

RF 727
P5716



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL
POSTGRADO EN MEDICINA DE FAMILIA

AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIÓN DE APOYO EN LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD. HOSPITALES LUIS RAZETTI E INSTITUTO AUTÓNOMO
UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. 2011.

www.bdigital.ula.ve

SERBIULA
Tulio Febres Cordero

DONACION

Autora:

Dra. Kenia C. Torres C.

Tutora:

Dra. María Arnolda Mejía

Tutoras metodológicas:

Dra. Daicy Rojas

Dra. María C. D' Avila

MÉRIDA, 2011.

C.C.Reconocimiento

**AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIÓN DE APOYO EN LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD. HOSPITALES LUIS RAZETTI E INSTITUTO AUONOMO
UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. BARINAS. 2011.**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO
CIRUJANO KENIA TORRES CAMACHO CI. 5.263.614, ANTE EL CONSEJO
DE FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES,
COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA.

AUTORA: Dra. Kenia C. Torres Camacho

Residente III en Medicina de Familia

Universidad de Los Andes

TUTORAS: Dra. María Arnolda Mejía

Doctora en Ciencias Médicas

Especialista en Medicina de Familia

Profesora Titular a dedicación exclusiva

Dra. Daicy Rojas

Magister en Administración de Instituciones de Salud

Especialista en Medicina Física y de Rehabilitación

Profesora Instructora Contratada a Tiempo Convencional

Universidad de Los Andes

www.bdigital.ula.ve

Dra. María Cristina D'Ávila

Especialista en Medicina de Familia

Profesora Asistente Contratada a Tiempo Convencional

Universidad de Los Andes

DEDICATORIA

A mi Dios todopoderoso quien hizo posible éste logro.

A mi madre digno ejemplo de lucha, constancia, dedicación, “mi gran ejemplo”

A mis hijas Wlanny, Euglem, especialmente María Daniela y Adriana todas mi mayor orgullo. Las amo.

A ti, quien desde la distancia, me diste la mano y el camino se hizo más fácil.

A mis hermanos, sobrinos, nietos, a quienes les deseo emprendan el camino, alcanzando sus metas, y que mi Dios los haga merecedores de brillantes logros.

A los pacientes con discapacidad como protagonistas de esta investigación, quienes contribuyeron con gran motivación y sinceridad en el cumplimiento de los objetivos.

A quienes no están presentes, ustedes representaron un apoyo espiritual inigualable.

A todos ustedes mi logro, sin su ayuda no hubiera sido posible.

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por conducirme siempre.

A la Ilustre Universidad de Los Andes por enseñarme y hacer de mí lo que soy.

A mi hermana Hyvvecht quien me dio su hombro, asegurándome el camino menos pesado, te quiero mucho hermanita.

A los profesores y profesoras especialmente a la Dra. María Arnolda Mejía, mi eterna gratitud, su imagen me dio la fortaleza, su enseñanza la seguridad, su gallardía la convicción de estar hoy culminando. La amaré eternamente.

A la Dra. María Cristina D'Avila, pilar fundamental en mi formación y esfuerzo de este bello camino.

A la Dra. Carmen Cristina Silva, quien con su paciencia y dedicación nos colmó de conocimientos y sabiduría. Lindo aprendizaje.

A la Dra. Olga Quintero, quien con su voz, sueños e ideas nos transmitió una visión muy particular de ver la vida, aceptar las vicisitudes, saberes, dotes que sin duda atesoraron mis valores personales, usted, es un gran aprendizaje.

A Dirección Regional de Salud, especial con especial deferencia a la Dra. Sheham Yamomou.

A la Dra. Maribel Salas, mi agradecimiento eterno por sus enseñanzas, apoyo y solidaridad incondicional.

A la Sra. Oliva Paredes, digno ejemplo de constancia, paciencia y humanidad, es usted excepcional. Siempre la recordaré.

Al IPASME bella Institución, quien me brindó un gran apoyo en ésta lucha.

A la Dirección de Salud Ambiental, y su equipo quienes fueron extremadamente tolerantes

Al CDCHT, por su apoyo económico en éste logro.

RESUMEN

AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIÓN DE APOYO EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. HOSPITAL LUIS RAZETTI E INSTITUTO AUTONOMO UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. 2011.

Autora: Kenia C. Torres Camacho
Tutora: María Arnalda Mejía
Tutoras Metodológicas: Daicy Rojas
María C. D'Ávila

Objetivo. Determinar las estrategias de afrontamiento y percepción de apoyo en las personas con discapacidad de los Hospitales Luis Razetti (Barinas) e Instituto Autónomo Universitario de Los Andes (Mérida). **Método.** Estudio descriptivo, transversal y comparativo. La muestra fue intencional, no probabilística; en Barinas participaron 30 pacientes y en Mérida 31 pacientes. **Resultados.** En los dos estados predominó el sexo femenino, con una media de 36,3 años para Mérida y de 45,6 años para Barinas. En Mérida la etiología cerebral ocupó el primer lugar con los eventos cerebrovasculares (mujeres/50,00%), seguido de osteoarticular en hombres (traumatismo/21,43%). Barinas reportó la patología osteoarticular mayormente en otros (amputaciones y fracturas) para hombres (27,27%) y mujeres (26,32%), luego los traumatismos en hombres (27,27%) y mujeres (21,05%). El grado de "discapacidad muy seria" preponderó en ambos grupos. En los dos estados las estrategias de afrontamiento positivas utilizadas fueron la resolución de problemas ($p=0,046$) y la reestructuración cognitiva ($p=0,011$), la negativa el pensamiento desiderativo ($p=0,000$); no influyendo el sexo. La edad se correlacionó negativamente con el pensamiento desiderativo, el apoyo social y la reestructuración cognitiva. El apoyo social global en las dos instituciones fue suficiente (90,20%). El apoyo instrumental favoreció las estrategias de afrontamiento en cuanto a la resolución de problemas ($p=0,007$) y la autocrítica ($p=0,019$). Se evidenció "depresión baja" (52,5%) en Barinas y en Mérida "depresión alta" (64,5%). Entre la depresión y el pensamiento desiderativo se encontró alta significancia estadística. **Conclusión.** Los pacientes con discapacidad afrontan su problema con suficiente apoyo y aún así se deprimen.

Palabras Clave: Afrontamiento, apoyo social, depresión, discapacidad.

ABSTRACT

COPING AND SUPPORT PERCEPTION OF DISABLED PEOPLE. LUIS RAZETTI HOSPITAL AND INSTITUTO AUTÓNOMO UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. 2011.

Author: Kenia C. Torres Camacho
Tutor: María Arnolda Mejía
Methodology tutors: Daicy Rojas
María C. D' Avila

Objective. Determining coping strategies and support perception of disabled people at Instituto Autónomo Universitario de Los Andes (Mérida) and Luis Razetti Hospital (Barinas). **Methodology.** Descriptive, transversal, and comparative study using intentional non probabilistic sampling method; 30 patients participated in Barinas, and 31 patients participated in Mérida. **Results.** Females predominated in both states; the average age was 36.3 in Mérida, and 45.6 in Barinas. In Mérida, cerebral etiology took the first place with cerebrovascular events (women/50.00%), followed by osteoarticular in men (traumatism/21.43%). In Barinas, osteoarticular pathology was reported mostly by others (amputations and fractures) in men (27.27%) and in women (26.32%), then traumas in men (27.27%) and in women (21.05%). The degree of very severe disability predominated in both groups. In both states, the positive coping strategies used were problem resolution ($p=0,046$) and cognitive restructuring ($p=0,011$), and the negative one was desiderative thinking ($p=0,000$); sex did not have any influence in these results. Age was negatively correlated to desiderative thinking, social support, and cognitive restructuring. Global social support at both institutions was sufficient (90.20%). Instrumental support favored coping strategies regarding problem solution ($p=0,007$) and self-criticism ($p=0,019$). “Low depression” (52.5%) in Barinas and “high depression” (64.5%) were determined. It was found high statistical significance between depression and desiderative thinking. **Conclusion.** Disabled patients cope with their problem receiving enough support and still get depressed.

Key words: Coping, social support, depression, disability.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Summary	vii
Índice general	vii
Índice de tablas	ix
Introducción	1
Objetivos	9
Método	10
Resultados	17
Discusión	28
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Bibliografía	41
Anexos	46

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Pacientes con discapacidad según género. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (Mérida) y Hospital Luis Razetti (Barinas). 2011.	17
Tabla 2. Pacientes con discapacidad según edad.	17
Tabla 3. Clasificación de la discapacidad de los pacientes según su origen. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	18
Tabla 4. Grados de discapacidad según CIE 10. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011	19
Tabla 5. Estrategias de afrontamiento en los pacientes. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	20
Tabla 6. Relación entre las estrategias de afrontamiento y género en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	21
Tabla 7. Apoyo de MOS global en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	22
Tabla 8. Apoyo social de los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	22
Tabla 9. Estrategias de afrontamiento y su relación con la edad y el apoyo social. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	23
Tabla 10. Relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo instrumental. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	24

Tabla 11. Relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo afectivo. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	25
Tabla 12. Grados de depresión global en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	26
Tabla 13. Grados de depresión en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	26
Tabla 14. Relación entre las estrategias de afrontamiento y depresión en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.	27

www.bdigital.ula.ve

INTRODUCCIÓN

La discapacidad como tal no es algo nuevo; muy al contrario está presente desde el inicio de la misma historia humana, y peor aún la discriminación hacia las personas que la poseen. Se describe que en la prehistoria, a medida que las distintas tribus y agrupaciones humanas se movilizaban por motivo de caza o mejores tierras para cultivar, decidían abandonar a su suerte a las personas con discapacidad para que no entorpecieran los desplazamientos del resto de la tribu.

La existencia de personas con discapacidad en el mundo, se ha transformado en un problema de salud pública, por ello, es importante la valoración integral de estos pacientes, en busca de estrategias que faciliten la aceptación y rehabilitación oportuna para la incorporación temprana en el ámbito familiar, laboral y social que le permitan desenvolverse con la mayor normalidad posible y sin discriminación alguna. El desarrollo social y tecnológico, entre otros, han contribuido a que se comprenda el significado de las discapacidades, entre ellas: la motora, la cual no es más que una limitación en alguna área específica del cuerpo humano, pero su inteligencia, voluntad y capacidad creativa se mantiene intacta.

La discapacidad es cualquier restricción o impedimento en la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Vaz y Cano ⁽¹⁾ hacen referencia a cualquier restricción o falta de capacidad, aparecida como consecuencia de una anomalía para llevar a cabo una actividad determinada. Así mismo, describen los criterios que la versión

multiaxial de la CIE-10 utiliza a la hora de cuantificar el grado de discapacidad existente en la persona, para lo cual plantean seis niveles que cubren un espectro que va del 0 al 100%, considerando estos valores como los dos extremos de la discapacidad (ausente-extrema).

Para la OMS ⁽²⁾ la discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles, o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo desde punto de vista psicológico, por deficiencias físicas, sensoriales u otros, distinto al que estaba acostumbrado.

Es preocupante que en pleno siglo XXI, aún existe tabú en el tema de las capacidades de estas personas, hay dudas e incertidumbres en su desenvolvimiento, independientemente de la causa que les llevó a la discapacidad, con el consecuente comportamiento emocional y social indeseable.

A nivel mundial, el porcentaje de personas con discapacidad motora secundaria a eventos cerebrales, espinales, osteoarticulares y musculares es notorio. Según las Naciones Unidas ⁽³⁾ en la mayoría de los países, por lo menos una de cada diez personas tiene una deficiencia física, mental o sensorial, y por los menos el 25 % de toda población se ve adversamente afectada por la presencia de discapacidades. Las causas de las deficiencias varían en todo el mundo, así como la frecuencia y las consecuencias de la discapacidad. Estas variaciones son el resultado de las

diferentes circunstancias socioeconómicas y de las disposiciones que cada sociedad adopta para lograr el bienestar de su población.

En Venezuela ⁽⁴⁾ se manejan diferentes cifras en cuanto al número de personas con discapacidad, según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en el año 2001, había un total de 24.765.581 personas, de las cuales 907.694 tenían alguna discapacidad, es decir, que un 3,67 % de la población venezolana sufría de alguna discapacidad. Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), mencionan que “existen 2.370.000 personas con discapacidad, equivalente a 10 % de la población total venezolana. Asimismo, el Consejo Nacional para la integración de Personas con discapacidad estima que hay 1.600.000 personas con esta problemática, lo que equivale al 6% del total de la población.

En Venezuela un 80.5% de los 2.8 personas con discapacidades que se ven afectadas en el cumplimiento de las actividades básicas de la vida diaria, reconoce recibir algún tipo de apoyo, disminuyendo sensiblemente el porcentaje de quienes tienen un grado total de discapacidad que pasa de representar el 49,39% cuando no recibe ayuda, al 30,84% cuando la reciben ⁽⁵⁾.

En cuanto al colectivo de personas con discapacidad, se conoce como enormemente heterogéneo, de definición exterior, cuya característica común es precisamente el ser víctimas y testigos de una exclusión social, que afecta de forma cada vez más masiva y sistemática a personas y colectivos, exclusión que

podría mutilar desde el punto de vista biopsicosocial al individuo y a su grupo familiar⁽⁶⁾.

Todas las personas ante la adversidad utilizan mecanismos de defensa para mantener su integridad. Es interesante comprender la manera como las personas con discapacidad confrontan los eventos estresantes en la vida, porque esta condición influye en su percepción de bienestar. No es fácil, aceptar una discapacidad después de ser un individuo completamente independiente, productivo e insertado en la sociedad, no obstante el apoyo social contribuye a la adaptación de su estado de salud desde el punto de vista físico y mental.

El afrontamiento⁽⁷⁾ es un proceso que permite a las personas la capacidad de hacer frente a la vida como un reto, ante múltiples vicisitudes, empleando los recursos personales, familiares y/o sociales para adaptarse ante una situación dada. Cada persona utiliza su propia estrategia para enfrentar los eventos o crisis en un momento determinado, utilizando los esfuerzos cognitivos y conductuales, adecuados e inadecuados para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por dicha crisis, asegurando que se trata de un proceso dinámico que involucra la evaluación y reevaluación asiduas de las personas en situaciones demandantes, y su función está en consonancia con las habilidades de las personas para la consecución de objetivos específicos⁽⁸⁾.

Las estrategias propuestas están dirigidas a la acción relacionada con todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el

problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar.

Es una realidad que las personas con discapacidad deben enfrentarse muchas veces a la dependencia, sea ésta temporal o permanente, afectándose su integridad, su rol ante la familia, el trabajo y la sociedad, pero a su vez se puede alterar su salud mental que menoscaban aún más su percepción de bienestar. Se sitúan ante momentos de gran estrés por la incertidumbre del presente y futuro, situación que les obliga a buscar estrategias para afrontar dicho evento. Sin embargo, cuando se cuenta con soporte apropiado, y se utiliza racionalmente, se tolera mejor cualquier evento estresante, que cuando no se cuenta con el mismo, o este es precario ⁽⁹⁾.

Las estrategias son esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional, afectiva o conductual) dirigidas a manejar las demandas internas y ambientales y los conflictos entre ellos, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona. Se suele aceptar que son eficaces si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona ⁽¹⁰⁾. Sin embargo, su eficacia descansa en la habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar mental y en el estado de salud integral ⁽¹¹⁾. Estas estrategias pueden ser adaptativas o positivas e inadaptativas o negativas. Las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo, pero sirven para erosionar la salud integral a través del tiempo. Estas personas pueden vivir con el

temor constante de perder el control sobre sí mismos, porque no es posible renunciar a una parte de su autonomía para que otro lo cuide y se haga cargo de su circunstancia. De ésta forma los trastornos de ansiedad y depresión son los problemas emocionales más frecuentes que se presentan ante una enfermedad inesperada⁽¹²⁾.

Se reconoce que la discapacidad ha adquirido importancia en el mundo actual, debido al envejecimiento de la población, sobrevivencia poblacional a los accidentes y enfermedades crónicas entre otros; por otra parte, en las instituciones de salud donde se oferta un abordaje lo más cercano posible a lo biopsicosocial, sugieren aprovechar las estrategias de afrontamiento adecuadas, los conocimientos del equipo de salud y el apoyo social global para contribuir con la calidad de vida de los afectados y el desarrollo del país, donde el Médico/a de Familia de la mano con los especialistas en Medicina física y Rehabilitación pueden apoyar este compromiso, ya que en ocasiones se desconoce la incertidumbre que vivencia el paciente y la familia o cuidador ante cualquier evento estresante, especialmente cuando se padece una discapacidad. Rutinariamente en la consulta se hace énfasis en los aspectos físicos, dejando de lado lo psicosocial, por ello es importante el trabajo multidisciplinario donde se planteen criterios y objetivos a cumplir en el ámbito institucional y domiciliario de manera integral y se considere a la familia como el principal apoyo de la persona con discapacidad

Los países de América Latina están realizando un gran esfuerzo para promover la integración social de las personas con discapacidad. Se ha avanzado mucho en la

creación de leyes nacionales y en la adopción de las Normas Internacionales del Trabajo, sin embargo, todavía existen dificultades en su aplicación y en la superación de los problemas relacionados con la inserción efectiva de personas con discapacidad en la sociedad.

Se han realizado algunas investigaciones relacionadas con la temática expuesta, señalándose que la perspectiva social de la discapacidad actual, plantea dejar de atribuir la discapacidad como un atributo, afirmando que son las condiciones y modos de vida, lo que impide a estas personas tener una vida plena. Esta visión se centra en el aspecto construido, especialmente en las decisiones socialmente adoptadas y asumidas y no en la falta de capacidades, proponiendo la inserción total de estas personas a la sociedad, en busca de cambiar sus condiciones físicas y fundamentalmente las ideológicas. El modelo social, surgió en los años 70 como reacción al modelo biomédico, individual desde el movimiento asociativo de personas con discapacidad ⁽¹³⁾.

Sáez ⁽¹⁴⁾ investigó que tipos de apoyo social recibían las personas que padecían una discapacidad motora de forma eficiente, encontrando: el apoyo tangible y el apoyo emocional, pero no observó por ningún nivel de atención de salud, el apoyo de tipo informativo sobre su problemática, situación que hace reflexionar sobre la importancia de la buena relación terapéutica.

También se ha pretendió ahondar en la realidad de las mujeres con discapacidad, especialmente, en cómo había sido la vivencia de su discapacidad en un contexto socio-cultural poco favorecedor y promotor de su integración a la sociedad y de su

desarrollo personal, que aunque en materia de legislación se tengan los mismos derechos y obligaciones para todos, la realidad dista mucho de respetar y hacer efectivas las leyes. Se resalta un factor que aparece con fuerza en algunas de las mujeres, el sentido que le dan a su vida, es decir el hecho de tener una pareja e hijos y vivir en familia se constituía en un factor protector ⁽¹⁵⁾.

Vera ⁽¹⁶⁾ determinó la actitud y el conocimiento de las personas en una empresa, encontrando que quienes laboran en los departamentos de Recursos Humanos tienen una actitud favorable hacia la contratación de personas con discapacidad motriz leve; sin embargo el 50% de ellos, carecía de información al respecto. El hecho de la difícil contratación de personas con alguna discapacidad, provoca pérdida de capital humano que, independientemente de sus limitaciones, puede ser muy productivo para el desarrollo de un país.

Una de las discapacidades motoras es la de origen cerebral. El daño cerebral origina secuelas graves, permanentes y de naturaleza multidimensional en las diferentes esferas de la vida de la persona. Su aparición es una experiencia traumática que afecta a la persona de forma global (física, psicología y socialmente), ya que junto a las secuelas cognitivas o la pérdida de funciones físicas, motrices y sensoriales, a menudo se requieren profundos cambios en el estilo de vida y un gran esfuerzo de adaptación tanto individual como familiar, por ello es importante la investigación para determinar las formas de afrontamiento ante este impactante problema ⁽¹⁷⁾.

Finalmente, Rueda, Aguado y Alcedo ⁽¹⁸⁾ estudiaron si existían estrategias de afrontamiento que caracterizaran a las personas con discapacidad por lesión medular o por el contrario, si existían diferencias individuales explicadas por otras variables psicológicas y no exclusivamente por la presencia de la discapacidad, dicho estudio se llevo a cabo en 118 personas, mencionando la importancia de procesos individualizados de adaptación a su problemática.

Si se parte de la base que la familia es el contexto en el que se desarrolla gran parte de la vida de la mayoría de las personas, cuando en su seno uno de sus integrantes sufre un evento inesperado como lo es, una discapacidad, no cabe duda de que este acontecimiento no solo afecta al paciente, sino a cada uno de los miembros de la familia y en su conjunto como sistema ⁽¹⁹⁾.

Por esta razón resulta importante explorar como afrontan este evento estresante los pacientes con discapacidad y como perciben el soporte social, recursos elementales, que de forma inesperada tienen que movilizar para subsanar dicho evento y no caer en crisis. Por otra parte, el trabajo en equipo favorece la coordinación de actividades que faciliten el mejor manejo del duelo ante una crisis no normativa o inesperada. Comprender el afrontamiento en las personas con discapacidad, implica conocer un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante, porque la discapacidad, es muy compleja y conlleva a numerosos cambios en la persona afectada y en su grupo familiar ⁽²⁰⁾.

Ante la problemática expuesta se plantean los siguientes objetivos:

General:

Determinar las estrategias de afrontamiento y percepción de apoyo en las personas con discapacidad en de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación de los Hospitales Instituto Autónomo Universitario de Los Andes (Mérida) y Luis Razetti (Barinas), entre los meses de enero a agosto del año 2011.

Específicos:

- 1.- Describir algunas características demográficas en el grupo de estudio, tales como: edad y género.
- 2.- Precisar las causas de la discapacidad motora según su origen.
- 3.- Identificar el grado de discapacidad según el CIE-10.
- 4.- Analizar las estrategias de afrontamiento específicas utilizadas por el individuo con discapacidad.
- 6.- Evaluar el grado de depresión en los pacientes con discapacidad.
- 6.- Analizar el apoyo social percibido por los pacientes con discapacidad.
- 7.- Establecer la relación entre las variables en estudio.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación se tiene la expectativa de ofertar una atención más personalizada y humanizada al paciente con discapacidad, fortaleciendo el trabajo multidisciplinario, incluyendo la referencia oportuna a otras especialidades pertinentes cuando sea necesario, en busca de contribuir con la calidad de vida del paciente y de su familia.

MÉTODO

Tipo de investigación. Es una investigación de tipo descriptivo, transversal y comparativa.

Sitio. La investigación se llevó a cabo en los Hospitales: Instituto Autónomo Universitario de Los Andes (Mérida) y Luis Razetti (Barinas).

Población. En esta investigación se utilizó el muestreo no probabilístico (intencional), ya que se aplicaron los instrumentos en las personas con discapacidad que demandaron atención en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación de las instituciones en estudio.

Criterios de inclusión

-Pacientes con discapacidad entre 15 y 60 años atendidos en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación de los hospitales en estudio.

-Pacientes que aceptaron participar en el estudio al explicarles la finalidad del mismo (Consentimiento informado).

Criterios de exclusión

- Negación por parte del paciente a participar en el estudio.

- Suspensión de actividades institucionales por diferentes causas.

-Alteración evidente de la salud mental

Variables

1. Características demográfica: Edad y género.

2.- Discapacidad: Mínima (20%), obvia (40%), seria (60%), muy seria (80%) y obvia (100%).

3.- Estrategias de afrontamiento:

*Afrontamiento adecuado centrado en el problema: Resolución de problema y Reestructuración cognitiva

* Afrontamiento adecuado centrado en la emoción: Expresión emocional y el apoyo social.

*Afrontamiento inadecuado centrado en el problema: pensamiento desiderativo: y la evitación de problemas

* Afrontamiento inadecuado centrado en la emoción: autocrítica y la retirada social

4.- Niveles de depresión: No depresión, Leve, Moderada y grave

5.-Apoyo de MOS: Emocional, instrumental, interacción social positiva, afectivo e índice global

Instrumento

El cuestionario utilizado estuvo conformado de la siguiente manera.

Parte I: Se investigó respecto a la edad y el género.

Parte II: Se indagó sobre la etiología de la discapacidad y se cuantificó su grado según los criterios de la versión multiaxial de la CIE-10 ⁽¹⁾.

Parte III: Se estudiaron las estrategias de afrontamiento mediante el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) ^(21, 22). Se le sugirió que pensara por unos

minutos de la situación vivida, y responde la lista de afirmaciones basándose en como maneja la situación. Luego se le explicó, que de acuerdo a la frases expuestas en el texto, determinara el grado en el cual se ubica, marcando el número que corresponde: 0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente (Anexo 1).

Parte IV: Para explorar los niveles de depresión (No depresión, leve, moderada y grave) se aplicó la escala de Zung, desarrollada por Zung en 1965⁽²³⁾. Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Para ello, se plantea una serie de interrogantes con cuatro respuestas alternativas, y el paciente debe responder solo una. Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas de la siguiente manera: la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con ocho ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a su “situación actual”², o a la semana previa. La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de

sentido negativo, o de 4 a 1, para los de sentido positivo. El rango de puntuación es de 20 – 80 puntos.

El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresado como porcentaje de la máxima puntuación posible, oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada 6-7, y el de puntuación total 2, 8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Proponen los siguientes puntos de corte: No depresión < 35 (< 28 puntos), Depresión leve 36-51 (28-41 puntos), Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos) y Depresión grave > 68 (> 53 puntos) (Anexo2).

Parte V: Se midió el apoyo social con el Cuestionario MOS, se trata de un cuestionario breve, multidimensional, auto administrado desarrollado por MOS (grupo de estudio para analizar diferentes estilos de la práctica médica de la atención primaria en los EE.UU) para analizar distintas dimensiones de recursos en pacientes con distintas enfermedades, validado en varias investigaciones a nivel regional, y nacional. Este instrumento permite investigar cuatro dimensiones de apoyo: **emocional, informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo**, además de ofrecer un índice global de apoyo social⁽²⁴⁾ que consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5- La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los valores entre 0 y 1 se consideran indicadores de baja asistencia (red social nula o escasa): de 2 a 5 como de buen nivel de asistencia (red social suficiente), y

de 6 a más de 10 como de alto nivel de asistencia (red social elevada). El apoyo emocional, entendido como expresión de afecto y comprensión empática, y el informacional, referido a guía, oferta de consejo e información, lo miden los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, y 19. El apoyo instrumental, esto es, la provisión de ayuda material que pueda recibir el consultado lo valoran los ítems 2, 5, 12, y 15. La interacción social positiva, que indica la disponibilidad de las personas para salir, divertirse o distraerse, la mide los ítems 7, 11, 14, y 18. El apoyo afectivo, que incluye las expresiones de amor y afecto, corresponde a las preguntas 6, 10, y 20. Por último, el índice global de apoyo social se obtiene sumando los puntos de los 19 ítems del cuestionario (Anexo 3).

Valores	Máximo	Mínimo	Medio
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción social positiva	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice global	94	19	57

Se considera que el apoyo global es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos. Se podrá catalogar como falta de apoyo emocional/informacional, estructural, de interacción social y afectiva cuando las puntuaciones estén por debajo de 24, 12, 9 y 9.

Procedimiento

En el mes de enero se visitaron los servicios de Medicina Física y Rehabilitación de las instituciones en estudio, con el propósito de dar a conocer a los directivos, el fin de la investigación para su previa autorización y aceptación. Una vez informado los objetivos del estudio y el contenido de cada uno de los instrumentos, se informó a los pacientes en los servicios antes mencionados para su autorización verbal y aceptación de responder la encuesta voluntariamente (**consentimiento informado**), se procedió a la aplicación del instrumento a los pacientes según los criterios de inclusión.

Análisis de los resultados

Se utilizó análisis inferencial, para verificar el supuesto de normalidad de las variables continuas (numéricas), con las Pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov. La prueba t de Student permitió la comparación de promedios en grupos independientes, y la U de Mann-Whitney en la comparación de poblaciones de variables continuas en el caso de falta de normalidad en grupos independientes. La prueba Chi-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia, lo que determinó la asociación o dependencia entre variables categóricas.

También se utilizaron las pruebas bilaterales ajustadas de Bonferroni con un nivel de significación 0.05. El procesamiento de los datos se hizo a través de SPSS 15.0 en español y Microsoft Excel 2007, utilizando el 0.05 como nivel de significación máximo para las pruebas de hipótesis estadísticas.

Resultados

La muestra definitiva estuvo conformada por 61 personas con discapacidad, 31 que acudieron al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Instituto Universitario de Los Andes en Mérida y 30 del Hospital Luis Razetti, en el estado Barinas. Los pacientes con discapacidad que demandaron atención en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes en Mérida estuvo más representado por el género femenino (51,6%), en Barinas en su mayoría son mujeres (63.3%). Con una media de edad 36,32 años en Mérida y de 45,60 en Barinas (Tabla 1 y 2).

Tabla 1. Pacientes con discapacidad según género. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (Mérida) y Hospital Luis Razetti (Barinas). 2011.

		Grupo					
		Mérida		Barinas		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Género	Femenino	16	51,6	19	63,3	35	57,4
	Masculino	15	48,4	11	36,7	26	42,6
Total		31	100,0	30	100,0	61	100,0
χ^2 (gl=1; n=61)=0,856; p=0,355							

$\chi^2(gf=1; n=61)=0,856; p=0,355$

Tabla 2. Pacientes con discapacidad según edad.

		N	Media	Desv. tip.	t de Student (p=0.05)
Edad	Mérida	31	36,32	17,973	t=-2.060
	Barinas	30	45,60	17,180	p=0.044*

La tabla 3, muestra la etiología de la discapacidad en las personas que demandaron atención en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, el accidente cerebro vascular ocupó el 50,00% en las mujeres; en los hombres solo el 14,29%. En segundo lugar se encontraron las osteoarticulares, en los hombres (21,43%) y las mujeres (12,50%); mientras que los traumatismos cerebrales son un poco más frecuentes en los hombres (14,29%) versus 12,50% en las mujeres. En los pacientes del Hospital Luis Razetti de Barinas, la patología osteoarticular categorizada como otros (amputaciones y fracturas) representó el mayor porcentaje en hombres (27,00%) y el 26,32% en mujeres, seguido de los traumatismos (osteoarticular) en los hombres (27,70%) y mujeres (21,05%).

Tabla 3. Clasificación de la discapacidad de los pacientes según su origen. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

Origen		Mérida				Barinas				Total	
		F		M		F		M		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Cerebral	Traumatismo	2,00	12,50	2	14,29	1	5,26	0	0,00	5,00	8,33
	Parálisis	0,00	0,00	1	7,14	0	0,00	0	0,00	1,00	1,67
	Tumores	0,00	0,00	1	7,14	1	5,26	1	9,09	3,00	5,00
	Otras (ACV)	8,00	50,00	2	14,29	0	0,00	0	0,00	10,00	16,67
Espinal	Traumatismos medulares	2,00	12,50	1	7,14	3	15,79	1	9,09	7,00	11,67
	Lesiones degenerativas	0,00	0,00	2	14,29	0	0,00	1	9,09	3,00	5,00
	Otras	0,00	0,00	0	0,00	1	5,26	0	0,00	1,00	1,67
Musculares	Miopatías	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	1	9,09	1,00	1,67
	Distrofias	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	1	9,09	1,00	1,67
	Otras	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00
Osteo-articulares	Malformaciones	0,00	0,00	0	0,00	1	5,26	0	0,00	1,00	1,67
	Traumatismos	2,00	12,50	3	21,43	4	21,05	3	27,27	12,00	20,00
	Reumatismos	1,00	6,25	1	7,14	3	15,79	0	0,00	5,00	8,33
	Otros	1,00	6,25	1	7,14	5	26,32	3	27,27	10,00	16,67
TOTAL		16,00	100,00	14,00	100,00	19,00	100,00	11,00	100,00	60,00	100,00

En relación a los grados de discapacidad según la CIE-10, los pacientes de ambos hospitales se ubicaron en el rubro de discapacidad muy seria. En el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, esta discapacidad representa el 64,52%, mientras que en el Luis Razetti se encontró en un 56,67% (Tabla 4).

Tabla 4. Grados de discapacidad según CIE 10. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

Criterios para cuantificar el grado de discapacidad según CIE-10.						
Grados	Mérida		Barinas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Discapacidad mínima (20%)	0,00	0,00	1,00	3,33	1,00	1,64
Discapacidad obvia (40%)	2,00	6,45	6,00	20,00	8,00	13,11
Discapacidad seria (60%)	4,00	12,90	6,00	20,00	10,00	16,39
Discapacidad muy seria (80%)	20,00	64,52	17,00	56,67	37,00	60,66
Discapacidad obvia (100%)	5,00	16,13	0,00	0,00	5,00	8,20
Total	31,00	100,00	30,00	100,00	61,00	100,00

En la tabla 5, se evidencian las estrategias de afrontamiento de los pacientes con discapacidad que demandaron atención a los servicios de Medicina Física y de Rehabilitación en los Hospitales de los estados de Mérida y Barinas, las cuales reportaron alta significancia en el pensamiento desiderativo ($p=0,000$), significancia estadística en la resolución de problemas ($p=0,046$) y en la reestructuración cognitiva ($p=0,011$).

Tabla 5. Estrategias de afrontamiento en los pacientes. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

Estrategias	Grupo	Mediana	Pc	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	p
Resolución de problemas	Mérida	20	95	31	35,2	1090,5	335,5	0,046*
	Barinas	19	75	30	26,7	800,5		
Autocrítica	Mérida	3	50	31	31,0	961,5	464,5	0,994
	Barinas	1	35	30	31,0	929,5		
Expresión emocional	Mérida	15	85	31	32,1	996,5	429,5	0,607
	Barinas	14	80	30	29,8	894,5		
Pensamiento desiderativo	Mérida	20	97	31	40,4	1252,5	173,5	0,000**
	Barinas	14	60	30	21,3	638,5		
Apoyo social	Mérida	16	80	31	30,9	958,5	462,5	0,971
	Barinas	17	85	30	31,1	932,5		
Reestructuración cognitiva	Mérida	19	97	31	36,6	1135	291	0,011*
	Barinas	16	85	30	25,2	756		
Evitación de problemas	Mérida	5	50	31	29,3	907,5	411,5	0,438
	Barinas	6,5	60	30	32,8	983,5		
Retirada social	Mérida	4	60	31	31,4	974	452	0,849
	Barinas	3	50	30	30,6	917		

* Las poblaciones difieren al nivel de significación 0.05

** Las poblaciones difieren al nivel de significación 0.01.

En la tabla 6, se observa que el género no influye sobre las estrategias de afrontamiento reportadas por los pacientes de los servicios investigados.

Tabla 6. Relación entre las estrategias de afrontamiento y género en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

	Rango promedio		Suma de rangos		Estadístico de contraste		P
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
Resolución de problemas	35	26	31,73	30,02	1110,50	780,50	429,5 ,691
Autocrítica	35	26	28,40	34,50	994,00	897,00	364,0 ,167
Expresión Emocional	35	26	30,01	32,33	1050,50	840,50	420,5 ,613
Pensamiento Desiderativo	35	26	30,60	31,54	1071,00	820,00	441,0 ,837
Apoyo social	35	26	28,54	34,31	999,00	892,00	369,0 ,206
Reestructuración Cognitiva	35	26	30,10	32,21	1053,50	837,50	423,5 ,643
Evitación de Problemas	35	26	30,00	32,35	1050,00	841,00	420,0 ,608
Retirada social	35	26	32,36	29,17	1132,50	758,50	407,5 ,483

La tabla 7, muestra que el apoyo social global de los pacientes con discapacidad de las dos instituciones investigadas es suficiente, observándose casi en su totalidad un elevado apoyo afectivo (95,1%), emocional e instrumental en la misma proporción (90,2%) y en interacción social positiva (88, 5%).

Tabla 7. Apoyo social global de MOS global en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

Apoyo MOS	Existencia	Nº	%
Apoyo emocional	Falta de apoyo	6	9,8
	Apoyo suficiente	55	90,2
Apoyo instrumental	Falta de apoyo	6	9,8
	Apoyo suficiente	55	90,2
Interacción social positiva	Falta de apoyo	7	11,5
	Apoyo suficiente	54	88,5
Apoyo afectivo	Falta de apoyo	3	4,9
	Apoyo suficiente	58	95,1
Índice global de apoyo social	Falta de apoyo	6	9,8
	Apoyo suficiente	55	90,2

En general, el apoyo social reportado por los pacientes, es elevado. Los pacientes de Mérida lo expresaron en un 87,1% y los de Barinas en 66,7% (Tabla 8).

Tabla 8. Apoyo social de los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

		Grupo				Total	
		Mérida		Barinas			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Apoyo social	Nula o escasa	0	0,0	1	3,3	1	1,6
	Suficiente	4	12,9	9	30,0	13	21,3
	Elevado	27	87,1	20	66,7	47	77,0
Total		31	100,0	30	100,0	61	100,0

La edad se correlaciona negativamente con el pensamiento desiderativo y el apoyo social al nivel de significación 0,05, mientras que al nivel 0,01 con la

reestructuración cognitiva, indicando que a mayor edad los valores de estas estrategias son menores. En caso contrario la edad disminuye (Tabla 9).

Tabla 9. Estrategias de afrontamiento y su relación con la edad y el apoyo social. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

		Edad	Resolución de problemas	Autocrítica	Expresión emocional	Pensamiento desiderativo	Apoyo social	Reestructuración cognitiva	Evitación de problemas
Tau_b de Kendall	Resolución de problemas	-,067							
	Autocrítica	-,034	-,276(**)						
	Expresión emocional	-,040	,237(*)	-,020					
	Pensamiento desiderativo	-,203(*)	,370(**)	,000	,333(**)				
	Apoyo social	-,204(*)	,266(**)	-,071	,153	,014			
	Reestructuración cognitiva	-,312(**)	,260(**)	-,145	,218(*)	,429(**)	,164		
	Evitación de problemas	-,029	,042	-,166	-,018	-,097	,086	,095	
	Retirada social	-,003	-,188	,232(*)	-,015	,107	-,267(**)	,063	,197(*)

*Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Correlación es significativa al nivel 0,01

Se demostró que el apoyo instrumental favorece las estrategias de afrontamiento de los pacientes con discapacidad en cuanto a la resolución de problemas ($p=0,007$) y la autocrítica ($p=0,019$) (Tabla 10).

Tabla 10. Relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo instrumental. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

Estrategias	Apoyo instrumental	N	Rango promedio	Suma de rangos	Comparaciones	
					U de Mann-Whitney	P
Resolución de problemas	Falta de apoyo	6	13,3	79,5	58,5	0,007**
	Apoyo suficiente	55	32,9	1811,5		
Autocrítica	Falta de apoyo	6	46,8	280,5	70,5	0,019*
	Apoyo suficiente	55	29,3	1610,5		
Expresión emocional	Falta de apoyo	6	28,3	169,5	148,5	0,697
	Apoyo suficiente	55	31,3	1721,5		
Pensamiento desiderativo	Falta de apoyo	6	27,7	166	145	0,645
	Apoyo suficiente	55	31,4	1725		
Apoyo social	Falta de apoyo	6	28,7	172	151	0,750
	Apoyo suficiente	55	31,3	1719		
Reestructuración cognitiva	Falta de apoyo	6	26,2	157	136	0,500
	Apoyo suficiente	55	31,5	1734		
Evitación de problemas	Falta de apoyo	6	31,5	189	162	0,953
	Apoyo suficiente	55	30,9	1702		
Retirada social	Falta de apoyo	6	36,9	221,5	129,5	0,399
	Apoyo suficiente	55	30,4	1669,5		

En la tabla 11, se puede observar que el apoyo afectivo que reciben los pacientes con discapacidad, no influye en las estrategias de afrontamiento que utilizan en la resolución de sus problemas, lo cual se afirma con una confianza del 95%.

Tabla 11. Relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo afectivo.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

Estrategias	Apoyo afectivo	N	Rango promedio	Suma de rangos	Comparaciones	
					U de Mann-Whitney	P
Resolución de problemas	Falta de apoyo	3	18,8	56,5	50,5	0,236
	Apoyo suficiente	58	31,6	1834,5		
Autocrítica	Falta de apoyo	3	38,7	116	64	0,472
	Apoyo suficiente	58	30,6	1775		
Expresión emocional	Falta de apoyo	3	15,8	47,5	41,5	0,136
	Apoyo suficiente	58	31,8	1843,5		
Pensamiento desiderativo	Falta de apoyo	3	17,3	52	46	0,187
	Apoyo suficiente	58	31,7	1839		
Apoyo social	Falta de apoyo	3	18,3	55	49	0,223
	Apoyo suficiente	58	31,7	1836		
Reestructuración cognitiva	Falta de apoyo	3	16,3	49	43	0,155
	Apoyo suficiente	58	31,8	1842		
Evitación de problemas	Falta de apoyo	3	34,3	103	77	0,765
	Apoyo suficiente	58	30,8	1788		
Retirada social	Falta de apoyo	3	50,0	150	30	0,058
	Apoyo suficiente	58	30,0	1741		

Al analizar los grados de depresión de los pacientes con discapacidad en las instituciones investigadas, se evidencia la existencia de depresión moderada en mayor cuantía (45,9%), seguida de la categoría leve (44,3%), severa solo en un paciente (1,6) y sin depresión se reporta (8,2%) (Tabla 12).

Tabla 12. Grados de depresión global en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

		Nº	%
Depresión	No depresión	5	8,2
	Depresión leve	27	44,3
	Depresión moderada	28	45,9
	Depresión severa	1	1,6
Total		61	100,0

χ^2 (gl=2; n=61)=3,950; p=0,139

En la tabla 13 se muestran los grados de depresión que reportan los pacientes con discapacidad, utilizando la prueba Chi-cuadrado de Pearson, se afirma asociación significativa entre la depresión y los pacientes con discapacidad de las dos instituciones, lo cual se afirma con una confianza del 95%. Con la prueba de proporciones de Bonferroni, se observó que los pacientes con discapacidad de Barinas se ubicaron en la categoría depresión baja (52,5%), mientras que los pacientes de Mérida reportan mayor nivel depresivo (64,5%).

Tabla 13. Grados de depresión en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

Depresión	Grupo					
	Mérida (A)		Barinas (B)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baja	11	35,5	21	70,0	32	52,5
Alta	20	64,5	9	30,0	29	47,5
Total	31	100,0	30	100,0	61	100,0

χ^2 (gl=2; n=61)=3,950; p=0,139

Tabla 14. Relación entre las estrategias de afrontamiento y depresión en los pacientes con discapacidad. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes y Hospital Luis Razetti. 2011.

Estrategias	Comparación de medias para grupos independientes				Prueba t de Student (p<0,05)
	Depresión	N	Media	±DE	
Resolución de problemas	Baja	32	17,76	3,19	t=-0,474
	Alta	29	18,18	3,72	p=0,637
Autocrítica	Baja	32	4,69	6,01	t=0,440
	Alta	29	4,03	5,57	p=0,660
Expresión emocional	Baja	32	13,48	4,81	t=-1,256
	Alta	29	14,91	4,03	p=0,213
Pensamiento desiderativo	Baja	32	14,78	3,34	t=-2,466
	Alta	29	16,94	3,48	p=0,016*
Apoyo social	Baja	32	16,50	3,62	t=1,889
	Alta	29	14,25	5,41	p=0,064
Reestructuración cognitiva	Baja	32	15,48	3,38	t=-1,962
	Alta	29	17,18	3,39	p=0,054
Evitación de problemas	Baja	32	6,78	4,37	t=-0,232
	Alta	29	7,07	5,29	p=0,816
Retirada social	Baja	32	4,23	4,56	t=-0,279
	Alta	29	4,53	3,92	p=0,780

Al relacionar las estrategias de afrontamiento con la depresión se encontró significancia estadística (p=0,016) entre el pensamiento desiderativo y depresión alta.

Discusión

La situación de dependencia limita la autonomía personal y genera una forma de vida diferenciada de la normalidad cotidiana, cuyas particularidades se manifiestan en múltiples consecuencias, tanto psicosociales como económicas. Las personas afectadas por alguna discapacidad motora pueden carecer de estrategias, habilidades y competencias para reincorporarse a su cotidianidad, lo que pudiera interferir con su estabilidad mental. Si se considera que el afrontamiento es una respuesta humana para manejar los eventos estresantes, 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 ⁽²⁵⁾. Por otra parte, es necesario ante las crisis, contar con una red de apoyo adecuada, tanto familiar como comunitaria que favorezca el afrontamiento del problema vivenciado de manera efectiva.

Los pacientes con discapacidad que demandaron atención en el servicio de Medicina Física y de Rehabilitación del Hospital de Mérida, son más jóvenes que los de Barinas. Las edades promedios de ambos grupos son superiores a 30 años y las diferencias encontradas entre grupos fue de 9 años aproximadamente, la cual fue estadísticamente significativa al nivel 0.05. En ambas instituciones la demanda de mujeres es notoria. Estos hallazgos son similares a los reportados por el Instituto Nacional de estadística español⁽⁴⁾ quienes citan en los resultados de la encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia de el 2008, que de acuerdo al sexo, más de 2,30 millones de mujeres afirman tener una

discapacidad, frente a 1,55 millones de hombres, también señalan que las tasas de discapacidad de las mujeres son más elevadas que las de los hombres en edades superiores a 45 años, y que en los tramos de edad inferiores a 44 años las tasas de los varones superan a las de las mujeres. Más de la mitad de la población con discapacidad de España son mujeres. Por otra parte, de las 3.528.221 personas con discapacidad que viven en España (9,00% de la población general), el 58,00% son mujeres con discapacidad, sin contar entre ellas la población de niñas de 0 a 6 años. Un número extremadamente apreciable y mínimamente visualizado para su abordaje integral ⁽²⁶⁾.

En cuanto al origen de la discapacidad de los pacientes investigados, la discapacidad es un problema que afecta de un 8 al 10,00% a la población mundial y su magnitud se acrecienta por sus repercusiones en la familia y en la sociedad, con franco deterioro en la calidad de vida, un incremento en los costos de atención médica y una sobrecarga económica social ⁽²⁷⁾. Para categorizar las causas de discapacidad, se utilizó la clasificación de la discapacidad motora de acuerdo al origen (CIE-10) ⁽¹⁾. Se describe que una persona con discapacidad motora es una persona que presenta cualquier alteración motora – transitoria o permanente, debido a un mal funcionamiento del sistema: nervioso, óseo articular, muscular que supone ciertas limitaciones al momento de afrontar cualquier actividad atinente a la edad y actividad laboral ⁽²⁸⁾.

Con respecto a las causas de discapacidad, se encontró en primer lugar los eventos cerebros vasculares, categorizados dentro de la discapacidad motora dentro de otros, en el rubro de las cerebrales. No en vano, esta patología ocupa el quinto

lugar como causa de muerte en Venezuela ⁽²⁹⁾. Su aparición es una experiencia traumática que afecta a la persona de forma global (física, psicología y socialmente), ya que junto a las secuelas cognitivas o la pérdida de funciones físicas, motrices y sensoriales, a menudo se requieren profundos cambios en el estilo de vida y un gran esfuerzo de adaptación tanto individual como familiar ⁽¹⁷⁾. Hallazgos diferentes se reportan en un estudio en Colombia, donde se menciona que el 61% de los investigados correspondió a las personas con discapacidad osteomuscular, el 20,00% a discapacidad neurológica y el 19,00% a discapacidad neuro-músculo esquelética ⁽²⁷⁾.

En Brasil, señalan que el accidente cerebro vascular (ACV), también llamado de enfermedad silenciosa del siglo es la que tiene la incidencia más grande y mayor morbilidad en el grupo de enfermedades vasculares, apareciendo como la principal causa de discapacidad y muerte, también con una importante consecuencia que es la discapacidad de los pacientes por ella afectados. Así mismo, afirman que las secuelas de un ACV implican siempre un cierto grado de dependencia mencionando que alrededor del 30,00% a 40,00% de los supervivientes en el primer año después del accidente cerebro vascular no están en condiciones de volver a trabajar y requieren algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria ⁽³⁰⁾.

La presencia de enfermedades crónicas, como la mayoría de las osteomusculares, está detrás de una proporción elevada de discapacidad. Esto supone, casi un tercio de las personas mayores que declaran tener este tipo de dolencias. En

consecuencia, la disminución de la movilidad en ellas, restringe el ámbito de participación, afectando el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria, existiendo en ocasiones la necesidad de un cuidador⁽³¹⁾.

Para cuantificar el grado de discapacidad en los pacientes de las dos instituciones, se utilizó la versión multiaxial de la CIE-10⁽¹⁾ evidenciando que en Mérida el grado de discapacidad muy seria fue de (64,50%) y en Barinas el (56,70%), cuyas características se relacionan con una desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado. En Cuba utilizan la escala de Rankin modificada como instrumento evaluativo de discapacidad, consideran que su aplicación es de gran ayuda médica (valores superiores a dos indican dependencia elevada). Señalando que el número de pacientes con incapacidad de cualquier grado representa más de la mitad de los afectados. Estos hallazgos los describen en un estudio sobre “Morbi mortalidad por enfermedad cerebro vascular de tipo isquémica”⁽³²⁾.

Con relación a las estrategias de afrontamiento de los pacientes con discapacidad que demandaron atención a los servicios de Medicina Física y de Rehabilitación en los Hospitales de los estados Mérida y Barinas, se comprobó que de ellas, los pacientes utilizan el afrontamiento centrado en el problema, es decir, la resolución de problemas dirigidas a estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce ($p=0,046$) y a la reestructuración cognitiva relacionada con estrategias cognitivas que modifican el

significado de la situación estresante ($p=0,011$). No obstante, también manejan inadecuadamente su problema a través del pensamiento desiderativo con estrategias cognitivas que reflejan negación y el deseo de que la realidad no fuera estresante, lo cual fue altamente significativo ($p=0,000$). La respuesta que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus recursos de afrontamiento, es decir, depende de que la persona disponga de tales conductas estructuradas o no en una pauta de comportamiento, dentro de su repertorio conductual y además dependerá del contexto social y cultural⁽²²⁾.

Se enfatiza que los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales. Los pacientes investigados utilizaron estrategias cognitivas y conductuales. Claramente, el modelo cognitivo-conductual no son sólo las respuestas de los pacientes a los eventos reales sino también las respuestas aprendidas para predecir y tener reacciones adecuadas con eventos reales o anticipados, supone que la forma en la que los pacientes perciben su situación y qué esperan de sus trastornos son factores contribuyentes significativos para su estado de salud y discapacidad⁽³²⁾.

El apoyo social como efecto amortiguador interviene favorablemente en la relación entre estrés y enfermedad, porque permite a las personas redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias de afrontamiento adecuadas. Las enfermedades crónicas que pueden llevar a discapacidad son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante que daña el funcionamiento biológico, psicológico

y/o social de la persona por, afectando su calidad de vida, y originado nuevas exigencias que deben ser afrontadas. El resultado efectivo o inefectivo de las respuestas de afrontamiento a la enfermedad depende no sólo de los esfuerzos individuales que la persona enferma realiza, sino también de la manera en la que su entorno social responde a dichos esfuerzos, por ello es elemental que el tratamiento debe incluir un abordaje biopsicosocial ⁽³³⁾.

Cuando el equipo de salud conoce que los pacientes con discapacidad cuentan con apoyo instrumental y afectivo, por general esperan una respuesta más positiva a la terapéutica indicada, que cuando ocurre lo contrario. El apoyo social global de los pacientes con discapacidad de las dos instituciones investigadas fue suficiente, casi todos los informantes tienen apoyo afectivo (95,10%), emocional e instrumental (90,20%) e interacción social positiva (88,50%); sin embargo, al establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento con el apoyo social se demostró, que estas variables no se relacionan. Estos resultados coinciden con los estudios de otros autores en los que se observa que el hecho de recibir apoyo social afecta positivamente a la competencia social y el autoconcepto en discapacitados ⁽³⁴⁾.

Es importante resaltar que la edad se correlaciona negativamente con el pensamiento desiderativo, el apoyo social y la reestructuración cognitiva, indicando que a mayor edad los valores de estas estrategias son menores. En caso contrario la edad disminuye. Estos resultados son diferentes a los reportados por Rueda, Aguado y Alcedo ⁽¹⁸⁾, quienes en una investigación relacionada con las “Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular”

afirman que los jóvenes parecen adaptarse mejor, mientras que el impacto de la lesión medular como causa de discapacidad y el papel de la familia parecen ser mayores en función de la edad.

Por otra parte, cuando se correlacionan las estrategias de afrontamiento y el apoyo instrumental, se demuestra que el mismo favorece las estrategias de afrontamiento positivas en cuanto a la resolución de problemas, pero a su vez es contradictorio encontrar que influye el afrontamiento negativo o inadecuado como lo es la autocrítica, definida como estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo. Adaptarse a una discapacidad física no es fácil y depende de una amplia variedad de factores sociales, los cuales fortalecen la adaptación a una discapacidad. La familia y el equipo de salud juegan un papel fundamental en este proceso al ofertar cualquier tipo de apoyo integral ⁽⁹⁾. La minusvalía es la desventaja que un individuo tiene por una deficiencia o discapacidad que afecta al pleno cumplimiento de sus papeles vitales en la sociedad, esta situación se hace más compleja cuando el apoyo es precario. Un método basado en trabajo en equipo tiene como objetivo ayudar a los pacientes a conseguir objetivos individuales, que les permitan mejorar la función física y psicosocial, disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida. Trabajando conjuntamente, el equipo de rehabilitación puede ayudar a esas personas a obtener mejores resultados ^(35, 36).

Existen barreras sociales, ambientales y personales que favorecen el mantenimiento del afrontamiento inadecuado lo que hace muy difícil que hombres

y mujeres puedan lograr una vida autónoma y plena. Estas dificultades cuestionan el sentido de la propia vida, en un contexto donde la vida es valiosa si es productiva. Ante esta situación de adversidad las mujeres con discapacidad nos dan una lección de vida, aunque tengan escaso apoyo, lejos de bloquearse y trastornarse, se hacen fuertes ante las dificultades, y reelaboran sus propias emociones, reorientan su sentido vital y aprenden, superan y crecen en la adversidad, apoyadas sobre sus propias fortalezas y sobre las escasas experiencias gratificantes que encuentran en un entorno hostil⁽²⁶⁾.

Al analizar los grados de depresión de los pacientes con discapacidad en las instituciones investigadas, se observó la existencia de depresión moderada en mayor cuantía (45,90%), seguida de la categoría leve (44,30%), severa, solo uno de cada 100 pacientes (1,60%) y sin depresión ocho de cada cien (8,20%). Por otra parte, existe asociación significativa entre la depresión y los pacientes con discapacidad de las dos instituciones donde se recolectaron los datos, lo cual se afirma con una confianza del 95%. Los pacientes con discapacidad de la institución de Barinas se ubicaron en la categoría depresión baja (52,50%), mientras que los pacientes de Mérida con depresión alta (64,50%).

La depresión no es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Ésta es una enfermedad que afecta a toda la persona, sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y salud física. Tener una discapacidad no significa que una persona automáticamente sufrirá depresión. No todas las personas con

discapacidades sufren de depresión, sin embargo, esta enfermedad está asociada con ciertas experiencias que son comunes en la vida de individuos con discapacidades. Porque enfrentan problemas y retos singulares que podrían exponerlos más fácilmente a sufrir de depresión⁽³⁷⁾. Estos hallazgos justifican la intervención multidisciplinaria.

En una investigación realizada por Pérez y Garaigordobil⁽³⁸⁾ relacionada con discapacidad motriz (autoconcepto y síntomas psicopatológicos), se afirma que las personas con discapacidad motriz tuvieron puntuaciones significativamente superiores respecto a aquellas sin discapacidad. Puntualizan que la discapacidad motriz es un factor de riesgo asociado a problemas de salud mental, por lo que, sugieren la necesidad de una actitud positiva y proveer de instrumentos adecuado para la valoración y tratamiento integral en estas personas.

Al relacionar las estrategias de afrontamiento con la depresión se encontró significancia estadística ($p=0,016$) entre el pensamiento desiderativo y depresión alta, es decir mientras más reflejan el deseo de no presentar la discapacidad (pensamiento desiderativo) mayor sintomatología depresiva, lo que pudiera limitar a un adecuado ajuste psicológico. Este hallazgo pudiera ser debido a que los pacientes con discapacidad en esta investigación utilizaron las estrategias de afrontamiento menos eficaces según lo descrito por Rueda, Aguado y Alcedo⁽¹⁸⁾.

Hecho similar al de un estudio en donde el 52,00% de los pacientes expresó pensamiento desiderativo⁽³⁹⁾. Las personas con discapacidad enfrentan estrés y retos diferentes por lo cual el riesgo de padecer depresión es más alto que en otras

personas, ciertos estudios han demostrado que los síntomas de la depresión podrían ser de dos a diez veces más comunes en individuos con discapacidades o que sufren de enfermedades crónicas, siendo considerada la depresión una condición secundaria a la discapacidad ⁽³⁷⁾.

www.bdigital.ula.ve

CONCLUSIONES

1.- Los pacientes con discapacidad que demandaron atención en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en Mérida fueron similares en cuanto al género con una media de 36,32 años. Los pacientes del Hospital Luis Razetti de Barinas mayormente fueron mujeres con una media de 45,60 años.

2.- La etiología de las discapacidades de los pacientes según su origen en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes fueron las de índole cerebral, de ellas, la enfermedad cerebro vascular fue predominante en las mujeres y en muy poca proporción en los hombres, de las osteoarticulares, un hombre de cada cinco padece este tipo de discapacidad y una de cada diez mujeres. Las relacionadas con los traumatismos fueron menos frecuentes en ambos géneros. En los pacientes del Hospital Luis Razetti de Barinas, la patología osteoarticular categorizada en otros (amputaciones y fracturas) representó el mayor porcentaje tanto en los hombres como en las mujeres, seguido de los traumatismos casi en igual proporción. El grado de discapacidad de los/las pacientes de ambas instituciones se categorizaron en el rubro de discapacidad muy seria.

3.- Los/as pacientes de ambas instituciones afrontaron su discapacidad con estrategias adecuadas (resolución de problemas y reestructuración cognitiva) e inadecuadas (pensamiento desiderativo) de manera significativa.

4.- El género y las estrategias de afrontamiento de las personas con discapacidad no se relacionan.

5.- El apoyo social global fue suficiente en ambos grupos. El apoyo afectivo no influye en las estrategias de afrontamiento.

6.- A mayor edad las personas con discapacidad afrontan adecuadamente su problemática, los jóvenes tienen más dificultad en el afrontamiento.

7.- Los pacientes con discapacidad del Hospital de Barinas se ubicaron en la categoría de depresión baja, mientras que los pacientes del Hospital de Mérida reportan mayor nivel de depresión con significancia estadística, lo que a su vez se relaciona con el pensamiento desiderativo.

RECOMENDACIONES

1.- En los servicios de Medicina Física y Rehabilitación se debería tomar en cuenta que la persona con discapacidad merece una evaluación integral por un equipo multidisciplinario; considerando su afectación biopsicosocial, donde el apoyo familiar y social es fundamental.

2.- Facilitar orientación oportuna y capacitación a las familias con un integrante con discapacidad, en ejercicios de terapia física y de rehabilitación, con miras en lograr su autonomía al contribuir en mejorar el movimiento y la coordinación de los órganos y sistemas afectados y con ello la reinserción temprana en sus actividades cotidianas.

3.- Debido a la pertinencia social de la temática en estudio se sugiere establecer una línea de investigación que permita conformar una base de datos, que oriente las acciones del equipo multidisciplinario en la atención integral de las personas

con discapacidad de diferentes índoles, en todas las etapas de la discapacidad hasta que se logre su reinserción en la familia y en la sociedad.

www.bdigital.ula.ve

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Vaz F, Cano MA. Clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías. [en línea] 2003 [accesado el 10 Marzo 2011]. Disponible en: <http://www.proyectojuvenalis.org/docs/clasificacion.pdf>.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales y Neurológicos. [en línea] 2001. [accesado 2 Abril 2011]. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/catedras>.
- 3.- Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. Situación actual [en línea] 2011 [accesado 13 de Marzo 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/index.asp>-
- 4.- Pestana L. Integración de personas con discapacidad en la educación superior en Venezuela. Ministerio de Educación Superior e Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe. [en línea] 2005. [accesado 19 de Marzo 2011]. Disponible en: http://www.unexpo.edu.ve/ocori/pdf/discapacitados_iesalc.pdf-
- 5.- Gangoiti L. Situación actual de la Rehabilitación del Daño Cerebral. Rev Neurol. 2002; 35(6):534-52.
- 6.-Fantova F. Trabajando con las Familias de las Personas con Discapacidad. Siglo Cero.2000; 31(6):33-49.
- 7.- González A. Cuidando a un enfermo: Afrontamiento, Estrés, Burnout y Apoyo social percibido. [Tesis de Licenciatura en Psicología]. [en línea] 2006 [accesado 23 de Abril 2011]. Disponible en: <http://148.206.53.231/UAMI13368.pdf>

- 8.- Lazarus R, Folkman S. Estrés y Procesos cognitivos. México: La Roca.1994.
- 9.- Velazco L, Sinibaldi F. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: El Manual Moderno. 2001.
- 10.- Nava Q, Vega C, Trujano Rocío S. Escala de Modos de Afrontamiento: Consideraciones Teóricas y Metodológicas. Facultad de Estudios Superiores IZTACALA, UNAM, México. 2010; 9(1).
- 11.- Snyder C. Coping. the Psychology of What Works. Nueva York: Oxford University Press.1999.
- 12.- Vásquez R. Las Fases Iniciales de la Enfermedades Mentales. Trastornos de Ansiedad. Editorial ELSEVIER. MASSON. 1997.
- 13.- Gallo A, Corbalán S. Por un mundo sin diferencias. II Seminario de Formación Profesional- Proyectos Educativos en Acción para la inclusión ciudadana. [en línea] 2006 [accesado 5 de mayo 2011].Disponible en: unesdoc.unesco.org/images/0015/001562/156203s.pdf.
- 14.- Sáez U. Salud Bucodental de los pacientes internados en el Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos de Albacete. Rev Clin Med Fam.2010; 3 (1): 1.
- 15.-Salazar A. Autoaceptación y Sentido de Vida en Mujeres Con Discapacidad Motora. [Tesis de Maestría].México. Universidad Iberoamericana; 2006.
- 16.- Vera, F. Discriminación en la Contratación de Personas con Discapacidad. Editorial Atrilla. Barcelona –España; 2004.

- 17.- Rueca M. La importancia del afrontamiento en el proceso de adaptación a la discapacidad adquirida. Revista Minusval. Número Especial Rehabilitación del Daño Cerebral. 2002; 23-27.
- 18.- Rueda M, Aguado A, Alcedo M. Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. [en línea] 2008 [accesado 6 Junio 2011] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200002&lng=es. doi: 10.4321/S1132-05592008000200002.
- 19.- Mcwhinney L. Medicina de Familia. Madrid-España: Mosby/Doyma; 1995.
- 20.- Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. México; 1995.
- 21.-Nava C, Ollua P, Vega C, Soria R. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. Psicología y Salud. 2010; 20 (2): 213-220.
- 22.- Cano J, Rodríguez L, García J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Esp Psiquiatr 2007; 35(1):29-39
23. Zung, W. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70.
- 24.- Solórzano M, Brandt C, Flores O. Estudio Integral del Ser Humano y su Familia. Caracas: Graficas la Bodoniana; 2001.
- 25.- Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal and coping. Nueva york: Springer; 1984.
- 26.- Villalta E, Cámara A, Cubilledo B, Kebir M, Salsón S. Mujeres y discapacidad física y orgánica en los ámbitos urbano y rural de la comunidad de

Madrid. Necesidades y fortalezas. [en línea] 2011 [accesado 9 Julio 2011]

Disponible en: http://www.famma.org/.../2011-estudio_MyD_ok_manualp.pdf

27.- Pinzón C, Paz C. Funcionamiento y Discapacidad en Pacientes Valorados por Fisioterapia. [en línea] 2003 [accesado 6 Julio 2011] Disponible en:<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2004/marzo/Funcionamiento%20y%20Discapacidad%20en%20Pacientes.html>.

28.- Bersanelli S. Las necesidades educativas derivadas de la discapacidad motora. [en línea] 2008 [accesado 13 Septiembre 2011] Disponible en: [related:http://www.puentesdeluz.org.ar/capacitacion/jornadaadolescencia](http://www.puentesdeluz.org.ar/capacitacion/jornadaadolescencia).

29.-Anuario de mortalidad en Venezuela. [en línea] 2007 [accesado 16 Septiembre 2011] Disponible en: <http://www.ovsalud.org/doc/Anuario07.pdf>-

30.- Teixeira P, Silva L. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: Acciones de enfermería. Revista Electrónica, 2009; 8 (15).

31.- Pérez A, García L, Losada A. Dependencia, Cuidado Informal y Función Familiar, Análisis a través del modelo Sociocultural de Estrés y Afrontamiento. . [Tesis Doctoral]. México. Universidad Iberoamericana, 2006.

32.- González A, Campillo R. Morbi mortalidad por enfermedad cerebrovascular de tipo isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr, 2007; 23(4).

33.- Paredes R. Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. [Tesis de Licenciatura]. Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2005.

34.- Pérez A, García L, Navarro J. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Programa: La

Enfermedad: su Dimensión Personal y Condicionantes Socioculturales. [en línea] 2006 [accesado 16 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-cuidador-01.pdf>.

35.- Steven P, Stano D, McLean J, Rader L. Rehabilitación física para el dolor. *Med Clin N Am*, 2007; 91: 57 – 95.

36.- Morales F, Cerezo M, Fernández F, Infante L, Trianes M. Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2009; 41(1):141-150.

37.-Thompson K. Depresión y Discapacidad. Guía Práctica. The North Carolina Office on Disability and Health. [en línea] 2002 [accesado 19 Septiembre 2011]. Disponible en: www.fpg.unc.edu/~ncodh/pdfs/spanishdepression.pdf.

38.-Pérez JI, Garaigordobil M. Discapacidad motriz: Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 2007; 28(3):343-357.

39.- Almeida G, Rivas V. Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Semana de Divulgación y video Científico 2008* [en línea] 2008 [accesado en septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cientifico%2008/DACS/VRivasA%202.pdf>.

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 1

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Se trata de un cuestionario breve, multidimensional, auto administrado que desarrollado por MOS (grupo de estudio para analizar diferentes estilos de la práctica médica de la atención primaria en los EE.UU) para analizar distintas dimensiones de recursos en pacientes con distintas enfermedades. Este instrumento permite investigar 4 dimensiones de apoyo: emocional, informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo, además de ofrecer un índice global de apoyo social. (Solórzano; M, Brandt; C y Flores; O (2001). Consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con escala de likerts, puntuando de 1 a 5. Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que de usted. Dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el N° de amigos íntimos y familiares cercanos.

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. De cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1	2	3	4	5

3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1	2	3	4	5

4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1	2	3	4	5

5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
-------	-------------	---------------	-------------------------	---------

1	2	3	4	5	
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	1
2	3	4	5		
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	
10. Alguien que le abrace.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	
12. Alguien quien le prepare la comida si no puede hacerlo.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	
1	2	3	4	5	

17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1	2	3	4	5

18. Alguien con quien divertirse.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1	2	3	4	5

19. Alguien que comprenda sus problemas.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1	2	3	4	5

20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1	2	3	4	5

- La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los valores

Entre 0 y 1 se consideran indicadores de baja asistencia (red social nula o escasa); de 2 a 5 como de buen nivel de asistencia (red social suficiente), y de 6 a más de 10 como de alto nivel de asistencia (red social elevada).

El apoyo emocional, entendido como expresión de afecto y comprensión empática, y el informacional, referido a guía, oferta de consejo e información, lo miden los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, y 19.

- El apoyo instrumental, esto es, la provisión de ayuda material que pueda recibir el consultado lo valoran los ítems 2, 5, 12, y 15.

- La interacción social positiva, que indica la disponibilidad de personas con las que salir, divertirse o distraerse, la mide los ítems 7, 11, 14, y 18.

- El apoyo afectivo, que incluye las expresiones de amor y afecto, corresponde a las preguntas 6, 10, y 20.

- Por último, el índice global de apoyo social se obtiene sumando los puntos de los 19 ítems del cuestionario.

Valores	Máximo	Mínimo	Medio
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción social positiva	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice global	94	19	57

Consideramos que el apoyo global es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos. Se podrá catalogar como falta de apoyo emocional/informacional, estructural, de interacción social y afectiva cuando las puntuaciones estén por debajo de 24, 12, 9 y 9.

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 2

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

Este cuestionario tiene como finalidad suministrar una hoja al paciente donde se le sugiere que relate un hecho o situación estresante ocurrida durante el último mes. Entendiéndose por estresante “una situación que causa problemas, le hace sentirse mal, o le cuesta mucho enfrentarse a ella; puede ser con la familia, en el trabajo, con los amigos, entre otros”. Para ello, el paciente debe describir el lugar, quien o quienes estaban involucrados, por qué le dio importancia y que hizo ante el hecho. Posteriormente se le sugiere que piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido, y que responda la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejo la situación, de acuerdo a la siguientes frases determine el grado en que Ud. hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el numero que corresponde.

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

➤ INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

Se le sugirió que pensara unos minutos en la situación que está experimentando, y que respondiera la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejo la situación, de acuerdo a la siguientes frases determine el grado en que Ud. hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el numero que corresponde: **0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente**

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

1. Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2. Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4.
Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8. Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13. Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16. Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17. Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18. Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0 1 2 3 4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4

25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran

0 1 2 3 4

26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera

0 1 2 3 4

27. Dejé desahogar mis emociones

0 1 2 3 4

28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido

0 1 2 3 4

29. Pasé algún tiempo con mis amigos

0 1 2 3 4

30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo

0 1 2 3 4

31. Me comporté como si nada hubiera pasado

0 1 2 3 4

32. No dejé que nadie supiera cómo me sentía

0 1 2 3 4

33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería

0 1 2 3 4

34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias

0 1 2 3 4

35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron

0 1 2 3 4

36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes

0 1 2 3 4

37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respetó

0 1 2 3 4

38. Me fijé en el lado bueno de las cosas

0 1 2 3 4

39. Evité pensar o hacer nada

0 1 2 3 4

40. Traté de ocultar mis sentimientos

0 1 2 3 4

41. Me consideré capaz de afrontar la situación

0 1 2 3 4

ANEXO 3

ESCALA DE ZUNG

La escala de descripción de Zung (Self-Rating depresión Scale, SDS) desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en el país (Conde y cols 1970) y ha tenido una amplia difusión. Para ello, se plantea una serie de interrogantes con cuatro respuestas alternativas, y el encuestado debe responder solo una, si acepta voluntariamente responder a las preguntas que a continuación se describen.

1. Me siento abatido y melancólico.

☐ Nunca

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ La mayoría de las veces

2. En la mañana es cuando me siento mejor.

☐ Nunca

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ La mayoría de las veces

3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.

☐ Nunca

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ La mayoría de las veces

4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.

☐ Nunca

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ La mayoría de las veces

5. Como igual que antes.

☐ Nunca

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ La mayoría de las veces

6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.

___ Nunca

___ Frecuentemente

___ Algunas veces

___ La mayoría de las veces

7. Noto que estoy perdiendo peso.

___ Nunca

___ Frecuentemente

___ Algunas veces

___ La mayoría de las veces

8. Tengo molestias de estreñimiento.

___ Nunca

___ Frecuentemente

___ Algunas veces

___ La mayoría de las veces

9. El corazón me late más a prisa que de costumbre.

___ Nunca

___ Frecuentemente

___ Algunas veces

___ La mayoría de las veces

10. Me canso aunque no haga nada.

___ Nunca

___ Frecuentemente

___ Algunas veces

___ La mayoría de las veces

11. Tengo la mente tan clara como antes.

___ Nunca

___ Frecuentemente

___ Algunas veces

___ La mayoría de las veces

12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.

___ Nunca

___ Frecuentemente

___ Algunas veces

___ La mayoría de las veces

13. Me siento intranquilo y no pudo mantenerme quieto.

___ Nunca

___ Frecuentemente

___ Algunas veces

___ La mayoría de las veces

14. Tengo esperanza en el futuro.

- | | |
|--|--|
| ☐ Nunca | ☐ Frecuentemente |
| ☐ Algunas veces | ☐ La mayoría de las veces |
15. Estoy más irritable de lo usual.
- | | |
|--|--|
| ☐ Nunca | ☐ Frecuentemente |
| ☐ Algunas veces | ☐ La mayoría de las veces |
16. Me resulta fácil tomar decisiones.
- | | |
|--|--|
| ☐ Nunca | ☐ Frecuentemente |
| ☐ Algunas veces | ☐ La mayoría de las veces |
17. Siento que soy útil y necesario.
- | | |
|--|--|
| ☐ Nunca | ☐ Frecuentemente |
| ☐ Algunas veces | ☐ La mayoría de las veces |
18. Mi vida tiene bastante interés.
- | | |
|--|--|
| ☐ Nunca | ☐ Frecuentemente |
| ☐ Algunas veces | ☐ La mayoría de las veces |
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.
- | | |
|--|--|
| ☐ Nunca | ☐ Frecuentemente |
| ☐ Algunas veces | ☐ La mayoría de las veces |
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.
- | | |
|--|--|
| ☐ Nunca | ☐ Frecuentemente |
| ☐ Algunas veces | ☐ La mayoría de las veces |

Calcular Zung

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con ocho ítems para

cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de cuatro (4) puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a su “situación actual”², o a la semana previa.

Interpretación:

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo, el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible, oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100).

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada 6-7, y el de puntuación total 2, 8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y cols² proponen los siguientes puntos de corte:

No depresión < 35 (< 28 puntos)

Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)

Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)

Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

ANEXO 4

Criterios que la versión multiaxial de la **CIE-10** utiliza a la hora de cuantificar el grado de discapacidad existente en el sujeto. Como se puede observar, existen seis niveles perfectamente definidos, que cubren un espectro que va del 0 al 100%, considerando estos valores como los extremos de la discapacidad (ausente-extrema).

VALOR	DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS	PORCENTAJE
0	NINGUNA DISCAPACIDAD	El funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural: no existe discapacidad en ningún momento	0 %
1	DISCAPACIDAD MÍNIMA	Existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo	20%
2	DISCAPACIDAD OBVIA	Existe desviación llamativa de la norma interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo	40%
3	DISCAPACIDAD SERIA	Existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y de las funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o severamente discapacitado algún tiempo	60%
4	DISCAPACIDAD MUY SERIA	Existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y las funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo	80%
5	DISCAPACIDAD OBVIA	La desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico: paciente gravemente discapacitado todo el tiempo	100%

ANEXO 5

La discapacidad motora se puede clasificar en:

1.-Cerebral	Traumatismo Parálisis Tumores Otras (ACV)
2.-Espinal	Traumatismos medulares Lesiones degenerativas Otras
3.-Musculares	Miopatías Distrofias Otras
4.-Osteo-articulares	Malformaciones Traumatismos Reumatismos Otras

Fuente: **Bersanelli S, 2008. Disponible en:**
http://www.puentesdeluz.org.ar/.../11_... -