



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**Estrategias de afrontamiento y
depresión, en personas con
Discapacidad Adquirida de las
ciudades de Cipolletti y Neuquén,
Argentina.**

Estudiante: Vazquez, Julia Lorena

Legajo: 27080

Director/es: Lic. Agostina Reale Berrueta

Co-director/es: -

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

2023

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha []

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha:

Firma y aclaración del autor:

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| ÍNDICE | 0 |
| RESUMEN..... | 2 |
| DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO | 3 |
| Objetivo general | 4 |
| Objetivos específicos | 4 |
| Preguntas de Investigación | 4 |
| Hipótesis de Investigación | 4 |
| ANTECEDENTES | 5 |
| MARCO TEÓRICO | 19 |
| Datos actuales sobre Discapacidad..... | 19 |
| Definición conceptual de Discapacidad..... | 21 |
| Clasificación de la Discapacidad: Discapacidad Física Adquirida | 23 |
| Consideraciones sobre la Discapacidad Física Adquirida | 24 |
| Estrategias de Afrontamiento..... | 26 |
| Depresión..... | 28 |
| Discapacidad y Calidad de vida | 32 |
| MÉTODO | 34 |
| Participantes..... | 34 |
| Criterios de Inclusión/Exclusión:..... | 34 |
| Diseño | 34 |
| Instrumentos..... | 35 |
| Procedimiento | 35 |
| Análisis de datos | 36 |
| Aspectos éticos..... | 36 |
| RESULTADOS..... | 38 |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... | 45 |
| PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN | 51 |
| PROYECTO DE INTERVENCIÓN | 52 |
| Denominación: | 52 |
| Fundamentación..... | 52 |
| Objetivo general..... | 53 |
| Objetivos Específicos | 53 |
| Metodología de trabajo..... | 53 |

| | |
|--|----|
| Duración del programa y Cronograma de actividades | 56 |
| Destinatarios: | 56 |
| Localización Física:..... | 57 |
| Recursos humanos: | 57 |
| Recursos materiales y financieros:..... | 57 |
| Evaluación y Seguimiento:..... | 57 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 58 |
| ANEXOS..... | 63 |
| Consentimiento Informado..... | 63 |
| Cuestionario Sociodemográfico | 64 |
| Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Estrés (CAE) – Adaptado para Discapacidad Adquirida..... | 66 |
| Inventario de Depresión de Beck – BDI II | 68 |

Estrategias de afrontamiento, y depresión en personas con Discapacidad adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén, Argentina.

RESUMEN

La discapacidad adquirida es una situación de salud por la cual, una persona, después de un accidente o enfermedad, permanece con secuelas físicas y/o psicológicas. Se manifiesta como una crisis que impacta de manera desfavorable, es imprevisible y determina un cambio de vida. Por tal motivo, este trabajo buscó describir y analizar las estrategias de afrontamiento, así como detectar indicadores para depresión, evaluando posteriormente su relación según la edad y sexo en personas con discapacidad adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén en el año 2023.

Se realizó un estudio empírico cuantitativo, descriptivo y correlacional, de corte transversal, del cual participaron 31 sujetos, seleccionados según muestreo no probabilístico, a quienes se les aplicaron distintos test psicométricos. Se obtuvieron puntajes significativos en el Inventario de Depresión de Beck para depresión leve, así como en estrategias de afrontamiento centradas tanto en el problema como en la emoción. Las estrategias más utilizadas fueron la reevaluación positiva y la focalización en la solución del problema y las menos prevalentes, fueron la expresión emocional abierta y la autofocalización negativa. No se hallaron relaciones significativas en cuanto a edad y sexo. Como conclusión, se destaca la importancia de abordar psicológicamente a la población analizada, debido al malestar psicoemocional que presenta y en el uso de estrategias de afrontamiento que sean efectivas para mejorar su calidad de vida.

Es así que, se propone desarrollar e implementar un Programa de Acompañamiento Integral para la población estudiada, que integre un abordaje psicoterapéutico individual, grupos de rehabilitación socio-productiva, y talleres psicoeducativos, para manejar el cambio de vida, asociado a esta problemática.

Palabras Clave: Discapacidad adquirida, estrategias de afrontamiento, depresión.

DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Según datos brindados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), se estima que más de 1300 millones de personas en todo el mundo vive con algún tipo de discapacidad, se trata de un 16% de la población mundial, cifras que se modifican progresivamente debido a que el número de personas con discapacidad aumenta vertiginosamente. En Argentina, el 10,2% de la población de 6 años en adelante, tiene algún tipo de dificultad en este sentido. Según el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, el 9.5% de la población viven con discapacidades de tipo motriz, visual, auditiva, cognitiva, del habla y la comunicación, entre otras. El mismo estudio, da cuenta de que el 82.3% de la población adquirió la discapacidad luego del nacimiento, ya sea por una enfermedad sobreviniente, o debido al impacto de accidentes (de tránsito, domésticos, laborales y deportivos, entre otros) (INDEC, 2018). De estos datos se destaca que la discapacidad puede presentarse en diversos tipos y formas: según el tipo de dificultad que genera, según el origen que se establezca, según las causas y la edad en que se conforme, etc. Todo esto sin dejar de contemplar que, las personas con discapacidad, así como las condiciones ambientales con las que interactúan y se desenvuelven, son también diversas y heterogéneas (OMS, 2011).

La discapacidad puede estar presente desde el nacimiento o puede adquirirse a lo largo de la vida. De tal manera, y en este marco de diversidad es posible ubicar la categoría de Discapacidad Adquirida, como aquella que se presenta frente a un evento estresante e inesperado que ocurre en cualquier momento a lo largo de la vida (Polar Macias, 2021). Frente a este horizonte, con que se presenta la discapacidad adquirida en las personas, y de acuerdo a los datos obtenidos por INDEC (2018) en Argentina, en donde más del 80% de la población con discapacidad, se ubica bajo esta categoría en función de su origen, se plantea la necesidad de abordar la problemática, cuya conceptualización permite pensar e indagar en las consecuencias a corto, mediano y largo plazo que tiene el impacto de la adquisición de una discapacidad para las personas, no solo a nivel físico y funcional, sino también a nivel psicológico, y social. Es por ello que el presente estudio tiene como fin indagar en el padecimiento psicológico de las personas con discapacidad adquirida y conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuente a la que recurren estas personas a fin de sobrellevar su problema.

Objetivo general

Analizar las estrategias de afrontamiento, evaluar si existen indicadores de depresión actual y analizar si existe relación de estas variables según la edad y sexo en personas con discapacidad adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén en el año 2023.

Objetivos específicos

- Describir las estrategias de afrontamiento en personas con discapacidad adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén en el año 2023.
- Evaluar si existen indicadores de depresión actual en personas con discapacidad adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén en el año 2023.
- Analizar si existe relación entre estrategias de afrontamiento, depresión, edad y sexo en personas con discapacidad adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén en el año 2023.

Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de las personas con discapacidad adquiridas de las ciudades de Cipolletti y Neuquén en el año 2023?
- ¿Existen indicadores de depresión actual en personas con discapacidad adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén en el año 2023?
- ¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento, depresión actual, edad y sexo en personas con discapacidad adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén en el año 2023?

Hipótesis de Investigación

- Existe relación entre las estrategias de afrontamiento, depresión actual, edad y sexo en personas con discapacidad adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén en el año 2023.

ANTECEDENTES

En el presente apartado se resume el análisis de investigaciones previas referentes al problema de investigación de este trabajo. Las investigaciones analizadas pertenecen a países de América Latina y Europa como Colombia y Ecuador, y como España y Portugal respectivamente. La presentación de éstas se encuentra organizada a partir de su fecha de publicación desde la más antigua hasta la más actual.

En una investigación realizada por Botero Soto y Londoño Pérez (2013) en la localidad de Bogotá, Colombia, las investigadoras evaluaron los factores psicosociales que determinan la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) en personas con discapacidad física, residentes de esta ciudad, que participan de un Proyecto de inclusión laboral. La muestra analizada fue de $N = 78$ personas en situación de discapacidad física con edades comprendidas entre 18 y 51 años ($M = 30$; $DE = 7.31$) de los cuales el 41% ($n = 32$) eran mujeres y el 59% ($n = 46$) eran hombres. Las investigadoras realizaron la recolección de datos utilizando para ello, los siguientes instrumentos: Visita Domiciliaria con Ficha de Información General para determinar las condiciones objetivas de la CV; Cuestionario de Salud SF36, que es un instrumento de 36 ítems que evalúa distintas dimensiones: Función física, rol físico, dolor corporal, salud, función social, rol emocional y salud mental. El SF36 evalúa, además, la Evolución Declarada de la Salud, en donde se valora su salud actual en comparación con la salud que tenía hace un año; Instrumento de Autoeficacia Generalizada EAG que consta de diez ítems con escala tipo Likert de cinco puntos, y que evalúa la autoeficacia general; Inventario de Depresión de Beck BDI; Escala de Ansiedad de Zung. Inventario de Estilos de Afrontamiento IEA. Cuestionario de optimismo disposicional para adultos, que busca determinar la tendencia personal hacia el optimismo disposicional, y consta de 20 ítems que representan situaciones cotidianas de las personas con tres opciones de respuesta: optimista, sesgo optimista y pesimista. Prueba de imagen corporal PICDF, enfocada hacia la evaluación de la imagen corporal teniendo en cuenta tres factores: atractivo, funcionalidad y satisfacción. Entre los resultados obtenidos, las investigadoras hallaron que el 41% ($n = 32$) de las personas reportó padecer dolor crónico de duración entre seis meses y 29 años. Respecto de la CV objetiva, las personas en promedio reportaron condiciones medias de CV en las áreas familiar y educativa; y la CV subjetiva mostró una puntuación que indica un nivel medio. Se reportaron buenas condiciones económicas y un nivel

aceptable en las condiciones laborales. En general, los participantes reportaron un buen estado salud, con un nivel moderado de intercambio social; con baja participación en actividades sociales en el tiempo libre y una red de apoyo social pequeña; En la CV objetiva total, los resultados mostraron un nivel de calidad de vida alto, y en la CVRS reportaron puntajes altos en salud mental, función social, vitalidad, función física y salud general. Se encontraron puntajes significativamente bajos en dolor corporal, rol emocional y rol físico; se encontró que la mayoría de las personas reportó que su salud había mejorado en alguna medida en el último año, y solo el 15% ($n = 12$) indicó que su salud había empeorado. Adicionalmente, se detectaron 29 casos de depresión y 13 casos con ansiedad moderada o severa. Se encontró que sólo dos personas obtuvieron puntajes altos en autoeficacia y la mayoría de los participantes reportó un nivel medio o alto de religiosidad y espiritualidad. En la imagen corporal se observaron bajos puntajes en el Factor Atractivo, aun cuando la media global indica que hay una buena evaluación de la imagen corporal en personas con discapacidad física. Respecto a los cinco estilos de afrontamiento, se observaron puntajes elevados en solución de problemas, evitación y fantasía, mientras que algunas personas mostraron puntajes más bajos en soporte social y autoculpa. En el Cuestionario de Optimismo Disposicional, se observó una tendencia marcada en las personas hacia un optimismo elevado. La varianza total explicada para CV fue de 39%, siendo esto aceptable en estudios de ciencias sociales. En orden jerárquico, las variables que más peso de varianza aportaron al modelo son: condiciones de enfermedad (38%), depresión (34%), estilo de afrontamiento fantasioso (24%), religión y espiritualidad (11%), pesimismo (5%), ansiedad (4%) y autoeficacia (3%). Como conclusión, las autoras destacaron que, las personas con discapacidad física incluidas en este estudio, en comparación con otros grupos poblacionales, tienen alta CVRS en esferas como rol social y función física, pero bajo puntaje en los roles físico y emocional, y la experimentación de dolor crónico. Sin embargo, los resultados hallados en este estudio no son extrapolables a todas las personas con discapacidad física, dado que el grupo de participantes forma parte de una entidad sin ánimo de lucro que ofrece la inclusión social y laboral, y por ello el soporte social y la posibilidad de referenciarse a sí mismos con personas que tienen la misma condición hace que la aceptación a la discapacidad y la confianza en sí mismos mejoren significativamente.

La investigación llevada a cabo por Suriá Martínez (2015) en Valencia, España, analiza la relación entre variables como la resiliencia y la calidad de vida, en personas

que sufren una discapacidad, como resultado de accidentes de tráfico. Participaron del estudio, $N = 98$ personas con lesión medular producto de siniestros viales, entre los cuales, el 49% ($n = 48$) fue de varones, y el 51% ($n = 50$) fue de mujeres, cuyas edades se encontraban entre los 21 y los 50 años. Se realizó un estudio correlacional cuantitativo. Para la recolección de datos del presente estudio se utilizó un cuestionario sociodemográfico, la escala de resiliencia Wagnild y Young en su versión adaptada con una escala tipo Likert de 7 puntos, en donde las puntuaciones más altas indican un mayor grado de resiliencia. También se utilizó la Escala integral de calidad de vida (GENCAT) mediante la cual se evalúa esta variable a partir puntuar 69 ítems a través de una escala Likert de 4 puntos, que componen 8 subescalas a saber: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Las puntuaciones altas, vale decir, se corresponden con una mayor calidad de vida. Los resultados del estudio, en términos generales, indicaron que las personas con discapacidad que presentaban niveles más altos de resiliencia, también informaron de una mejor calidad de vida. Además, se distinguieron distintas combinaciones de las dimensiones de resiliencia que configuraron tres grupos con tres perfiles de resiliencia a saber: Grupo 1 conformado por $n = 21$ participantes (21.43%) caracterizado por presentar puntuaciones bajas en las tres dimensiones analizadas y conformando así un Perfil de Baja Resiliencia. El Grupo 2 denominado como de Perfil de alta competencia, estuvo integrado por $n = 35$ personas (35.71%), el cual presentó puntuaciones bajas en autodisciplina y puntuaciones altas en aceptación; y el Grupo 3, integrado por $n = 42$ participantes (42.86%) estuvo caracterizado por altas puntuaciones en las tres dimensiones, conformando así un Perfil de Alta Resiliencia. Con respecto a la relación entre los perfiles y las variables sociodemográficas, los resultados demostraron diferencias significativas en la gravedad de la lesión sufrida que conlleva un mayor porcentaje en el perfil de alta resiliencia ($\chi^2_{(2)} = 11.20, p < 0.05$). En relación a las diferencias inter-grupo en calidad de vida, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos ($F_{(2,95)} = 8.40, p < 0.05, \eta^2 = 0.36$). Se registraron diferencias significativas en el factor de bienestar emocional, entre los tres grupos ($F_{(2,95)} = 30.66, p < 0.001, \eta^2 = 0.38$), hallando estas diferencias en el grupo 3 al compararlo con el grupo 1 ($d = 1.76$). Asimismo, para el factor de relaciones interpersonales, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ($F_{(2,95)} = 27.75, p < 0.001, \eta^2 = 0.36$), indicando de esta forma las puntuaciones

medias, la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 3 y el grupo 2 ($d = 1.02$), y entre el grupo 3 y el grupo 1 ($d = .231$). También, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 2 y el grupo 1 ($d = 2.18$). En relación al factor de desarrollo personal, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ($F_{(2,95)} = 23.49$, $p < 0.001$, $n^2 = 0.68$), observándose que el grupo 3 difería del grupo 2 ($d = 0.91$) y del grupo 1 ($d = 0.85$). En el factor de bienestar físico se registra esta misma tendencia ($F_{(2,95)} = 4.10$, $p < 0.05$, $n^2 = 0.22$), se identificó que el grupo 3 difiere del grupo 2 ($d = 0.41$), y el grupo 2 difiere del grupo 1 ($d = 0.33$). También, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor de autodeterminación ($F_{(2,95)} = 7.02$, $p < 0.05$, $n^2 = 0.30$), en el cual se diferenció el grupo 3 del grupo 1 ($d = 0.82$). Finalmente, con respecto al factor inclusión social ($F_{(2,95)} = 4.24$, $p < 0.05$, $n^2 = 0.14$), se registró que el grupo 3 difería del grupo 2 ($d = 0.97$) y del grupo 1 ($d = 0.72$). En conclusión, la autora destaca la importancia de fomentar la resiliencia en personas con discapacidad sobrevinida después de un accidente de tráfico, para mejorar su calidad de vida y su capacidad de adaptación a situaciones difíciles. Se sugiere con este estudio, que el fomento de la resiliencia debería ser una parte importante de los programas de apoyo a estas personas.

El estudio realizado por Mendez-Ulrich et al. (2016) en la Asociación Discapacidad Visual Catalunya, España, tuvo por objetivo analizar la posible relación entre la percepción de control, el afrontamiento de tipo resiliente y el ajuste psicológico frente a la discapacidad visual y la calidad de vida de los sujetos que la padecen. Para tal fin, se analizó una muestra de $N = 35$ personas, entre quienes el 43% ($n = 15$) fueron hombres y el 57% ($n = 20$) fueron mujeres con edades comprendidas entre 26 y 79 años ($M = 56.2$, $DE = 15.04$). Para la recolección de datos, los investigadores utilizaron, además de un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Competencia percibida (ECP), compuesta por 8 ítems que se responden de acuerdo al formato tipo Likert. Se utilizó también la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS) que se compone de 10 ítem que determinan 2 subescalas y evalúan las dimensiones de afectividad positiva y afectividad negativa. Así mismo, se utilizó la Escala de Ajuste de Nottingham (NAS) en su adaptación española con la cual se evaluó el ajuste psicológico de los participantes a la discapacidad visual; este instrumento estuvo compuesto por 51 ítems distribuidos en 7 subescalas a saber: ansiedad, depresión, autoestima, autoeficacia, locus de control, actitudes hacia el déficit, aceptación del propio déficit, e ideación suicida. Para evaluar

el estilo de afrontamiento resiliente, se usó la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (Brief Resilient Coping Scale - BRCS), en su adaptación española, la cual se encuentra compuesta por 4 ítems que se responden según formato tipo Likert. Finalmente, como indicador de calidad de vida, se elaboró una escala ad hoc, con la cual se midió la satisfacción subjetiva de los participantes con su vida familiar, laboral, y el tiempo de ocio. De acuerdo a ello, los investigadores obtuvieron los siguientes resultados: Con respecto al ajuste psicológico, no se hallaron diferencias significativas tanto a nivel del tipo de discapacidad (parcial o total) ni en cuanto a su origen (congénita o sobrevenida); sólo hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,03$) en la subescala de autoestima del NAS, en donde las personas que presentaban déficit de tipo degenerativo presentaron puntuaciones superiores que aquellas personas cuya discapacidad era de origen adquirido. En relación al género, no se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las escalas aplicadas, a excepción de la subescala de actitud hacia la discapacidad de la NAS donde los hombres obtuvieron puntuaciones más altas ($M = 26.9$ vs. $M = 24.0$, $p = 0.05$), mientras que las mujeres presentaron puntajes más elevados en la percepción del estrés asociada a la discapacidad. De la misma forma, se registró una diferencia de género estadísticamente significativa en la medida de estilo de afrontamiento resiliente BRCS donde las mujeres presentaron un puntaje mayor ($M = 16.4$) que los varones ($M = 13.8$, $p = 0.004$). En relación a la competencia percibida, los resultados arrojaron correlación significativa ($r = 0.48$, $p = 0.009$) entre esta variable en su dimensión positiva y el uso de estrategias de afrontamiento resilientes, con la subescala de afecto positivo del PANAS ($r = 0.33$, $p = 0.05$) y las subescalas de la NAS de autoestima ($r = 0.66$, $p < 0.005$), aceptación ($r = 0.39$, $p = 0.02$), y autoeficacia ($r = 0.43$, $p = 0.010$). De la misma manera, la competencia percibida correlacionó de forma negativa y significativa con la subescala de afecto negativo del PANAS ($r = -0.55$, $p = 0.001$) y la subescala de ansiedad y depresión de la NAS ($r = 0.47$, $p = 0.007$). En lo referido a calidad de vida subjetiva, la competencia percibida evidenció correlaciones positivas y significativas con el disfrute en actividades de ocio ($r = 0.50$, $p = 0.003$) y el nivel de satisfacción general con la vida ($r = 0.50$, $p = 0.004$). Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas con la satisfacción familiar, con la satisfacción laboral ni el nivel de estrés subjetivo, causado por la discapacidad visual. Como conclusión, los resultados indican que la competencia percibida tiene un impacto importante en el ajuste psicológico y la calidad de vida de las personas con discapacidad

visual. Aquellas con mayores niveles de competencia percibida tienden a mostrar mejores niveles de ajuste psicológico y mayor satisfacción en diversas áreas de sus vidas. Además, el uso de estrategias de afrontamiento resilientes se relaciona positivamente con la competencia percibida y se asocia con mejores resultados en términos de ansiedad, depresión, autoestima, aceptación y autoeficacia.

En el estudio realizado por Torregrosa-Ruiz y Tomás-Miguel (2017), en España, tuvo por objetivo conocer cómo es y cómo se desarrolla la experiencia de afrontamiento en sujetos con lesión medular tanto en hombres como en mujeres y considerando el afrontamiento general a largo plazo, así como el afrontamiento específico, que se da durante los momentos iniciales tras sufrir la lesión medular. La muestra estuvo compuesta por $N = 127$ personas con lesión medular, de los cuales, el 74.8% ($n = 95$) fue de varones, y el 25.2% ($n = 32$) correspondía a mujeres, cuyas edades se encontraban entre los 20 y los 72 años ($M = 40.5$, $DE = 9.78$). El tiempo transcurrido desde que se adquirió la lesión era de un mínimo de 1 año y un máximo de 64 años. Mediante un estudio cuantitativo descriptivo y transversal, los investigadores realizaron la recolección de datos a partir de un cuestionario sociodemográfico que recogía variables como datos personales y descriptivos del tipo y grado de discapacidad; y el Cuestionario de Afrontamiento de Estrés (CAE), que consiste en ser un instrumento de autoinforme que se responde mediante una escala de tipo Likert con 5 posibilidades de respuesta que van de nunca a siempre. Posee 7 componentes desde los cuales se evalúa el afrontamiento como rasgo, estos son: 1) focalizado en la solución del problema, 2) auto focalización negativa, 3) reevaluación positiva, 4) expresión emocional abierta, 5) evitación, 6) búsqueda de apoyo social, 7) religión. Entre los resultados obtenidos se evidenció que no hay diferencias significativas en relación al sexo de los sujetos evaluados (Lambda de Wilk's = 0.945; $F(7,119) = 0.984$; $p = 0.446$; $\eta^2 = 0.055$). Esto tanto para las estrategias de afrontamiento generales como para las específicas. Así mismo, para ambos tipos de estrategias, los puntajes obtenidos evidencian en primer lugar que, la estrategia más usada por la muestra, ha sido la reevaluación positiva, en segundo lugar, se encuentra la estrategia de focalización en la solución de problemas y, la estrategia menos utilizada ha sido la religión. En conclusión, los investigadores afirman que, en los momentos críticos de aparición de la enfermedad, se suele usar estrategias de afrontamiento más bien pasivas o centradas en la emoción, aun cuando estas conlleven un nivel mayor de malestar psicológico, ya que suelen ser eficaces para paliar

los efectos del estrés. Sin embargo, el uso de estrategias de afrontamiento activas, en el largo plazo y durante el curso y desarrollo de la enfermedad, podría indicar un mayor ajuste y adaptación a la discapacidad adquirida.

La investigación realizada por Pedras, et al. (2018) en Portugal tuvo por objetivo, analizar el ajuste psicosocial de las personas que han sufrido la amputación de un miembro inferior producto de una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus. Para este fin se evaluó la relación entre características sociodemográficas de dichos sujetos, el nivel de funcionalidad, las reacciones psicológicas pre y post cirugía (como síntomas de estrés postraumático, ansiedad y/o depresión), así como estrategias de afrontamiento puestas en marcha, y el apoyo social que poseen. Se trató de un estudio descriptivo, de diseño longitudinal, cuantitativo. La muestra analizada fue de $N = 86$ personas que participaron consecutivamente en varias etapas de evaluación, en un plazo de 10 meses, luego de haber atravesado la cirugía de amputación de alguno de sus miembros inferiores. Los participantes tenían edades comprendidas entre los 36 y 90 años ($M = 63.23$; $DE = 10.84$). Los investigadores realizaron la recolección de datos utilizando para ello los siguientes instrumentos: el Índice de Barthel (BI, Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira y Pinto, 2007; Mahoney y Barthel, 1965) que consiste en ser una escala que mide el nivel funcionalidad de la vida diaria a partir de 10 ítems; la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond y Snaith, 1983) que consta de 14 ítems con dos subescalas (HADS-A y HADS-D), mediante la cual se evalúa sintomatología relativa a la presencia de ansiedad y depresión respectivamente, las puntuaciones más elevadas indican niveles más altos de ansiedad y síntomas depresivos; también se utilizó la Escala Revisada de Impacto del Evento (IES-R, Pereira et al., 2012; Pereira y Pedras, 2016; Weiss y Marmar, 1997) con la cual evaluaron la presencia de estrés postraumático, mediante 21 ítems que componen tres grupos de síntomas representativos: de reexperimentación, de evitación y de hiperactivación, las puntuaciones más altas revelan presencia de síntomas de estrés postraumático; para medir el impacto del apoyo social, se usó la Escala de Satisfacción con el Apoyo Social (SSSS, Pais-Ribeiro, 1999) la cual se compone de 15 ítems donde los puntajes altos demuestran una mayor satisfacción con el apoyo social. Para evaluar las estrategias de afrontamiento, se utilizó el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (WOC, Folkman y Lazarus, 1988; Pais-Ribeiro y Santos, 2001) mediante el cual se miden dichas estrategias en dos dimensiones a saber: las estrategias centradas en el problema

(WOC-P) y las estrategias centradas en la emoción (WOC-E) distribuidas en 48 ítems, donde los puntajes más altos revelan la preponderancia en el uso de cada una; finalmente, se utilizó la Escala Revisada de Experiencia de Amputación y Prótesis Trinity (TAPES-R, Gallagher, Franchignoni, Giordano y MacLachlan, 2010; Pereira, Vilhena y Pedras, 2016), en su versión de Pérdida de Extremidad, este instrumento se compone de tres subescalas psicosociales con 5 ítems cada una, desde las cuales se evalúa la adaptación general (GA), la adaptación social (SA) y la adaptación a las limitaciones (AL), siendo los puntajes más altos, indicadores de una mejor adaptación en cada escala. Para desarrollar los resultados obtenidos, hay que mencionar que, los investigadores realizaron una clasificación de tres modelos de análisis de ruta (GA, SA y AL), con el fin de explorar las relaciones entre las variables existentes previo a la cirugía y las que se presentaron con posterioridad a la amputación. Es así que, entre los resultados obtenidos, los investigadores hallaron que no hubo una relación estadísticamente significativa, entre las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicosocial luego de la amputación, por lo que se probó un nuevo modelo en el que se evaluó el apoyo social como mediador. Por su parte, los síntomas de estrés postraumático se asociaron negativamente con el afrontamiento activo (GA), el afrontamiento de evitación (AL) y el soporte social (SA) 10 meses después de ocurrida la amputación de miembros inferiores. El género tuvo impacto positivo y simultáneo en presencia de ansiedad y depresión previo a la cirugía en los tres modelos y un impacto negativo en la funcionalidad también antes de la amputación para todos los modelos. La funcionalidad previa a la cirugía y el soporte social evaluados luego de 6 meses de la operación, tuvieron un impacto simultáneo y significativo en el afrontamiento de evitación (AL). La ansiedad se presentó con impacto negativo en el afrontamiento de soporte social (SA) antes de la amputación y los síntomas de depresión durante este periodo se asociaron significativamente con depresión y ansiedad en los tres modelos hasta un mes después de la intervención quirúrgica. Por último, se corroboró que los síntomas de ansiedad prequirúrgica, contribuyeron a la ansiedad observada luego de la amputación en los tres modelos. Como conclusión y a partir de estos resultados, se sugiere que, en el contexto de la amputación, las reacciones psicológicas observadas antes de la cirugía (síntomas de ansiedad y depresión) predicen de alguna forma, las reacciones psicológicas acaecidas después de la cirugía. El estudio además destacó la importancia del apoyo social como mediador entre la presencia de estrés postraumático y el ajuste a las limitaciones, por lo

que sugiere que se realicen intervenciones psicosociales orientadas a proporcionar apoyo psicológico antes y después de la cirugía para prevenir la aparición de trastorno de estrés postraumático y facilitar el ajuste a la amputación. Es así que se identificaron factores importantes que afectan el afrontamiento y la salud mental de los pacientes después de la cirugía.

El estudio realizado por Bravo Cedeño et al., (2019) en la ciudad de Portoviejo, Ecuador, tuvo como objetivo explorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con discapacidad física, así como su efectividad e impacto en las distintas áreas de la vida. La investigación se centró en comprender cómo estas personas enfrentan y gestionan los desafíos del diario vivir, asociados a su condición física. Para tal fin, los investigadores realizaron un estudio desde un enfoque mixto y un diseño no experimental, de corte transversal, tomando como muestra a $N = 15$ personas con discapacidad física, quienes fueron seleccionadas del grupo de apoyo “Caminando juntos” y cuyas edades se encuentran entre los 20 y 30 años. El 54% de los participantes ($n = 8$) fueron varones y el 46% ($n = 7$) mujeres. Para la recolección de datos, se utilizó la entrevista semiestructurada, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Cano García, Rodríguez Franco, & García Martínez, 2007) desde el cual se buscó identificar las situaciones que son problemáticas para las personas examinadas, a la vez que evaluó cómo logran enfrentarse a ellas. El cuestionario se resuelve a partir de relatar una situación problemática y en función de ella, puntuar mediante una escala Likert los 40 ítems que se presentan a continuación. Con este instrumento se evalúan las estrategias de afrontamiento en 8 escalas a saber: el apoyo social (APS), la reestructuración cognitiva (REC), la expresión emocional (EEM) el pensamiento desiderativo (PDS), la autocrítica (AUT), la retirada social (RES), la resolución de problemas (REP) y la evitación de problemas (EVP). Así mismo, el instrumento divide los tipos de estrategias según si se caracterizan por estar centradas en el problema o si se encuentran centradas en la emoción, así como, aquellas adaptativas o desadaptativas para el sujeto. Entre los resultados obtenidos, las situaciones problemáticas más representativas de la muestra analizada, tienen que ver con problemas en el ámbito socio-familiar, dificultades en el área laboral, y conflictos en cuanto al logro de autonomía. También se evidenció al apoyo social como la estrategia más preponderante, seguida de la autocrítica. En menor medida se presentaron estrategias como el pensamiento desiderativo y la evitación de problemas. Los resultados también mostraron que las mujeres utilizan más y mejor la

expresión emocional, el apoyo social y la resolución de problemas, mientras que los hombres puntuaron más alto en autocrítica y retirada social. Los resultados divididos así por género dan cuenta de una prevalencia de estrategias adaptativas en mujeres, a diferencia de los hombres que puntuaron más alto estrategias desadaptativas. Como conclusión, este estudio contribuyó a la comprensión de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las personas con discapacidad física evaluadas, siendo el apoyo social la estrategia de afrontamiento por excelencia. Los resultados obtenidos tienen relevancia en el desarrollo de intervenciones y programas de apoyo social que justamente mejoren la calidad de vida de este grupo de población, al tener como referencia la vinculación entre estrés y salud mental, así como el entorno cercano de afectos y familiares de los sujetos con una condición de discapacidad.

Por otra parte, en una investigación realizada por Cedeño Cedeño y Sarmiento Delgado (2019) en Manabí, Ecuador, los investigadores analizaron el nivel de ansiedad y depresión en los estudiantes con diversidad funcional física de la Universidad Técnica de Manabí, con el fin de conocer un poco más sobre la carga emocional que padece una persona con discapacidad física, para poder ofrecer una mejor calidad de vida a este grupo de personas. La muestra analizada fue de $N = 38$ estudiantes con edades comprendidas en 18 y 26 años que padecen algún tipo de diversidad funcional/discapacidad. Los investigadores efectuaron la recolección de datos a partir de una entrevista dirigida donde aplicaron dos instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck Segunda Versión, BDI-II; que consiste en ser un instrumento de auto aplicación de 21 ítems. Entre los resultados obtenidos, los investigadores hallaron que el 65% ($n = 25$) de los estudiantes posee ansiedad en algún nivel de la categoría, y el 29% ($n = 11$) de los participantes posee depresión. Sin embargo, en relación al número de personas que tienen ansiedad y depresión, se puede constatar que, la categoría de ansiedad severa, es la categoría que, dentro de la ansiedad, cuenta con un mayor porcentaje de personas, siendo el 40% ($n = 10$) de estudiantes. En relación a la depresión, la depresión moderada es la que tuvo mayor porcentaje de estudiantes, siendo el 36% ($n = 4$) en esta categoría. Estos resultados quedan a discusión, ya que, según los autores, la mayor presencia de ansiedad por sobre depresión en los encuestados, es posible que se debieran a que las condiciones de vida mediadas por la diversidad funcional física, generan un estado anímico asociado a situaciones amenazantes, que pueden generar ansiedad a la vez que desencadenar efectos depresivos en las personas.

En la investigación llevada a cabo por Gaviria Bustamante et al. (2019), en la ciudad de Montería capital del departamento de Córdoba, Colombia, se buscó establecer la relación existente entre el nivel de funcionamiento de los sujetos con discapacidad y su calidad de vida junto a variables sociodemográficas de interés. La muestra estudiada fue de $N = 362$ personas que padecían algún tipo de discapacidad y eran residentes de la localidad antes mencionada, en su mayoría, se trató de personas jóvenes, de los cuales, el 50% ($n = 181$) fue de varones, y el 50% ($n = 181$) correspondía a mujeres. Para la recolección de datos, los investigadores realizaron un estudio transversal correlacional, no experimental, de tipo cuantitativo, a partir de utilizar como instrumentos: 1) una entrevista estructurada con la cual se obtuvieron los datos sociodemográficos; 2) el cuestionario para la evaluación de la discapacidad y la salud, WHODAS 2.0, creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF), el cual establece el nivel de funcionamiento de los sujetos a partir de seis dominios a saber: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas, participación evaluados mediante una escala de tipo Likert, donde a mayor porcentaje obtenido, mayor nivel de discapacidad. 3) Se utilizó también el cuestionario SF-36, el cual evalúa el estado de salud en términos de positivo/negativo, midiendo esta variable a partir del estado funcional del sujeto y el bienestar emocional. Entre los resultados obtenidos, acerca de las variables sociodemográficas se encontró que no hubo diferencias significativas entre la distribución por sexo; así mismo, la muestra estuvo conformada por sujetos con bajo nivel de escolaridad y pertenecientes a un estrato socioeconómico uno, de la cual, el 44.2% se encontraba en situación de desempleo. En relación al nivel de funcionamiento de estos sujetos, se obtuvo una media de 35.4 ± 26.7 puntos (escala de 0 = funcionamiento total a 100 = funcionamiento nulo). La mayoría de los dominios obtuvieron puntuaciones significativas que apuntan a un bajo nivel de funcionamiento en las distintas áreas evaluadas. Es así que, se reconoció que 33.2% tiene un alto nivel de funcionamiento, 29% bajo nivel de funcionamiento y 25.1% moderado nivel de funcionamiento. En referencia la calidad de vida relacionada a la salud se obtuvo una media de 55.8 ± 21.2 puntos, donde la dimensión de salud mental presentó mayor promedio y la de menor fue la dimensión física. En conclusión, los autores afirman que hay una relación existente entre el nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad y su calidad de vida, la cual se manifiesta de distinta manera según la edad,

siendo que, los sujetos más jóvenes presentan una mayor calidad de vida y un mayor grado de funcionamiento en sus diversas áreas de desarrollo.

En otra investigación llevada a cabo por Mendoza Salazar y Esquivel García Renier (2020), en Manabí, Ecuador, se evaluaron los factores psicosociales y afectivos que impiden el desenvolvimiento laboral de las personas con discapacidad física, atendidas por la Fundación Rostro de Jesús, en el periodo 2018-2019, para mejorar su calidad de vida, en el ámbito económico y social. La muestra analizada fue de $N = 17$ personas que contaban con grado de discapacidad física, y que se encontraban en edad laboral ($M = 28$) de los cuales, el 76.47% ($n = 13$) eran varones, y el 23.52% ($n = 4$) correspondía a mujeres. Los investigadores realizaron la recolección de datos a partir de la triangulación de técnicas a saber: Revisión bibliográfica, Revisión de Historia clínica y Fichas sociales de la Fundación, entrevista y observación, análisis estadístico y aplicación de ficha de valoración psicosocial, que marca posibles anomalías psicosociales que puedan estar trastocando el desenvolvimiento normativo del paciente, tales como: violencia intrafamiliar, consumo de sustancias nocivas, estructura comportamental del paciente, estructura afectiva del paciente y funcionamiento cognoscitivo. Entre los resultados obtenidos acerca de los factores psicosociales y afectivos que impiden el desenvolvimiento laboral en los participantes estudiados, los investigadores hallaron que el mayor porcentaje (47,05%) se corresponde con problemas de adaptación, seguidos por la presencia de depresión moderada (41,19%), y en menor medida presencia de ansiedad (11.76%). En conclusión, los autores afirman que, los factores psicosociales y afectivos son procesos determinantes en la adaptación e inclusión laboral y económica de las personas con discapacidad, y que el apoyo familiar y religioso ayuda al fortalecimiento de la resiliencia de estas personas para lograr la adaptación a las nuevas condiciones de vida que se le imponen.

Por su parte, en la investigación realizada por Robles-Mejía, et al., (2021) en Cantón Girón, Ecuador, se analizó la existencia de ansiedad y depresión en adultos mayores, quienes presentaban enfermedades catastróficas y discapacidades y se encontraban incluidos en un Programa de atención domiciliaria, en el marco del Proyecto “Adulto Mayor” del Gad Municipal. La muestra analizada fue de $N = 70$ participantes de 65 años en adelante. Para la recolección de datos, los investigadores realizaron una triangulación de métodos, aplicando entrevistas y observación en primera instancia,

revisión de registros y documentación del Programa, y posteriormente se aplicaron dos instrumentos o Test psicométricos a saber: Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage y Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A). Entre los resultados obtenidos, los investigadores hallaron que del total de la muestra el 33% ($n = 23$) posee discapacidad y el 67% ($n = 47$) enfermedades catastróficas. En referencia al objetivo: Identificar la relación de ansiedad y depresión con las enfermedades catastróficas y discapacidad Se obtuvo que de los $n = 47$ adultos mayores con enfermedades catastróficas, $n = 23$ presentaron ansiedad menor siendo el índice más alto; $n = 19$ no presentaron ansiedad y $n = 5$ presentaron ansiedad mayor siendo el índice más bajo. En la aplicación del test Yesavage para la depresión geriátrica, se obtuvo que, de los $n = 47$ adultos mayores con enfermedades catastróficas, $n = 26$ presentaron depresión establecida; $n = 17$ no presentaron depresión y $n = 4$ obtuvieron probable depresión. Además, se identificó que, de los $n = 23$ adultos mayores con discapacidad, $n = 13$ obtuvieron ansiedad menor siendo el rango más alto; $n = 8$ no presentaron ansiedad y $n = 2$ presentaron ansiedad mayor. En cuanto a depresión se refiere: se obtuvo que, de los $n = 23$ adultos mayores, $n = 10$ obtuvieron depresión establecida, $n = 9$ no presentaron depresión y $n = 4$ presentaron probable depresión. Finalmente se pudo observar en referencia a la ansiedad y depresión que el número más alto, puntuó la depresión establecida con un 36%, y con 26% la ansiedad menor, determinando que la depresión tiene un rango más alto en referencia a la ansiedad. Es por ello que se pudo determinar que la ansiedad tiene menor impacto con referencia a la depresión, ya que la segunda está establecida como tal, mientras que con referencia a la primera apenas mantiene puntuaciones menores. En conclusión, se pudo comprobar que los adultos mayores con enfermedades catastróficas y discapacidad, en su mayoría mostraban ansiedad menor, y en la escala de Yesavage se mostró que la depresión establecida era la más alta Los adultos mayores con discapacidad en su mayoría presentaron prevalencia de ansiedad menor, a la vez que depresión, aunque esta última se encontró en mayor medida. En la comparación de ansiedad y depresión, la depresión fue más constante en los participantes con enfermedades catastróficas y discapacidades.

Finalmente, la investigación llevada a cabo por Paredes Barreno y Fierro Villacreses (2022) en un Centro comunitario del cantón Penipe, Provincia de Chimborazo, Ecuador, las investigadoras analizaron las estrategias de afrontamiento utilizadas, así como el estrés percibido por las personas que poseen una discapacidad

física, y que son parte de dicho centro. Para tal fin, realizaron un estudio de tipo descriptivo, no experimental de alcance cuantitativo. Evaluaron una muestra compuesta por $N = 35$ historias clínicas de personas con esta condición, cuyas edades se encontraban entre los 21 y 65 años, siendo el 80% ($n = 28$) varones, y el 20% ($n = 7$) mujeres. Las investigadoras realizaron la recolección de datos, a partir de acceder a los expedientes clínicos de personas con discapacidad, a quienes se les había aplicado entre otras pruebas, los siguientes instrumentos psicométricos: El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) versión española, con el cual, se evalúan las estrategias de afrontamiento utilizadas frente a un suceso estresante para el sujeto. El instrumento estuvo compuesto de 40 ítems que se puntúan en una escala de 0 a 4 y permite así analizar 8 dimensiones a saber: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica; y la Escala de Estrés Percibido (PPS-14) desde la que se evalúa dos dimensiones, a lo largo de 14 ítems que se puntúan bajo una escala tipo Likert de 5 posibilidades. Entre los resultados obtenidos, las investigadoras encontraron que el 60% de los evaluados, en relación al estrés percibido, admitieron estar estresados “de vez en cuando”, y el 40% restante, se identificó estresado con mayor frecuencia. Así mismo, resultó interesante haber encontrado los siguientes porcentajes en cuanto al uso de las estrategias de afrontamiento evaluadas: el 34% de los sujetos presentó una muy baja capacidad de reestructuración cognitiva, el 31.4% utilizó como estrategia de afrontamiento la evitación de problemas, el 28.6% el pensamiento desiderativo y el 57% de los evaluados, aplicó la retirada social como estrategia de afrontamiento. Como conclusión, la retirada social, fue la estrategia de afrontamiento más preponderante en la población estudiada, en relación a la variable de estrés percibido.

MARCO TEÓRICO

Datos actuales sobre Discapacidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), se estima que el 16% de la población mundial padece algún tipo de discapacidad, esto representa aproximadamente a 1300 millones de personas, donde se registra que 1 de cada 6 personas, posee una discapacidad importante como resultado de la interacción entre afecciones, factores personales y ambientales. Estos datos sin embargo no son estáticos, sino que la cifra va en aumento como consecuencia del incremento de enfermedades, así como el aumento en la expectativa de vida del ser humano. Las personas con discapacidad en la actualidad, representan una población heterogénea, ya que la discapacidad como tal, agrupa diversas experiencias vitales que interactúan con factores sociodemográficos como edad, sexo, nivel socio-económico, entre otros.

En Argentina, durante el año 2018, se realizó el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (INDEC, 2018), donde el 10.2% de la población total de 6 años y más tenía algún tipo de discapacidad, así mismo, el 9.5% de la población correspondía a varones con discapacidad y el 10.8% a mujeres. Teniendo en cuenta los rangos de edad, se encontró que la prevalencia de discapacidad en la población era del 5.0% entre los 6 y 14 años, el 4.8% entre los 15 y los 39 años, 12.1% entre los 40 y los 64 años, 25.4% entre los 65 y 79 años, y el 46.6% a partir de los 80 años. Vale decir que, la prevalencia en la población con discapacidad de 6 años y más fue similar en todas las regiones del país.

Entre los datos arrojados por este mismo censo, se encontró que la discapacidad más prevalente en Argentina, fue la discapacidad motriz, seguida por la discapacidad visual, la auditiva y la mental/cognitiva. Las discapacidades del habla y la comunicación, y del cuidado de sí mismo fueron las menos prevalentes. Con respecto a la edad de origen de la discapacidad, en este estudio se halló que el 82.3% de la población con discapacidad, había adquirido la misma luego del nacimiento. En referencia a la causa, se encontró que, en el 44.8% de la población analizada, el principal origen se hallaba en la enfermedad. Como segunda causa, se encontró que el 16.7% correspondía a accidentes —de tránsito, domésticos, laborales, deportivos, etc. (INDEC, 2018, pp. 13-14).

En Argentina, además, existe lo que se conoce como Certificado Único de Discapacidad (CUD) el cual unifica a nivel país los criterios de certificación de la discapacidad, permitiendo a las personas con esta condición, ejercer sus derechos y acceder a las prestaciones que contemplan las leyes nacionales N° 22.431 y 24.901. Se trata de un documento público, voluntario y gratuito, emitido por el Registro Nacional de Personas con Discapacidad (en adelante, RNPcD). Esta información resulta pertinente ya que, a continuación, se presentarán algunos de los datos recabados en el Anuario Estadístico creado por el RNPcD junto a la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS). Los datos son representativos del estado de situación de las personas con discapacidad durante el año 2021, —siempre y cuando hayan solicitado el CUD— y no de toda la población con discapacidad (RNPcD y ANDIS, 2021, p.3).

Según el Anuario Estadístico, durante el año 2021, fueron emitidos en Argentina 173.784 Certificados, representando a un 45.3% de la población. Si bien se encuentra en la provincia de Buenos Aires el mayor porcentaje de personas con CUD, con un 37,4%, hay que mencionar que, en Neuquén se encontraron 2.127 personas con CUD representando el 1.2% y en Rio Negro, se registraron 3.459 personas con CUD, siendo esta cifra equivalente al 2% del total de certificaciones emitidas. Por otra parte, los datos obtenidos en relación a la edad, indicaron que la mayor concentración de personas con CUD se encontraba entre los 15 y 64 años representando casi la mitad de la población certificada, los menores de 15 años, así como las personas de 65 años y más, se posicionaron con el 31.9% y el 18.3% respectivamente. En referencia al género, se registraron 99.718 (57.4%) personas auto percibidas como masculinos, 74.043 (42.6%) personas auto percibidas como femeninos. (RNPcD y ANDIS, 2021, 2021, pp.12-15).

Finalmente, en relación a la prevalencia del tipo y origen de la certificación de discapacidad, el Anuario estadístico indicó que el 80.7% de los sujetos con CUD fueron certificados con un solo tipo de deficiencia y la distribución de la certificación según el tipo de la discapacidad, se presentó del siguiente modo: por deficiencia de tipo mental 26.1%, por deficiencia de tipo física-motora 22.6%, por deficiencia de tipo intelectual 12%, por deficiencia de tipo físico-visceral 7.7%, y por deficiencia de tipo sensorial (auditiva o visual) 12.3%. Un 19,3% corresponde a personas certificadas con más de un tipo de deficiencia. Con respecto al origen de la discapacidad, el 52,8% presentó condición de salud de origen desconocido, mientras que el 14.7% fue de origen congénito

y 32.5% fue de origen adquirido. Este último porcentaje representa a 56.451 personas en todo el país, entre las cuales, el 83.4% de los casos se debió a enfermedades, el 8.8% se debió a accidentes y el 3.7% a problemas en el parto (RNPcD y ANDIS, 2021, pp.16-17).

Definición conceptual de Discapacidad

Los datos antes mencionados, indican que una gran porción de la población, tanto a nivel mundial como nacional, es afectada por algún tipo de discapacidad. Según Botero Soto, (2013), la Discapacidad como tal, es un concepto complejo, dinámico y multidimensional. Se la identifica en el cuerpo, como una deficiencia, como falla o falta, que limita y dificulta a quien la posee, el pleno desarrollo de las actividades de la vida cotidiana. Se trata de un concepto que a lo largo de la historia se ha constituido como objeto de discrepancia, ya que implicó por mucho tiempo el abordaje de los sujetos que padecían esta condición, desde una perspectiva médica e individual.

La perspectiva médica, basada en el conocimiento científico, entendió la discapacidad, como un problema ubicado en el cuerpo del individuo y por lo tanto, la respuesta frente a este problema, se concentró en contextos clínicos-médicos, donde se asignaba a las personas con discapacidad un rol pasivo, ubicándolos en el lugar de pacientes únicamente (Botero Soto, 2013). Sin embargo, es necesario precisar que la discapacidad no se limita al cuerpo, sino que se trata de una determinación que hace la sociedad y la cultura. Ésta, impone una normatividad corporal dejando por fuera aquellas variaciones corporales que son consideradas como incompletas e inferiores o limitantes (Berri et al., 2020). De esta manera, se comienza a entender a la discapacidad, como un problema dentro de la sociedad y no como algo exclusivo de la persona (Botero Soto, 2013).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha presentado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001) un modelo integrador biopsicosocial, que representa un equilibrio entre el modelo médico y el social. En este documento, se define la discapacidad como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales. Siguiendo el documento CIF, publicado en 2001, se considera que:

La discapacidad es toda limitación en la actividad y restricción en la participación, originada en la interacción entre la persona con una condición de salud y los factores contextuales (contexto completo de la vida de un individuo incluyendo factores ambientales y personales), para desenvolverse en su vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, según su sexo y edad (p.21).

De acuerdo a esta definición, es preciso aclarar que, la limitación en la actividad refiere a las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño o la realización de sus actividades. En este sentido, la restricción en la participación incluye los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Estas se encuentran determinadas por la comparación de esa persona, con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad (OMS, 2001).

Esta conceptualización tiene un impacto notable ya que, el hecho de definir la Discapacidad como una interacción, significa que no se trata de un atributo de la persona, sino un modo de funcionamiento. Esto, permite visualizar la problemática como algo que va más allá del cuerpo. Con ello, se puede plantear la mejora de la participación social y el abordaje de las barreras que a los sujetos les impiden desenvolverse en su vida cotidiana (OMS, 2011). Vale distinguir en este punto las barreras que experimentan las personas con discapacidad, por ejemplo, las barreras internas o funcionales, que limitan la participación en actividades sociales, recreativas, laborales o incluso educativas, al manifestarse los sujetos con retraimiento, fatiga, pasividad, depresión, ansiedad, etc; pero también, las barreras externas, que refieren a las condiciones físico-ambientales, como son los obstáculos en la movilidad, en el transporte y la accesibilidad, así como las actitudes sociales, los estereotipos, la escasez de recursos específicos y la falta de oportunidades laborales, por mencionar solo algunas (Botero Soto, 2013).

En síntesis, conforme se han modificado las concepciones en salud y se han identificado las funciones de las barreras sociales y físicas presentes en la discapacidad, el abordaje de este tema se pretende, evolucione hacia una perspectiva más bien estructural y social. Una perspectiva desde la cual, las personas sean consideradas de acuerdo a sus dificultades, como discapacitadas por la sociedad, más que por las

características de sus cuerpos. El cambio en la conceptualización de la discapacidad requiere en la actualidad, que tanto autoridades e instituciones gubernamentales, así como la sociedad en general, asuman el compromiso y la responsabilidad social para facilitar la interacción de estas personas en sus contextos sociales, de forma tal que, las limitaciones en las actividades y la restricción en la participación, no impacte de forma negativa en su calidad de vida y puedan percibir así, bienestar subjetivo (Botero Soto, 2013).

Clasificación de la Discapacidad: Discapacidad Física Adquirida

La discapacidad entendida de esta manera, puede manifestarse de distintas formas, de acuerdo al modo que se realice la interacción del individuo con sus factores contextuales. Se pueden distinguir en este sentido, diferentes clasificaciones dadas a la discapacidad. Según los datos obtenidos por el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (INDEC, 2018), la discapacidad puede clasificarse en: (a) la Discapacidad Mental/ Cognitiva/ Intelectual por un lado y (b) la Discapacidad Física por otro; dentro de la cual se hallan la discapacidad de tipo visceral, motora, visual, auditiva, del habla y la comunicación, y del cuidado de sí mismo.

A los fines de este trabajo, (que no contempla la discapacidad mental/cognitiva o intelectual) se hace preciso recurrir al aporte del Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (en adelante DELS) para definir la Discapacidad Física y los subtipos de su clasificación. Es así, que se la entiende como producto de una deficiencia a nivel motor o visceral, que limita a la persona en su interacción con el entorno, en un contexto de condiciones y actividades normalizadas (DELS, s.f.).

Según este diccionario, la discapacidad motora, por su parte, es un término global que contempla las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuro-músculo-tendinoso. La discapacidad visceral por otro lado, en tanto término global, involucra las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endocrino y genitourinario. Las discapacidades visual y auditiva, son definidas como términos globales que refieren a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas nervioso y auditivo respectivamente (DELS, s.f.).

La discapacidad física, señala Botero Soto (2013), al igual que en casos de enfermedad crónica, afecta todo lo relativo a calidad de vida, por lo que es una condición

transversal en la vida de las personas. En términos generales, se caracteriza por ser un fenómeno permanente e irreversible, se vincula con dificultades de adaptación, no solo debido al impacto psicoemocional y a la percepción de pérdida de control, sino también, a los síntomas somáticos asociados, como el dolor crónico o incluso la incorporación de dispositivos que son ajenos al cuerpo y requieren nuevos ajustes y aprendizajes.

Esta situación de salud puede manifestarse según causas congénitas, sobrevenir en respuesta a la enfermedad, o accidentes acontecidos, siendo de esta manera, Discapacidad Adquirida. De acuerdo los propósitos de este trabajo, la distinción entre discapacidad adquirida y congénita es oportuna, debido a que se considera que nacer con una condición de salud particular que determine cierto grado de discapacidad, diferirá en gran medida, respecto del impacto que genera adquirir la discapacidad en el transcurso de la vida, donde por lo general, se significa este hecho como un evento estresante e inesperado, (o poco esperado) y eventualmente, traumático (Polar Macias, 2021).

Es así que, la Discapacidad adquirida, se constituye como el subtipo de discapacidad por el cual, después de un accidente o enfermedad, la persona que lo padece, permanece con secuelas físicas y motrices, entre otras. Estas, requieren la adaptación del sujeto a un nuevo contexto de cambios y restricciones, donde por lo general se ve dificultada su interacción con el medio ambiente que lo rodea (Suriá Martínez, 2012).

Consideraciones sobre la Discapacidad Física Adquirida

La Discapacidad física adquirida, se puede manifestar como una crisis que puede aparecer en cualquier momento del ciclo vital, generando una situación emergente que demanda y determina un cambio de vida. Esto debido a que habitualmente, las consecuencias son permanentes o perduran por largo plazo (Figuroa y González, 2017).

La situación de adquirir una discapacidad, puede ser vivenciada como un evento traumático, y doloroso, no solo para la persona afectada directamente, sino también para sus familiares cercanos y otros allegados. En muchos casos, sino en la mayoría, la situación de salud sobrevenida, implica que la persona afectada, transite abruptamente el pasaje de vivir de una forma sana e independiente, a depender necesariamente de

cuidadores que faciliten el acceso a las actividades de la vida cotidiana (Suriá Martínez, 2012).

A su vez, la persona que ha adquirido una discapacidad, dependiendo del momento vital en que se produzca la situación lesiva y traumática, podrá experimentar un mayor nivel de desajuste psico-emocional. Esto ya que se suele comparar la vida anterior con las condiciones de vida que tendrá que enfrentar posterior a la adquisición de la discapacidad. Vale decir, entre más tempranamente sea esta adquisición, (durante la infancia o adolescencia) es más probable que el sujeto, aprenda a convivir de una manera más adaptativa con su dificultad. En edades más tardías, adquirir una discapacidad puede ser tan traumático que se vea dificultado el afrontamiento y la adaptación. Aun así, la capacidad de afrontar este suceso de impacto crónico, dependerá además de una multiplicidad de factores, vinculados al tipo de discapacidad, al grado y severidad de las limitaciones que imponga, a los recursos disponibles, así como a las condiciones socio-ambientales (Suriá Martínez, 2012).

En su intento por realizar una vida más o menos normalizada, es sabido que, si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, en otros casos, no sucede de igual manera. En algunas ocasiones, las personas afectadas, pueden incluso ser capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias adversas (Suriá Martínez, 2012). Esto da cuenta que la adversidad de adquirir una discapacidad, no acontece en escenarios neutrales o imparciales, sino que siempre se desarrolla en una historia y unas condiciones singulares, que varían de persona a persona (Méndez-Ulrich, et al., 2016). En cualquier caso, la persona afectada, manifestará distintas reacciones, poniendo en marcha recursos y mecanismos psicológicos de adaptación y ajuste, los cuales, determinarán gran parte de su conducta (Losada y Otero 2016). Se trata de variables que en interacción con el contexto socioambiental van a determinar el proceso de adaptación y afrontamiento que implica una discapacidad adquirida (Suriá Martínez, 2012).

En este punto del recorrido teórico-conceptual, es que se plantean las dos variables a estudiar y analizar para el presente trabajo, como posibles modos de reacción y respuesta de la persona que adquiere una discapacidad: las estrategias de afrontamiento, por un lado, y la forma de padecimiento psicológico, definida en este caso, como depresión.

Estrategias de Afrontamiento

En lo relativo a Estrategias de afrontamiento, de acuerdo al trabajo realizado por Torregrosa Ruiz y Tomás Miguel (2017), cuando las personas se encuentran frente a una situación adversa, como puede ser en este caso, el hecho de adquirir una discapacidad, suelen cuestionarse e interrogarse sobre su futuro y acerca de cómo proceder, para enfrentar este suceso. Las estrategias de afrontamiento se ponen en juego así, para facilitar el proceso de adaptación a la nueva realidad. Según los autores, las estrategias de afrontamiento “van a estar influenciadas por la interpretación cognitiva del evento, el significado que le dé la persona a la calidad de vida, el apoyo social percibido y la valoración asignada a las redes sociales como una fuente de apoyo” (pp. 456 - 457).

De acuerdo a ello, el presente trabajo se sirve de la conceptualización de Afrontamiento, que realiza Lazarus y Folkman (1986). Los autores definen dicho constructo 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” (p. 113). El estrés, vale decir, surge cuando las demandas son percibidas como mayores que los recursos que el sujeto posee para manejarlas y/o afrontarlas. Según Lazarus, esta definición, parte de considerar el afrontamiento como un “proceso” ya que refiere a las valoraciones que la persona realmente hace de la situación adversa, sumado al análisis que esta efectúa desde un contexto específico, lo cual impactará posteriormente, en un cambio de los modos de pensar y hacer del individuo, frente a la problemática que se le presenta.

Por su parte, Rueda Ruiz et al., (2008) definen el Afrontamiento como un “constructo de naturaleza cognitivo-conductual, multidimensional y multi condicionado” (p.114). Este constructo, si bien es dinámico en función de las situaciones que lo requieren, se mantiene relativamente estable, debido a que está vinculado a variables de personalidad. El afrontamiento entonces, se caracterizaría por ser de naturaleza mixta, incluyendo al mismo tiempo, componentes estables y componentes circunstanciales. Según los autores, esta definición, no pretende polemizar sobre si el afrontamiento consiste en ser un rasgo o un proceso, sino que, debe hacerse énfasis en la combinación de factores personales y demandas ambientales que, en interacción,

permiten explicar las diferencias individuales que aparecen, a la hora de analizar las distintas estrategias de afrontamiento.

Por tal motivo, vale decir, se ha observado gran variabilidad en las respuestas de afrontamiento, y consecuentemente, la eficacia de las estrategias puestas en acción, no se restringe a uno o más formatos estandarizados de las mismas, sino que, lo que para una persona ha sido eficaz, puede no serlo para otro sujeto, o incluso, lo que funcionó en un momento y circunstancia dada, no resulta generalizable a otras situaciones en el futuro para una misma persona (Rueda Ruiz et al, 2008).

En lo referente a la eficacia de las estrategias de afrontamiento, Rueda Ruiz et al, (2008) mencionan que esta, radica en la contribución que pueden hacer al bienestar fisiológico, psicológico y social del sujeto. La eficacia entendida de esta manera, tiene que ver con el manejo y la reducción del malestar inmediato, como así también, los efectos a futuro que produzca en términos de bienestar psicológico y fisiológico. Es así por ejemplo, que se ha verificado que ciertos estados emocionales de ansiedad y depresión, han resultado efectivos para el afrontamiento, aunque esto no necesariamente se corresponda con una estrategia saludablemente adaptativa para el sujeto.

Hechas estas menciones, y retomando la conceptualización que hace Lazarus (1986), acerca de las estrategias de afrontamiento entendidas como proceso, hay que decir que estas, se clasifican de acuerdo a su función, sin embargo, como fue antes dicho, las estrategias de afrontamiento varían de persona a persona y de acuerdo al momento vital en que esta se encuentre, por lo tanto, el desarrollo de la clasificación que a continuación se expone, será en términos generales para poder comprender de qué se trata cada una de ellas.

Según Lazarus y Folkman (1986), la función tiene que ver con el objetivo que busca cada estrategia. A su vez, se distingue que la función, es diferente al resultado del afrontamiento, ya que este último consiste en el/o los efectos que devengan de cada estrategia. Realizada esta distinción, los autores mencionan la existencia de dos estrategias fundamentales (según su función) y son las siguientes: 1) el afrontamiento dirigido al problema, es decir una estrategia orientada a manipular o alterar el problema y, 2) el afrontamiento dirigido a la emoción, es decir, una estrategia de afrontamiento dirigida a regular la respuesta emocional que se produce en presencia del problema.

En relación a las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, la American Psychological Association (APA, 2010) define el concepto como la modalidad de afrontamiento con la que se busca disminuir o eliminar los estresores, por ejemplo, generando posibles soluciones para tratar el problema. Las acciones de afrontamiento pueden dirigirse al yo, al ambiente, o ambos. A esta modalidad también se la conoce como afrontamiento activo, ya que se ponen en marcha una serie de actividades como la definición del problema, la búsqueda de soluciones y alternativas, la evaluación de los costos y beneficios de cada una de ellas, y finalmente, la elección y aplicación de alguna o su combinación (Lazarus y Folkman, 1986).

En referencia a las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, APA (2010) también proporciona una definición al respecto, al decir que se trata de un tipo de modalidad de afrontamiento desde la cual, se busca regular las reacciones emocionales negativas ante un estresor; esto es muy diferente de emprender acciones concretas para modificar el estresor. A esta modalidad de afrontamiento también se la conoce como afrontamiento pasivo, ya que incluye estrategias como: la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Vale decir que, según Lazarus y Folkman (1986), esta forma de afrontamiento, tiende a aparecer cuando la persona ha realizado una evaluación de las condiciones lesivas y/o amenazantes de la situación, y cuyo resultado no ha sido favorable; por lo general se las suele significar como imposibles de modificar (Lazarus y Folkman, 1986).

La comprensión de estos conceptos como un proceso cognitivo, permite que el presente trabajo, pueda en este punto del recorrido teórico, vincular las estrategias de afrontamiento, (y junto a ellas, la evaluación y posteriores significaciones que la persona realice del suceso estresante y potencialmente traumático, (como puede ser la adquisición de una discapacidad), con el concepto de Depresión.

Depresión

El déficit que implica una pérdida de funciones total o parcial en la adquisición de la discapacidad, impacta de forma directa en los recursos habituales y disponibles que se poseen para afrontar las demandas del entorno. Es decir, las demandas se modifican e incrementan, pudiendo generar en la persona afectada, sentimientos de incompetencia e indefensión, como consecuencia de la disminución de autoestima y autoeficacia

percibida. Esto podría desembocar en reacciones de duelo por la pérdida, así como, en sintomatología relativa a depresión, entre otras formas de padecimiento psicológico (Méndez-Ulrich, et al., 2016).

Se hace preciso en esta instancia, hacer una distinción entre el duelo, como reacción esperable y normal frente a la pérdida (ya sea de un miembro o de funciones en el caso de la discapacidad) y el trastorno psicológico de la depresión. Según el estudio sobre duelo en personas con amputación de extremidades (González-Reza, et al., 2017) el duelo consiste en ser un proceso interno de elaboración de la pérdida, que se da a nivel psicológico y psicosocial con un fuerte impacto en lo emocional, representacional y conductual. Se trata de una manera saludable y esperable de afrontamiento de las pérdidas, cuya duración e intensidad dependerá en gran medida, de los recursos psicoemocionales que la persona disponga, del entorno socio-afectivo y del aprendizaje de experiencias vitales pasadas. Las pérdidas corporales de miembros o funciones, debido a cirugías o accidentes, por lo general al tratarse de eventos inesperados (en muchos casos, súbitos) involucran grandes cambios en torno al esquema corporal, y esto es precisamente, lo más difícil de elaborar.

El duelo involucra la progresión por distintas fases de significación de la pérdida, que van desde la negación a la ira, luego a la resignación y tristeza, y por lo general concluyen en la aceptación. De acuerdo a ello, lo crucial para distinguirlo del trastorno depresivo, tiene que ver justamente con la duración, por lo general, un proceso de duelo suele culminar cuando se ha logrado elaborar la pérdida, y las nuevas condiciones de vida no implican un ánimo deprimido, así como el retraimiento de las actividades de la vida diaria (González-Reza, et al., 2017). En la depresión en cambio, la sintomatología se va agravando en intensidad y duración provocando malestar y deterioro clínicamente significativo (APA, 2014, p. 168). Es así, que un proceso de duelo en una modalidad patológica, puede progresar y transitar hacia un trastorno depresivo (González-Reza, et al., 2017).

En lo relativo a la variable Depresión, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5º edición (en adelante DSM V), define esta categoría psicopatológica al considerar la depresión como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Este se caracteriza fundamentalmente por presentar en quien lo padece, un ánimo triste o irritable, con presencia de cambios cognitivos y somáticos que

impactan en un deterioro de la capacidad funcional de la persona, y que superan en cualidad y calidad a la esperable reacción de duelo frente a las pérdidas. Se manifiesta con la pérdida de interés, casi por completo, en las actividades que en el pasado se disfrutaban o realizaban con entusiasmo. Su etiología implica la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, donde no se puede precisar una única causa definitiva, sino que estos factores interactúan para el desarrollo del trastorno (APA, 2014, p. 155).

Por otra parte, desde el Modelo Cognitivo que postulan Beck, et al, (s.f.) se explica la depresión a partir de sostener que hay un sustrato psicológico para tal padecer. Se la define entonces a partir de tres conceptos a saber: 1) la Tríada cognitiva, 2) los esquemas y 3) los errores cognitivos o del procesamiento de la información.

El primer concepto involucra tres componentes o patrones cognitivos que inducen a la persona a considerar a sí mismo, a su futuro y a sus experiencias de una forma idiosincrática. Es así, que el primer elemento de esta tríada consiste en una visión negativa de sí mismo. Esto se ve en una marcada tendencia a la desvalorización y subestimación. El segundo componente, implica que el individuo interpreta sus experiencias e interacciones con el mundo, de forma negativa. El tercer componente tiene que ver con que el sujeto, realiza una anticipación negativa acerca de su futuro, con lo cual, sus expectativas y proyectos están cargados de sufrimiento, dificultad y frustración e inclusive, fracaso. La visión negativa según el modelo cognitivo, tiene impacto en la afectación de la voluntad y la falta de motivación, en una creciente dependencia, y hasta en síntomas de inhibición psicomotriz (Beck, et al, s.f.).

Con respecto a los esquemas, Beck et al, (s.f.), afirman que estos, conforman la base sobre la cual se transforman los datos de la realidad en cogniciones. Por lo tanto, los esquemas que se utilicen y la forma en que estén constituidos, van a determinar la manera en que las personas estructuren y signifiquen su experiencia. En los sujetos con depresión, se evidencia que poseen esquemas inadecuados y distorsionados, los cuales a medida que se incrementan, impiden que el sujeto pueda hacer interpretaciones realistas y positivas de las circunstancias.

De la misma manera, Beck et al, (s.f.), identifican en el Modelo Cognitivo, errores en el procesamiento de la información. Estos se dan de forma sistemática en el pensamiento, de manera tal que la persona atribuye validez a concepciones negativas

aun en presencia de la evidencia contraria. Los errores fundamentales identificados por los autores son: 1. Inferencia arbitraria, 2. Abstracción selectiva, 3. Generalización excesiva, 4. Maximización y minimización, 5. Personalización, 6. Pensamiento absolutista y dicotómico. Los mismos, deben ser identificados mediante cuestionarios o test autoadministrados, para luego abordarlos desde las distintas estrategias que propone la actual terapia cognitivo-conductual.

De acuerdo a esta aproximación conceptual, si bien se reconoce necesaria la presencia de un sustrato psicológico que predispone al desarrollo de la depresión, en las personas con una discapacidad adquirida, se ha evidenciado que las dificultades y secuelas físicas que conlleva la discapacidad, se asocian a dicha predisposición y repercuten en la autonomía de quien lo padece. Esta asociación de factores, contribuye al deterioro de la salud mental, dando lugar al surgimiento de trastornos psicopatológicos, como pueden ser la depresión, entre otros. Es decir, el deterioro en la salud física, impacta directamente en lo anímico, y en muchos casos, desencadena un estado de ánimo deprimido, ubicando a la persona con depresión en un lugar de máxima vulnerabilidad (Robles Mejía, et al, 2021).

Según el estudio realizado por los autores Robles Mejía, et al, (2021), la depresión se asocia en las personas con discapacidad, a alteraciones en lo emocional que son producto del declive en la función cognitiva y física. La discapacidad se convierte así, en un factor de riesgo para la depresión. Es por ello que, los autores enfatizan en el problema de la pérdida de autonomía y dependencia funcional, que ocurre como producto del déficit físico, y del impacto que este tiene en el deterioro de la salud mental.

No obstante, la depresión en las personas con discapacidad adquirida, también es causada por la determinación del contexto socio-ambiental. Retomando la definición de discapacidad, desde la cual no se trata de un atributo excluyente de la persona, sino que consiste en ser un problema social y político, debido a las barreras que se imponen, hay que decir que la discapacidad, afecta también en la salud mental, debido a la desigualdad de condiciones a las que debe enfrentarse quien la padece. El impacto negativo de de la adquisición de la deficiencia, se manifiesta con reacciones y sentimientos de tristeza, frustración, malestar e impotencia, frente a la percepción de injusticia social, y hasta en algunos casos, frente a la discriminación por poseer una anomalía orgánica visible (Cedeño Cedeño y Sarmiento Delgado, 2019).

De acuerdo a estas aproximaciones, la depresión se presentaría como un problema de salud mental bastante frecuente en la población de personas con discapacidad. Esto merece ser tenido en cuenta debido a la gravedad que involucra el trastorno en cuestión, que no solo afecta a la calidad de vida de las personas, (como consecuencia del deterioro funcional y la pérdida de autonomía), sino también, que involucra serios riesgos para la vida, por su vinculación directa con ideación suicida o incluso intentos de suicidio. Frente a ello, se requiere entonces, la detección temprana del trastorno, con el fin de tomar medidas de prevención y tratamiento, tanto para la persona con discapacidad adquirida, como para su entorno familiar cercano (Valdivieso Hidalgo, 2017).

El DSM V, proporciona los criterios diagnósticos para esta categoría psicopatológica y una clasificación de distintos tipos de trastornos depresivos, dentro de los cuales se encuentran: a) el Trastorno Depresivo Mayor, b) el Trastorno Depresivo Persistente (distimia), c) el Trastorno Depresivo debido a otra afección médica, entre otros (APA, 2014, p. 155). Vale mencionar que, frente a la presunción de un trastorno en el estado de ánimo en una persona con discapacidad adquirida, se requiere la realización de un diagnóstico diferencial, por ejemplo, con el duelo, como fue oportunamente mencionado e incluso, con el Trastorno de Adaptación, incluido dentro de los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (APA, 2014, pp. 180 - 183).

Discapacidad y Calidad de vida

Finalmente, y aunque no constituye una variable del presente estudio, de acuerdo al impacto que tiene la adquisición de discapacidad, en la calidad vida de las personas, se hace preciso mencionar algunas consideraciones al respecto.

Según Robles-Espinoza, et al, (2016) la calidad de vida es un término multidimensional y a su vez, difícil de definir, ya que involucra aspectos subjetivos que son los que influyen en la percepción de bienestar físico, mental y social, y que no tienen que ver exclusivamente con la ausencia de enfermedad. Es decir, la calidad de vida, en tanto concepto multidimensional, debe ser evaluada en función de tener en cuenta cada dimensión que es parte del sujeto y que se manifiesta en las creencias, experiencias, percepciones y expectativas del mismo. Es así, que la calidad de vida es definida usualmente como la percepción de bienestar derivada de la evaluación que hace cada persona, tanto de elementos objetivos como subjetivos en las distintas dimensiones de

su vida. Los autores, destacan dos elementos de este constructo: por un lado, la capacidad de poder realizar actividades diarias que reflejan el bienestar físico, psicológico y social; y por el otro, la satisfacción con el funcionamiento y los síntomas derivados del control de la enfermedad o el tratamiento (p.121).

De acuerdo con ello, se hace preciso considerar el grado o nivel de bienestar que perciben las personas luego de adquirir una discapacidad, dado que el déficit, como fue antes mencionado, impone barreras y limitaciones en el desarrollo de actividades, así como restricciones en la participación, condicionando considerablemente el pleno desarrollo del sujeto en cada una de sus dimensiones, e impactando fundamentalmente en la salud mental y emocional, y aún en los procesos de rehabilitación y recuperación.

A partir del recorrido teórico elaborado y luego de sentar las bases conceptuales sobre las que se apoya este trabajo, se procede a la definición de la metodología más apropiada y ajustada a los objetivos de la investigación.

MÉTODO

Participantes

Participaron del presente estudio $N = 31$ sujetos. El 58.1% ($n = 18$) era del sexo femenino y 41.9% ($n = 13$) era del sexo masculino. El rango de los participantes fue de entre 23 y 80 años ($M = 47.65$, $DE = 14.82$).

Se realizó un muestreo por bola de nieve, obteniendo de este modo un muestreo no probabilístico. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y participaron de manera voluntaria firmando un consentimiento informado.

Criterios de Inclusión/Exclusión:

Inclusión: Para ser incluidos en el presente estudio los participantes debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión: a) Situación de salud: poseer discapacidad física adquirida; b) Edad: Personas mayores de 18 años; c) Lugar de residencia: Residir en las ciudades de Cipolletti o Neuquén Capital, para poder brindar una entrevista presencial; y, d) Firma del consentimiento informado.

Exclusión: No participaron del presente estudio: a) personas con discapacidades intelectuales y/o congénitas; b) personas menores de edad; c) que residieran en otras localidades fuera de Cipolletti o Neuquén Capital; y, d) personas que no den su consentimiento informado.

Diseño

Se llevó a cabo un estudio empírico de carácter cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal. Las variables analizadas fueron: a) Estrategias de Afrontamiento; b) Depresión; y c) Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel socioeconómico auto percibido, nivel educativo, ocupación, información sobre el hogar y grupo conviviente, diagnóstico médico, tipo de discapacidad, tiempo del diagnóstico, Certificado Único de Discapacidad, síntomas físicos y psicológicos/emocionales, actividades limitadas o restringidas, dispositivos de apoyo, tratamiento actual, tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, medicación psiquiátrica y asesoramiento sobre la discapacidad).

Instrumentos

Para llevar a cabo el estudio proyectado, se empleó en principio, un Cuestionario sociodemográfico de elaboración propia, conformado por 21 preguntas, referidas a información personal, información sobre el hogar, situación de salud, limitaciones y dispositivos, y acerca del tratamiento y control de la discapacidad. El cuestionario fue mixto, incluyendo 16 preguntas de respuesta cerrada y 5 preguntas de respuesta abierta (preguntas acerca del diagnóstico médico, acerca de los síntomas físicos y psicológicos, acerca de las actividades limitadas o restringidas y acerca del uso de dispositivos).

Por otra parte, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck BDI-II (Beck, et al, 2006) para medir depresión, el cual consiste en ser un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple.

Finalmente se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés —CAE— (Sandín y Chorot, 2003), adaptado a Discapacidad Adquirida, para medir Estrategias de afrontamiento en la población seleccionada; se trata de una medida de autoinforme de 42 ítems, que en estudios exploratorios presentó una estructura factorial de 7 dimensiones a saber: 1) Focalización en la solución del problema, 2) Autofocalización negativa, 3) Reevaluación positiva, 4) Expresión emocional abierta, 5) Evitación, 6) Búsqueda de apoyo social, 7) Religión. El formato es de tipo Likert, con 5 posibilidades de respuesta (de nunca a casi siempre).

Procedimiento

Se estableció un primer contacto con tres personas que presentaban la condición de discapacidad física adquirida, pertenecientes a las ciudades de Cipolletti y Neuquén capital. Mediante llamados telefónicos y/o mensajes instantáneos, según el caso, se les consultó en esta primera instancia de contacto, si podrían destinar una hora de su tiempo, para la realización de una entrevista presencial, referida a su situación de salud. Una vez obtenida su conformidad, se procedió a pactar una fecha y lugar de encuentro. Vale mencionar que a partir de estos tres participantes se pudo obtener los datos de contacto de otras personas que cumplían con los criterios de inclusión, y que posteriormente fueron entrevistadas.

Con respecto a la instancia de encuentro presencial, la mayoría de los participantes estuvo de acuerdo en realizar la entrevista en su domicilio particular. Esto debido principalmente a las dificultades que presentaban en la movilidad. Muy pocos

participantes accedieron a trasladarse a un lugar imparcial, tal y como fue la sede de Uflo en Cipolletti.

Las entrevistas por su parte, tuvieron en principio, una instancia de explicación tanto del objetivo del presente estudio, como de los instrumentos a ser utilizados. A continuación, se procedió a realizar la firma del consentimiento informado y finalmente a tomar los cuestionarios preestablecidos. En la mayoría de los casos, debido a los tipos de discapacidades que presentaban los entrevistados, se procedió a leer y preguntar de forma oral los distintos enunciados y opciones de respuesta de los cuestionarios. Se comenzó en todos los casos con el cuestionario sociodemográfico prosiguiendo con el Inventario de Depresión de Beck y luego con el CAE. Finalmente se brindó un espacio de algunos minutos para que los participantes pudieran expresar cómo se habían sentido durante la entrevista. Esta última instancia, si bien no se evaluó, fue importante y necesaria para agradecer y dar por culminada su participación.

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora y treinta minutos. El periodo de entrevistas realizado de esta manera, llevó aproximadamente, tres semanas, durante el mes de septiembre del corriente año.

Análisis de datos

Se analizaron los datos obtenidos en el cuestionario sociodemográfico, inventario de depresión y cuestionario de estrategias de afrontamiento con estadísticos descriptivos, analizando los puntajes (medias y desvíos estándar) para cada una de las variables en análisis. Por otra parte, se analizaron diferencias entre grupos en variables de estrategias de afrontamiento con análisis estadísticos inferenciales (prueba t). Por último, se analizaron las relaciones entre las variables medidas a partir de pruebas estadísticas inferenciales (r de Pearson).

Aspectos éticos

Como requisito indispensable, se solicitó a los participantes completar el consentimiento informado y se les proporcionó información de contacto, para posibilitar la comunicación con la autora del presente estudio, a fin de poder realizar cualquier pregunta o recomendación. Se garantizó la confidencialidad de la información recopilada,

y se informó a los participantes la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin perjuicio alguno. El presente estudio forma parte del Trabajo Final Integrador de grado de la carrera de Psicología de la Universidad de Flores, sede Comahue, cuya tesista es Julia Lorena Vazquez. La dirección del trabajo quedó a cargo de la Lic. Agustina Reale Berrueta. El estudio sigue los lineamientos éticos de la American Psychological Association (APA, 2010). La muestra participó de forma voluntaria siguiendo las pautas de la Declaración de Helsinki y la normativa de protección de datos.

RESULTADOS

En relación con los datos sociodemográficos pertenecientes a la muestra, se encontró que el 41.9% ($n = 13$) era de estado civil casada/o, el 35.5% ($n = 11$) era soltera/o, el 19.4% ($n = 6$) era divorciada/o, y el 3.2% ($n = 1$) estaba en convivencia.

El 67.7% ($n = 21$) de los participantes pertenecía a las localidades de Cipolletti, Río Negro y el 32.3% ($n = 10$) tenía domicilio en Neuquén Capital.

Con respecto al nivel socioeconómico, el 61.3% ($n = 19$) de los entrevistados respondió que pertenecían a un nivel socioeconómico medio, el 35.5% ($n = 11$) expresó tener un nivel bajo, y el 3.2% ($n = 1$) dijo tener un nivel socioeconómico alto.

En cuanto al nivel educativo, el 41.9% ($n = 13$) de los participantes tenía estudios secundarios, el 29% ($n = 9$) alcanzó estudios universitarios, el 25.8% ($n = 8$) tenía estudios terciarios, y el 3.2% ($n = 1$) realizó posgrados.

En relación a la ocupación actual, el 38.7% ($n = 12$) de los entrevistados, refirió ser empleado, el 32.3% ($n = 10$) expresó tener otra ocupación, entre las que se mencionó el trabajo como emprendedor y algunos casos que recibían pensión por discapacidad. El 25.8% ($n = 8$) era jubilado y el 3.2% ($n = 1$) era estudiante.

Con respecto a la información sobre el hogar, el 74.2% ($n = 23$) de los evaluados convive con su familia, el 22.6% ($n = 7$) vive solo, y el 3.2% ($n=1$) convive con amigos. Vale decir, ninguno de los evaluados, al momento de la entrevista requería cuidadores. Por otra parte, el 58.1% ($n = 18$) de los participantes no tenía personas a cargo, mientras que el 41.9% ($n = 13$) si poseía personas a su cargo.

En referencia al estado de salud, en la Tabla 1 se presentan los resultados de los distintos diagnósticos médicos que fueron recogidos en las entrevistas.

Tabla 1*Diagnóstico Médico y frecuencias*

| <i>Diagnóstico</i> | <i>Frecuencia</i> | <i>%</i> |
|--|-------------------|------------|
| Accidente Cerebro Vascular | 4 | 12.9 |
| Necrosis de fémur | 3 | 9.7 |
| Hernia discal y compresión de nervio sensitivo | 2 | 6.5 |
| Lesión plexo braquial brazo derecho por accidente | 2 | 6.5 |
| Hipoacusia severa | 2 | 6.5 |
| Amputación de dedos de la mano por accidente | 2 | 6.5 |
| Desviación lateral de columna | 1 | 3.2 |
| Amputación de Pierna por accidente | 1 | 3.2 |
| Vaciamiento ganglionar unilateral | 1 | 3.2 |
| Desgaste de fémur | 1 | 3.2 |
| Fractura expuesta por accidente | 1 | 3.2 |
| Lesión medular por accidente | 1 | 3.2 |
| Desprendimiento de retina y uveítis crónica | 1 | 3.2 |
| Retinitis pigmentaria y glaucoma | 1 | 3.2 |
| Poliomielitis | 1 | 3.2 |
| Fractura de fémur por accidente | 1 | 3.2 |
| Lupus eritematoso sistémico | 1 | 3.2 |
| Neurinoma del acústico | 1 | 3.2 |
| Síndrome de Guillain Barré | 1 | 3.2 |
| Corte de arteria radial y tendones por accidente | 1 | 3.2 |
| Pérdida de miembros superiores y nariz por accidente | 1 | 3.2 |
| Enfermedad renal crónica | 1 | 3.2 |
| <i>Total</i> | <i>31</i> | <i>100</i> |

De acuerdo a los distintos diagnósticos y patologías que presentan los participantes, se pudo clasificar el tipo de discapacidad, entre las cuales se halló que el 74.2% ($n = 23$) poseía discapacidad de tipo física motora, el 6.5% ($n = 2$) tenía una discapacidad física visceral y el 6.5% ($n = 2$) presentó ambos tipos. Así mismo se encontró que el 6.5% ($n = 2$) tenía una discapacidad de tipo visual, y el 6.5% ($n = 2$) restante presentó discapacidad auditiva. De acuerdo a ello, se encontró que el 74.2% ($n = 23$) de los examinados poseía Certificado Único de Discapacidad (CUD) y el 25.8% ($n = 9$) al momento de la entrevista, no lo había tramitado aún. Con respecto al tiempo que los participantes llevan conviviendo con la discapacidad adquirida, se presentó un rango en años que va desde 1 a 55 años ($M = 47.16$, $DE = 12.646$).

En relación a la sintomatología que padecían los participantes, los resultados se presentan en la Tabla 2, donde se distingue la frecuencia, tanto de los síntomas físicos, como de los psíquicos/emocionales. Se destaca que, entre los síntomas físicos más frecuentes, con el 38.7% ($n = 12$) aparece el dolor crónico y la reducción del movimiento.

Así mismo, de entre los síntomas psíquicos/emocionales más prevalentes, el 22.6% ($n = 7$) manifestó padecer de ánimo deprimido, el 19.4% ($n = 6$) expresó sentir a menudo frustración y enojo por su situación de salud, y el 16.1% ($n = 5$) padece miedo y ataques de pánico como consecuencia de la adquisición de la discapacidad.

Tabla 2

Sintomatología asociada a la Discapacidad Física Adquirida

| <i>Tipo</i> | <i>Síntomas</i> | <i>Frecuencia</i> | <i>%</i> |
|---|---|-------------------|------------|
| <i>Síntomas Físicos</i> | Dolor inflamación crónicos y reducción del movimiento | 12 | 38.7 |
| | Dolor crónico e infecciones recurrentes | 3 | 9.7 |
| | Dolor, debilidad y entumecimiento | 2 | 6.5 |
| | Úlceras en la piel | 2 | 6.5 |
| | Hemiparesia | 2 | 6.5 |
| | Rigidez y Falta de sensibilidad en extremidad | 2 | 6.5 |
| | Presión Ocular y pérdida de visión | 1 | 3.2 |
| | Espasticidad y Hemiplejia | 1 | 3.2 |
| | Vértigo postural y Disartria | 1 | 3.2 |
| | Renguera por parálisis temporal | 1 | 3.2 |
| | Vértigo crónico, sordera y parálisis facial | 1 | 3.2 |
| | Dolor e hipersensibilidad | 1 | 3.2 |
| | Disfunción renal | 1 | 3.2 |
| | Pérdida de audición y vértigo | 1 | 3.2 |
| | <i>Total</i> | | <i>31</i> |
| <i>Síntomas Psíquicos y emocionales</i> | Ánimo deprimido | 7 | 22.6 |
| | Frustración y enojo | 6 | 19.4 |
| | Miedo y ataques de pánico | 5 | 16.1 |
| | Angustia | 3 | 9.7 |
| | Negación y vergüenza | 3 | 9.7 |
| | Ansiedad | 2 | 6.5 |
| | Aplanamiento afectivo | 1 | 3.2 |
| | Dificultad lecto-comprensiva y falta de concentración | 1 | 3.2 |
| | Sentimientos de indefensión e incomodidad | 1 | 3.2 |
| | Autolesiones | 1 | 3.2 |
| | Retraimiento | 1 | 3.2 |
| <i>Total</i> | | <i>31</i> | <i>100</i> |

De acuerdo a estos datos, se les consultó a los participantes por aquellas actividades en las que encontraban limitaciones o veían restringida su participación, para lo cual, el 41.9% ($n = 13$) refirió tener dificultades para caminar y trasladarse por medios propios. El 38.7% ($n = 12$) mencionó la necesidad de readecuaciones laborales, tanto a nivel de infraestructura edilicia, como en cuanto a la reducción de la carga horaria y hasta algunos casos, la pérdida irreversible del puesto laboral. El 6.5% ($n = 2$) de los

examinados, expresó que no puede efectuar actividades de impacto, así como el 3.2% ($n = 1$) no puede realizar deportes, el 3.2% ($n = 1$) tiene dificultades para efectuar funciones de sostén en la crianza de sus hijos. Otro 3.2% ($n = 1$) asumió que ya no puede conducir debido a la discapacidad y el 3.2% ($n = 1$) restante, expresó que no puede manipular objetos con autonomía.

A su vez, se indagó sobre el uso de ciertos dispositivos que reemplazan o colaboran en el apoyo de alguna función corporal. En este sentido, el 41.9% ($n = 13$) de los examinados refirió poseer prótesis interna no removible, el 6.5% ($n = 2$) utiliza una prótesis externa y el 9.7% ($n = 3$) cuenta con ambos tipos de dispositivos. El 32.3% ($n = 10$) utilizan dispositivos de tipo ortopédicos tales como bastón, férula, arnés, andador, entre otros. Finalmente, el 9.7% ($n = 3$) de los participantes mencionó no precisar de este tipo de dispositivos.

Con respecto al tratamiento y control de la discapacidad y sus secuelas, el 71% ($n = 22$) se encuentra actualmente con tratamiento médico, realizando kinesiología, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otras modalidades terapéuticas. El 29% ($n = 9$) restante no realiza tratamiento ni seguimiento médico en la actualidad.

Así mismo, se halló que, el 54.8% ($n = 17$) de los entrevistados no realiza ni realizó tratamiento psicológico/psiquiátrico para afrontar la discapacidad adquirida, mientras que, el 45.2% ($n = 14$) ha realizado o se encuentra actualmente en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Es así que, del total de examinados, el 38.7% ($n = 12$) debe complementar sus tratamientos con psicofármacos ansiolíticos y antidepresivos.

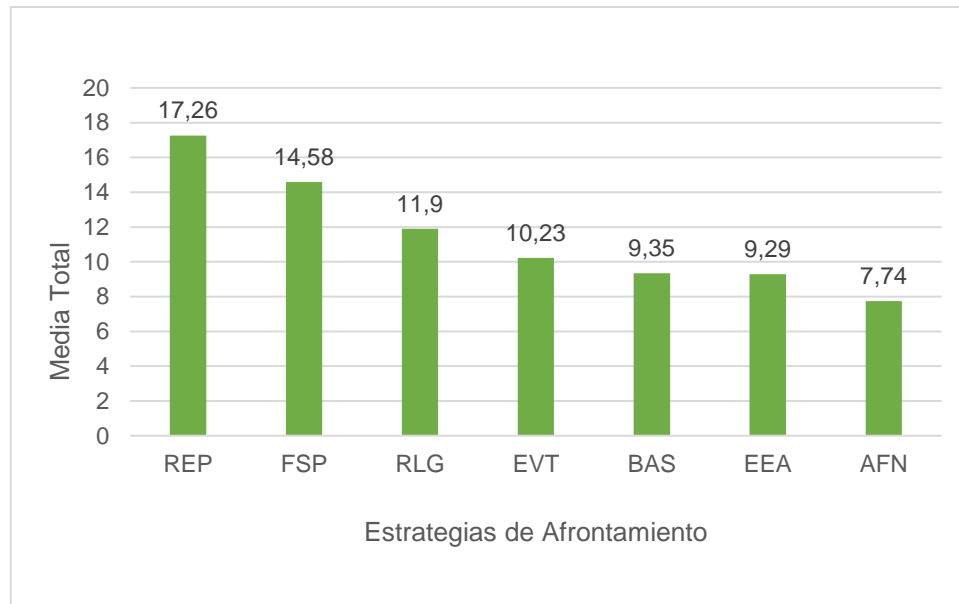
Finalmente, de acuerdo a los datos obtenidos con el cuestionario sociodemográfico, el 61.3% ($n = 19$) refirió haber recibido educación y/o asesoramiento sobre cómo manejar la discapacidad adquirida en su vida diaria, mientras que el 38.7% ($n = 12$) no tuvo acceso a ello.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento evaluadas en la muestra (ver Fig.1), se pudo identificar que, para la estrategia Reevaluación Positiva (REP), la media fue de $M = 17.26$ ($DE = 4.40$). Por su parte la estrategia Focalización en la solución del problema (FSP) presentó una media de $M = 14.58$ ($DE = 4.03$) mientras que en la estrategia Religión (RLG) la media fue de $M = 11.90$ ($DE = 7.59$). Para la estrategia Evitación (EVT) la media se ubicó en $M = 10.23$ ($DE = 5.67$), y para Búsqueda de apoyo social (BAS), los participantes obtuvieron una media igual a $M = 9.35$ ($DE = 5.70$). En referencia a la estrategia de Expresión emocional abierta (EEA) la media fue de $M = 9.29$ ($DE = 6.06$),

y finalmente en la estrategia de Autofocalización Negativa (AFN), la media fue de $M = 7.74$ ($DE = 4.62$).

Figura 1.

Estrategias de afrontamiento evaluadas en la muestra.



Por otra parte, se evaluó si existían diferencias en relación a el sexo en las siguientes estrategias de afrontamiento. Se encontró para la estrategia REP que la media $M = 17.28$ ($DE = 4.47$) para el sexo femenino y una media $M = 17.23$ ($DE = 4.48$) para el sexo masculino, no encontrándose diferencias significativas entre los diferentes sexos analizados $t_{(29)} = 0.29$, $p = .730$, $d = 4.47$.

Para la estrategia FSP la media en el sexo femenino fue de $M = 13.83$ ($DE = 4.15$) y para el sexo masculino $M = 15.62$ ($DE = 3.78$), es así que no se encontraron diferencias significativas en los sexos examinados $t_{(29)} = -1.23$, $p = .671$, $d = 4.00$.

En la estrategia RGL, la media en el sexo femenino se ubicó en $M = 13.83$ ($DE = 7.46$) y en el sexo masculino $M = 9.23$, ($DE = 7.19$) no hallándose diferencias significativas al respecto $t_{(29)} = 1.72$, $p = .483$, $d = 7.35$.

Para la estrategia EVT la media en el sexo femenino fue de $M = 9.17$ ($DE = 6.11$), y en el sexo masculino la media fue de $M = 11.69$ ($DE = 4.84$), no presentando los participantes diferencias significativas en cuanto al sexo $t_{(29)} = -1.24$, $p = .215$, $d = 5.62$.

Con respecto a la estrategia BAS la media que presentó el sexo femenino fue de $M = 8.44$ ($DE = 5.93$) y para el sexo masculino fue de $M = 10.62$ ($DE = 5.32$) no hallándose diferencias significativas en la correlación $t_{(29)} = -1.05$, $p = .380$, $d = 5.69$.

Para la estrategia EEA la media en el sexo femenino fue de $M = 9.61$ ($DE = 6.78$) y para el sexo masculino fue de $M = 8.85$ ($DE = 5.15$) no presentando de esta manera los evaluados, diferencias significativas en el sexo $t_{(29)} = .34$, $p = .227$, $d = 6.15$.

Finalmente, con respecto a la estrategia AFN, la media para el sexo femenino se ubicó en $M = 7.67$ ($DE = 5.29$) y para el sexo masculino $M = 7.85$ ($DE = 3.71$) no hallándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo $t_{(29)} = -.105$, $p = .18$, $d = 4.70$.

Por otro lado, y para dar respuesta al objetivo de análisis de la existencia de indicadores de depresión, se analizó la puntuación total de los datos obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck. De acuerdo a ello, se encontró que los participantes obtuvieron una media de $M = 14.74$ ($DE = 9.70$). Por otra parte, se evaluó si existían diferencias en relación a el sexo en los indicadores recién mencionados. Se encontró que la media $M = 13.44$ ($DE = 7.76$) para el sexo femenino y una media $M = 16.54$ ($DE = 12.04$), no encontrándose diferencias significativas en indicadores de depresión entre los diferentes sexos analizados $t_{(29)} = -.87$, $p = .802$, $d = 9.74$. Estos datos reflejan que los indicadores de depresión obtenidos en la muestra corresponden a *depresión leve* según baremos para la población argentina.

En función de dar respuesta al último objetivo específico sobre si existe relación entre estrategias de afrontamiento, depresión, edad y sexo en personas con discapacidad adquirida, se encontró que existe relación estadísticamente significativa para las variables estrategia de EEA y Depresión $r_{(29)} = .576$, $p = < .001$. También se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables Depresión y la estrategia AFN $r_{(29)} = .462$, $p = .009$. Es así, que se halló relación estadísticamente significativa entre las estrategias BAS y EEA $r_{(29)} = -.486$, $p = .006$. Así mismo, entre las estrategias FSP y BAS $r_{(29)} = .458$, $p = .010$. Correlacionaron significativamente también las estrategias de AFN y REP $r_{(29)} = -.383$, $p = .033$. La estrategia de AFN también correlacionó significativamente con la estrategia de EEA $r_{(29)} = .510$, $p = .003$; y con la estrategia EVT $r_{(29)} = .403$, $p = .025$. Por su parte, las estrategias EEA y EVT correlacionaron significativamente $r_{(29)} = .372$, $p = .040$; a su vez, la estrategia de EVT

presentó relación estadísticamente significativa con la estrategia de FSP $r_{(29)} = .493$, $p = .005$.

En las demás variables analizadas (edad y sexo), no se observaron relaciones significativas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, y en términos sociodemográficos, es posible decir, que los sujetos analizados, en su mayoría, evidenciaron convivir con una discapacidad física de tipo motriz, reafirmando así, los datos arrojados por INDEC (2018), donde se presenta este tipo de discapacidad física, como la más prevalente entre la población estudiada. Además, en la muestra analizada, se demostró que no todos los participantes poseían Certificado Único de Discapacidad (CUD), aun cuando padecen una situación de salud que amerita la gestión y el uso de dicho certificado, para el pleno ejercicio de sus derechos. La falta de dicho certificado, en muchos casos, según fue mencionado en las entrevistas se relaciona con desconocimiento y falta de asesoramiento al respecto.

En lo relativo a barreras tanto internas como externas, se halló que casi la mitad de los participantes encontraban limitaciones o veían restringida su participación en las actividades de la vida cotidiana, debido principalmente a la dificultad para caminar o trasladarse por medios propios; atribuyendo a sí mismos la causa de tal limitación, tratándose así de barreras funcionales. Sin embargo, tal y como señala Botero Soto (2013), las barreras funcionales, pueden reducirse, al trabajar sobre las barreras externas, sociales, y físico- ambientales. Otro hallazgo significativo en este sentido, tiene que ver con el hecho de que menos de la mitad de los entrevistados, han tenido readecuaciones laborales o perdido sus trabajos producto de la adquisición de la discapacidad. Es así que, los datos recogidos, sugieren la necesidad de intervenciones político-sociales, que reduzcan las barreras y promuevan la autonomía de los sujetos con discapacidad física, así como la percepción de bienestar subjetivo en el futuro inmediato.

La investigación llevada a cabo, además, recabó datos sustanciales acerca de la realización de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por parte de los participantes; donde el menos de la mitad de los entrevistados, realiza o realizó este tipo de tratamiento para afrontar la discapacidad adquirida. Resulta importante considerar en este punto, que más de la mitad de los sujetos entrevistados, no recibió ni recibe acompañamiento psicológico, para elaborar y transitar la adversidad, que supone adquirir una discapacidad física. Esto, no solo en términos de malestar psicoemocional, sino también, teniendo en cuenta que un porcentaje importante de los participantes, convive con dolor crónico, con la consecuente repercusión anímica que esto conlleva. Además, del total de

examinados, menos de la mitad de los participantes realiza actualmente tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos.

En lo referente a estrategias de afrontamiento, de acuerdo a los datos obtenidos, las estrategias que obtuvieron los puntajes de media más elevados, fueron en primer lugar, la estrategia de REP, y en segundo lugar la de FSP. Esta misma tendencia fue hallada en el estudio de Torregrosa Ruiz y Tomás Miguel (2017), quienes administraron el CAE a personas con lesión medular. Por otra parte, en el presente trabajo se encontró a la estrategia de RLG y la de EVT ocupando el tercero y cuarto lugar respectivamente. En cambio, los autores antes citados hallaron la estrategia RGL como la menos utilizada. Por otra parte, en este estudio, las estrategias que puntuaron medias más bajas, fueron: la estrategia de BAS, la estrategia de EEA, y en último lugar, la estrategia de AFN.

De acuerdo a los datos encontrados sobre las estrategias de afrontamiento analizadas, y según lo esbozado por Lazarus y Folkman (1986), las personas con discapacidad física adquirida, parecen priorizar el uso de estrategias tanto pasivas como activas para afrontar su situación de salud. Es decir, ponen en marcha estrategias dirigidas, por un lado, a regular la respuesta emocional, a reducir el malestar interno, pero también, utilizan estrategias dirigidas hacia la solución del problema. La reevaluación positiva, dependiendo el caso, puede corresponder a ambos tipos de estrategias, así como, la religión (según las creencias y prácticas religiosas que se efectúen). Sin embargo, la estrategia de Focalización en la solución del problema, indudablemente corresponde a un tipo de afrontamiento más bien activo, en donde los sujetos, deciden abordar directamente el problema para poder remediarlo. La estrategia de evitación por su parte, corresponde a un tipo de afrontamiento pasivo, donde los sujetos priorizan la evasión del problema y el malestar emocional que este le provoca, huyendo del mismo, con negación en algunos casos, o con la búsqueda de distracciones.

En referencia al análisis realizado para indagar posibles relaciones entre el tipo de estrategia de afrontamiento y el sexo de los participantes, en este estudio no se hallaron diferencias significativas, sin embargo, en el trabajo realizado por Torregrosa Ruiz y Tomás Miguel (2017), los resultados indicaron diferencias significativas en cuanto al sexo, en las estrategias de BAS y en EEA. De acuerdo a ello, las mujeres utilizarían en mayor medida las estrategias de BAS y de EEA para afrontar la adquisición de la discapacidad, dato que no pudo ser corroborado en el presente estudio.

Además, resulta oportuno en este punto, realizar una comparación con las medias teóricas halladas por los creadores del CAE, Sandín y Chorot (2003), quienes realizaron la aplicación del cuestionario en una población de personas sanas, vale decir, sin discapacidad. En su trabajo, los autores encontraron que las estrategias de REP, la FSP y la BAS, se presentaron con mayor frecuencia en la muestra analizada. Podría decirse entonces, que de forma similar se halló la misma tendencia para el uso de estrategias como REP y FSP, en el presente estudio. De esta comparación, se hace evidente la importancia hacía el enfoque en los aspectos positivos del problema para poder afrontarlo, y el abordaje directo del mismo.

Con respecto a la estrategia de BAS, en el estudio de Sandín y Chorot (2003), la media se ubicó entre las más altas, mientras que, en el presente estudio, las personas con discapacidad adquirida, puntuaron significativamente más bajo en dicha estrategia. Teniendo en cuenta que la BAS puede ser una estrategia tanto activa como pasiva, sería importante evaluar en qué medida se la utiliza de una u otra forma y la vez, promover en futuras intervenciones, el uso de la misma de manera activa. Los beneficios de contar con el apoyo social, ya sea de amigos, familiares u otros profesionales, tiene un impacto notable y positivo en los procesos de rehabilitación, adaptación y en definitiva, en la calidad de vida de las personas con discapacidad (Torregrosa Ruiz y Tomás Miguel, 2017).

En este mismo sentido, la comparación de frecuencias medias con en el trabajo de Sandín y Chorot (2003) muestra que, estrategias como EVT, seguido de AFN, EEA y RGL, arrojaron puntajes bajos, indicando una menor frecuencia de uso. En este caso, se observa cómo las personas sanas, no acuden a la Religión y la Evitación con tanta frecuencia, como si lo hacen las personas con discapacidad física adquirida.

Con respecto a las estrategias EEA y AFN si bien siguen la tendencia de ser menos utilizadas (tanto por la población de personas sanas como por las personas en situación de discapacidad), resulta significativa la diferencia de puntajes. En el estudio de Sandín y Chorot (2003), las medias de EEA y AFN puntuaron más bajo que lo hallado en el presente estudio. Con respecto a la EEA, en tanto estrategia activa que tiene que ver con la verbalización de emociones y sentimientos; podría decirse que las personas con discapacidad adquirida, parecen tener mayor necesidad de expresión en este sentido. Por su parte, la AFN, como estrategia pasiva, dirigida a reducir el malestar

emocional, implica el enfoque y la atención sobre los aspectos negativos o desfavorables de la situación problemática. Estos datos parecen mostrar que las personas con discapacidad adquirida, se encuentran más enfocadas en sus debilidades y limitaciones que las personas sanas.

Por otra parte, y en base a lo estudiado sobre la variable depresión, en este trabajo, se hallaron indicadores para depresión leve. En cambio, en la investigación realizada por Cedeño Cedeño y Sarmiento Delgado (2019), los indicadores de depresión observados fueron más elevados, indicando una puntuación correspondiente a depresión moderada. Esta comparación, no obstante, debe tener en cuenta que la población analizada, se restringe a jóvenes estudiantes universitarios con discapacidad motriz, donde la presencia de depresión en grado moderado, podría vincularse a otras variables como proyecto de vida. Recordemos, en el presente estudio, el rango etario fue más amplio, así como la realidad ocupacional de los participantes.

Finalmente, y en relación a la hipótesis de este trabajo, no se hallaron relaciones significativas en cuanto a sexo y edad, pero se confirmó que existe relación estadísticamente significativa, entre depresión y ciertas estrategias de afrontamiento a saber: la EEA correlacionó positivamente con esta variable, así como la estrategia AFN. Del mismo modo, los resultados demostraron correlación positiva entre ambos tipos de estrategia. Esto podría dar cuenta, de que el ánimo deprimido de los participantes, implica el uso de estrategias tanto activas como pasivas, en cuanto a la verbalización y expresión de emociones. La EEA en relación directa a la AFN, indica la expresión de emociones que probablemente sean negativas, o centradas en los aspectos desfavorables y limitantes de sí mismo y de la situación de salud que ha sobrevenido.

En conclusión, los resultados obtenidos en la presente investigación resultan altamente relevantes en tanto contribuyen en principio, a la identificación de las estrategias de afrontamiento más prevalentes, utilizadas por las personas con discapacidad física adquirida. Esto puede proporcionar información de gran valor para el campo científico, sobre qué estrategias se encuentran asociadas a un mejor manejo de la depresión, y cuáles podrían ser menos efectivas.

En este sentido, el aporte fundamental de este trabajo, radica en la visibilización de una problemática de salud mental, en la que poco se ha indagado en el país, y sobre todo en la zona del Alto Valle. Vale mencionar, que, durante la búsqueda de

antecedentes, no se hallaron investigaciones similares en Argentina y mucho menos en la región.

El trabajo realizado aporta, además, información relevante en cuanto a factores sociodemográficos que podrían ser analizados a futuro, como determinantes en la vivencia de la adquisición de la discapacidad. Los datos hallados, podrían colaborar en la identificación de factores de riesgo y factores de protección, relacionados con la depresión en personas con discapacidad adquirida. Esto permitiría desarrollar intervenciones específicas para reducir la depresión, promover el bienestar emocional en esta población y en definitiva, para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los resultados hallados en este trabajo, no son extrapolables a toda la población de personas en situación de discapacidad física adquirida, dado que, en principio, el tamaño de la muestra, corresponde al mínimo requerido para este tipo de estudio. Con una muestra de este tamaño, $N = 31$, la variabilidad entre los sujetos participantes pudo ser baja y no representar fielmente la verdadera variabilidad en la población.

Además, debido al tipo de muestreo (no probabilístico por bola de nieve), los resultados no son del todo representativos de la población en cuestión. Nótese que, en este tipo de muestreo, hay escaso control sobre el método de elección de la muestra. Los participantes obtenidos se basan principalmente en el contacto de otros sujetos entrevistados anteriormente, y por ello, la representatividad de la muestra no está del todo garantizada. Se hace preciso en este sentido, tener en cuenta la probabilidad de hallar sesgos de selección y conformidad en los resultados. Estos pueden presentarse como consecuencia de la conexión y cercanía de los participantes entre sí, los cuales comparten rasgos o características similares, afectando a la variabilidad de los datos.

Finalmente, al tratarse de un estudio de corte transversal, se pierden de ser analizados ciertos cambios importantes en las variables de interés, limitando así la comprensión y la interpretación del problema de investigación. Debido a la cronicidad de la situación de salud estudiada, y el impacto de las variables analizadas en este trabajo, se sugiere a futuro, la realización de estudios de corte longitudinal, en los que se contemplen las variaciones que suceden en el paso del tiempo.

De acuerdo a todo lo expuesto, sería beneficioso comparar los resultados con nuevas investigaciones al respecto, sin que esto disminuya la relevancia de los hallazgos antes mencionados.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

A partir de las necesidades observadas en la presente investigación, se sugieren las siguientes propuestas de intervención:

Brindar asesoramiento, acerca de las leyes, los derechos y beneficios que poseen en la región y en Argentina las personas con discapacidad, previstos por el Sistema de Protección Integral de la Nación. Esto teniendo en cuenta que los datos obtenidos, dieron cuenta de un porcentaje de personas que desconocían sus derechos como, por ejemplo, los garantizados por el Certificado Único de Discapacidad.

Se considera necesario también, realizar un abordaje psicoterapéutico individual para tratar la adaptación al cambio de vida, la sintomatología depresiva y otros trastornos asociados, teniendo en cuenta que la población analizada presentó indicadores para depresión. También se sugiere abordar el tipo del afrontamiento de la enfermedad que cada sujeto pone en marcha; de acuerdo a lo hallado en los resultados de esta investigación, algunos de los sujetos, ponderan la evitación como estrategia de afrontamiento, aun cuando esta no sea una solución eficaz y adaptativa.

El abordaje psicoterapéutico individual, resulta necesario también, para brindar apoyo psicológico, dirigido a sobrellevar el dolor físico y crónico, que, según los resultados obtenidos en este estudio, padecen la mayoría de las personas con discapacidad física adquirida.

Por otra parte, se sugiere realizar un abordaje psicoterapéutico grupal, dirigido a reducir las barreras funcionales y sociales de la discapacidad, proveyendo un espacio de apoyo social, inclusión y reinserción social.

Finalmente, resulta necesario brindar espacios de psicoeducación como talleres o capacitaciones, sobre estrategias de afrontamiento del estrés, resolución de problemas y proyecto de vida entre otras temáticas pertinentes.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Denominación:

Programa de Acompañamiento Integral a la Discapacidad Física Adquirida.

Fundamentación

En función de los objetivos propuestos en este trabajo, las variables analizadas y los resultados obtenidos, resulta oportuno como propuesta de intervención, el desarrollo y la implementación de un programa de acompañamiento integral a personas con discapacidad adquirida, con el fin de lograr una mejor calidad de vida. Esto debido al hallazgo de ciertas necesidades encontradas durante el trabajo de campo. Cabe destacar en este punto, el gran porcentaje de personas entrevistadas que no realizaron, ni tuvieron posibilidad de realizar terapia psicológica/psiquiátrica, como una medida psicoprofiláctica. Además de ello, se encontró que muchos de los participantes no recibieron educación o asesoramiento sobre cómo convivir con una discapacidad o incluso, sobre cuáles son sus derechos y/o las políticas sociales diseñadas para reducir barreras (tanto funcionales como sociales o estructurales). Vale decir, que algunos de los entrevistados no poseían CUD, según mencionaron, por desconocimiento de sus derechos.

Otra de las necesidades encontradas, tiene que ver con el uso de estrategias de afrontamiento, en algunos casos poco efectivas, como la puesta en marcha de la evitación, por ejemplo, o el poco uso de estrategias que serían favorables al proceso de adaptación, y que tienen que ver con la búsqueda de apoyo social, sugieren la necesidad de intervención en términos psicoeducativos.

Además, teniendo en cuenta que, dentro de la población analizada, la muestra presentó indicadores para depresión leve, resulta necesario intervenir con medidas de promoción y prevención en salud mental, que puedan colaborar en la detección temprana del trastorno, y reducir el impacto de la sintomatología asociada.

Es así, que el programa estaría dirigido a la realidad de quienes han adquirido una discapacidad física, y que, en el proceso de elaboración del cambio de vida, han desarrollado un malestar psicológico y emocional tal y como puede ser, la depresión, u otros, además del deterioro en la capacidad funcional de los sujetos implicados. Es decir, se tiene en cuenta el impacto global y particular que tiene la adquisición de la discapacidad en la calidad de vida de las personas y su entorno.

La propuesta de este programa consiste en tres dispositivos a saber: La psicoterapia individual (en el marco de la Psicología cognitivo-conductual), los grupos de rehabilitación socio productiva por proyectos, y la realización de talleres psicoeducativos y de actividad física. Dichas intervenciones requieren de un trabajo multidisciplinario que incluye a distintos profesionales y actores comunitarios, tales como profesionales psicólogos, médicos psiquiatras, terapistas ocupacionales, kinesiólogos, profesores de educación física, talleristas y acompañantes terapéuticos entre otros.

Objetivo general

Desarrollar e implementar un Programa de Acompañamiento Integral para Personas con Discapacidad Física Adquirida y Depresión, que integre un espacio de abordaje psicoterapéutico individual, grupos de rehabilitación socio-productiva por proyectos, y talleres psicoeducativos y de actividad física, para manejar el cambio de vida, asociado a la adquisición de la discapacidad.

Objetivos Específicos

- Evaluar mediante psicodiagnóstico el estado de salud mental y las necesidades específicas de las personas con discapacidad física adquirida y depresión.
- Realizar sesiones de psicoterapia individual para mejorar el bienestar emocional de los participantes.
- Promover la inclusión e integración social, la participación activa y la capacidad funcional de los participantes en la comunidad en la que viven a través de los grupos de rehabilitación socio-productiva por proyectos.
- Fomentar el conocimiento de herramientas y habilidades útiles para enfrentar el cambio de vida, a través de talleres de psicoeducación y actividad física.
- Evaluar el impacto del programa en el estado emocional y en la calidad de vida de los participantes.

Metodología de trabajo

La admisión al programa, se realizará mediante un proceso de evaluación psicodiagnóstica y psiquiátrica, a cargo de un profesional psicólogo y un profesional psiquiatra. Mediante una serie de entrevistas clínicas iniciales, se buscará evaluar el estado de salud psicoemocional de las personas, identificar síntomas depresivos y conocer la historia de la discapacidad física adquirida.

Posteriormente, la dinámica de las intervenciones, requerirá la asistencia de los participantes a psicoterapia individual, una vez por semana inicialmente, y luego podrá ampliarse la frecuencia, en función de las necesidades y/o avances observados en el seguimiento. Además, los participantes deberán asistir a encuentros quincenales para incorporarse a la rehabilitación socio-productiva por proyectos. Finalmente se realizarán talleres psicoeducativos vivenciales y espacios de actividad física para los participantes los cuales tendrán una frecuencia mensual.

A) Dispositivo de Psicoterapia Individual

Se organizarán sesiones de psicoterapia individual una vez por semana, según la necesidad y evolución del caso, con el fin de brindar apoyo psicológico, y acompañar el proceso de elaboración/adaptación, que implica la adquisición de la discapacidad en la singular situación de vida de cada participante. El abordaje se realizará mediante el enfoque de psicología cognitivo-conductual, con el cual se buscará prevenir y tratar el desarrollo de trastornos psicopatológicos como la depresión u otros.

- Técnicas psicológicas a desarrollar: Terapia Cognitivo-conductual (Registro de pensamientos, emociones y conductas, Autoinformes, Reestructuración cognitiva, Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento, entre otras).
- Personal encargado: Licenciada en Psicología Julia L. Vazquez.
- Frecuencia: Se habilitarán dos días a la semana para las sesiones, no obstante, los participantes tendrán que asistir solo una vez por semana. Las sesiones tendrán una duración de 45 minutos.
- Lugar: Gabinete psicológico destinado a tal fin.

B) Dispositivo de “Re-habilitación socio productiva por proyectos”

Con el fin de abordar las barreras, tanto funcionales como estructurales y sociales, que se le presentan a las personas en situación de discapacidad, se propone en este dispositivo, re-habilitar a los participantes como sujetos activos. Focalizando el trabajo psicoterapéutico, en la realización de proyectos grupales y comunitarios, en donde las personas, a la vez que comparten experiencias y reciben apoyo mutuo, puedan actualizar y/o renovar sus intereses y aspiraciones personales; adquiriendo habilidades para la resolución de conflictos y el trabajo en equipo; y fundamentalmente en donde, recuperen

la funcionalidad socio-productiva que se perdió, o deterioró como consecuencia de la adquisición de la discapacidad.

Los primeros proyectos a desarrollar consistirán en: 1) la elaboración y conducción de un programa radial; 2) la capacitación y elaboración de un emprendimiento de carpintería artesanal.

Ambos proyectos requieren un período de diseño y planificación grupal, con la consecuente gestión de recursos, y la definición de roles, por lo que se estipula un periodo de entre tres y cuatro meses para tales fines. Posteriormente se ejecutarán las tareas específicas proyectadas en la planificación.

- Técnicas psicológicas a desarrollar: Terapia Cognitiva Orientada a la Recuperación (Morales Vigil et al., 2022)
- Personal encargado: Licenciada en Psicología Julia L. Vazquez, terapeuta ocupacional, acompañantes terapéuticos y profesionales afines a la comunicación/locución radial y a la carpintería.
- Frecuencia: Se realizarán encuentros de una vez por semana con una duración de dos horas.
- Lugar: Salón de usos múltiples para las reuniones grupales de planificación y para el proyecto de carpintería. Radio LU19 de la Ciudad de Cipolletti.

Vale aclarar, que los proyectos antes mencionados, serán de carácter electivo, con el fin de que los participantes puedan incorporarse al más adecuado de acuerdo a sus tiempos, necesidades y afinidades. Además, estará vigente la opción de que el grupo de participantes, proponga y construya nuevos proyectos en los cuales implicarse de principio a fin.

C) Talleres de psicoeducación y actividad física.

Mediante este dispositivo, se pretende psicoeducar a los participantes, de una manera práctica y vivencial, acerca de herramientas y/o estrategias útiles para enfrentar el cambio de vida que implica adquirir una discapacidad. Todo ello desde una perspectiva de derechos, teniendo en cuenta y dando a conocer las leyes nacionales N.º 22.431 y N.º 24.901.

Se realizarán en este espacio, además, talleres dictados por distintos profesionales de la salud, sobre temáticas de interés tales como: nutrición, cuidado de la

Localización Física:

Centros Comunitarios de la ciudad, Complejo Cultural Cipolletti, o espacios a coordinar con la Municipalidad.

Recursos humanos:

Profesionales Psicólogos, Médicos Psiquiatras, Acompañantes terapéuticos, Terapeuta ocupacional, Kinesiólogo, Profesor de educación física, Nutricionista, Talleristas, profesionales de locución y comunicación, carpintero y personal administrativo.

Recursos materiales y financieros:

- Gabinetes y salón de usos múltiples: Espacio físico para la realización de psicoterapia individual, grupal y talleres.
- Test psicométricos.
- Computadoras para el resguardo de datos y registro de historias clínicas.
- Conexión a internet.
- Mobiliario para 20 personas aproximadamente.
- Material para la realización de actividad física como colchonetas, pelotas u otros.
- Redes sociales para efectuar la difusión del programa en la región.
- Se presentará el proyecto al Departamento de Salud Mental del Hospital Público de Cipolletti y la Municipalidad de la ciudad, para solicitar el financiamiento y ejecución del proyecto, así como el pago de honorarios del recurso humano involucrado.

Evaluación y Seguimiento:

Se realizarán evaluaciones antes, durante y al final del programa para medir el impacto en la salud mental, la calidad de vida y la integración social de los participantes. También se evaluará el desempeño del personal y el trabajo del equipo interdisciplinario. Se recopilarán datos cualitativos y cuantitativos para evaluar la eficacia y hacer mejoras continuas al programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (APA) (2010). *Diccionario conciso de Psicología*.
<https://books.google.com.pe/books?id=GIX7CAAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- American Psychological Association (APA) (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5º edición (DSM-5). Ed. Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (s.f.) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Ed. Desclée de Brouwer, S.A
<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2006) BDI-II Inventario de Depresión de Beck *Segunda Edición Manual*. Ed. Paidós.
- Berri, B., Da Silva Bousfield, A. B., Da Silva, J. P. y Giacomozzi, A. I. (2020). “As representações sociais do corpo para pessoas com deficiência física adquirida”. *Ciência Psicológica*. [online]. 2020, vol.14, n.2.
<https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2322>
- Botero Soto, P. A. (2013). “Discapacidad y Estilos de Afrontamiento: Una revisión teórica”. *Revista Vanguardia Psicológica – Clínica Teórica y Práctica*. Año 3, Volumen 3, N° 2. pp. 196-214.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815156>
- Botero, P. A y Londoño, C. (2013). “Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física”. *Acta Colombiana de Psicología*.
http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/186
- Bravo Cedeño, G. R., Párraga Ibarra, U. A. y Vélez Santana A. G. (2019): “Evaluación de la efectividad de las estrategias de afrontamiento usadas por personas con discapacidad física de la ciudad de Portoviejo en el año 2019”. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/10/estrategias-afrontamiento-discapacidad.html>

- Cedeño Cedeño, H. A., y Sarmiento Delgado, D. P. (2019). “Ansiedad y depresión en los estudiantes con diversidad funcional”, *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo* <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/03/estudiantes-diversidad-funcional.html>
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012) *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Ciencia y práctica. Ed. Desclée de Brouwer, S.A. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (s.f.). Personas con discapacidad y acceso a la atención a la salud. Salud.gov.ar <https://salud.gov.ar/dels/entradas/personas-con-discapacidad-y-acceso-la-atencion-la-salud>
- Figueroa M. y González G. (2017). “La vivencia del duelo desde la discapacidad física adquirida por accidente: estudio de dos casos de hombres adultos”. [Tesina de grado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano] <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/4455>
- Gaviria–Bustamante, K., Amador-Ahumada, C., Herazo-Beltrán, Y., y Hernández Galvis, D. (2019). Relación entre el funcionamiento y calidad de vida en personas con discapacidad. *Revista AVFT* Vol. 38 Núm. 3. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16810
- González-Reza, A. K., Arce-Rodríguez, M. C., Zarza Villegas, S. S. (2017). Estudio sobre el duelo en personas con amputación de una extremidad superior o inferior. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 20, Nro 1, 2017. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75803>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018* https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf
- Lazarus R. y Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca. <http://ftp.isdi.co.cu/Docencia/Pregrado/Dise%C3%B1o.de.Comunicaci%C3%B3n>

n.Visual/2do.A%C3%B1o/1er.Semestre/05%20Psicolog%C3%ADa/Bibliograf%C3%ADa/4.%20Procesos%20Afectivos/BIBLIOGRAF%C3%8DA/Relaci%C3%B3n%20P.%20Afectivos%20y%20P%20Cognitivos-Estr%C3%A9s%20y%20Procesos%20Coginitivos-Richard%20Lazarus.pdf

Losada A.V. y Otero M. V. (2016). *Pilares de resiliencia en policías ante una discapacidad física adquirida en acto de servicio*. [Tesina de grado - Universidad Católica Argentina]. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200006&lng=es&tlng=es

Méndez-Ulrich, J. L., Prats-Basset, L., Yagüe, F. y Sanz, A. (2016): Percepción de control, afrontamiento y ajuste psicológico a la discapacidad visual. Ansiedad y estrés. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anyes.2016.09.002>

Mendoza Salazar, M. y Esquivel García, R. (2020). *Factores psico-socio-afectivos que limitan el desempeño de personas con discapacidad atendidas por la fundación Rostro de Jesús, 2018-2019*. Revista Electrónica Cooperación Universidad Sociedad Vol. 5, Nº. 2, 2020 (RECUS). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7685091>

Morales Vigil, T. Grant, P. y Inverso, E. (2022). *Terapia Cognitiva Orientada a la Recuperación TC-R. Manual de Terapia Grupal*. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. <https://beckinstitute.org>

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. (Versión abreviada) Madrid. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) *Informe Mundial sobre Discapacidad*. Repositorio Institucional para compartir información (IRIS). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75356>

Organización Mundial de la Salud (2023) *Discapacidad y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

- Paredes Barreno, G. Z.; y Fierro Villacreses, M. S. (2022). Estrategias de afrontamiento y estrés en personas con discapacidad física. *Revista Eugenio Espejo*, vol. 16, núm. 3, 2022 DOI: <https://doi.org/10.37135/ee.04.15.05>
- Pedras, S., Carvalho, R., Vilhena, E. y Pereira, M. G. (2018) Psychosocial Adjustment to a Lower Limb Amputation Ten Months After Surgery. *Rehabilitation Psychology*. Vol. 63, No. 3, <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000189>
- Polar Macias, A. (2021) *Estrategias de afrontamiento y ajuste psicológico en personas con discapacidad física adquirida*. [Tesis de grado, Universidad de Lima]. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13255/Polar_Macias.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Registro Nacional de Personas con Discapacidad y Agencia Nacional de Discapacidad y Registro Nacional de Personas con Discapacidad (2021) *Anuario Estadístico 2021*. <https://www.argentina.gob.ar/andis/anuarios-estadisticos-nacionales>
- Robles-Espinoza A. I., Rubio-Jurado B., De la Rosa-Galván E. V., Nava-Zavala, A. H. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Revista El Residente*. 2016, Vol. 11, Nro 3, p. 120-125. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68589>
- Robles-Mejía, M. Fernández-Aucapiña, N. Herrera-Hugo, B. y Tapia-Segarra, J. (2021) Ansiedad y depresión en adultos mayores con enfermedades catastróficas y discapacidades del Proyecto de Atención Domiciliaria del cantón Girón. Polo del conocimiento. *Revista Científico-Académica Multidisciplinaria*, Vol 6, No 2 (2021) DOI: 10.23857/pc.v6i2.2240
- Rueda Ruiz, M. B., Aguado Díaz, A. L. y Alcedo Rodríguez, M. A. (2008). "Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía". *Psychosocial Intervention*, vol.17 no.2 Madrid 2008, 109-124. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200002&lng=es&tlng=es

- Sandín, B. y Chorot, P. (2003) Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE: Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2003, Vol 8, Número 1, pp. 39-54. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Suriá Martínez, R. (2015) “Perfiles resilientes y calidad de vida en personas con discapacidad sobrevenida por accidentes de tráfico”. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 29, Suplemento 1, Pp 55-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.016>
- Suriá Martínez, R. (2012). “Resiliencia en Jóvenes con Discapacidad ¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad?”. *Boletín de Psicología*, N° 105, Julio 2012, p75-89. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4011329>
- Torregrosa-Ruiz M., Tomás-Miguel J. M. (2017). “Diferencias de sexo en el uso de estrategias de afrontamiento en personas con lesión medular”. *Aquichan* vol.17 no.4 Bogotá. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.4.8
- Valdivieso Hidalgo, J. G. (2017). *Depresión en Personas con Discapacidad y su relación con la funcionalidad familiar - Loja 2016*. [Tesis de Grado Universidad Nacional de Loja, Ecuador]. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18252>

ANEXOS

Consentimiento Informado



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la *Facultad de Psicología y Ciencias Sociales* de UFLO Universidad, se encuentran realizando un estudio cuya finalidad es conocer e indagar sobre *Estrategias de Afrontamiento, y Depresión en Discapacidad Adquirida*. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria, sin retribución económica por la participación y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar.

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha:

Firma Profesional Informante:

Aclaración: Julia Vazquez

DNI: 35608233

Protocolo N°:

Cuestionario Sociodemográfico



FACULTAD DE PSICOLOGÍA y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Estudiante: Julia Vazquez

*Trabajo Final Integrador: Estrategias de afrontamiento, y depresión en personas con
Discapacidad Adquirida de las ciudades de Cipolletti y Neuquén, Argentina.*

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

| | |
|--|--|
| <p>Información personal:</p> <p>Nombre y Apellido (Iniciales):</p> <p>Fecha de nacimiento:</p> <p>Edad:</p> <p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> En Convivencia <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Otro <p>Domicilio (Localidad y Provincia):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cipolletti RN. <input type="radio"/> Neuquén, RN <p>Nivel Socioeconómico auto percibido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Bajo <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <p>Nivel educativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Primario: <input type="radio"/> Secundario: <input type="radio"/> Terciario <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Posgrado: <p>Ocupación actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Empleado/a (especificar sector): <input type="radio"/> Desempleado/a: <input type="radio"/> Estudiante: <input type="radio"/> Jubilado/a: <input type="radio"/> Otra situación ocupacional (especificar): <p>Información sobre el hogar:</p> <p>¿Con quién vive actualmente?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sola/o <input type="radio"/> Familia <input type="radio"/> Amigos <input type="radio"/> Cuidadores <p>¿Tiene personas dependientes a su cargo? Si No</p> | <p>Salud:</p> <p>¿Cuál es el diagnóstico médico?</p> <p>¿Cuál es la discapacidad adquirida?</p> <p>¿Hace cuánto fue diagnosticado? (fecha):</p> <p>¿Posee Certificado de Discapacidad? Si No</p> <p>Síntomas y limitaciones:</p> <p>¿Podría enunciar los síntomas relacionados a la discapacidad que posee?</p> <p>Síntomas Físicos:</p> <p>Síntomas Psíquicos/Emocionales:</p> <p>¿Esta discapacidad lo limita en el desarrollo de alguna actividad? ¿Podría especificar en cuál/es?</p> <p>¿Requiere de algún dispositivo o elemento para facilitar y/o permitir el desarrollo de sus actividades? Ej: bastón, andador, prótesis, etc.</p> |
|--|--|

Tratamiento y control:

¿Realizó o realiza algún tipo de tratamiento actualmente para la discapacidad adquirida? (Ejemplo: medicamentos orales, terapia ocupacional, Fonoaudiología, rehabilitación motriz, etc.)

Si es así, ¿durante cuánto tiempo?

¿Realiza o realizó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico para afrontar la discapacidad adquirida?

Si es así, ¿durante cuánto tiempo?

¿Toma medicación psiquiátrica?

Si No

¿Ha recibido educación o asesoramiento sobre cómo manejar la discapacidad adquirida en su vida diaria?

Si No

Otros comentarios o información relevante:

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Estrés (CAE) – Adaptado para Discapacidad Adquirida



CAE - Adaptación para Discapacidad Adquirida

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés- CAE

Sandín, B. y Chorot, P.

(Adaptación para Discapacidad Adquirida)

Nombre: Edad: Sexo:

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones adversas. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas y recordar *en qué medida Ud. ha utilizado cada una de ellas, cuando ha tenido que hacer frente a la situación de adquisición de la discapacidad. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento que se le indican.*

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------|-------------|---------|----------------|--------------|
| Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Casi siempre |

¿Cómo se ha comportado ante la situación de adquirir una discapacidad?

- 1- Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente 0 1 2 3 4
- 2- Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal 0 1 2 3 4
- 3- Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema 0 1 2 3 4
- 4- Descargué mi mal humor con los demás 0 1 2 3 4
- 5- Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas 0 1 2 3 4
- 6- Le conté a familiares o amigos como me sentía 0 1 2 3 4
- 7- Asistí a la Iglesia 0 1 2 3 4
- 8- Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados 0 1 2 3 4
- 9- No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas 0 1 2 3 4
- 10- Intenté sacar algo positivo de la adquisición de la discapacidad 0 1 2 3 4
- 11- Insulté a ciertas personas 0 1 2 3 4
- 12- Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
- 13- Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor la discapacidad adquirida 0 1 2 3 4
- 14- Pedí ayuda espiritual a algún referente religioso (sacerdote, etc.) 0 1 2 3 4
- 15- Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo 0 1 2 3 4
- 16- Comprendí que yo fui el principal causante del problema 0 1 2 3 4
- 17- Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás 0 1 2 3 4
- 18- Me comporté de forma hostil con los demás 0 1 2 3 4
- 19- Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme de la discapacidad adquirida 0 1 2 3 4
- 20- Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca de la adquisición de la discapacidad 0 1 2 3 4
- 21- Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema 0 1 2 3 4
- 22- Hablé con personas cercanas para encontrar una solución al problema 0 1 2 3 4
- 23- Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación 0 1 2 3 4
- 24- Comprendí que otras cosas, diferentes de la discapacidad, eran más importantes para mí 0 1 2 3 4

- 25- Agredí a algunas personas 0 1 2 3 4
- 26- Procuro no pensar en la discapacidad 0 1 2 3 4
- 27- Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal 0 1 2 3 4
- 28- Tuve fe en que Dios remediaría la situación 0 1 2 3 4
- 29- Hice frente a la adquisición de la discapacidad poniendo en marcha varias soluciones concretas 0 1 2 3 4
- 30- Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema 0 1 2 3 4
- 31- Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» 0 1 2 3 4
- 32- Me irrité con algunas personas 0 1 2 3 4
- 33- Practiqué algún deporte para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
- 34- Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir 0 1 2 3 4
- 35- Recé por mi salud 0 1 2 3 4
- 36- Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme a la situación de discapacidad 0 1 2 3 4
- 37- Me resigné a aceptar las cosas como eran 0 1 2 3 4
- 38- Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor 0 1 2 3 4
- 39- Luché y me desahugué expresando mis sentimientos 0 1 2 3 4
- 40- Intenté olvidarme de todo 0 1 2 3 4
- 41- Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité expresar mis sentimientos 0 1 2 3 4
- 42- Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar por la situación que me sobrevino 0 1 2 3 4

Inventario de Depresión de Beck – BDI II



Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

- 8. Autocrítica**
- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
 - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 - 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
 - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 - 2 Querría matarme
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 - 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 - 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11. Agitación**
- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12. Pérdida de Interés**
- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 - 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 - 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - 3 Me es difícil interesarme por algo.
- 13. Indecisión**
- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 14. Desvalorización**
- 0 No siento que yo no sea valioso
 - 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 - 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - 3 Siento que no valgo nada.
- 15. Pérdida de Energía**
- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.
- 16. Cambios en los Hábitos de Sueño**
- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 - 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
 - 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
 - 3a. Duermo la mayor parte del día
 - 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

P T:
