para no preocupar a mi familia. | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | v391 |

17. Se lo digo a mi familia para que me puedan ayudar. A B C D v392
18. Intento mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debe tener. A B C D v393
19. Me desespero y pienso que el mundo es injusto. A B C D v394
20. Desde que lo sé duermo más de lo habitual. A B C D v395
21. Desde que lo sé no puedo dormir, pero no digo lo que pasa. A B C D v396
22. Me siento más irritable que lo de costumbre y lo pagan los que están más cerca de mí. A B C D v397
23. Pienso más de una vez que la culpa la tiene mi familia, por los disgustos que me dan. A B C D v398
24. Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella. A B C D v399
25. Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona. A B C D v400
26. Me digo a mí mismo/a cosas que me hacen sentirme mejor. A B C D v401
27. Pienso que es una señal y me siento más creativo/a que normalmente. A B C D v402
28. Pienso que tengo que arreglar las cosas con mi familia. A B C D v403
29. Pienso que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada. A B C D v404
30. Intento olvidarme de todo. A B C D v405
31. Estoy cambiando; creo que estoy madurando como persona. A B C D v406
32. Espero a ver lo que pasa antes de hacer cualquier cosa. A B C D v407
33. Me desespero y lloro solo/a durante un rato. A B C D v407
34. Pienso que ya nada puede ser como antes. A B C D v408
35. He pensado un plan de acción y lo estoy siguiendo. A B C D v409
36. Pienso que yo soy el (la) principal responsable del problema. A B C D v410
37. No puedo concentrarme porque las ideas sobre lo que me pasa me vienen una y otra vez a la cabeza. A B C D v411

38. Procuero hablar con los especialistas para que me digan lo que tengo que hacer. A B C D v412
39. Me "alejo" del problema. Me tomo unos días en los que no pienso sobre ello. A B C D v413
40. Intento sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...). A B C D v414
41. Tomo más decisiones arriesgadas que antes de que me dijeran lo que me pasa. A B C D v415
42. Pienso que no puede pasarme nada. A B C D v416
43. Pienso que, dentro de todo, tengo suerte. A B C D v417
44. Intento no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me digo que tengo que tomarme las cosas con calma. A B C D v418
45. Busco tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida). A B C D v419
46. Mantengo el tipo y "a mal tiempo, buena cara". A B C D v420
47. Me doy cuenta de lo que es importante en la vida. A B C D v421
48. He cambiado algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida. A B C D v422
49. Hago lo posible para que los problemas que tengo con mi familia y amigos se arreglen. A B C D v423
50. Evito estar con la gente. A B C D v424
51. No permito que la enfermedad me venza: sigo mi vida normal y evito pensar en el problema. A B C D v425
52. Pienso que mi vida ha cambiado radicalmente. A B C D v426
53. Me siento una persona lisiada. A B C D v427
54. Oculto a mis amigos qué me pasaba de verdad. A B C D v428
55. Digo lo que me pasaba a mis amigos. Así llegan a respetarme más. A B C D v429
56. No tomo en serio la situación: me niego a tomarla en serio. A B C D v430
57. Recorro a experiencias pasadas: busco entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones. A B C D v431

58. Sé lo que tengo que hacer, así que me esfuerzo para hacer lo que debo. A B C D v432
59. Me prometo a mí mismo/a que mi vida va a cambiar y que voy a coger las cosas verdaderamente en serio. A B C D v433
60. Después de pensarlo bien, me propongo un par de soluciones distintas. A B C D v434
61. Pienso que los médicos se han equivocado. Esas cosas no me pueden pasar a mí. A B C D v435
62. Lo he aceptado porque no puedo hacer otra cosa. A B C D v436
63. Intento que mis sentimientos y preocupaciones no interfieran con las cosas que hago todos los días. A B C D v437
64. Deseo cambiar lo que está ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto. A B C D v438
65. Pienso que es menos grave de lo que me dicen porque los médicos siempre tienden a exagerar un poco para asustarte. A B C D v439
66. Sueño o imagino otro tiempo en el que las cosas me iban mejor. A B C D v440
67. Rezo. A B C D v441
68. Pienso que sólo Dios sabe lo que está pasando y me dan ganas de ir a una iglesia. A B C D
69. Repaso mentalmente lo que tengo que hacer y decir. A B C D v443
70. Pienso cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomo como modelo. A B C D v444
71. Intento verme "desde fuera", cómo lo vería una persona distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas. A B C D v445
72. Me digo a mí mismo/a que las cosas pueden ser peor. A B C D v446
73. Pienso que he tenido muy mala suerte en la vida. A B C D v447
74. Pienso que, como soy una persona con suerte, el futuro no va a ser tan malo como parece. A B C D v448
75. No puedo pensar nada y estoy como ido/a. A B C D v449
76. Me siento como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza. A B C D v450

1. Me puse a pensar en lo que podía sucederme a continuación. A B C D v457
2. Intenté analizar el problema para conocerlo mejor. A B C D v458
3. Intenté tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creía que sabían sobre él. A B C D v459
4. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema. A B C D v460
5. Pensé que, como la gripe, era una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglaría todo. A B C D v461
6. Fui al médico para saber a qué atenerme. A B C D v462
7. Pregunté a una persona de la que me fiaba para que me dijera qué me estaba pasando. A B C D v463
8. Hice algo en lo que no creía pero al menos no me quedé sin hacer nada. A B C D v464
9. Visité a más de un médico para ver si me decían lo mismo porque no me acabo de fiar de los médicos. A B C D v465
10. Después de ir al ambulatorio, fui a visitar a otro médico privado. A B C D v466
11. Me critiqué a mí mismo/a porque creí que yo tenía parte de la culpa, al menos. A B C D v467
12. Confié en que lo que me decían no fuera verdad. Que lo mío no podía ser eso. A B C D v467
13. Seguí adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado). A B C D v468
14. Intenté resolver el problema por mí mismo/a. A B C D v469
15. Fui solo/a al médico y no le dije nada a mi familia. A B C D v470
16. Guardé para mí lo que me pasaba para no preocupar a mi familia. A B C D v471
17. Se lo dije a mi familia para que me pudieran ayudar desde el comienzo. A B C D v472
18. Intenté mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debería tener. A B C D v473
19. Me desesperé y pensé que el mundo es injusto. A B C D v474
20. Ese día (o esos días) dormí más de lo habitual. A B C D v475
21. Esos días no pude dormir, pero no dije lo que me pasaba. A B C D v476

22. Me sentía más irritable que lo de costumbre y lo pagaron los que estaban más cerca de mí. A B C D v477
23. Pensé más de una vez que la culpa la tenía mi familia, por los disgustos que me dan. A B C D v478
24. Pensé que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella. A B C D v479
25. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona. A B C D v480
26. Me dije a mí mismo/a cosas que me hicieron sentirme mejor. A B C D v481
27. Pensé que era una señal y me sentía más creativo/a que normalmente. A B C D v482
28. Pensé que tenía que arreglar las cosas con mi familia. A B C D v483
29. Pensé que la vida son cuatro días y que no merece a pena enfadarse por casi nada. A B C D v484
30. Intenté olvidarme de todo. A B C D v485
31. Cambié; creo que he madurando como persona. A B C D v486
32. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer cualquier cosa. A B C D v487
33. Me desesperé y lloré solo/a durante un rato. A B C D v488
34. Pensé que ya nada podía ser como antes. A B C D v489
35. Pensé un plan de acción y lo seguí. A B C D v490
36. Pensé que yo era el (la) principal responsable del problema. A B C D v491
37. No podía concentrarme porque las ideas sobre lo que me pasa me venían una y otra vez a la cabeza. A B C D v492
38. Procuré hablar con los especialistas para que me dijeran lo que tenía que hacer. A B C D v493
39. Me "alejé" del problema. Me tomé unos días en los que no pensé sobre ello. A B C D v494
40. Intenté sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...). A B C D v495
41. Tomé más decisiones arriesgadas de las que tomo habitualmente. A B C D v496

42. Pensé que no podía pasarme nada peor. A B C D v497
43. Pensé que, dentro de todo, tuve suerte. A B C D v498
44. Intenté no apresurarme y pensar con calma.
Una y otra vez me decía que tenía
que tomarme las cosas con calma. A B C D v499
45. Busqué tener fe en algo o alguien
(religión o un ideal de vida). A B C D v500
46. Mantuve el tipo y “a mal tiempo,
buena cara”. A B C D v501
47. Me di cuenta de lo que es importante
en la vida. A B C D v502
48. Cambié algo mis puntos de vista sobre lo
que vale y lo que no vale en la vida. A B C D v503
49. Hice lo posible para que los problemas
que tenía con mi familia y amigos
se arreglaran. A B C D v504
50. Evitaba estar con la gente. A B C D v505
51. No permití que la enfermedad me venciera:
evitaba pensar en el problema y seguir
la vida normal. A B C D v506
52. Pensé que mi vida había cambiado
radicalmente. A B C D v507
53. Me sentí una persona lisiada. A B C D v508
54. Oculté a mis amigos qué me pasaba
de verdad. A B C D v509
55. Dije lo que me pasaba a mis amigos.
Así llegaron a respetarme más. A B C D v510
56. No tomé en serio la situación: me negué
a tomarla en serio. A B C D v512
57. Recurrí a experiencias pasadas: busqué
entre mis recuerdos algo similar para aplicar
las mismas soluciones. A B C D v513
58. Sabía lo que tenía que hacer, así que me
esforcé para hacer lo que debía. A B C D v514
59. Me prometí a mí mismo/a que mi vida iba
a cambiar y me iba a coger las cosas
verdaderamente en serio. A B C D v515
60. Después de pensarlo bien, me propuse
un par de soluciones distintas. A B C D v516

61. Pensé que los médicos se habían equivocado. Esas cosas no me podían pasar a mí. A B C D v517
62. Lo acepté en muy poco tiempo porque no podía hacer otra cosa. A B C D v518
63. Intenté que mis sentimientos y preocupaciones no interfirieran con las cosas que hacía todos los días. A B C D v519
64. Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto. A B C D v520
65. Pensé que era menos grave de lo que me decían porque los médicos siempre tienden a exagerar un poco más para asustarte. A B C D v521
66. Soné o imaginé otro tiempo en el que las cosas me iban mejor. A B C D v522
67. Recé. A B C D v523
68. Pensé que sólo Dios sabe lo que está pasando y me dieron ganas de ir a una iglesia. A B C D v524
69. Repasé mentalmente lo que tenía que hacer y decir. A B C D v525
70. Pensé cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomé como modelo. A B C D v526
71. Intenté verme "desde fuera", cómo lo vería una persona distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas. A B C D v527
72. Me dije a mí mismo/a que las cosas podían ser peor. A B C D v528
73. Pensé que he tenido muy mala suerte en la vida. A B C D v529
74. Pensé que, como soy una persona con suerte, el futuro no iba a ser tan malo como parecía. A B C D v530
75. No podía pensar nada y estaba como ido/a. A B C D v531
76. Me sentía como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza. A B C D v532
77. Pensé que no era la única persona en el mundo con ese problema y, por ello, saldría adelante. A B C D v533
78. Me aferré a un rayo de esperanza en el especialista que me ayudó desde el principio. A B C D v534
79. Pensé que debería haberme cuidado más antes de ahora. A B C D v535

80. Pensé que, en definitiva, me habían “pasado” a lo largo de mi vida demasiadas cosas. A B C D v536
81. Pensé que lo que me quedaba debía ser mejor que lo que había pasado y me propuse pasarlo mejor que hasta ese momento. A B C D v537

CUESTIONARIO DE BECK

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 19 apartados; señale con una cruz la frase que mejor refleje su situación actual.

1. – Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos. v538
 – No me encuentro triste.
 – Me siento algo triste y deprimido.
 – Ya no puedo soportar esta pena.
 – Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.
2. – Me siento desanimado cuando pienso en el futuro. v539
 – Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
 – No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
 – No espero nada bueno de la vida.
 – No espero nada. Esto no tiene remedio.
3. – He fracasado totalmente como persona (padre, marido, madre, hijo, profesional, etc.). v540
 – He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.
 – Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
 – No me considero fracasado.
 – Veo mi vida llena de fracasos.
4. – Ya nada me llena. v541
 – Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.
 – Ya no me divierte lo que antes me divertía.
 – No estoy especialmente insatisfecho.
 – Estoy harto de todo.
5. – A veces me siento despreciable y mala persona. v542
 – Me siento bastante culpable.
 – Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.
 – Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable.
 – No me siento culpable.

6. – Estoy descontento conmigo mismo. v543
– No me aprecio.
– Me odio (me desprecio).
– Estoy asqueado de mí.
– Estoy satisfecho de mí mismo.
7. – No creo ser peor que otros. v544
– Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal.
– Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
– Siento que tengo muchos y muy graves defectos.
– Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores.
8. – Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo. v545
– Siento que estaría mejor muerto.
– Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.
– Tengo planes decididos de suicidarme.
– Me mataría si pudiera.
– No tengo pensamientos de hacerme daño.
9. – No lloro más de lo normal. v546
– Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo.
– Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo.
– Ahora lloro más de lo normal.
10. – No estoy más irritable que normalmente. v547
– Me irrito con más facilidad que antes.
– Me siento irritado todo el tiempo.
– Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.
11. – He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto. v548
– Me intereso por la gente menos que antes.
– No he perdido mi interés por los demás.
– He perdido todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.
12. – Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones. v549
– Tomo mis decisiones como siempre.
– Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
– Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.

13. – Puedo trabajar tan bien como antes. v550
– Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
– No puedo trabajar en nada.
– Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
– No trabajo tan bien como lo hacía antes.
14. – Duermo tan bien como antes. v551
– Me despierto más cansado por la mañana.
– Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.
– Tardo una o dos horas en dormir por la noche.
– Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme.
– Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas.
– Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas.
– No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas.
15. – Me canso más fácilmente que antes. v552
– Cualquier cosa que hago me fatiga.
– No me canso más de lo normal.
– Me canso tanto que no puedo hacer nada.
16. – He perdido totalmente el apetito. v553
– Mi apetito no es tan bueno como antes.
– Mi apetito es ahora mucho menor.
– Tengo el mismo apetito de siempre.
17. – No he perdido peso últimamente. v554
– He perdido más de dos kilos y medio.
– He perdido más de cinco kilos.
– He perdido más de siete kilos y medio.
18. – Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas. v555
– Estoy preocupado por dolores y trastornos.
– No me preocupa mi salud más de lo normal.
– Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.
19. – Estoy menos interesado por el sexo que antes. v556
– He perdido todo mi interés por el sexo.
– Apenas me siento atraído sexualmente.
– No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

ÍNDICE DE TABLAS



10

10. ÍNDICE DE TABLAS)

) TABLA 1: Tipologías de la LM	26
TABLA 2: Funcionalidad asociada a la LM según el nivel de lesión	27
TABLA 3: Datos epidemiológicos de la LM (%)	28
TABLA 4: Areas de interés en Psicología de la Rehabilitación	38
TABLA 5: Teorías explicativas del proceso de adaptación a la discapacidad	40
TABLA 6: Evolución del concepto de adaptación a la LM	42
TABLA 7: Variables intervinientes en la adaptación a la LM	50
TABLA 8: Clasificación de las estrategias de afrontamiento generales	82
TABLA 9: La naturaleza estresante de la LM	99
TABLA 10: Estudios sobre el afrontamiento de la LM	105
TABLA 11: Instrumentos generales de evaluación del afrontamiento (I)	138
TABLA 12: Instrumentos generales de evaluación del afrontamiento (II)	139
TABLA 13: Instrumentos específicos de afrontamiento y salud	142
TABLA 14: Evaluación del afrontamiento de la LM	144
TABLA 15: Factores de primer orden del Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales (Pelechano <i>et al.</i> , 1993)	172
TABLA 16: Factores de segundo orden del Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales (Pelechano <i>et al.</i> , 1993)	173
TABLA 17: Factores de primer orden del Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento (Pelechano <i>et al.</i> , 1993)	174
TABLA 18: Factores de segundo orden del Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento (Pelechano <i>et al.</i> , 1993)	175
TABLA 19: Descripción del estado civil de la muestra	183
TABLA 20: Descripción del nivel cultural de la muestra	183
TABLA 21: Descripción del nivel profesional de la muestra	183
TABLA 22: Descripción de la ocupación de la muestra	184
TABLA 23: Distribución de las causas de la LM por género y tipo de lesión	185
TABLA 24: Tiempo de evolución de la LM	185
TABLA 25: Descripción de las complicaciones médicas de la muestra	186
TABLA 26: Factores de primer orden del Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales en personas con LM	187
TABLA 27: Factores de primer orden del Cuestionario de Rememoración de estrategias de afrontamiento en personas con LM	194
TABLA 28: Puntuaciones de afrontamiento actual de las personas con LM	201
TABLA 29: Puntuaciones de afrontamiento rememorado de las personas con LM	202
TABLA 30: Análisis descriptivos de las puntuaciones de depresión	221
TABLA 31: Puntuaciones del Beck en personas con LM	221

1. Francisco Alvira Martín, Ana Cruz Chust, Francisca Blanco Moreno [Investigación, Planificación y Desarrollo, S.A. (IPD)]. **Los problemas, necesidades y demandas de la población con discapacidad auditiva en España: Una aproximación cualitativa.**
2. EDIS. Equipo de Investigación Sociológica, S.A. **Necesidades, demanda y situación de las familias con menores (0-6 años) discapacitados.**
3. Fernando Alonso López. **Los beneficios de renunciar a las barreras. Análisis económico de la demanda de accesibilidad arquitectónica en las viviendas.**
4. INMARK Estudios y Estrategias, S.A. José Antonio Barragán López, María Luisa Villén Rivas y otros. **Y después del accidente, ¿qué?**
5. CUANTER. Investigación Social y de Mercado. **Estudio informe sobre las enfermedades raras o poco comunes más significativas. Informe resultados.**
6. Fundación Tomillo. Centro de Estudios Económicos. **Adecuación de puestos de trabajo para personas con discapacidad.**
7. Instituto Universitario de Estudios Europeos. Universidad Autónoma de Barcelona. **La accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras.**
8. María Luisa González-Cuéllar Serrano, Diego Marín-Barnuevo Fabo y Juan Zornoza Pérez. **Las situaciones de discapacidad en el sistema tributario.**
9. Fundación INTRAS. **Población con enfermedad mental grave y prolongada.**
10. María Begoña Rueda Ruiz y Antonio León Aguado Díaz. **Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular.**