

11241

36

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL.

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".

TESIS:



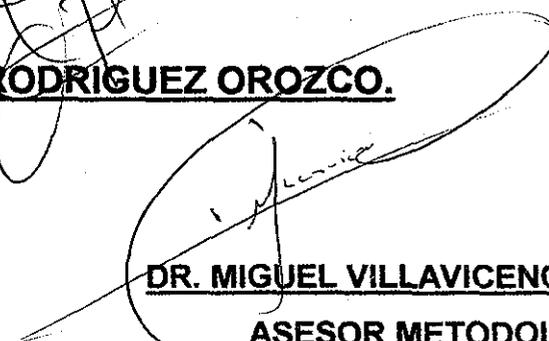
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

**" MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN EL PACIENTE CON
DISCAPACIDAD FISICA Y SU CORRELACION CON LA FUNCIONALIDAD ".**

DRA. JOSANA RODRIGUEZ OROZCO.


DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA

ASESOR TEORICO


DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO

ASESOR METODOLOGICO

Febrero del 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres y hermanos por su cariño y comprensión.

A mi cuñada y sobrinos por ser parte importante en mi vida.

A mis amigos Carmen, Judith, Jacqueline, Genaro y Esai por su constante apoyo.

Y a cada una de las personas que participaron en la realización de este proyecto.

A todos ellos GRACIAS ya que sin su participación no hubiera sido posible la conclusión de este trabajo.

Con cariño Josana.

Febrero del 2001

ÍNDICE GENERAL

TEMA	PAGINA
1. Presentación	1
2. Dedicatoria.	2
3. Índice General.	3
4. Índice de Tablas.	5
5. Índice de Gráficas.	6
6. Marco Teórico.	7
7. Descripción de los Instrumentos de Medición.	19
-Test de Mecanismos de Afrontamiento.	19
- Escala de Funcionamiento Psicosocial.	21
8. Planteamiento del Problema.	24
9. Hipótesis.	27
10. Objetivo General.	27
- Material y Métodos.	28
- Tipo de Estudio.	28
- Población de Estudio.	28
- Criterios de Inclusión.	28
- Criterios de Exclusión.	29
- Consideraciones Éticas.	29
- Variables.	29
- Escalas de Medición.	30
- Procedimiento.	30
- Análisis e Interpretación.	30
11. Resultados	31
- Descripción de la muestra.	31
- Análisis Porcentual de las Escalas Utilizadas.	38
- Correlación entre Mecanismos de Afrontamiento y Funcionalidad.	41
12. Discusión.	42

TEMA

PAGINA

13. Conclusiones

45

14. Referencias.

49

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA	PAGINA
1. Distribución de la muestra según variables sociodemográficas	32
2. Distribución de la muestra en base a las condiciones de vivienda.	36
3. Distribución de la muestra en base a zona corporal afectada.	37
4. Distribución de la Escala de Funcionamiento Psicosocial.	38
5. Frecuencia de utilización de Mecanismos de afrontamiento dirigidos al problema.	39
6. Frecuencia de utilización de mecanismos de afrontamiento dirigidos a la emoción.	40
7. Correlación entre mecanismos de afrontamiento y funcionalidad.	41

ÍNDICE DE GRÁFICAS.

GRÁFICA	PÁGINA
1. Distribución porcentual por Sexo.	32
2. Distribución porcentual por Estado Civil.	33
3. Distribución porcentual por Escolaridad.	33
4. Distribución porcentual por grupo de Edad.	34
5. Distribución Porcentual por Actividad.	34
6. Distribución Porcentual de la Escala de Funcionamiento Psicosocial.	35
7. Frecuencia de Uso de mecanismos de Afrontamiento.	39

TITULO: MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN EL PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y SU CORRELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD.

INVESTIGADORES:

Dra. JOSANA RODRÍGUEZ OROZCO

Asesor Téorico: DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA.

Asesor Metodologico: Dr. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO.

MARCO TEÓRICO.

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia dentro del campo de la psicología desde los 40's, constituyendo actualmente el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen por objetivo desarrollar recursos adaptativos.

Encontramos el concepto de afrontamiento en dos clases de literatura teórica/empírica muy distintas: Una derivada de la experimentación tradicional con animales, la otra de la teoría psicoanalítica del yo y de estas se derivan dos modelos.

En el modelo animal, el afrontamiento se define como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación fisiológica producida por éstas. Miller (1980) dice: "El afrontamiento es el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para reducir el grado de *arousal* mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva". Ursin (1980) " Disminución gradual de la respuesta tanto de los experimentos con animales como con seres humanos. Orbist (1981) Afrontamiento activo, mediador importante en los cambios cardiovasculares regulados por el sistema nervioso simpático.

En el modelo psicoanalítico de la psicología del Yo. El afrontamiento se define como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés.

Menniner (1963), Haan (1969,1977) y Valliant (1977) ofrecen una jerarquía en que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del ego; seguido de los mecanismos de defensa que son las formas neuróticas de adaptación, y por último los niveles regresivos o psicóticos de la conducta que son la fragmentación o fracaso del yo.

La diferencia entre ambos modelos radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno. otra diferencia es que el modelo psicoanalítico diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno.

El afrontamiento como proceso tiene 3 aspectos:

Primero.- Observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace en contraposición con lo que este hace o haría en determinadas condiciones.

Segundo.- Lo que el individuo realmente piensa o hace es analizado dentro de un contexto específico y va siempre dirigido a condiciones particulares.

Tercero.- Cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose.

Los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y revalidaciones de la cambiante relación individuo-entorno. En donde el mejor afrontamiento es aquél que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla. Por lo que es considerado como equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas.

El significado de afrontamiento como proceso puede observarse en la evolución del duelo y de los cambios a largo plazo que tienen lugar desde el momento de la pérdida.

Shontz ha propuesto la idea de que cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física importante o una incapacidad, procederá de acuerdo a una serie de etapas de afrontamiento iniciadas a partir del momento en que le informan de su estado. Y describe 3 etapas:

La primera etapa es la de *Shock* que aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso manifestándose con un sentimiento de distanciamiento y algunas veces por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y la acción.

A esto sigue una *fase de encuentro* extremadamente intensa en que el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización.

Seguido de una tercera fase, la de *retirada*, que parece corresponder a la de negación. fase poco a poco abandonada en favor de una creciente comprobación de la realidad.

El proceso de afrontamiento incluye un continuo ir y venir desde la confrontación o esfuerzo a la retirada o negación/evitación. Cuando el proceso de afrontamiento se ha completado satisfactoriamente, los ciclos se dan con menos frecuencia y prácticamente desaparecen. Para Shontz este es un proceso necesario en la maduración psicológica, en la que hay un sentimiento renovado del propio valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad.

Wortman y Brehm introducen un concepto de *reactancia* que explica el porque una persona no se da por vencida ante una situación de desventaja. Entendiéndose esta como la respuesta de enfado y creciente motivación del sujeto para vencer los

obstáculos que restrinjan su libertad de acción , si tales esfuerzos fracasan, disminuirá la motivación, aumentará la pasividad y aparecerá la depresión.

Lo que se llaman etapas de afrontamiento puede ser el simple reflejo de las demandas físicas o ambientales cambiantes y de las correspondientes secuencias internas que tienen lugar en el sujeto.

En cuanto al estudio del afrontamiento como fenómeno de masas en la literatura sobre desastres se describen 3 períodos:

Período de anticipación: El acontecimiento no ha ocurrido todavía y los aspectos principales a evaluar incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, el momento en el que ocurra y la naturaleza de lo que ocurra. El proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta que punto puede hacerlo y de que forma (evaluación secundaria).

Durante el *Período de impacto*, muchos de los pensamientos y acciones importantes para el control pierden valor cuando el acontecimiento nocivo ya ha empezado o terminado, como este se manifiesta en su totalidad, el individuo empieza a comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba, y en que aspectos.

Encontrar diferencias no esperadas en cuanto al control que puede ejercerse sobre el acontecimiento puede dar lugar a una reevaluación de su importancia. (redefinición de la situación).

Estos procesos cognitivos que comienzan durante el periodo de impacto, muchas veces persisten hasta el *periodo de postimpacto*, en el que emergen todo un conjunto de nuevas consideraciones aunque el acontecimiento estresante haya terminado; Su final suscita todo un proceso de fenómenos anticipatorios. Durante la interacción el individuo descubre la realidad de lo que está ocurriendo y lo que puede hacer al respecto y esto afecta al afrontamiento.

La función de afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene.

En base al marco psicológico del yo Janis y Mann (1977), White (1974), las funciones del afrontamiento son :

- 1) Reducir la tensión y devolver el equilibrio.
- 2) Asegurar la información adecuada del entorno.
- 3) Mantener condiciones internas satisfactorias tanto para la acción como para el procesamiento de la información.
- 4) Mantener autonomía o libertad de movimientos, libertad para utilizar el propio repertorio según un modelo flexible de expresión.

Desde la perspectiva Socio-Psicológica Mechanic (1974) cita 3 funciones:

- 1) Afrontar las demandas sociales y del entorno.
- 2) Crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas.
- 3) Mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos de las demandas externas.

Una diferenciación de extrema importancia para fines de este trabajo es aquella que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema (afrontamiento dirigido al problema) y el afrontamiento dirigido a la respuesta emocional a que el problema da lugar. (afrontamiento dirigido a la emoción).

Las formas de afrontamiento dirigido a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles a aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Formas de afrontamiento dirigidas a la emoción son los procesos cognitivos encargados de disminuir el trastorno emocional y utilizan estrategias tales como: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos y formas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional; ya que algunos individuos necesitan verdaderamente sentirse mal antes de pasar a sentirse mejor. Otras formas modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, (equivalen a la reevaluación), con el fin de reducir la sensación de amenaza la cual se atenúa consiguiendo cambiar el significado de la situación.

Los modos de afrontamiento dirigidos al problema van dirigidos a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a costo-beneficio y a su elección y aplicación; dentro de las estrategias dirigidas al problema podemos identificar dos tipos: Las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. Dentro de las primeras encontramos aquellas estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos. Y en el segundo grupo las estrategias encargadas de los cambios motivaciones o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del Yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos

En base a esto esperamos que los sujetos que usan mas formas de afrontamiento centradas al problema son más cambiantes; y las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción ofrecen pocas o ninuna opcion para afectar el proceso.

Decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante distintas demandas del entorno.

Antoniovsky (1979) ha utilizado el término recursos generalizados de resistencia para describir las características que facilitan el manejo del estrés y entre ellos podemos citar:

1. *Salud y energía*: Mientras que la salud y energía facilitan el afrontamiento, es más fácil afrontar una situación cuando uno se encuentra bien que cuando se encuentra mal.
2. *Creencias positivas*: Verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. Incluimos en esta categoría a todas aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas, ya que la esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona o un programa determinado resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad o en Dios.
3. *Técnicas para la resolución del problema*: Incluyen habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar probabilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado. Derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivo-conductuales para aplicar esa información y capacidad de autocontrol.
4. *Habilidades sociales*: Capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumenta la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aporta al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

5. *Apoyo social*: Implica el hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible.

6. *Recursos materiales*: Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. El hecho de tener dinero, incluso aunque no se use, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el afrontamiento efectivo.

Los recursos muchas veces son de hecho adecuados, pero es el individuo el que no los utiliza al máximo porque hacerlo podría crear conflictos y perturbaciones adicionales. Los factores que restringen el afrontamiento del entorno pueden llamarse coactores y algunos derivan de factores personales en tanto que dependen del entorno.

1. *Condicionantes personales*: Valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos y a los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del individuo.

2. *Condicionantes ambientales*: El entorno puede diferir en la naturaleza y en la frecuencia de las amenazas presentadas al individuo, así como en el tipo de opciones disponibles para tratar las situaciones amenazantes. Respondiendo de modo tal que acabe anulando las estrategias del individuo.

3. *Grado de amenaza*: La amenaza puede ser evaluada como mínima cuando se experimenta escasa sensación de estrés, o como máxima cuando provoca emociones negativas intensas como el miedo. El grado en que una persona se siente amenazada depende, en parte, de su evaluación de los recursos de que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y, en parte, de las condicionantes que limitan su aplicación. La amenaza extrema conduce a una acumulación inefectiva de la información y a una evaluación incorrecta, debido a lo que ellos llaman hipervigilancia.

La hipervigilancia se caracteriza por fantasías obsesivas, funcionamiento cognitivo limitado y establecimiento prematuro de conclusiones.

Afrontar una situación es intentar controlarla ya sea modificando el entorno, cambiando el significado de la situación y/o controlando las propias conductas y emociones. Cuando el control se refiere a los esfuerzos cognitivos o conductuales desarrollados para enfrentarse a una situación estresante, sobre la base de esto consideramos afrontamiento y control como sinónimos y los distinguimos de las creencias generales y/o situacionales sobre el control, que influyen sobre las evaluaciones cognitivas de amenaza y desafío.

Al respecto Rothbaum (1982) propone dos categorías: Control primario, que intenta cambiar el entorno y control secundario, que intenta adaptarse a este o ir a favor de la corriente.

Sobre esta base se distinguen 4 formas subordinadas de control secundario:

- *control predictivo*, la predicción de los acontecimientos aversivos para evitar la contrariedad que pueden significar;
- *control ilusorio*, en el que el individuo se alía con el azar para competir por el control;
- *control vicario*, alcanzado por asociación con otros más poderosos.
- *control interpretativo*, que representa la capacidad para interpretar los acontecimientos y conseguir así una mejor comprensión de ellos.
- *control de la conducta*, acción directa sobre el entorno, la cual presumiblemente, incluye esfuerzo.

- *Control cognitivo*, forma en que es interpretado un acontecimiento potencialmente perjudicial, y de *control de decisión* que representa el radio de elección o número de opciones de que dispone el individuo.

Los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo; tienen capacidad para expandirse y contraerse y algunos son más erráticos que otros en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondientes a los distintos períodos de la vida.

El estrés psicológico está determinado por la evaluación que el individuo hace de una interacción específica con el entorno. Esta evaluación está determinada, a su vez, por los factores que hacen referencia al individuo, como sus compromisos, sus vulnerabilidades, sus creencias y recursos y por los factores propios de la situación entre los que encontramos la naturaleza de la amenaza, su inminencia, etc.

Gutmann (1974) sugiere que cuando las personas envejecen, pasan de unos modos de afrontamiento controladores y agresivos a otros modos más pasivos y, por último, acaban instalándose en una confianza regresiva en lo mágico. Por su parte Vaillant (1977) sugiere que el afrontamiento se hace más efectivo y realista con la edad, que existe una mayor dependencia de los mecanismos inmaduros como la proyección y el acting out y hay un mayor uso de los mecanismos evolucionados como el altruismo, el humor y la supresión.

El envejecimiento *per se* no conlleva a cambios en el afrontamiento; Es cuando los individuos tienen que enfrentarse con condiciones ambientales deteriorantes y con unos recursos físicos y mentales disminuidos cuando muestran una regresión a los períodos más dependientes y desvalidos de la infancia y primera niñez.

En cuanto a las variables por genero Lowenthal (1975) menciona que los roles sociales del hombre y de la mujer se hacen más parecidos hacia la mitad de la vida y, de acuerdo con ello, los hombres se hacen más dependientes y las mujeres más agresivas y dominadoras.

Por último conviene señalar que al estudiar un fenómeno tan variable como es el afrontamiento debemos considerar dos dimensiones sobre las que examinar los afrontamientos aparecidos en diversas situaciones: La complejidad y la flexibilidad.

La *complejidad* se refiere al grado en que las estrategias de afrontamiento se repiten en distintas situaciones estresantes. La *flexibilidad* se refiere al grado en que el individuo utiliza o cambia la misma estrategia o el mismo conjunto de ellas en distintas situaciones.

La flexibilidad se asocia con altos niveles de desarrollo del yo, con procesos maduros, con toma de decisiones de alta calidad y con adaptabilidad. La rigidez se asocia con bajos niveles de funcionamiento del yo y, en casos extremos, con patología.

Sobre esta base Lipowsky describe dos categorías de significados de la enfermedad:

- 1) La enfermedad como desafío. inspira generalmente estrategias de afrontamiento activas y adaptativas. Es considerada como cualquier otra situación de la vida que impone unas demandas y obliga a una labor específica para manejarla con los medios de que se dispone. Las actitudes y los modelos de afrontamiento tienden a ser flexibles y razonables.

2) La enfermedad como enemigo: Es considerada como una invasión por fuerzas enemigas, internas o externas. Las consecuencias emocionales de esta forma de conceptualización son la ansiedad, el miedo y/o el mal humor. Estos sentimientos predisponen a la lucha o a la huida o a rendirse por indefensión.

Respecto al afrontamiento a nivel psicosocial Shinn describe 3 clases de afrontamiento:

- a) Afrontamiento mediante la estructura laboral (aceptación de ayuda de la organización).
- b) Afrontamiento mediante los compañeros de trabajo (ayuda de los compañeros), y
- c) Afrontamiento individual.

DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICION.

TEST DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO.

El test de mecanismos de afrontamiento es una escala Traducida y validada al español de la escala Ways of coping de Folkman y Lazarus en 1985. El instrumento contiene 67 preguntas que describen rangos de estrategias cognitivas y conductuales usadas por la gente para manejo de demandas internas o externas en situaciones estresantes específicas. Mediante la reconstrucción de situaciones estresantes recientes y la descripción de lo que pensaron, sintieron e hicieron.

Se trata de un instrumento autoaplicable, desarrollado en forma de un cuestionario estructurado en donde las preguntas son directas al sujeto que actúa como informante; El período de aplicación puede variar de acuerdo a la situación que se desee medir y puede ir desde días hasta años.

Con una duración aproximada de respuesta de 30 minutos, los reactivos incluyen 4 niveles de respuesta y calificación: 0, en absoluto; 1, en alguna medida; 2, bastante; 3, en gran medida.

Las escalas de afrontamiento medidas mediante esta escala son las siguientes.

- 1) Confrontación: (escala 1): Preguntas: 46, 7, 17, 28, 34 y 6. Esta escala describe esfuerzos agresivos para alterar la situación, sugiriendo cierto grado de hostilidad.
- 2) Distanciamiento (escala 2): Preguntas: 44, 13, 41, 21, 15 y 12. Describe esfuerzos para aislarse. Otros temas concernientes a crear una vigilancia positiva.

- 3) Autocontrol (escala 3): Preguntas: 14, 43, 10, 35, 54, 62 y 63. Describe esfuerzos para regular sus sentimientos y acciones.
- 4) Búsqueda de apoyo social (escala 4): Preguntas: 8, 31, 42, 45, 18 y 22. Describe esfuerzos para buscar información de soporte, soporte tangible y soporte emocional.
- 5) Aceptación de responsabilidad (escala 5) Preguntas: 9, 29, 51 y 25. Conocimientos de su propio papel en el problema con una carga concomitante de pensamientos punitivos difíciles.
- 6) Escape-evitación (escala 6): Preguntas: 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 y 16. Describe pensamientos esperados y reforzamientos de la conducta para escapar o evitar. Estas preguntas que sugieren escape y evitación, contrastan con las preguntas en la escala de distanciamiento que sugieren separación.
- 7) Planeación para resolver problemas (escala 7): Preguntas: 49, 26, 1, 39, 48, 52. Describe esfuerzos deliberados centrados en alterar la situación acoplados con una aproximación analítica para solucionar el problema.
- 8) Reforzamiento positivo: (escala 8): Preguntas: 23, 30, 36, 38, 56, 60, 20. Describe esfuerzos para crear un significado positivo centrado en el crecimiento personal, esto también tiene un significado religioso.

Además de las amplias funciones de afrontamiento dirigido a la emoción y a la resolución del problema, los ítems también incluyen 4 formas básicas de afrontamiento: Acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y una categoría compleja designada como afrontamiento intrapsíquico o cognitivo.

El análisis factorial de los modos de afrontamiento parece distinguir factores dirigidos a la resolución del problema (Reforzamiento positivo, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, confrontación, escape-evitación) y factores dirigidos a la emoción (planeación para resolver los problemas, distanciamiento, autocontrol).

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL.

La escala de funcionamiento psicosocial es un instrumento diseñado para que en una forma más o menos sistematizada el entrevistador pueda recabar impresiones del paciente.

Es una entrevista semi-estructurada que incluye preguntas que sirven como guía al entrevistador, dándole al mismo tiempo la oportunidad de hacer otras preguntas adicionales hasta que se haya obtenido toda la información necesaria de parte del paciente. Por lo que es necesaria la capacitación previa del entrevistador.

El tiempo aproximado de la entrevista es de aproximadamente 30 minutos variable en base a la capacidad del entrevistador y en base al grado de cooperación del paciente.

La entrevista cubre aspectos específicos del funcionamiento social. Puede ser aplicada a mayores de 16 años trabajadores, amas de casa, estudiantes, desempleados, etc.

La escala comprende un total de 35 reactivos y un sistema de clasificación que incluye 5 niveles: 1, muy satisfecha; 2, satisfecho; 3, neutral indiferente; 4, insatisfecho; 5, muy satisfecho.

Esta compuesta por las siguientes secciones:

- 1) Ficha de identificación: Cubre aspectos sociodemográficos del paciente como edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, estado civil, escolaridad.

2) **Condiciones de vivienda:** Proporciona información básica sobre el acceso a servicios básicos de vivienda, situación emocional del individuo hacia la misma, seguridad, nivel de satisfacción y composición familiar.

3) **Área ocupacional:**

Horas de trabajo,
Desempeño en el trabajo
Relaciones interpersonales,
Comunicación en el trabajo
Problemas en el trabajo
Condiciones en el trabajo y,
Nivel de satisfacción global hacia el trabajo.

4) **Área social:**

Contacto social con los vecinos
Interés en contacto social
Nivel de comunicación
Aislamiento social
Problemas o dificultades sociales
Preocupación por problemas o dificultades sociales
Nivel de satisfacción global hacia los roles sociales.

5) **Área económica:**

Disponibilidad de dinero
Problemas económicos
Preocupación por problemas económicos
Manejo de dinero
Seguridad económica
Contacto social
Nivel de satisfacción económica

6) Área sexual:

- Nivel de comunicación
- Desempeño en actividad sexual
- Nivel de interés
- Seguridad de conservar a la pareja
- Problemas de tipo sexual
- Preocupación por problemas sexuales
- Nivel de satisfacción.

7) Área familiar:

- Comunicación con la familia
- Rechazo familiar
- Pertenencia familiar
- Problemas o dificultades con la familia
- Preocupación por problemas o dificultades familiares
- Nivel de satisfacción global familiar
- Nivel de satisfacción de la familia hacia el paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Un aspecto que día con día cobra más trascendencia en el campo de la salud mental es el que se refiere a la importancia e influencia de los factores sociales y culturales en las enfermedades y padecimientos que antes eran considerados desde el punto de vista orgánico y psicológico.

La influencia de estos factores sociales y culturales ha motivado a médicos, psiquiatras y psicólogos a desarrollar técnicas e instrumentos para evaluar el funcionamiento social de los individuos, especialmente de aquellos considerados como desviados socialmente, como es el caso de las personas que presentan algún tipo de discapacidad física.

El funcionamiento social está basado en la teoría de roles, la cual gira alrededor del desempeño de roles de las personas en determinadas situaciones sociales, así como de los antecedentes y condiciones que concurren a determinar las variaciones de desempeño de cada individuo.

El hombre desde que nace trae consigo una serie de necesidades básicas fisiológicas y psicológicas que lo hacen totalmente dependiente de otros seres humanos. Litnton propone tres necesidades: La necesidad de respuesta emocional, la de seguridad y la de experimentar cosas nuevas.

La conducta humana depende de nuestras relaciones con otros y esta condicionada a la influencia que la sociedad ejerce sobre nosotros. El relacionarse e identificarse social o culturalmente es algo imprescindible para el ser humano, lo mismo que obtener su propia identidad y realización personal.

Dentro del sistema social se puede observar que algunos individuos no pueden funcionar igual que otros bajo las mismas circunstancias, existiendo, por lo tanto, un

impedimento físico, psicológico, social o cultural que puede incapacitar a la persona para funcionar socialmente

El comportamiento social del individuo se traduce en la evaluación de su funcionamiento social, el cual puede manifestarse en términos de ajuste-desajuste, capacidad-incapacidad, adaptación-desadaptación, normalidad-anormalidad, salud-enfermedad; etc.

Ruesch: indica que una persona impedida socialmente es aquella que no puede comunicarse o actuar efectivamente y que no puede ajustar su conducta a los estándares aceptados por un grupo determinado”.

El común denominador de estos acontecimientos consiste en que son indicadores de cambios necesarios y significativos en el patrón de vida del individuo y que están asociados con algún tipo de conducta adaptativa o de ajuste, así como reforzamiento o cambio de los mecanismos de afrontamiento del individuo.

Al estudiar al individuo y a su medio ambiente podemos decir que para medir o evaluar su funcionamiento social se debe considerar tanto a la persona como a la situación. La evaluación de la persona se refiere al examen de sus problemas psicológicos y sociales, así como al armamento psicológico para enfrentarlos (mecanismos de afrontamiento), la evaluación de la situación se refiere al examen de sus problemas psicológicos y sociales (funcionamiento psicosocial).

Cuando hablamos del individuo como un ente biopsicosocial en donde el adecuado funcionamiento depende del equilibrio existente en estas 3 áreas, biológica, psicológica y social.

Surge la inquietud de conocer que es lo que sucede con las áreas restantes cuando una de las áreas se encuentra en permanente disfuncionalidad.

Por lo que surge este trabajo, el cual se centra en medir el funcionamiento psicosocial, a través de la evaluación de cada una de las áreas de la funcionalidad:

ocupacional, social, económica, sexual y familiar . Así como los mecanismos intrapsíquicos de afrontamiento: dirigidos al problema ó dirigidos a la emoción, y la interrelación existente entre estos en personas que presentan una discapacidad física permanente y que aparentemente se han mantenido funcionales.

HIPÓTESIS.

Si el afrontamiento dirigido al problema representa menores dificultades en aquellos individuos que no cuentan con los recursos personales para enfrentar una situación de desventaja física; Entonces, las personas discapacitadas que presentan una mejor funcionalidad deberán estar empleando en primer término algunos de los afrontamientos de este tipo.

En base a lo anterior deberá existir una correlación directa entre los mecanismos específicos de afrontamiento dirigidos al problema y el nivel de funcionalidad (Satisfactorio-insatisfactorio).

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la correlación existente entre la funcionalidad global del individuo y los mecanismos de afrontamiento específicos (dirigidos al problema o dirigidos a la emoción) ante una situación de estrés grave como lo implica la discapacidad permanente y no progresiva.

Conocer la predominancia de los mecanismos específicos de afrontamiento utilizados por la muestra de estudio.

Conocer el nivel de funcionalidad global que existe en la muestra de estudio.

HIPÓTESIS.

Si el afrontamiento dirigido al problema representa menores dificultades en aquellos individuos que no cuentan con los recursos personales para enfrentar una situación de desventaja física; Entonces, las personas discapacitadas que presentan una mejor funcionalidad deberán estar empleando en primer término algunos de los afrontamientos de este tipo.

En base a lo anterior deberá existir una correlación directa entre los mecanismos específicos de afrontamiento dirigidos al problema y el nivel de funcionalidad (Satisfactorio-insatisfactorio).

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la correlación existente entre la funcionalidad global del individuo y los mecanismos de afrontamiento específicos (dirigidos al problema o dirigidos a la emoción) ante una situación de estrés grave como lo implica la discapacidad permanente y no progresiva.

Conocer la predominancia de los mecanismos específicos de afrontamiento utilizados por la muestra de estudio.

Conocer el nivel de funcionalidad global que existe en la muestra de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO.

Estudio transversal, descriptivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población quedará constituida por los pacientes que reúnan los criterios de inclusión enumerados a continuación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Personas que presenten algún tipo de discapacidad física permanente, no progresiva.
- Al momento de la aplicación de las escalas no deberán estar sujetas a una situación estresante mayor. Entendiéndose esta como todas aquellas circunstancias no cotidianas. (pérdidas recientes, competencias, exámenes, procesos de enfermedad, u hospitalización, situaciones económicas desfavorables, etc.).
- El rango de edad quedará comprendido de 18 a 80 años.
- No deberán estar recibiendo algún tipo de aproximación médica (psicofarmacos, psicoterapia, etc.).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Todos los que no cumplan con los criterios de inclusión.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se omitirá el nombre, domicilio, teléfono o cualquier otra forma de identificación de la población en estudio, a fin de mantener la confidencialidad. El manejo de las muestras será mediante asignación numérica.

VARIABLES.

Dependientes:

- Funcionamiento ocupacional.
- Funcionamiento social.
- Funcionamiento económico.
- Funcionamiento sexual.
- Funcionamiento familiar.

Independientes:

Mecanismos de afrontamiento:

- Confrontación.
- Distanciamiento.
- Autocontrol.
- Búsqueda de apoyo social.
- Aceptación de responsabilidad.
- Escape-evitación.
- Planeación para resolver problemas.
- Reforzamiento positivo.

ESCALAS DE MEDICIÓN.

- Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS).
- Test Mecanismos de Afrontamiento.

PROCEDIMIENTO.

Se captará a todas aquellas personas que reúnan los criterios de inclusión y se les aplicará en un mismo tiempo las escalas de Funcionamiento Psicosocial y Test de Mecanismos de afrontamiento. Posteriormente se realizará la interpretación de la información y se realizará la interpretación estadística de la misma a través del coeficiente de correlación de Pearson.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El análisis estadístico se realizará a través del método estadístico de Coeficiente de Correlación de Pearson. Y mediante manejo de datos porcentuales.

RESULTADOS.

Los resultados presentados en este apartado serán divididos en 3 secciones; en la primera presentare una descripción de la muestra de estudio; En la segunda los resultados porcentuales del análisis de cada una de las escalas utilizadas, así como de sus variables; Y en la tercera parte los resultados de la correlación existente entre mecanismo de afrontamiento utilizado y su correlación con la funcionalidad.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

La población se encuentra compuesta de un total de 30 sujetos (100%) los cuales estaban sujetos a un programa de entrenamiento deportivo regular a nivel no profesional.

En la tabla 1 se muestra la descripción de la muestra según las variables sociodemográficas consideradas en el estudio. De acuerdo a los datos obtenidos podemos apreciar que nuestra muestra estuvo integrada en su mayoría por mujeres representando estas el 57% de la muestra (18) contra el 43% representado por los hombres (13) (Gráfica 1). La mayoría se encontraban casados 21 (70%) (Gráfica 2) y el nivel de escolaridad predominante fue preparatoria 30% (9) y licenciatura 26% (8) (gráfica 3). La distribución etárea fue predominante en sujetos en edad económicamente productiva 28 a 37 años 12 (40%) y 3 a 47 años 9 (30%), representando en total el 70% de la muestra, presentando un rango de edad de 26 a 70 años, con una media de 37.5. (Gráfica 4)

En lo que se refiere a la actividad desempeñada por los sujetos, se encontró que la mayoría trabajaba 40% seguidos por el grupo de los que trabajan y estudian 30%, habiendo solamente un 10 por ciento que no realiza ninguna actividad económicamente productiva (gráfica 5).

Tabla 1. Distribución de la muestra según las variables Sociodemográficas.
(N=30)

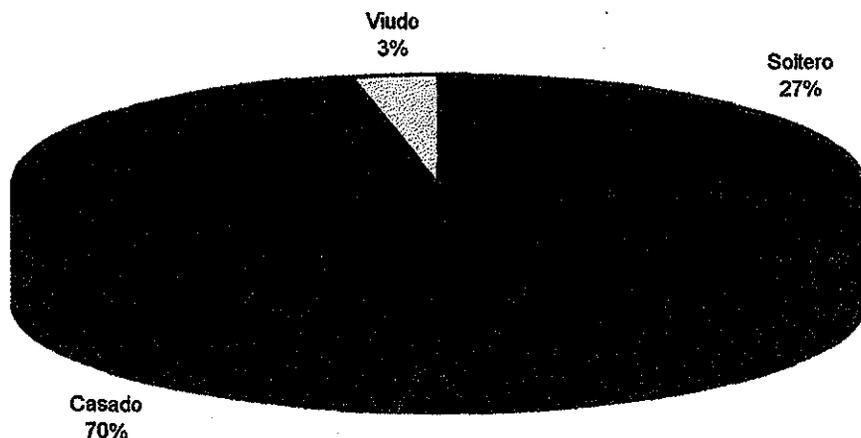
Variable	características	F	%
Sexo	Masculino	13	43
	Femenino	17	57
Edad	18 a 27 años	4	13
	28 a 37 años	12	40
	38 a 47 años	9	30
	48 a 57 años	3	10
	58 ó más	2	7
Estado civil	Soltero	8	27
	Casado	21	70
	Viudo	1	3
Escolaridad	Primaria	3	10
	Secundaria	5	17
	Técnicos	5	17
	Preparatoria	9	30
	Licenciatura	8	26

Grafica 1. Distribución Porcentual por sexo

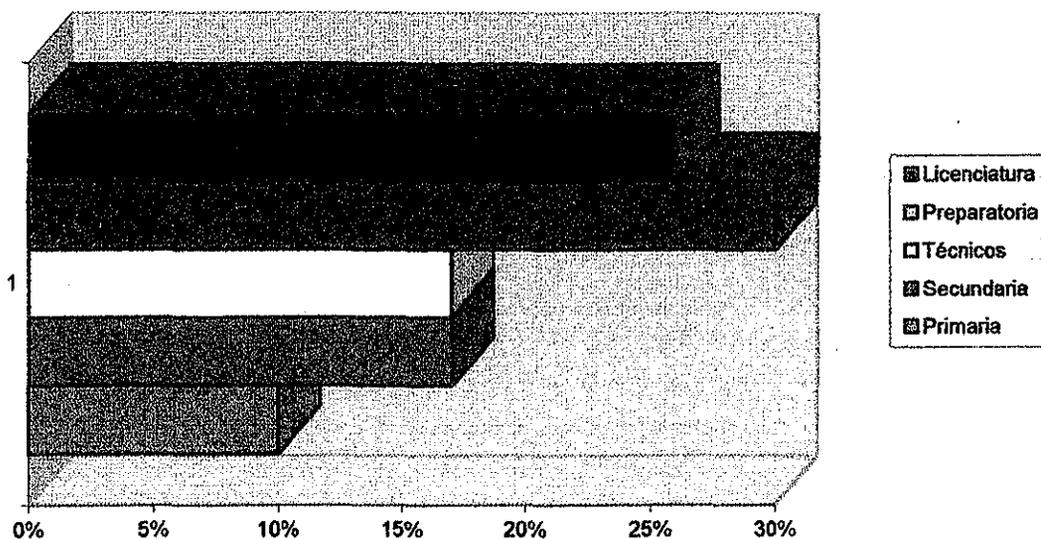


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Grafica 2. Distribución Porcentual por Estado Civil

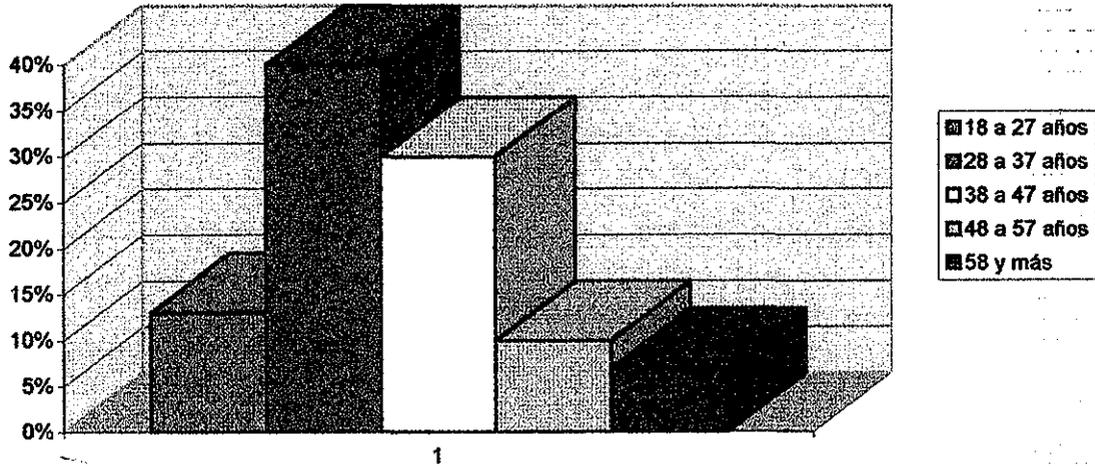


Grafica 3. Distribución Porcentual por Escolaridad

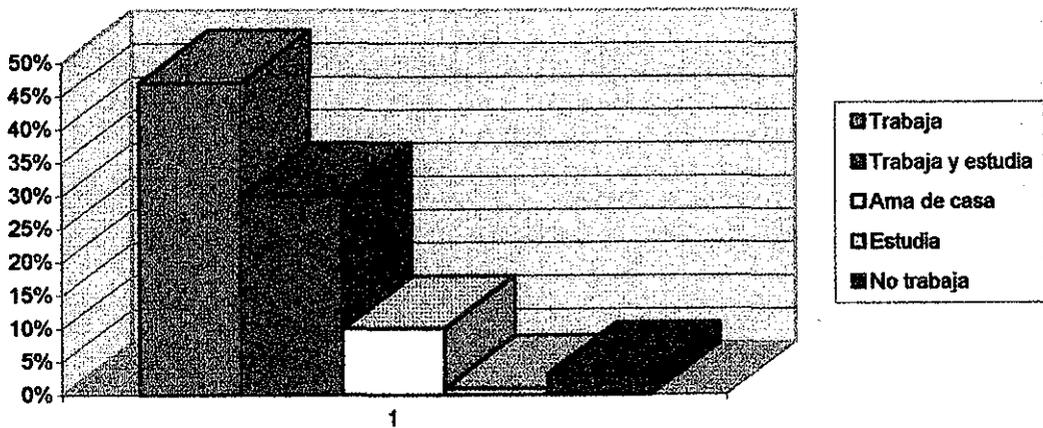


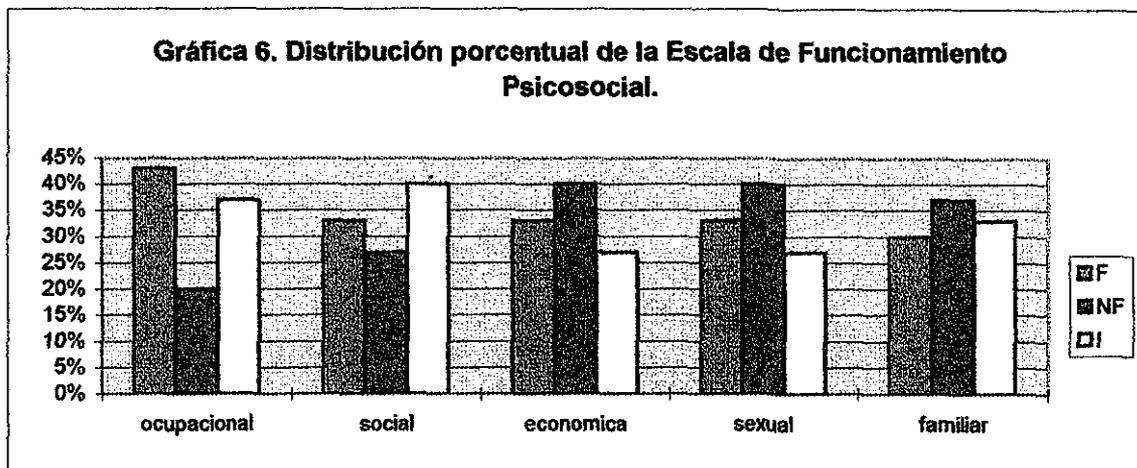
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica 4. Distribución Porcentual por Grupo de Edad.



Gráfica 5. Distribución porcentual por actividad.





En lo que se refiere a las condiciones de vivienda, como podemos observar en la tabla 2. Se encontró exactamente el 50 de la muestra vivía en casa 50% (15) seguidos de un 43% (13) que habitaba en departamentos y un 7% que habita en un cuarto. De estos 19 (63%) pagan renta y solo un 37% habita en casa propia.

En cuanto a la distribución de la vivienda el 97% del total de la muestra cuentan con todos los servicios y de estos solo el 10% los comparten con otros. el número de cuartos por vivienda más frecuente fue de 6 (30%) seguido por 7 y 3 (17%) y 5 (13%) el 10 % de la población habita en un solo cuarto.

Finalmente en cuanto al número de habitantes por casa encontramos una frecuencia mayor en 5 habitantes ocupando el 37% del total de la muestra seguido de 1, 2 y 3 quienes comparten el 17%.

Los grupos en cuanto al tipo de discapacidad física presentada ocuparon la distribución que podemos observar en la tabla 3.

Tabla 2. Distribución de la muestra en base a las condiciones de vivienda.

Variable	Características	F	%
Inmueble	Casa	15	50
	Departamento	13	43
	Cuarto	2	7
Tipo	Renta	19	63
	Propio	11	37
Servicios Básicos	Completos	29	97
	Parciales	1	3
Total de cuartos	7	5	17
	6	9	30
	5	4	13
	4	3	10
	3	5	17
	2	1	3
	1	3	10
No. habitantes	1	5	17
	2	5	17
	3	5	17
	4	1	3
	5	11	37
	6	2	6
	7	0	0
	8	1	3

Tabla 3. Distribución de la muestra en base a zona corporal afectada.

Variable	F	%
Ojos	2	6.66
Extremidades superiores	5	16.66
Extremidades inferiores	9	30.00
Espasticidad	8	26.66
Otros	5	16.66

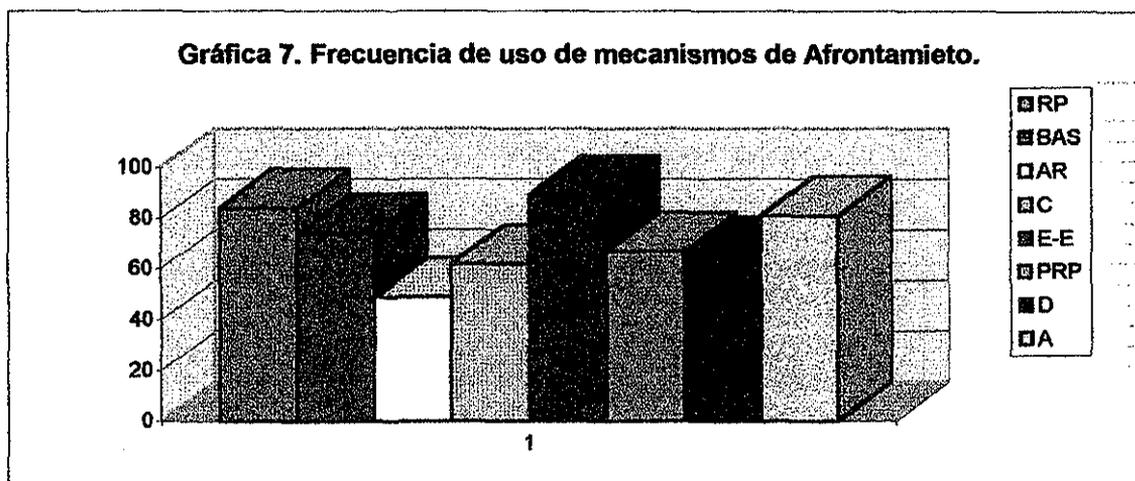
Cabe mencionar que el nivel de afectación en las diferentes zonas corporales fue variable, siendo la característica particular en el grupo el carácter no progresivo y no reversible de la lesión. Como podemos observar en la tabla 3. Dentro del grupo de personas que presentaron afección en ojos 2 (7%) ambos presentaban ceguera total, uno primaria y el otro secundaria. Dentro de las lesiones en extremidades inferiores 5, (17%); 3 presentaban parálisis y 2 pérdida parcial de una extremidad. En el grupo de lesiones en extremidades inferiores 9 (30%) presentaba amputación de la extremidad 5 total y 4 parcial. 8 sujetos 26% dentro de la población en estudio presentaban espasticidad de extremidades (4 extremidades) y dentro del grupo de otros 1 sujeto presentaba síndrome de silla turca vacía, 1 sujeto presentaba enanismo, y 3 presentaban acortamiento sinificativo de una extremidad.

ANÁLISIS PORCENTUAL DE LAS ESCALAS UTILIZADAS.

Tabla 4. Distribución Porcentual de la Escala de Funcionamiento Psicosocial.

Variable	Funcionalidad	F	%
Área Ocupacional	Funcional	13	43
	No funcional	6	20
	Indiferente	12	37
Área Social	Funcional	10	33
	No funcional	8	27
	Indiferente	12	40
Área Económica	Funcional	10	33
	No funcional	12	40
	Indiferente	8	27
Área Sexual	Funcional	10	33
	No funcional	12	40
	Indiferente	8	27
Área Familiar	Funcional	9	30
	No funcional	11	37
	Indiferente	10	33

Como podemos observar en la tabla 4. En términos generales el nivel de funcionamiento se mantuvo constante en la mayoría de las variables estudiadas, destacado un mejor nivel de funcionalidad en el área ocupacional 43% y el nivel más bajo de funcionalidad en las áreas económica y sexual 40%.



En todas las áreas llama la atención el alto nivel de indiferencia manejado por la población de la muestra destacando en el área económica con el 40%.

En la gráfica anterior podemos observar una comparación de las diferentes áreas de funcionalidad estudiadas y los resultados obtenidos llamando la atención la similitud observada en los mismos.

Tabla 5. Frecuencia de Utilización de Mecanismos de afrontamiento Dirigidos al Problema.

Variable	Media	Promedio
Reforzamiento positivo	8.4	1.2
Búsqueda de Apoyo social	7.43	1.23
Aceptación de Responsabilidad	4.93	1.23
Confrontación	6.21	1.03
Escape-Evitación	8.93	1.11
Total	7.18	1.16

Tabla 6. Frecuencia de Utilización de Mecanismos de Afrontamiento Dirigidos a la Emoción.

Variable	Media	Promedio
Planeación para Resolver el Problema.	6.76	7.12
Distanciamiento.	6.5	1.2
Autocontrol.	8.16	1.08
Total	7.14	1.07

Como se observa en la tabla 5 la media de respuesta más frecuentemente utilizada para los mecanismos de defensa dirigidos al problema fue 8.93 encontrando en primer término el mecanismo específico de escape evitación con 8.93, seguido de reforzamiento positivo con 8.4; Posteriormente encontramos a la búsqueda de apoyo social con 7.43 y finalmente confrontación con 6.21 y aceptación de responsabilidad con 4.93. En cuanto al promedio encontramos los puntajes más altos para búsqueda de apoyo social y aceptación de responsabilidad con 1.23; Y el más bajo para confrontación con 1.03.

En cuanto a los resultados observados para mecanismos de afrontamiento dirigidos a la emoción, tenemos que la media más alta la obtuvo el mecanismo de autocontrol 8.16, seguido de planeación para resolver los problemas 6.76 y finalmente distanciamiento con 6.5. En lo que respecta a los promedios encontramos el puntaje más alto para planeación para resolver los problemas 1.12, seguido de autocontrol 1.08 y distanciamiento 1.02.

Finalmente en el análisis global de ambos mecanismos de afrontamiento observamos para los dirigidos al problema una media de 7.18 con un promedio de 1.16; Y para los mecanismos de afrontamiento dirigidos a la emoción encontramos una media de 7.14 con un promedio de 1.07.

CORRELACIÓN DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y FUNCIONALIDAD.

	social	familiar	sexual	económico	ocupacional
PRP	-0.2335	-0.0175	0.1262	-0.2619	-0.0773
Autocontrol	0.0405	-0.2995	0.1112	-0.0087	0.1139
Confrontación	-0.1815	0.0367	0.2581	-0.1698	-0.0846
Apoyo	-0.1742	0.0621	0.1314	-0.2314	-0.0283
Reforzamiento	0.1427	-0.1788	0.0298	-0.2073	-0.1971
Escape	0.2353	0.1087	0.1643	0.3054	0.0333
Responsabilidad	0.0929	0.3174	0.3311	-0.1533	0.2392
Distanciamiento	0.4521	0.2702	0.1018	0.1782	0.1328

En la tabla 6 se muestran los resultados del análisis de correlación realizado mediante el método estadístico de Coeficiente de Correlación de Pearson aplicado a las diferentes variables en estudio. En donde se observó como único valor significativo la correlación existente entre distanciamiento y funcionamiento social, el resto de las correlaciones no mostraron significancia estadística.

DISCUSIÓN.

Los resultados de este estudio en su primera parte indican que la población en estudio es representativa de la población económicamente activa dentro de este grupo ya que estos comprenden el 70% de la población general estudiada. En su mayoría se encuentran activos ya que a pesar de que la mayoría de los encuestados fueron mujeres (70%), se observó que solo un 10% de la muestra no desempeña ninguna actividad, y un porcentaje significativo (30%) trabaja y estudia. A este respecto podemos agregar que existen factores importantes como es el nivel escolar en donde se observa que dentro de los encuestados el nivel de escolaridad más bajo fue primaria 10% y un porcentaje considerable contaba con estudios de Licenciatura 26%. Otras variables favorables para un buen funcionamiento son las condiciones de vivienda en donde observamos que el 70% de la población se encuentra casada, Además de que 50% de estos habitan en casa y un 37% cuenta con casa propia. Esto nos permite apreciar que la muestra de la población estudiada cuenta con un moderado nivel de estabilidad dentro del área sociodemográfica, que como previamente habíamos señalado comprende algunas de las variables que permiten la consistencia de los mecanismos de afrontamiento y a la vez son causa y efecto del nivel de funcionalidad del individuo.

En la segunda parte del análisis de resultados podemos observar que el nivel de funcionamiento de la población fue regular ya que los porcentajes encontrados no reflejan grandes diferencias entre las poblaciones funcionales y no funcionales en las diferentes áreas. Observándose únicamente una mayor funcionalidad en el área ocupacional que se correlaciona con la frecuencia con que es utilizado por este grupo de la población el mecanismo de afrontamiento dirigido al problema y no al sujeto ni a la emoción. Dentro de la disfunción; Está se observa con mayor frecuencia en las áreas económica y sexual la segunda puede justificarse a través de la frecuencia observada en los mecanismos de afrontamiento en donde el escape-evitación ocupa el primer lugar reforzado por el autocontrol.

En cuanto a la disfunción observada en el ámbito económico no logramos correlacionar la causa del mismo ya que aunque la muestra esta conformada en su mayoría por mujeres solo 10% de estas se dedican a labores del hogar, y la mayor parte de la muestra realiza alguna actividad remunerativa, cabría señalar a este respecto que dentro de esta área se miden variables como la autopercepción del individuo respecto a si considera justo o injusto su nivel de ingresos, esto se observo representa una variable que generalmente tiende a desviar el resultado hacia el nivel de insatisfacción, lo cual podría explicarnos el porque pese a tener un adecuado funcionamiento ocupacional, el funcionamiento económico no está funcionando adecuadamente.

Un aspecto que escapaba de nuestro panorama al iniciar este estudio, es el nivel de indiferencia que se maneja entre la población estudiada. El cual como podemos observar a través del análisis de los resultados se mantiene constante y en niveles altos y esto podría explicarse por la tendencia de la muestra en estudio a utilizar la evitación y el escape.

Respecto a los resultados observados para funcionalidad general y por áreas podemos apreciar que no existen grandes diferencias en cuanto al nivel de funcionalidad, disfunción e indiferencia, así mismo diferencias por áreas específicas no fué significativa.

Respecto a los mecanismos de afrontamiento más utilizados por el paciente pudimos observar resultados cercanos a lo que esperábamos ya que se encontró una mayor frecuencia en la utilización de aquellos dirigidos al problema y dentro de estos de aquellos dirigidos al problema y no al sujeto; Observándose tendencias hacia la evasión, justificación y pensamiento mágico, mecanismos que son reforzados de forma importante por la situación sociocultural que como observamos previamente logra mantenerse constante.

Llama la atención que los mecanismos que consideramos "agresivos" por ser provocadores de conflictos interpersonales fueron poco usados por la muestra en estudio como son el distanciamiento y confrontación. Y un mecanismo que se ha observado altamente relacionado a los procesos depresivos en otras muestras estudiadas, como un desencadenante de los procesos cognitivos de culpa como es la aceptación de responsabilidad, fue el menos usado por esta muestra, seguido en forma ascendente por el mecanismo de distanciamiento que también está muy relacionado a depresión.

No se aplicó ningún Instrumento que nos permitiera conocer el nivel de psicopatología de la población estudiada ya que ese no era el objetivo de nuestro estudio, sin embargo mediante la entrevista realizada pudo apreciarse en términos generales que no se presentaba patología evidente, lo cual podría estar explicado por los mecanismos que apreciamos están siendo utilizados y que permiten mantener un adecuado nivel de funcionalidad.

Finalmente en cuanto al análisis de la correlación existente entre los mecanismos de afrontamiento utilizados y la funcionalidad pudimos apreciar solamente resultados significativos entre el distanciamiento y el nivel de funcionamiento social, como previamente habíamos señalado el distanciamiento es un mecanismo que busca la tendencia al aislamiento social en el individuo y en este caso específicamente pudimos apreciar que es un mecanismo poco frecuente utilizado por la muestra en estudio la cual en términos generales tiene un regular funcionamiento social, el cual puede explicarse ya que los individuos al no evitar el contacto social, logren mantenerse funcionando normalmente en esta área.

Un aspecto que considero importante resaltar y que puede apreciarse en la tabla 6 es que los mecanismos de afrontamiento utilizados por la muestra no presentaron una variación importante o significativa en cuanto a frecuencia en su utilización..

La muestra resulto ser bastante heterogénea en cuanto a los mecanismos de afrontamiento utilizados y bastante homogénea en cuanto a funcionalidad en general y específica por áreas. Lo que a si vez podría explicarlos los bajos niveles de correlación existentes entre ambos grupos.

CONCLUSIONES.

En base a lo anterior podemos concluir que los mecanismos de afrontamiento utilizados por los sujetos que presentan algún tipo de discapacidad física una vez superada la etapa de ajuste al mismo son muy variables, basándonos en los resultados obtenidos através de este estudio. No existió alguna evidencia suficientemente significativa que permitiera resaltar la frecuencia de alguno sobre los otros, sin embargo si se pueden apreciar algunas diferencias.

Sin embargo como habíamos señalado previamente cuando las personas se encuentran en "desventaja" tienden a modificar de forma conductual y autoperceptiva a fin de poder conseguir una readaptación adecuada, y en este caso esto puede apreciarse a través de los resultados obtenidos en donde vemos una clara tendencia de este grupo hacia el mantenerse socialmente activo y funcional en términos generales manejando mecanismos que les permiten defenderse de su situación (escapando de ella) y evitando el rechazo social al disminuir la frecuencia de uso de mecanismos de defensa considerados agresivos para los demás (confrontación), así como evitando aquellos que están relacionados a psicopatologías específicas como la depresión (distanciamiento y aceptación de responsabilidad), Así como el uso de herramientas sociales y culturales (reforzamiento positivo y búsqueda de apoyo social).

La muestra resulto ser bastante heterogénea en cuanto a los mecanismos de afrontamiento utilizados y bastante homogénea en cuanto a funcionalidad en general y específica por áreas. Lo que a si vez podría explicarlos los bajos niveles de correlación existentes entre ambos grupos.

CONCLUSIONES.

En base a lo anterior podemos concluir que los mecanismos de afrontamiento utilizados por los sujetos que presentan algún tipo de discapacidad física una vez superada la etapa de ajuste al mismo son muy variables, basándonos en los resultados obtenidos através de este estudio. No existió alguna evidencia suficientemente significativa que permitiera resaltar la frecuencia de alguno sobre los otros, sin embargo si se pueden apreciar algunas diferencias.

Sin embargo como habíamos señalado previamente cuando las personas se encuentran en "desventaja" tienden a modificar de forma conductual y autoperceptiva a fin de poder conseguir una readaptación adecuada, y en este caso esto puede apreciarse a través de los resultados obtenidos en donde vemos una clara tendencia de este grupo hacia el mantenerse socialmente activo y funcional en términos generales manejando mecanismos que les permiten defenderse de su situación (escapando de ella) y evitando el rechazo social al disminuir la frecuencia de uso de mecanismos de defensa considerados agresivos para los demás (confrontación), así como evitando aquellos que están relacionados a psicopatologías específicas como la depresión (distanciamiento y aceptación de responsabilidad), Así como el uso de herramientas sociales y culturales (reforzamiento positivo y búsqueda de apoyo social).

Es importante señalar la importancia de realizar estudios de este tipo que permitan brindar un panorama más amplio de la población estudiada, a través de ampliar la muestra de estudio, analizando estas variables en diferentes estados de la pérdida, y estudiando además a los grupos que representan las redes de apoyo para este tipo de pacientes y en las cuales juegan un papel de suma importancia en el proceso de rehabilitación y ajuste. Y aunque los resultados de este estudio no muestran diferencias significativas en cuanto a que tipo de mecanismos de afrontamiento debemos considerar reforzar, si nos da una aproximación de cuales de ellos en situaciones específicas debemos trabajar para lograr determinados objetivos, sin olvidarnos de que cada situación deberá individualizarse y que para un buen funcionamiento existen otras variables que debemos cuidar y vigilar y que resultan ser totalmente independientes al repertorio psicológico con que cuente el sujeto y dentro de estas encontramos precisamente a las redes de apoyo, y a los factores sociodemográficos y culturales.

REFERENCIAS.

- 1) Lazarus RS, Folkman S. "Stress, appraisal, and coping". New York: Springer; 1984.
- 2) Folkman S, Lazarus RS, "Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes." Journal of medical and social psychology. V22, No.35, P:992-1003. 2000.
- 3) Marcelo Valencia C. "Evaluación del funcionamiento social en pacientes mentales: Su importancia en el campo de la salud mental" Salud mental V8, No.1, marzo 1985.
- 4) Van Dongen CJ. "Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness" Community mental Health J 32:535-548, 1996.
- 5) Luis Jasso. "El niño down, mitos y realidades" Mexico. Manual moderno 1991. 3a. edición.
- 6) H.I.Kaplan. "Compendio de Psiquiatría." México. Salvat 1991. 2a edición.
- 7) J.Luis Patiño."psiquiatría Clínica".México. Salvat. 1997. 2a. Edición.
- 8) H.I.Kaplan."Tratado de Psiquiatría".España, Salvat.1992."a. Edición.
- 9) Kav Vedhara PHD. "The role of stressors and Psychosocial variables in the stress process: A study of chronic caregiver stress" Psychosomatic medicine 62:374-385, 2000.
- 10)Marcelo Valencia Ph, "Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud." Salud Pública de México. Vol 31 No. 5, Septiembre-Octubre de 1989.
- 11)Jose Angel Vera Noriega. "Afrontamiento, autoestima y bienestar emocional de mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja". Revista de servicios de salud mental.Vol 3, No. 1999.
- 12)Peter Byrne."El estigma de la enfermedad mental y las formas de reducirlo" Journal of continuing professional development .the royal college of Psychiatrist . Vol 6, No.1, septiembre del 2000.ç
- 13)Karen A.Matthews,PHD. "Do the daily experiences of healthy men and women vary according to occupational prestige and work strain?". Psychosomatic medicine 62:346-353(2000).

- 14) John P. Boekamp "Depresión following a spinal cord injury". The International Journal of Psychiatry in Medicine" V.26, No.3, 1996.
- 15) Takayuki Aoki. "Psiquiatric evaluation of physical rehabilitation patients ". General Hospital Psychiatry Vol 17, No.6 Nov 1995. P:440
- 16) Daniel S:P: "Decrease of depression during stroke and amputation rehabilitation" General hospital Psychiatry. Vol.14, No.2. March 1992. P:135.
- 17) Susan K.Lutgendorf. "Changing in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic HIV-sepropositive gay men". Psychosomatics medicine V60, No.2 P:204. 1998.
- 18) Edward A.Walker. "Psychosocial factors in fibromialgia compared with rheumatoid arthritis. II Sexual, physical and emotional abuse and neglect" Psychosomatic Medicine V59, No.6 P:572.
- 19) Shari R. Waldstein. "Active coping and cardiovascular reactiviti: A multiplicity of influences". Psychosomatic Medicine V59, No.6 p:620
- 20) Robert M.Weinbury. "Personality predictors of dimensions of psychosocial adjustment after surgery" Psychosomatic Medicine. V59, No.6. P:626.
- 21) Edgar Heim. "Coping and Psychosocial adaptation. Longitudinal effects over time and stages in breast cancer". Psychosomatic Medicine Vol.59 No.4 P.408.
- 22) Ruth Saldorf. " Prospective evaluati3n of psychosocial adaptation to stoma surgery: The role of self efficacy". Psychosomatic medicine V58 No.2, P:183.
- 23) Billings,A.G; Moos, R.H. (1981). "The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events "Journal of behavior Medicine,4,139-157.
- 24) Folkman S; Lazarus,R.S; Gruen,R.J; and DeLongis,A.(1986). Apreisal, coping, healt status, and psychosocial symptoms. Journal of Personality and Social Psicology. 50, 571-579.2000.
- 25) Sidle,A; Moos,R.H; Adas,J; and Cady,P. (1969) "Developent of a coping scale" Archeves of General Psychiatry;20,225-232.
- 26) Stene, A.A; and neale J.: (1984) "New measure of daily coping: Development and preliinary results" Journal of personality and Social Issues, 46,892-906.