



**Autoesquemas, Depresión, Estrategias de Afrontamiento, y Calidad de Vida en Lesionados  
Medulares (paraplejia)**

Luz Darnelly Henao Díaz

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Tutor

Juan Paulo Múnera Rueda, Magíster (MSc) en Psicología

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Psicología  
Santa Fe de Antioquia, Antioquia, Colombia  
2022

<b>Cita</b>	(Henao Díaz, 2022)
<b>Referencia</b>	Henao Díaz, L. (2022). <i>Autoesquemas, Depresión, Estrategias de Afrontamiento, y Calidad de Vida en Lesionados Medulares (paraplejia)</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Santa Fe de Antioquia, Colombia.
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	



www.udea.edu.co

**Sistema de Bibliotecas** – Biblioteca Carlos Gaviria Díaz

Biblioteca Seccional Occidente (Santa Fe de Antioquia)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes

**Decano/Director:** John Mario Muñoz Lopera

**Jefe departamento:** Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Dedicatoria**

Quiero dedicarle este trabajo de grado primordialmente a mi familia quienes han sido mi principal fuente de apoyo y motivación durante este proceso.

Y también a Arley Esteban Uribe, un amigo que la vida me regalo y que sin darse cuenta fue quien me motivo a elegir este tema para investigar.

De ellos también es este logro.

## **Agradecimientos**

En primer lugar, quiero agradecerle al asesor del proyecto de grado, quien con sus conocimientos y apoyo me guio en cada una de las etapas de esta investigación.

A los deportistas de la Liga Deportiva de Discapacitados Físicos de Antioquia, que de forma voluntaria decidieron participar.

Y a la Universidad de Antioquia, que me abrió sus puertas y por medio de los docentes ha logrado que me apasione mucho más por mi profesión.

Muchas gracias a todos.

## Tabla de contenido

Resumen .....	9
Abstract .....	10
Introducción .....	11
1 Planteamiento del problema .....	13
1.1 Antecedentes .....	15
2 Justificación.....	22
3 Objetivos .....	24
3.1 Objetivo general: .....	24
3.2 Objetivos específicos: .....	24
4 Pregunta de investigación.....	25
5 Hipótesis.....	26
5.1 Hipótesis de trabajo .....	26
5.2 Hipótesis estadística .....	26
5.2.1 Hipótesis nula.....	26
5.2.1.1 Hipótesis alterna.....	27
5.2.1.1.1 Variables.....	27
6 Marco teórico .....	29
6.1 Autoesquemas: .....	29
6.1.1 Autoconcepto: .....	30
6.1.2 Autoimagen:.....	32
6.1.3 Autoeficacia: .....	33
6.1.4 Autoestima: .....	35
6.2 Depresión: .....	36
6.3 Estrategias de afrontamiento: .....	38

6.4 Calidad de vida:.....	41
6.5 LM (paraplejia): .....	44
7 Metodología .....	46
7.1 Enfoque: .....	46
7.2 Diseño: .....	46
7.3 Alcance:.....	47
7.4 Población:.....	47
7.5 Muestra:.....	47
7.6 Instrumentos de investigación.....	47
7.6.1 Entrevista sociodemográfica:.....	47
7.6.2 C.I.E.: .....	48
7.6.3 Escala de autoeficacia general: .....	49
7.6.4 PHQ-9: .....	50
7.6.5 EEC-M: .....	51
7.6.6 WHOQOL-BREF: .....	53
8 Resultados .....	56
9 Discusión .....	74
10 Conclusiones .....	78
11 Recomendaciones.....	79
Referencias .....	80

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Datos Sociodemográficos muestra de lesión medular.....	56
<b>Tabla 2.</b> Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad.....	59
<b>Tabla 3.</b> Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad (por tiempo de lesión) .....	64
<b>Tabla 4.</b> Prueba T para muestras independientes (lesión antes y después de los 30 años) .....	68
<b>Tabla 5.</b> Prueba no paramétrica de U-de Mann-Whitney (categoría lesión antes y después de los 30 años) .....	70
<b>Tabla 6.</b> Correlaciones de Spearman en totalidad de muestra de Lesionados medulares .....	71
<b>Tabla 7.</b> Correlaciones de Spearman en totalidad de muestra de Lesionados medulares (antes de los 30 años).....	72
<b>Tabla 8.</b> Correlaciones de Spearman en totalidad de muestra de Lesionados medulares (antes de los 30 años).....	73

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Porcentaje muestra de lesión medular: Práctica deportiva .....	57
<b>Figura 2.</b> Porcentaje muestra de lesión medular: Práctica deportiva .....	57
<b>Figuras 3.</b> Porcentaje muestra de lesión medular: Competencias ganadas .....	58
<b>Figura 4.</b> Distribución puntuaciones C.I.E. Autoconcepto .....	60
<b>Figuras 5.</b> Distribución puntuaciones C.I.E. Autoestima.....	60
<b>Figura 6.</b> Distribución puntuaciones C.I.E. Autoimagen .....	61
<b>Figura 7.</b> Distribución puntuaciones C.I.E. Autoeficacia .....	61
<b>Figura 8.</b> Distribución puntuaciones PHQ-9.....	62
<b>Figura 9.</b> Distribución puntuaciones WHOQOL-BREF Salud Física .....	63
<b>Figura 10.</b> Distribución puntuaciones C.I.E. Autoestima (lesión antes de los 30 años) .....	65
<b>Figura 11.</b> Distribución puntuaciones C.I.E. Autoestima (lesión después de los 30 años).....	66
<b>Figura 12.</b> Distribución puntuaciones C.I.E. Autoestima (lesión después de los 30 años).....	66
<b>Figura 13.</b> Distribución puntuaciones C.I.E. Autoimagen (lesión después de los 30 años) .....	67

## **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

<b>C.I.E.</b>	Cuestionario de Autoesquemas Cognitivos
<b>CV</b>	Calidad de vida
<b>EEC-M.</b>	Estrategias de Afrontamiento-Modificada
<b>LIDEFIANT</b>	Liga Deportiva en Discapacidad Física de Antioquia
<b>LM</b>	Lesión Medular/Lesionados Medulares
<b>LME</b>	Lesión en la Medula Espinal
<b>LMT</b>	Lesión Medular Traumática
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PHQ-9</b>	Cuestionario Sobre la Salud de Paciente-9
<b>RLCPD</b>	Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
<b>WHOQOL-BREF</b>	Cuestionario de Calidad de Vida



## Resumen

El presente estudio es de un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental transversal exploratorio, de alcance descriptivo-correlacional, que tiene como objetivo establecer el perfil de autoesquemas en población con lesión medular y las variables depresión, estrategias de afrontamiento y la CV contrastados con las variables sociodemográficas en un grupo de 27 deportistas pertenecientes a LIDEFIANT con diagnóstico de paraplejia, para lo cual se emplearon el cuestionario de autoesquemas C.I.E, la escala de Autoeficacia General, el cuestionario de síntomas depresivos PHQ-9, la escala de estrategias de afrontamiento EEC-M y el WHOQOL-BREF para evaluar calidad de vida. En general, se obtuvieron puntuaciones, en promedio, positivas en todas las variables estudiadas a excepción de la dimensión de relaciones sociales en relación a calidad de vida, la cual obtuvo una puntuación baja. Se lograron establecer correlaciones positivas entre autoestima y autoconcepto; autoeficacia, solución de problemas y reevaluación positiva; apoyo social y apoyo profesional; religión y reevaluación positiva; evitación cognitiva y negación. Y, respecto a las correlaciones negativas se relacionan la depresión con el apoyo social y profesional. Aunque algunas variables no cumplieron con el supuesto de distribución normal, fue posible concluir valiosos hallazgos.

*Palabras clave:* investigación, autoesquemas, depresión, estrategias de afrontamiento, calidad de vida, lesionados medulares.

### **Abstract**

The present study is a quantitative approach, with a non-experimental cross-sectional exploratory design, of descriptive-correlational scope, which aims to establish the profile of self-schemas in population with spinal cord injury and the variables depression, coping strategies and QoL contrasted with the sociodemographic variables in a group of 27 athletes belonging to LIDEFIANT with a diagnosis of paraplegia, for which the ICD self-schema questionnaire, the General Self-efficacy scale, the PHQ-9 depressive symptoms questionnaire, the EEC-coping strategies scale were used, and the WHOQOL-BREF to evaluate quality of life. In general, positive scores were obtained, on average, in all the variables studied except for the dimension of social relations in relation to quality of life, which obtained a low score. Positive correlations between self-esteem and self-concept were established; self-efficacy, problem solving, and positive reassessment; social support and professional support; religion and positive reassessment; cognitive avoidance and denial. And, regarding negative correlations, depression is related to social and professional support. Although some variables did not meet the assumption of normal distribution, it was possible to conclude valuable findings.

*Keywords:* research, self-schemes, self-image, self-efficacy, self-esteem, self-concept, depression, coping strategies, quality of life, spinal cord injuries.

## Introducción

Las personas con lesión en la medula espinal son una población muy vulnerable en nuestro país, precisamente por las particulares características culturales, económicas, políticas y sociales que son muy poco favorecedoras. Además, la antigüedad de los datos estadísticos acerca de la prevalencia, muestra la invisibilización que tienen estas personas dentro de nuestro contexto. Es necesario resaltar que se ha avanzado un poco en la inclusión social y laboral, sin embargo, esto solo tiene cobertura en las principales ciudades del país y no logra abarcar a la mayor parte de la población colombiana con este tipo de discapacidad física.

Las cifras van en ascenso y su principal causa es traumática. Característica en la cual Colombia tiene mucho que aportar con el conflicto interno armado y la alta tasa de accidentes de tránsito, de las cuales surgen la mayor cantidad de víctimas que quedan en situación de discapacidad.

Teniendo en cuenta, que la adaptación implica modificaciones en los constructos cognitivos y que constantemente están en un continuo reajuste a su realidad, es apropiado investigar por variables tan subjetivas como los autoesquemas, los síntomas depresivos, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los deportistas pertenecientes a LIDEFIANT. En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo principal establecer el perfil de autoesquemas en población con lesión medular y las variables depresión, estrategias de afrontamiento y la CV contrastados con las variables sociodemográficas – género, edad, estado civil, causas de la lesión y antigüedad con esta, el tratamiento o tipo de rehabilitación recibida, ya sea física, psicológica y/o sexual, el tipo de deporte que practica, el tiempo que lleva compitiendo y las veces que ha ganado, y la ausencia o presencia de consumo de sustancias psicoactivas – en lesionados medulares (paraplégicos).

Por lo tanto, las preguntas de investigación son las siguientes: ¿en qué nivel están los autoesquemas? ¿hay presencia o ausencia de síndrome depresivo? ¿cuáles son las estrategias de afrontamiento más usadas? y ¿Cuál es la percepción que tienen respecto a su calidad de vida?

La recolección de información se realizó por medio de la aplicación de cuestionarios que evalúan cada una de las variables anteriormente mencionadas y posteriormente, se realizó el análisis estadístico en el software SPSS 26 Statistics, permitiendo llegar a las conclusiones.

## 1 Planteamiento del problema

Según datos revelados por la OMS (2014), cada año entre 250.000 y 500.000 personas sufren una lesión en la médula espinal; “su principal causa son los traumas asociados a accidentes de tránsito, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca, caídas de altura, inmersiones en aguas poco profundas, accidentes deportivos y accidentes laborales, entre otras” (Henao & Parra, 2010, p. 159). Gran parte de esta población no tiene acceso a servicios de rehabilitación debido a políticas y suministros inadecuados, falta de fondos, barreras al acceso físico o actitudes negativas del paciente, lo cual interfiere en la CV. Una lesión de esta magnitud tiene consecuencias graves en todos los ámbitos de la vida de un sujeto e implica adaptarse a diversos cambios propios de la situación y afrontar experiencias de pérdidas y amenazas en la salud (Bickenbach et al., 2014). Inicialmente pueden ser muy notorios los síntomas depresivos, la negación y resistencia, aunque, con el transcurso positivo de este acontecimiento, y siendo muy necesarias unas estrategias de afrontamiento adecuadas, el individuo puede recuperar, hasta cierto nivel, su autonomía.

En Colombia, hasta diciembre del 2013 se contaba con 1'062.917 personas inscritas en el RLCPD, de los cuales, 534.213 presentan como principal alteración para el desarrollo de actividades cotidianas los movimientos (cuerpo, manos, brazos y/o piernas) (Minsalud & RLCPD, 2013). Esto es un poco más del 50% de la población colombiana que sufre algún tipo de discapacidad.

Una LM implica el afrontamiento procesos adaptativos, definidos por Anguera Domenjó (1978):

constituye el paradigma del ser que en un momento dado pasa de tener muchas relaciones yo-cuerpo – normales – a una nueva y conflictiva situación en que su cuerpo es origen de una serie de trastornos físicos necesitados de un complejo y largo tratamiento rehabilitador, todo lo cual desencadena una serie de reacciones emocionales para ajustarse a la nueva situación física, social y psicológica (p. 07).

Dicha adaptación inicia desde el momento de la lesión y se extiende durante el resto de la vida del individuo, debido a que, a medida que se van presentando nuevas dificultades, estas exigen una resolución o adaptación. Este proceso de adaptación hace parte de la rehabilitación, en el cual, el apoyo de familiares y cercanos es de vital importancia. Los avances médicos que garantizan la supervivencia de la persona con LM ponen de relieve la importancia de las variables psicosociales intervinientes. “Cuando la lesión está médicamente estabilizada, es precisamente cuando los aspectos psicológicos y sociales aparecen como más relevantes” (Rueda & Aguado, p. 30). De ahí que resulte tan importante la psicología en la recuperación de estos individuos, debido a que gran parte de la autonomía que logren recuperar depende de la actitud que los mismos afectados tienen respecto a esta.

La LM es una de las lesiones más investigadas, principalmente desde el aspecto médico, autores como: Domínguez et al., (2003); Lema y Parra (2010) Rueda y Aguado (2012); Plaza et al., (2012), se han interesado en indagar por el tratamiento de los LM y por hacer una caracterización de los mismos. Entre las variables más estudiadas en este tipo de población, están las estrategias de afrontamiento (Rueda & Aguado, 2012; Botero Soto, 2012; Babamohamadi et al., 2011), sexualidad (García et al., 2008; Campo y Sánchez, 2015) y CV (Jiménez et al, 2004; Lema & Parra, 2010; Gifre et al., 2010) y la depresión (Rueda et al., 2008; Hassanpour et al., 2012).

En relación a los autoesquemas, se ha indagado por la autoeficacia (Suria & Ortigosa, 2018) y la autoimagen (Taleporos & McCabe, 2002), siendo este último autoesquema el más indagado.

Como se puede percibir, no existen investigaciones que describan los autoesquemas en LM, y muchos menos, que vinculen otras variables como la depresión, las estrategias de afrontamiento y la CV – puesto que estas últimas se han evaluado de forma individual –.

De este modo, resulta interesante indagar por autoesquemas – autoestima, autoimagen, autoeficacia y autoconcepto –, depresión, estrategias de afrontamiento y CV en una población que cada día está en potencial crecimiento, con mayor vulnerabilidad y en un país que cuenta con unas condiciones económicas, sociales y culturales poco favorecedoras. Además, es necesario revisar si

algunas variables independientes como la edad, el género, el estado civil, antigüedad y causas de la lesión, el tratamiento o tipo de rehabilitación (física, psicológica o sexual) al que tuvo o tiene acceso, el tipo de deporte que practica, el tiempo que lleva compitiendo, las veces que ha ganado y la ausencia o presencia de consumo de sustancias psicoactivas, influye.

Acceder a la muestra es posible y se hará por medio de LIDEFIANT ubicado en la ciudad de Medellín, enfocados en los deportes para personas en situación de discapacidad física.

### **1.1 Antecedentes**

En la ruta investigativa que se llevó a cabo, es evidente que pocos estudios se han hecho con población que posee deficiencia motriz; de estos hallazgos, todos con un enfoque cualitativo o cuantitativo, se orientan a indagar principalmente la imagen corporal - lo que desde la psicología se denomina autoimagen- que poseen estos individuos de sí mismos y la sexualidad. Con relación a los autoesquemas se han encontrado investigaciones cualitativas que buscan dar cuenta del contenido que poseen los autoesquemas en sujetos que presentan síntomas patológicos como la depresión y, también, la relación que tienen estos en las habilidades sociales. Algo muy diferente sucede con respecto a las demás variables – CV, depresión y estrategias de afrontamiento – que si cuentan con investigaciones en este tipo de población.

De las investigaciones encontradas que vinculen los autoesquemas, resalto las siguientes:

- *Body image and physical disability-personal perspectives* (imagen corporal y discapacidad física-perspectivas personales), realizada por Taleporos y McCabe (2002), tuvo como objetivo investigar sobre las preocupaciones sobre la imagen corporal de las personas con discapacidad. Haciendo uso de la metodología cualitativa, recolectaron los datos mediante entrevistas individuales a tres hombres y cuatro mujeres de Australia. Como resultados, se encontró que, el deterioro tuvo una influencia negativa en las experiencias psicológicas, los sentimientos y las actitudes de los participantes hacia su propio cuerpo. Además, se destacó el impacto de la

retroalimentación del entorno social y hubo evidencia que sugieren que las personas se adaptan gradualmente a los cambios en su cuerpo y acepten cada vez más su discapacidad con el tiempo.

- Vinaccia et al. (2008) realizaron una investigación denominada *Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido*, con un diseño exploratorio- descriptivo- transversal- correlacional que buscaba evaluar la relación de los autoesquemas y las habilidades sociales de 49 adolescentes de ambos géneros con diagnóstico de labio y paladar hendido, de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizaron como instrumentos el C.I.E y la Escala de Habilidades Sociales (EHS) para la recolección de datos. Los resultados obtenidos, a nivel general, muestran que los puntajes de los autoesquemas y las habilidades sociales, reportados por los adolescentes con labio y paladar hendido, fueron buenos. Se encontraron relaciones significativas de los autoesquemas entre sí y de éstos con la conducta asertiva y habilidades sociales en los adolescentes de nuestro estudio, lo que indica que la percepción e interpretación, la emoción y la conducta aprendida desde temprana edad es reflejada o proyectada a lo largo del ciclo vital en las manifestaciones o estímulos sociales, y éstos a su vez actúan como medios o mecanismo de refuerzo de los mismos autoesquemas.

- *Autoeficacia en personas con LM: análisis diferencial en dimensiones de bienestar psicológico*, realizado por Suria y Ortigosa (2018), tuvo como objetivo examinar la asociación de la autoeficacia con el bienestar psicológico en personas con LM. Se trata de un estudio transversal en el que participaron 94 individuos mayores de 18 años con LM causada por un accidente de tráfico. Para la recolección de los datos se administró un cuestionario sociodemográfico, la Escala de autoeficacia generalizada y la Escala de bienestar psicológico de Ryff. En los resultados obtenidos se encontró una correlación entre edad, antigüedad de la LM y autoeficacia, además de las relaciones significativas entre autoeficacia y los factores de bienestar psicológico. Según los diferentes grados de autoeficacia, aquellos que presentan autoeficacia alta y moderada obtienen mejores puntuaciones en autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, propósito de la vida y crecimiento personal que los que muestran autoeficacia baja. En conclusión, las personas con LM con mayor autoeficacia perciben más bienestar psicológico, así el incremento de la autoeficacia por parte de este colectivo redundará en un mayor sentimiento de bienestar. Esto



sugiere la importancia de profundizar en esta asociación, puesto que con ello se va a favorecer una adaptación e integración exitosa al medio.

Respecto a la depresión, las principales investigaciones son:

- *Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de la adaptación en la LM: una revisión de la biografía*, realizada por Ruiz et al. (2008). Consistió en un recorrido por las investigaciones realizadas en los últimos treinta años sobre el afrontamiento de la LM desde la incorporación de las teorías del estrés en la psicología de la rehabilitación. Revisaron la evolución de su concepto en el contexto rehabilitador, los resultados de sus investigaciones, así como las dificultades metodológicas existentes para su estudio. Lograron constatar que la depresión dejó de ser el resultado de la LM y su impacto psicológico, para pasar a considerarse un indicador de la eficacia del afrontamiento. De este modo, es necesario la despatologización de la adaptación con variables como la depresión, debido a que la una no es consecuencia de la otra.

- Hassanpour et al. (2012) en la investigación titulada *como Low depressive symptoms in acute spinal cord injury compared to other neurological disorders* (Comparación de síntomas depresivos bajos en la lesión aguda de la médula espinal), indagaron en 130 pacientes con lesión aguda de la médula espinal la presencia de depresión y los compararon con los resultados de los pacientes con otros trastornos neurológicos – como accidente cerebrovascular y esclerosis múltiple – que están asociados a un deterioro funcional grave. La recolección de los datos fue de forma prospectiva – 1, 3, 6 y 12 meses después de la lesión –, el seguimiento tuvo en cuenta los resultados neurológicos y funcionales, el dolor y los aspectos afectivos evaluados por el paciente – ej. Estado de ánimo y ansiedad –. El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck, el cual arrojó que del 100% de los pacientes, el 65% no presentaron síntomas depresivos, el 30% síntomas depresivos leves y menos del 5% presentaron síntomas depresivos entre moderados y graves. Las puntuaciones medias fueron solo ligeramente más altas que en las poblaciones de control, pero bastante bajas en comparación con los pacientes con otros trastornos neurológicos. En conclusión, En comparación con otros trastornos neurológicos que también involucran la función cerebral, los

pacientes con lesión aguda en la médula espinal parecen estar menos desafiados por los síntomas depresivos que constituyen cargas adicionales para responder a las deficiencias funcionales graves, además, los síntomas depresivos no influyen en la experimentación e intensidad de dolor.

Respecto a las estrategias de afrontamiento:

- *Coping strategies used by people with spinal cord injury: a qualitative study* (Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con lesión de la médula espinal: un estudio cualitativo) realizada por Babamohamadi, et al. (2011). Este estudio tuvo como objetivo explorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes iraníes con lesiones de la médula espinal. Se realizaron 18 entrevistas a profundidad en pacientes con lesión en la médula espinal, los cuales se analizaron simultáneamente mediante el método de análisis de contenido. Los resultados arrojaron que los pacientes usan, principalmente, estrategias de afrontamiento orientadas a buscar ayuda en las creencias religiosas – entender la enfermedad como un destino divino y como un combate espiritual – la esperanza y el esfuerzo por la independencia/ autocuidado. En conclusión, la comprensión de las estrategias que influyen en el afrontamiento de la LME por parte de los pacientes contribuirá al cuerpo de conocimientos de enfermería y de los familiares, para reforzar las estrategias más positivas, puesto que estas contribuyen al empoderamiento del afectado.

- *Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica* (Botero, 2012): es una revisión teórica de los aspectos más relevantes relacionados con el afrontamiento, en la cual se tuvo en cuenta investigaciones realizadas a personas con enfermedades crónicas y con discapacidades físicas. Algunos autores encuentran que las personas con discapacidad física que refieren mejor ajuste emocional a la discapacidad evidencian estilos de afrontamiento orientados a la solución de problemas, aun cuando otros autores refieren que las personas con discapacidad, utilizan en mayor medida durante el proceso de adaptación, un afrontamiento centrado en la emoción.

Las investigaciones que vinculan la CV son:

- *Evaluación de la CV en LM* (Jiménez et al., 2004): tuvo como objetivo evaluar la CV a través del EUROQOL-5D, en 27 pacientes con LM y que llevaran dos años de tratamiento posterior a la lesión. Se tuvieron en cuenta variables como la movilidad, el cuidado personal, las actividades cotidianas, el dolor/malestar, la ansiedad/depresión, y también aplicaron la escala visual análoga (EVA). La muestra fue en su mayoría de sexo masculino, con una edad promedio de 38.7 años, casados, con estudios secundarios y trabajadores autónomos. Los resultados arrojan que, a pesar de que una LME es un problema de salud severo, la CV mejora con el tratamiento, aunque en algunos casos es necesario mejorar las estrategias de intervención. En conclusión, evaluar la CV en personas con LM permite valorar el impacto del tratamiento médico y revisar nuevas alternativas de tratamiento en función de los resultados obtenidos.

- *La mejora de la CV de las personas con LM*: La transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana desde la perspectiva de los usuarios (Gifre et al., 2010). Tuvo como objetivo identificar los factores más relevantes que contribuyen a la CV en LM, desde una perspectiva de los afectados. La muestra estuvo conformada por 18 individuos, divididos en dos grupos; el primero, compuesto por 12 personas con paraplejia y, el segundo, por 6 personas con tetraplejia. El análisis de la información indica que, para los participantes existen dos dimensiones relacionadas con su percepción de CV una vez salen del centro de rehabilitación: a) necesidad de atención al entorno más próximo y b) preparación para el mundo real. Por lo tanto, los autores infieren la importancia de programas de rehabilitación integral, que vinculen rehabilitación física, aprendizaje de habilidades que posibiliten el máximo de independencia.

Y, por último, respecto a las investigaciones que caracterizan y explican las implicaciones de la LM son:

- *Lesión medular y discapacidad: revisión bibliográfica*, realizada por Lema y Parra (2010), tuvo como objetivo abordar la discapacidad y el funcionamiento humano relacionado con la salud desde un enfoque biopsicosocial que articula las dimensiones corporal, individual y social

de las personas y su relación con los factores del ambiente, mediante un análisis exhaustivo de material bibliográfico con el fin de abordar de forma amplia dicho tema; se definió el concepto, se abordaron asuntos como los aspectos sociodemográficos de la procedencia de las lesiones incluyendo datos estadísticos con las cifras que presenta Colombia, los factores etiológicos, aspectos médicos, la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), relaciones entre aspectos asociados a la LM y discapacidad, entre otros. Como conclusión, de obtuvo que la edad de ocurrencia de la lesión, el sexo, la presencia de complicaciones, el tiempo de evolución y la severidad de la lesión, entre otros, son variables que condicionan la situación de discapacidad y el funcionamiento de las personas, por tanto, son aspectos que deben tenerse en cuenta al plantear tanto la evaluación como la intervención de esta población.

- *LMT*, realizada por Domínguez et al., (2003), la cual tuvo como objetivo describir la incidencia de LM traumáticas en la clínica de Afecciones de la Médula Espinal de Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN) entre enero y diciembre del año 2000. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica de 58 pacientes ingresados a dicha clínica por una LM traumática, se tuvo en cuenta variables como la edad, el sexo, país de procedencia, etiología, nivel de LM, diagnóstico principal y tiempo de evolución de la enfermedad. Los resultados arrojaron que la mayoría son pacientes masculinos (48) entre 17 y 25 años de edad (41,4%) provenientes de Colombia (22 casos), su principal causa son los accidentes automovilísticos (31) y las heridas por arma de fuego (14), prevaleció el nivel de LM T6-T12. Los principales diagnósticos reportados fueron la paraplejia y la cuadriplejia espástica postraumática con una antigüedad de la lesión mayor a un año.

Con base en las investigaciones anteriores, podemos ver algunos de los cambios que implican una LM, desde un cambio en la CV y la salud, hasta estrategias de afrontamiento y de adaptación psicológica a dicha condición. Los autoesquemas son las principales estructuras cognitivas que se desestabilizan y su nivel desciende considerablemente, produciendo inconformidad consigo mismo, resistencia a la aceptación, vacío en la identidad, autodesvalorización, sumándole a una serie de síntomas negativos como la frustración, tristeza, desesperanza, negación, irritabilidad, entre otros. Los cuales tienden a mejorar - idealmente - con

el paso del tiempo, reinventando su nueva identidad, reactivando sus esferas de desempeño e interacción como lo es el entorno social, laboral y familiar, y dándole un enfoque positivo a la percepción del self. De lo contrario, posiblemente, se podría tratar de síntomas patológicos que requieren ser atendidos.

## 2 Justificación

Colombia cuenta con unas características particulares que favorecen el crecimiento de las estadísticas en LM, como principales causas está el conflicto armado interno y los accidentes de tránsito. Adicional a esto, también cuenta con unas características especiales a nivel político, económico, cultural y social que hacen mucho más vulnerables a los afectados. A nivel político por la falta de inversión en recursos que contribuyan al mejoramiento de la CV de esta población; el sentido económico se refiere a las altas tasas de pobreza que se registran en nuestro país, lo que hace que muchos lesionados no tengan acceso a servicios de salud y rehabilitación necesarios; en el ámbito cultural por el nivel de indefensión y convalecencia en el que lo sitúan; y por último, la exclusión que recibe a nivel social y laboral, llevándolo a un estado de invisibilidad ante el mundo y la sociedad.

La antigüedad de los datos estadísticos de los afectados por LM es una muestra del olvido en el que nuestro país tiene a estos individuos. El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2005), publicó un reporte de la cantidad de lesionados medulares que dejó dicho año y su principal causa – accidentes de tránsito –, y ese es el dato más actualizado con el que contamos (citado por Henao & Parra, 2010).

Teniendo en cuenta que, “la adaptación a la LM es un concepto complejo y multidimensional que debe considerar los factores biológicos, psicológicos, sociales y del entorno” (Rueda & Aguado, 2012, p. 49). En la cual, tiene gran relevancia e implicación en el éxito o fracaso, los aspectos psicológicos y defensas que tenga en este aspecto, para potencializar la autonomía.

La depresión juega un papel importante aquí, debido a que, teniendo en cuenta que una LM es considerada un estresor emocional y un indicador del proceso de adaptación y de la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas (Rueda y Aguado, 2012). Que no predispone a los afectados, pero si los vuelve mucho más vulnerables a padecer este trastorno, el cual puede ser de forma transitoria y leve o permanente y patológico, afectando mucho más al individuo y su

funcionalidad. “Su naturaleza estresante se deriva de tres elementos principales: las diferentes fuentes de estrés, la naturaleza mixta del suceso estresante considerado como un suceso vital mayor con estresores diarios, y, la dimensión objetividad - percepción subjetiva” (Rueda et al., 2008, p. 111).

Las variables que se proponen en esta investigación no son ajenas a la muestra, por el contrario, están fuertemente ligadas a su rehabilitación y diario vivir, en donde la personalidad de cada individuo influye fuertemente en su proceso. De este modo, el desarrollo de esta investigación permite indagar sobre los constructos psicológicos sobre sí mismo – valoración o juicio, percepción mental y la confianza en sus propias capacidades – con los que cuentan los afectados por lesión en la médula espinal, además la manera en que afrontan dicha condición, la presencia o ausencia de depresión y la CV, teniendo en cuenta que estos individuos se ven tan influenciados por situaciones que implican cambios fuertes en la vida.

### 3 Objetivos

#### 3.1 Objetivo general:

Indagar el perfil de autoesquemas en población con lesión medular de la Liga Deportiva de Discapacitados Físicos de Antioquia (LIDEFIANT), y su relación con las variables depresión, estrategias de afrontamiento y calidad de vida.

#### 3.2 Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población con lesión medular de LIDEFIANT.
2. Examinar el perfil de autoesquemas (autoconcepto – autoimagen – autoestima – autoeficacia) de la población con LM de LIDEFIANT.
3. Analizar la relación entre la manifestación percibida de autoesquemas y síntomas de depresión en la población con LM de LIDEFIANT.
4. Describir las principales estrategias de afrontamiento de la población con LM de LIDEFIANT, y su relación con sus autoesquemas.
5. Identificar la percepción de la calidad de vida en la población con LM de LIDEFIANT, y su relación con autoesquemas y estrategias de afrontamiento.



#### **4 Pregunta de investigación**

Las preguntas de investigación que tiene la presente investigación son: ¿en qué nivel están los autoesquemas? ¿hay presencia o ausencia de síndrome depresivo? ¿cuáles son las estrategias de afrontamiento más usadas? y ¿Cuál es la percepción que tienen respecto a su calidad de vida? en los deportistas con LM pertenecientes a LIDEFIANT.

## 5 Hipótesis

### 5.1 Hipótesis de trabajo

- Las personas que sufren una lesión de la medula espinal antes de los 30 años, poseen afectaciones mayores en los autoesquemas – principalmente en el autoconcepto y la autoimagen – y en la percepción de la calidad de vida.

### 5.2 Hipótesis estadística

Con base al p-valor menor a 0,05 y un intervalo de confianza del 95% se rechazará la hipótesis nula y se aceptará la hipótesis alterna.

#### 5.2.1 Hipótesis nula

- Existe relación entre edad, antigüedad de la lesión y autoeficacia (Suriá y Ortigosa, 2018).
- La calidad de vida mejora, al individuo estar inmerso en un tratamiento de rehabilitación (Jiménez, Miranda y Sandoval, 2004).
- La práctica deportiva influye de forma positiva en la autoeficacia y calidad de vida de las personas con discapacidad (Te Velde et al., 2018).
- La discapacidad física genera deterioro en la autoimagen (Taleporos & McCabe, 2002).

### 5.2.1.1 Hipótesis alterna

- No existe relación entre autoestima y autoeficacia.
- No existe relación entre edad, antigüedad de la lesión y autoeficacia.
- El tratamiento de rehabilitación no mejora la calidad de vida de los lesionados.
- La práctica deportiva no influye en la autoeficacia y la calidad de vida de las personas con discapacidad física.
- La discapacidad física no afecta la autoimagen.
- Las estrategias de afrontamiento que más usa una persona con lesión en la medula espinal con antigüedad de mínimo cuatro años, es el apoyo profesional y la reevaluación positiva de la lesión.

#### 5.2.1.1.1 Variables. Como variables cualitativas:

- Nominales: el género – femenino y masculino – tipo de rehabilitación o tratamiento que recibió – física, psicológica y/o sexual – causa de la lesión – traumática o no traumática –, la presencia o ausencia del consumo de sustancias psicoactivas, el tipo de deporte que practica.
- Ordinales: autoesquemas – autoconcepto, autoeficacia, autoconcepto y autoimagen –, depresión, estrategias de afrontamiento, calidad de vida y antigüedad de la lesión.

Con respecto a las variables cuantitativas:

- Discretas: edad – a partir de los 18 años –, los años que lleva compitiendo y las veces que ha ganado.

## 6 Marco teórico

A continuación, expondremos los conceptos principales que se indagarán en la población con lesión modular. Se desarrollarán la definición de conceptos, tales como: autoesquemas – autoconcepto, autoimagen, autoeficacia, autoestima –, depresión, estrategias de afrontamiento, CV y LM (paraplejía).

### 6.1 Autoesquemas:

Los autoesquemas son estructuras cognitivas que representan el conocimiento sobre el concepto de sí mismo; se refiere a pensamientos, creencias y conceptos propios. Fernández (1988) define el autoconcepto como: “[...] estructuras de autoconocimiento desarrolladas por las personas para comprender, integrar y explicar su propia conducta en áreas particulares, es un conocimiento articulado y diferenciado que cada persona posee sobre sí mismo” (p.11). Así los autoesquemas están constituidos como procesos de cambio constante en cuanto somos seres en continuo crecimiento y desarrollo personal, lo que hace que dicha autoreflexión se modifique (Rogers, 1980).

“Lo que se piensa y se siente acerca de si mismo es aprendido y almacenado en forma de teorías llamadas autoesquemas. Hay autoesquemas positivos y negativos; los primeros conducen a estimarse, los segundos a odiarse” (Riso, 2003, p.22). Esto depende de qué tan alto sea el ideal del self, entre más exigente sea dicho ideal menos a gusto nos sentiremos consigo mismo, hasta el punto de desarrollar conductas autodestructivas. Esto no quiere decir que tener un ideal del self está mal - porque de hecho es tendencia en el ser humano y es allí hacia donde están dirigidos nuestros esfuerzos - el problema se presenta cuando este imaginario no se logra y la autoaceptación tampoco, entrando en conflicto consigo mismo por el inconformismo y se cae en el abismo de la desvalorización.

Los autoesquemas se reflejan en nuestra conducta, en las decisiones que tomamos, en la forma de relacionarnos con el mundo y la sociedad. De este modo, si se trata de una persona que

fuma, que comúnmente se le ve consumiendo alcohol, que no muestra mucho interés por organizar su apariencia física, no renuncia a su pareja quien a menudo le golpea, etc., seguramente alguno (os) de sus autoesquemas está fallando y corre el riesgo de que los demás le sigan el rumbo.

Los autoesquemas están conformados por cuatro aspectos fundamentales:

“El Autoconcepto (que piensa de sí mismo), la Autoimagen (que tanto se gusta), la Autoestima (que tanto se premia) y la Autoeficacia (que tanta confianza tiene en sí mismo)” (Riso, 2003, p. 23). Conformando una opinión general sobre sí mismo, los cuales a continuación serán abordados de una forma más amplia.

### **6.1.1 Autoconcepto:**

“Es la teoría que el hombre hace de sí mismo” (Orozco et al., 2018, p.43) y es representado en el entorno social a partir de la apariencia física, las expresiones, actitudes y comportamiento. Acerca del autoconcepto, Esnaola et al. (2008) dicen:

[...] El autoconcepto juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, tal como lo destacan las principales teorías psicológicas; un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él, en buena medida, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo (p. 70).

Qué tan positivo o negativo es el autoconcepto que el individuo tiene de sí mismo, depende de la racionalidad o irracionalidad con la cual se está autoevaluando y qué tan constructivas o destructivas sean las autocríticas que se realiza (Riso, 2003). De este modo, los estándares para medirse o autoevaluarse no deben de ser muy elevados para no caer en el error de la desvalorización o frustración consigo mismo.

Para Shavelson et al. (1976) el autoconcepto se refiere a:

la forma en que el individuo se percibe a sí mismo, dichas percepciones influyen en su forma de actuar y a su vez, influir en la forma en que se percibe; también plantean que el autoconcepto puede ser inferido y la definen como la atribución que una persona le hace al autoconcepto de otro individuo. Adicional a esto, dichos autores definen 7 características básicas del autoconcepto (citado por García & Musitu, 2001, p. 4):

- Está organizado y estructurado: consiste en unas categorías que organizan las experiencias propias y les atribuye significado.
  
- Es multifacético: dicho sistema de categorización incluye áreas tales como el desempeño de su rol en lo académico/profesional y familiar, la aceptación social, el atractivo físico y lo emocional.
  
- Es jerárquico: está constituido por facetas a las cuales se les atribuyen unos significados e importancias diferentes según los valores y la edad del individuo.
  
- Es relativamente estable: esto depende de la ubicación jerárquica, es decir, las posiciones inferiores son las flexibles al cambio.
  
- Es experimental: se construye y se diferencia a lo largo del ciclo vital del individuo.
  
- Es de carácter evaluativo: son valoraciones que el individuo hace de sí mismo en situaciones concretas, estas pueden ser a partir de estándares absolutos como “el ideal” o estándares relativos a partir de “compañeros”.
  
- Es diferenciable de los otros constructos con los que se relaciona teóricamente.

La suma de todas estas características y dimensiones dan como resultado un “autoconcepto general” (Esnaola et al., 2008, p.70) del individuo, una visión global de cómo este se percibe.

### **6.1.2 Autoimagen:**

Orozco et al., (2018), lo definen como:

[...] representación que hacemos cada uno de nosotros, pero que de una u otra manera están relacionadas con la percepción que se tenga desde el exterior de nosotros, es decir, el otro, la cultura y la época pueden formar o modificar este autoesquema (p. 45).

Consiste en la percepción de belleza que tenemos de nosotros mismos, creada a partir del entorno inmediato y del aprendizaje social. En nuestra cultura, normalmente, está constituido por estándares de belleza que se diferencia entre lo “feo” y lo “bonito”, y partir de esto, medimos nuestra imagen con la estricta regla de la perfección (Riso, 2003). De este modo, la autoimagen es el nivel de belleza y atracción que consideramos tener, que tanto nos gustamos a sí mismos y que tan satisfechos nos sentimos cuando nos vemos al espejo.

La autoimagen también se define como:

[...] una fotografía mental de sí mismo unida a las actitudes y sentimientos con respecto a esa imagen corporal, es una percepción mental que cada persona tiene sobre su cuerpo. Básicamente la autoimagen es la imagen que nuestro subconsciente tiene de nosotros mismos. Esta imagen manipula nuestra personalidad, comportamiento y es responsable de todo lo que somos en este momento. Además, lo que pensamos de nosotros mismos (autoconcepto) afecta esta imagen. (Fallas et al., 2002, citado por Álvarez & Ocampo, 2014, p. 40).

La autoimagen o imagen corporal, desde un enfoque neurológico, es definida como: “una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical: Miembro fantasma, anosognosia, etc.” (Rainch, 2004, p.16). Lo que nos indica que, la neurología se ajusta a la perspectiva psicológica de lo que se entiende por autoimagen, centrándose en las implicaciones



que tiene un alto o bajo nivel de está, en la corteza cerebral, siendo manifestada mediante comportamientos, pensamientos y actitudes explicados desde la psicología.

La percepción de nuestra propia imagen depende en gran medida de nuestra crianza y la forma como es percibido este concepto en nuestro entorno inmediato o primario que es la familia; si para ellos la belleza física es fundamental eso se nos interioriza y se nos vuelve fundamental estar dentro de los estándares de aprobación, de lo contrario, muy posiblemente se cae en la desvalorización o autodestrucción. Es muy común que para alcanzar los estándares de belleza establecidos se acuda a intervenciones quirúrgicas, injerencia de medicamentos para bajar de peso, etc. y esto no es problemático siempre y cuando no se vuelva una obsesión (Riso, 2003).

La imagen corporal está constituida por tres componentes (Thompson, 1990, citado por Rich, 2004, pp. 16-17):

- Un componente perceptual: la precisión con la que se percibe el tamaño del cuerpo a partir de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. Una alteración de este componente responde a trastornos alimentarios como la anorexia, en donde el tamaño real de su cuerpo no es igual al tamaño que percibe el individuo,
- Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física y, por último,
- Un componente conductual: las conductas que provocan la percepción y los sentimientos hacia el propio cuerpo.

### **6.1.3 Autoeficacia:**

Bandura (1977) define la autoeficacia como la creencia que tiene cada individuo sobre su propia capacidad para realizar una conducta con el fin de alcanzar determinado objetivo, está

orientado a las habilidades que el sujeto considera que posee, en donde las expectativas juegan un papel importante. Sin embargo, este autor señala:

La expectativa por sí sola no producirá el rendimiento deseado si faltan las capacidades del componente. Además, hay muchas cosas que las personas pueden hacer con certeza de éxito que no realizan porque no tienen incentivos para hacerlo. Sin embargo, dadas las habilidades apropiadas y los incentivos adecuados, las expectativas de eficacia son un determinante importante de la elección de actividades por parte de las personas, cuánto esfuerzo dedicarán y cuánto tiempo mantendrán el esfuerzo para enfrentar situaciones estresantes (p. 194).

De este modo, es muy necesaria la motivación para que nuestras habilidades se expresen.

Riso (2003) define la autoeficacia como “la confianza y la convicción de que es posible alcanzar los resultados esperados, [...]es básicamente una opinión afectiva de uno mismo” (p. 113). Aunque contemos con las habilidades necesarias para alcanzar determinado objetivo, esto no es suficiente si dudamos de ellas o las ponemos en tela de juicio, derivando en un fracaso de lo propuesto. En otras palabras, no basta con poseer todos los recursos necesarios si la confianza en sí mismo es débil.

Las expectativas de eficacia varían en varias dimensiones que tienen importantes implicaciones en el desempeño: Difieren en magnitud. Por tanto, cuando las tareas se ordenan según el nivel de dificultad, las expectativas de eficacia de los diferentes individuos pueden limitarse a las tareas más simples, extenderse a las de dificultad moderada o incluir incluso las actuaciones más exigentes. Las expectativas de eficacia también difieren en generalidad. Algunas experiencias crean expectativas de dominio circunscritas. Otros inculcan un sentido de eficacia más generalizado que se extiende mucho más allá de la situación específica del tratamiento. Además, las expectativas varían en fuerza. Las expectativas débiles se extinguen fácilmente por las experiencias que no lo confirman, mientras que los individuos que poseen fuertes expectativas de dominio serán perseverantes en sus esfuerzos de afrontamiento a pesar de las experiencias que lo refutan (Bandura, 1977, p. 194).

Según lo anterior, el individuo, ante una situación, realiza un análisis de la magnitud, generalidad y fuerza de sus expectativas o habilidades, y de acuerdo con esto, coordina su comportamiento, sea porque decida realizar dicha conducta o porque simplemente la ignore.

#### **6.1.4 Autoestima:**

Es definida como el amor propio que de forma positiva se percibe mediante actos dirigido a producir autobienestar y autosatisfacción (Riso, 2003).

Branden y Wolfson (1989) la definen como “[...]la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades)” (p. 01).

Como los demás autoesquemas, es posible tener una autoestima alta o baja, positiva o negativa; “tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso, en el sentido que acabo de indicar” (Branden & Wolfson, 1989, p. 01). Lo cual, se verá reflejado en sus decisiones y en las actitudes que tome frente a estímulos, principalmente novedosos o exigentes. Por lo tanto, “una autoestima baja afecta las relaciones interpersonales y la seguridad al realizar una acción, o tomar una decisión” (Álvarez & Ocampo, 2010, p. 37). Esto es propio de una persona considerada por sí misma como insuficiente y que ignora o reduce sus verdaderas capacidades.

La autoestima se desarrolla a lo largo de nuestra vida y con el paso de las experiencias e influencia de nuestro entorno más cercano:

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merece la felicidad, y por lo tanto enfrentar a la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo cual nos ayuda a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud.

Desarrollar la autoestima es ampliar nuestra capacidad de ser felices (Branden & Wolfson, 1989, p. 02).

Un modo de autoexpresarse el afecto derivado de la autoestima es mediante la autorrecompensa, definida como “[...] el proceso por el cual nos autoadministramos estímulos positivos” (Riso, 2003, p. 99).

Autoelogiarse es una forma de introducir o mantener una autoestima positiva, así como elogiamos a los demás, los felicitamos por sus logros, le resaltamos los aspectos positivos de su personalidad, así mismo es necesario ser consigo mismo, sin censuras, sin postergaciones y dejando a un lado el autocontrol dirigido a estos aspectos (Riso, 2003). La autoestima es un asunto de niveles, no existe quien carece totalmente de autoestima, sino que existe quien tiene baja autoestima, esto tan solo quiere decir que esta requiere ser reforzada.

A modo de síntesis, los conceptos anteriormente descriptos son:

los cuatro soportes de un buen ego, o los cuatro jinetes del Apocalipsis. Si fallas en alguno será suficiente para que su autoesquema se muestre cojo e inestable. En ciertas situaciones, si uno solo de los jinetes se desboca la “manada” entera puede seguirlo (Riso, 2003, p. 23).

Por lo anterior, es indispensable procurar que los autoesquemas cognitivos permanezcan en un estado de equilibrio para que no genere malestar en el individuo, de lo contrario, en caso tal de que alguno de los autoesquemas se descompense, el objetivo es lograr su nivelación pronta sin darle cavidad al ascenso de dicho malestar hasta derivar en patologías.

## **6.2 Depresión:**

La depresión es uno de los trastornos más comunes en la población, puede ser confundida con la tristeza, sin embargo, no es lo mismo; puesto que sus síntomas son mucho más fuertes y duraderos, puede generar incapacidad o dificultad para realizar las actividades diarias,

comprometiendo las esferas – familia, trabajo, amigos, hobby – en las que se desenvuelve a diario el sujeto. La OMS (2012) define la depresión así:

es un trastorno mental común que se presenta con estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, disminución de la energía, sentimientos de culpa o depresión autoestima, trastornos del sueño o del apetito y falta de concentración. Además, la depresión suele aparecer con síntomas de ansiedad. Estos problemas pueden se vuelven crónicos o recurrentes y conducen a importantes deficiencias en la capacidad de un individuo para cuidar de sus responsabilidades diarias. En su peor momento la depresión puede llevar al suicidio (p.6).

La depresión es una enfermedad que no discrimina edad ni sexo, cualquier persona puede llegar a padecerlo, aunque existen factores etiológicos que actúan a favor o en contra del individuo y de este trastorno. La depresión se puede clasificar según su procedencia (Alarcón et al., 2005):

- Endógena: está ligado con la genética, generando predisposición biológica del sujeto.
- Psicógena: está asociada con la personalidad y acontecimiento externos.
- Orgánica: es producida por una enfermedad o por fármacos.

Además del origen que puede tener la depresión en un individuo, su intensidad también puede variar:

- *Trastorno depresivo leve*: los síntomas son transitorios y no genera implicaciones en el desarrollo de las actividades diarias. El sujeto puede presentar dificultades, pero no dejará de funcionar por completo (OMS, 2012, p. 06), por lo tanto, no se requiere una incapacidad.

- *Trastorno depresivo moderado*: las afectaciones del individuo son un poco más notorias y puede requerir incapacidad transitoria. Es recomendable asesoramientos, seguimiento, y de requerirlo, medicación.
- *Trastorno depresivo mayor*: se caracteriza por la interferencia de los síntomas con la vida diaria del sujeto. “Abulia, anhedonia, insomnio, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, pensamientos de muerte recurrentes, dificultad para pensar o concentrarse, hace parte de la sintomatología y puede tener una duración de semanas o más tiempo” (Morrison, 2015, pp. 104-105).

Cuando la gravedad no es mucha, se puede manejar con atención primaria como, por ejemplo, terapia psicológica. Sin embargo, cuando el nivel de dificultad es mucho mayor, se hace necesario el uso de farmacéuticos recetados por el psiquiatra, para reducir la carga generada por dicho trastorno.

### **6.3 Estrategias de afrontamiento:**

Hace referencia al modo en que cada individuo enfrenta situaciones estresantes. “Son consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación” (Lazarus & Folkman, 1984; 1986; Fernández-Abascal & Palmero, 1999, citado por Londoño et al., 2006, p. 328). Según la situación, la evaluación que se hace de está, la percepción de control que tenga sobre la misma y el bagaje de emociones y capacidades físicas, depende de la estrategia que se use.

La función de resolución de problemas implica:

el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que

contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales (Rueda & Aguado, 2012, p. 79).

La conducta y los esfuerzos están orientados a la solución de los problemas o dificultades que se presentan, que le generan molestia al individuo y que obstaculizan el cumplimiento de objetivos.

La función de regulación emocional incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno (Rueda & Aguado, 2012, p. 80).

A diferencia de la función anterior, está se orienta a minimizar el malestar cognitivo que genera una situación estresante.

Los estilos de afrontamiento pueden focalizarse en (Londoño et al., 2006, P.328):

- *El problema*: se consolida un estilo de afrontamiento orientado a manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza.
- *La emoción*: el estilo de afrontamiento se orienta a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación.
- *La valoración de la situación*: el estilo de afrontamiento tiende a reevaluar el problema.

Además, cada individuo posee estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como comportamentales; el estilo de afrontamiento cognitivo hace referencia al análisis, anticipación de consecuencias y búsqueda de alternativas, y el estilo de afrontamiento conductual se refiere al comportamiento activo o pasivo orientados a la adaptación de la situación (Londoño et al., 2009). El principal determinante de esto es la demanda que hace la situación problemática, es decir,

existen estresores que requieren del razonamiento para ser abordados, o que, por el contrario, requieren de una respuesta conductual que en muchos casos debe ser inmediata – ej. Cuando está en riesgo la integridad propia o de otro sujeto –.

Londoño et al. (2006, pp. 339-340-341) propone las siguientes estrategias de afrontamiento:

- *Solución de problemas*: la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo.
- *Apoyo social*: refiere el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés.
- *Espera*: estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo.
- *Religión*: estrategia cognitivo-comportamental expresada a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema.
- *Evitación emocional*: estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social.
- *Apoyo profesional*: empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo. Se considera como un tipo de apoyo social. Conocer y utilizar los recursos sociales disponibles, mejora el control percibido de la situación.
- *Reacción agresiva*: estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos.



- *Evitación cognitiva*: a través del empleo de esta estrategia, se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad. Se evita pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades.
- *Reevaluación positiva*: a través de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen a enfrentar la situación.
- *Expresión de la dificultad de afrontamiento*: describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema. Esta estrategia surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema, implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés.
- *Negación*: con esta estrategia se busca comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.
- *Autonomía*: hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

#### **6.4 Calidad de vida:**

La OMS (1996) define la CV como “[..] la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones” (p. 385).

Es una evaluación subjetiva, que puede ser positiva o negativa y está arraigada al contexto cultural, social y ambiental. Es el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción de

las áreas importantes para el sujeto y que son vinculadas al concepto de bienestar. De este modo, la CV se valora es por el impacto que tiene determinadas alteraciones – ej. desorden en el sueño – en la vida del individuo.

Este concepto incorpora cuatro dominios en los cuales están inmersas varias facetas (OMS, 1996, p.07):

- *Salud física*: actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas, energía y fatiga, movilidad, dolor y malestar, dormir y descansar, y capacidad de trabajo.
- *Salud psicológica*: imagen y apariencia corporal, sentimiento positivos y negativos, autoestima, espiritualidad, religión, creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.
- *Relaciones sociales*: relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.
- *Ambiente*: recursos financieros, libertad, seguridad física y protección, asistencia sanitaria y social – accesibilidad y calidad –, ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades para actividades de recreación y esparcimiento, entorno físico – contaminación, ruido, tráfico, clima – y transporte.

En la medida en que alguna de estas esferas se debilite, la CV se verá afectada en mayor o menor medida, según la importancia que el sujeto le otorgue y la influencia que tenga para su diario vivir. Ardila (2003), desde una visión integradora propone la siguiente definición de CV:

CV es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida.

Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (p. 163).

La CV va más allá de la satisfacción de las necesidades básicas, implica la realización personal que es un concepto que va ligado a la definición anterior y que están correlacionados directamente. Desde la definición que Ardila ofrece, podemos percibir varios tipos de bienestar, tales como: bienestar físico (salud y seguridad), bienestar material (ingresos, pertenencias, transporte), bienestar social (relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad), desarrollo (productividad) y bienestar emocional (intimidad y expresión emocional).

El reconocimiento de los derechos humanos y de los derechos de los ciudadanos en los estados:

[...] dio lugar a nuevas formas de CV consistentes en el reconocimiento de la actividad y de la acción individual, de la lucha política y de la libertad de asociación y reunión, de la libertad de creencias, de opiniones y de su libre expresión (Jiménez & Gómez, 1996, p. 4).

Según lo anterior, el entorno político tiene una gran implicación respecto a la CV de los ciudadanos; puede servir como facilitador o barrera para un óptimo nivel de bienestar, todo esto mediante leyes y situaciones que se generan a través de estas. Además, el aspecto económico también se puede ver involucrado desde este enfoque, lo cual actúa como impedimento para llegar a altos niveles de CV. Con esto no se pretende insinuar que la CV depende de la economía de cada individuo, pero si es un actor importante en la definición de este concepto y para la realización del mismo.

Así, la CV es un concepto inspirado en los seres humanos y que tiene una estrecha relación con el concepto de bienestar. A lo largo de la historia, se ha llegado a tener una definición mucho más integradora y global, que tiene en cuenta todos los aspectos del entorno del individuo que influyen en este concepto.

## 6.5 LM (paraplejia):

Lema y Parra definen la LM como “[...]una entidad neurológica causante de importantes procesos de discapacidad, [...]un proceso patológico que produce alteraciones de la función motora, sensitiva o autónoma, con diversas consecuencias psicosociales para la persona y su familia” (P. 159). Como su nombre lo indica, se trata de una LME que ocasiona afecciones – parciales o completas – motoras y sensitivas, viéndose involucrado su nivel de autonomía.

“[...] Se refiere a un daño en la médula espinal provocado por un traumatismo (p. ej., un accidente de tránsito) o por una enfermedad no traumática o degenerativa (p. ej., tuberculosis)” (Bickenbach et al. 2014, p.3). Siendo considerada la primera causa, como la principal y la que más víctimas a dejado con este tipo de secuelas.

Se denomina paraplejia a “los distintos grados de afecciones medulares que están por debajo de la última metámera cervical, en los segmentos torácicos, lumbares o sacros” (Domínguez, et. al, 2003, p. 22). La paraplejia deja ileso los brazos, pero dependiendo del nivel podría involucrar el tronco, las piernas y órganos pélvicos.

La LME catalogada como paraplejia abarca desde el nivel cervical L1 hasta C8 (Lindemann 1981; Castro & Bravo, 1993, citado por Ruiz & Aguado,2012, P. 27), según el nivel de la lesión es el funcionamiento y nivel de independencia del individuo:

- *C8- D1*: dependencia parcial, la capacidad respiratoria es reducida y el sujeto requiere de una silla de ruedas para moverse.
- *D1- D5*: su capacidad respiratoria es reducida, es totalmente dependiente a la silla de ruedas, posee la capacidad de realizar actividades sedentarias que solo requieran del esfuerzo mental o manual.

- *D6- D10*: puede caminar de forma pendular con aparatos y bastones largos, aunque su día a día está fuertemente ligado al uso de la silla de ruedas, es considerado independiente.
- *D11- D12*: Puede caminar en todos los terrenos, aunque las adaptaciones para el coche, en su hogar y en su trabajo serán reducidas.
- *L1- L4*: son las dos vértebras más bajas de la columna lumbar, lo cual permite una completa independencia. Es decir, el individuo puede caminar a cuatro puntos con ayuda de aparatos y bastones.
- *D11- D12*: El individuo puede caminar en todos los terrenos, aunque las adaptaciones para el coche, en su hogar o en el trabajo son reducidas.

Entre más superior es la LME, mayor será la incapacidad para la realización de actividades diarias, y, de hecho, se requieren de adaptaciones del entorno del individuo para poder seguir desempeñando determinadas labores. Además de la afectación en la movilidad que caracteriza este tipo de lesión, también existen otras consecuencias físicas y en la salud, tales como:

La incapacidad para el control de esfínteres, las infecciones del tracto urinario y del riñón, las úlceras que generan la inmovilidad y el estar todo el tiempo en una misma posición, las contracturas musculares, la arreflexia, la regulación térmica, la respuesta sexual y las dificultades respiratorias (Lindemann, 1981, citado por Rueda & Aguado, 2012, p.26).

Sin embargo, debido al avance de la medicina, el tiempo de vida estimado para las personas que sufrieron dicha afectación a aumentado y consigo, los programas de rehabilitación que tienen como objetivo potencializar la independencia y funcionalidad, aún con las restricciones que la misma lesión contrapone.

## 7 Metodología

La presente investigación se aborda desde un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental transversal exploratorio, de alcance descriptivo-correlacional. Debido a que los instrumentos de medición de las variables son netamente cuantitativos que buscan establecer relaciones directa o indirectamente proporcionales entre ellas, y que, por la poca indagación que hay sobre el tema en este tipo de población esta investigación servirá para conocer un poco más sobre los conceptos que tienen de sí mismo los lesionados medulares y su posible influencia de algunos datos sociodemográficos.

### 7.1 Enfoque:

Al hablar de un enfoque cuantitativo, se hace referencia a aquel que “[...]es secuencial y probatorio. [...] Parte de una idea que va agotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica” (Sampieri et al., 2014, p. 4).

Dicho enfoque resulta apropiado para la investigación, debido a que el objetivo es conocer el nivel de los autoesquemas, la calidad de vida, presencia o ausencia de depresión y estrategias de afrontamiento que posee cada participante, lo cual será abordado mediante cuestionarios cuantitativos.

### 7.2 Diseño:

El diseño es no experimental transversal, puesto que tiene como propósito “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Sampieri et al., 2014, p. 154) y no se manipulan dichas variables, siendo analizadas en su contexto natural. Además, esta es una investigación exploratoria debido a que “el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (Sampieri et al., 2014, p. 91).

### **7.3 Alcance:**

El alcance descriptivo correlacional “pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren” (Sampieri et al., 2014, p. 92), permitiendo comprender la asociación o relación que existe entre dos o más variables y/o conceptos. Mediante este alcance, podremos saber si existe relación entre las variables dependientes (autoesquemas, depresión, estrategias de afrontamiento y calidad de vida) y las variables independientes (datos sociodemográficos), además de describir los datos o la información concerniente a esta.

### **7.4 Población:**

La población para la siguiente investigación está constituida por usuarios de LIDEFIANT que tengan movilidad reducida (paraplejía).

### **7.5 Muestra:**

De la población mencionada, se seleccionó una muestra no probabilística por voluntariedad, constituida por 30 usuarios mayores de 18 años que tengan una lesión en la médula espinal (paraplégicos) y que reciba algún tipo de rehabilitación en LIDEFIANT ubicado en la ciudad de Medellín (Antioquia).

El único criterio de exclusión es la involuntariedad para participar en dicha investigación.

### **7.6 Instrumentos de investigación**

**7.6.1 Entrevista sociodemográfica:** se elaboró un instrumento que permite determinar las variables sociodemográficas, a saber: el género, edad, estado civil, causas y antigüedad, tratamiento o tipo

de rehabilitación recibida, el deporte que practica y la ausencia o presencia de consumo de sustancias psicoactivas.

**7.6.2 C.I.E.:** está diseñada para medir tres variables: autoimagen, autoconcepto y autoestima, la cual fue construida inicialmente con un total de 80 ítems, de acuerdo a la terapia cognitiva de Aaron Beck y es validada para Colombia por Álvarez et al. (1992) en una población de 60 individuos seleccionados en Profamilia (Citado por Orozco et al., 2018, págs.53-54).

En definitiva, la prueba cuenta con un total de 48 ítems distribuidos de la siguiente manera:

- *Autoconcepto:* se mide desde el ítem uno al 19, ( $\bar{x} = 67,5$ , D.E: 12,3).
- *Autoimagen:* se mide desde el ítem 20 hasta el 31, ( $\bar{x} = 43,9$ , D.E: 7,2).
- *Autoestima:* se mide desde el ítem 32 al 48, ( $\bar{x} = 65,5$ , D.E: 12,4).

Los ítems de cada variable son calificados con base en la siguiente escala Likert:

1. Muy en desacuerdo.
2. Moderadamente en desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.



4. Moderadamente de acuerdo.
5. Muy de acuerdo.

Aunque en los antecedentes no se encuentran las propiedades psicométricas de este instrumento, si se refleja el uso continuo del mismo en las investigaciones que buscan medir el nivel de los autoesquemas, es por esto que decidí incluirlo.

**7.6.3 Escala de autoeficacia general:** creada por Baessler y Schwarzer (1996), “evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes” (Suárez et al. 2000, p. 510), consta de 10 ítems con formatos de respuesta de escalas de tipo Likert de 4 rangos:

1 = Incorrecto

2 = Apenas cierto

3 = Más bien cierto

4 = Cierto

El valor máximo que se puede obtener es de 40 puntos y el mínimo es de 10 puntos. A mayor puntuación mayor nivel de autoeficacia percibida por el sujeto y viceversa.

Suárez (2000) realizaron una adaptación al español de esta escala con una muestra de 259 universitarios españoles, obtuvieron una consistencia interna de 0.87 (coeficiente alfa) y una

correlación entre dos mitades (Spearman-Brown) de 0,88. Esto nos indica una fiabilidad muy elevada, debido a la alta consistencia interna obtenida. En esta adaptación se calcularon correlaciones de la escala de autoeficacia general con otras medidas como locus de control, reactancia psicológica, competencia percibida, fortaleza y afrontamiento, lo cual arrojó correlaciones significativas con los constructos con los que teóricamente se relaciona, una baja correlación con la escala de reactancia psicológica e inexistencia de correlación con el afrontamiento centrado en la evitación, la cual presenta mayor relación con las variables emocionales como la hostilidad y la ansiedad (Suárez et al. 2000).

**7.6.4 PHQ-9:** creada por Kroenke et al. (2001) que mide la presencia o usencia de síntomas depresivos. Está compuesto por 9 ítems, cada uno se puntúa de uno a tres, proporcionando una puntuación de gravedad de 0 a 27.

Según la puntuación arrojada se clasifica de la siguiente forma:

- $\leq 4$  es leve
- $> 5$  a 14 es moderado
- $\geq 15$  es grave

Cassiani et al. (2017) realizaron una validación de cuestionario en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena. Analizaron 541 encuestas, la edad media del grupo fue de 20,18 años (desviación estándar, DE=2,59), 354 (63,77 %) eran mujeres y 196 (36,23 %), hombres. La

prevalencia de los síntomas de depresión de importancia clínica fue de 27,3 %. El análisis factorial confirmatorio evidenció un modelo de dos factores, los cuales explicaron el 42,80 % de la varianza total. La proporción de la varianza explicada por los factores estuvo entre 0,243 (ítem 5) y 0,587 (ítem 2). El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,830 y, el omega de McDonald, de 0,89. En conclusión, el PHQ-9 es una herramienta válida y confiable para la detección de síntomas depresivos.

**7.6.5 EEC-M:** fue creada por Londoño et al. (2006). Inicialmente contaba con 98 ítems y evaluaba 14 factores, sin embargo, fueron excluidos 29 ítems por no cumplir algunos de los siguientes criterios:

- Los factores debían tener un valor propio mayor que 1.
- La pregunta debía tener una saturación (carga factorial) igual o superior a 0,50.
- La pregunta se debía incluir en un solo factor; aquel en el que presentara un mayor nivel de saturación, preguntas con cargas similares en distintos factores fueron excluidas.
- Debía poseer una congruencia conceptual entre todas las preguntas que se incluyan en un factor.

- Un factor debía estar conformado por tres o más preguntas, a excepción de aquellos factores en el que dos preguntas estuvieran claramente sustentadas por la teoría o por el coeficiente de consistencia interna.

- Un factor debía poseer una confiabilidad superior a 0,5.

Por lo tanto, la escala quedó compuesta por 69 ítems y evalúa 12 factores:

- *Solución de problemas*: ítems 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68.
- *Apoyo social*: ítems 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57.
- *Espera*: ítems 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69.
- *Religión*: ítems 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67.
- *Evitación emocional*: ítems 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62.
- *Apoyo profesional*: ítems 7, 15, 35, 48, 58.
- *Reacción agresiva*: ítems 4, 12, 22, 33, 44.

- *Evitación cognitiva*: ítems 31, 32, 42, 54, 63.
- *Reevaluación positiva*: ítems 5, 13, 46, 56, 64.
- *Expresión de la dificultad de afrontamiento*: ítems 45, 52, 55, 61.
- *Negación*: ítems 1, 2, 3.
- *Autonomía*: ítems 65, 66.

Londoño et al (2006) evaluaron las propiedades psicométricas del EEC-M en una muestra colombiana constituida por 893 participantes de la ciudad de Medellín, en su mayoría casado. Así, el valor Alfa de Cronbach alcanzado fue de 0,847 y la varianza total explicada fue de 58%, de lo cual se puede decir que es un cuestionario consistente para dicha población.

**7.6.6 WHOQOL-BREF:** Creada por la OMS (1988), evalúa “las percepciones del individuo acerca de la calidad de vida relacionada con la salud en las dos semanas previas y para enfermedades crónicas puede ampliarse a cuatro semanas, puede aplicarse tanto en personas enfermas como en personas sanas” (Cardona, 2011, p. 440).

Está compuesta por 26 ítems en una escala tipo Likert del 1 al 5, donde:

1: Nunca

2: Raramente

3: moderadamente

4: frecuentemente

5: siempre

Evalúa cuatro dominios:

- Dominio 1: Salud física (ítems: 3,4,10,15,16,17,18)
- Dominio 2: Salud psicológica (ítems: 5,6,7,11,19,26)
- Dimensión 3: Relaciones sociales (ítems: 20,21,22)
- Dimensión 4: Ambiente (ítems: 8,9,12,13,14,23,24,25)

Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. Así, los valores percentiles de la escala se dividen en tres niveles: bajo (1-30), medio (40-60) y alto (70-99). Es necesario tener en cuenta que las preguntas 3, 4 y 26 se califican inversamente debido a que están en forma negativa.

En cuanto a la validez se obtuvo mediante el AFE, el cual comprobó una estructura de 4 factores los cuales explican mayor al 50 % de la varianza, de la misma forma se ejecutó el AFC el cual llevo alcanzar índices de ajuste (CFI, GFI y TPI) mayor a 0,90; con un RMSEA menor a 0.50. Por otro lado, hallaron la fiabilidad, el cual fue adquirido por medio del método de consistencia interna del coeficiente  $\alpha$ , para las dimensiones empezando por salud física de 0,80, siguiendo por salud psicológica con un 0,76, pasando a relaciones sociales con un 0,66 y finalmente la dimensión ambiente con 0,80 (OMS, 1998 citado por Gómez, 2020 p. 18).

## 8 Resultados

El total de participación en la investigación fue de 27 deportistas de LIDEFIAN, de los cuales 11 son mujeres y 18 hombres, con una edad promedio de 39,81, el 63% solteros. La causa de la lesión es traumática con una antigüedad entre 1 y 33 años y todos los participantes manifestaron no consumir sustancias psicoactivas. (Tabla 1).

**Tabla 1.**

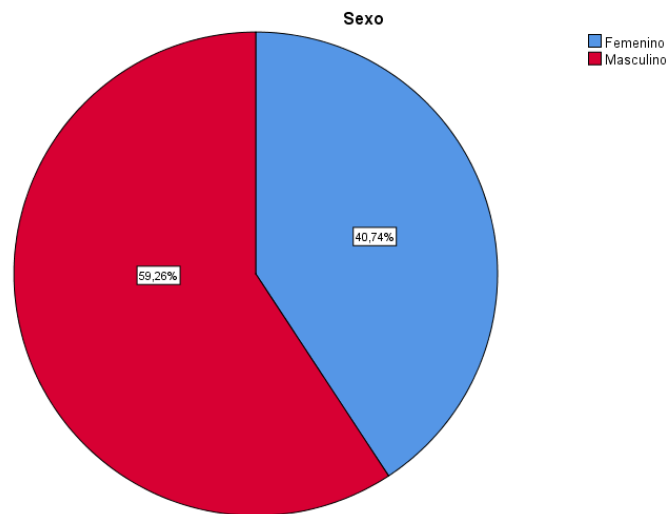
*Datos Sociodemográficos muestra de lesión medular*

<b>Variable Sociodemográfica</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Sexo</b>	Femenino	11	40,7	40,7
	Masculino	16	59,3	100,0
<b>Estado civil</b>	Soltero(a)	17	63,0	63,0
	Casado(a)	10	37,0	100,0
<b>Antigüedad de la lesión</b>	Inferior a 10 años	9	33,3	33,3
	Entre 10 y 20 años	9	33,3	66,7
	Más de 30 años	9	33,3	100,0
<b>Práctica deportiva</b>	Tiro de campo	2	7,4	7,4
	Baloncesto	6	22,2	29,6
	Tenis de campo	4	14,8	44,4
	Tenis de mesa	10	37,0	81,5
	Natación	5	18,5	100,0
<b>Años de práctica</b>	Menos de 5 años	8	29,6	29,6
	Entre 5 y 9 años	9	33,3	63,0
	Más de 10 años	10	37,0	100,0
<b>Competencias ganadas</b>	Ninguna	7	25,9	25,9
	Hasta cinco veces	6	22,2	48,1
	Hasta 10 veces	7	25,9	74,1
	Más de 10 veces	7	25,9	100,0

IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.



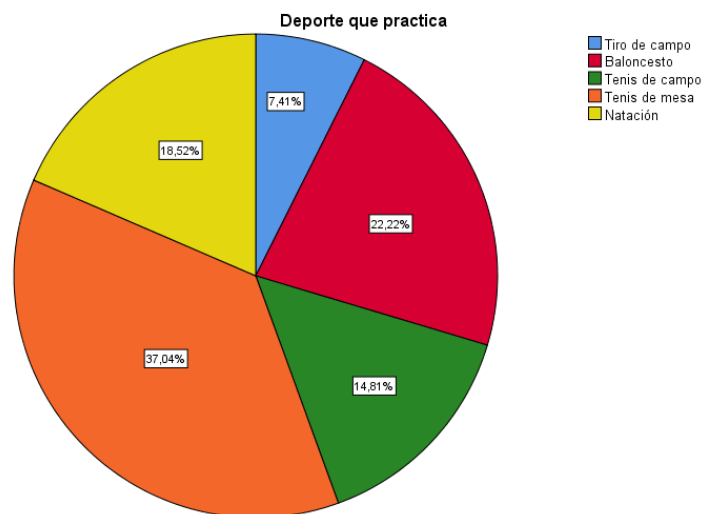
**Figura 1.**  
*Porcentaje muestra de lesión medular: Práctica deportiva*



*Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics*

Los deportes que practican los participantes son: tiro de campo; baloncesto; natación; tenis de campo y de mesa, teniendo mayor participación este último mencionado. (Figura 2).

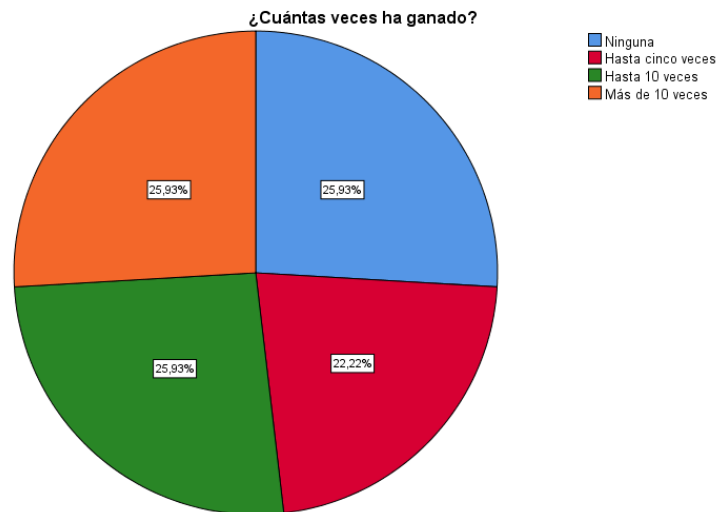
**Figura 2.**  
*Porcentaje muestra de lesión medular: Práctica deportiva*



*Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics*

**Figuras 3.**

Porcentaje muestra de lesión medular: Competencias ganadas



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

Los resultados se hallaron mediante la aplicación de cuestionarios – de forma online y/o presencial – que evaluaran cada una de las variables propuestas y posteriormente se procedió con el análisis estadístico de datos en el software SPSS.

El supuesto de distribución se evaluó bajo la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, en donde valores por encima de 0,05 significa que la variable cumple con el supuesto de distribución normal, las cuales son: la edad; autoestima; autoimagen; depresión; estrategias de afrontamiento – solución de problemas, apoyo social, religión, evitación emocional, apoyo profesional, reevaluación positiva y expresión de la dificultad de afrontamiento –; y calidad de vida –salud física – (Tabla 2).

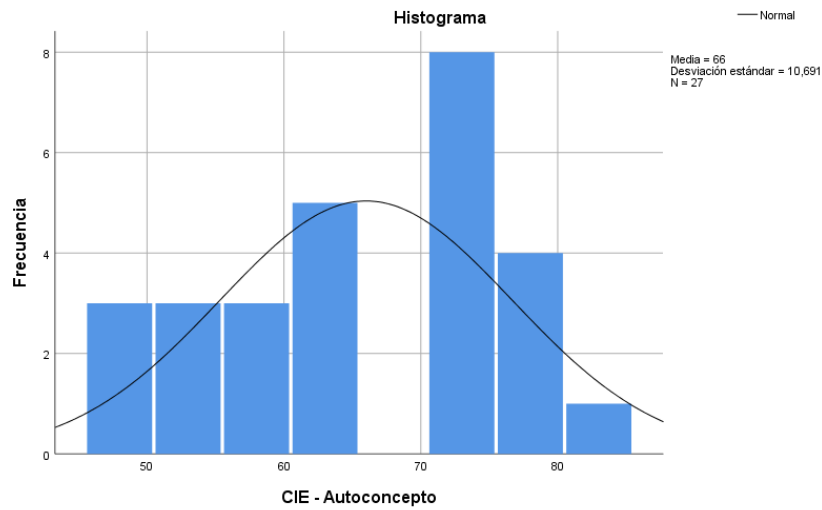
**Tabla 2.**  
*Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad*

IP	Variable	Media	Mediana	D.E.	Asim.	Curt.	Mín	Máx	Shapiro-Wilk	
V.S.	Edad	39,81	39,00	9,471	0,206	-1,012	25	57	0,107	
C.I.E.	Autoconcepto	66,00	65,00	10,691	-0,225	-1,313	48	83	0,046	
	Autoestima	59,41	61,00	8,395	-0,377	0,950	38	77	0,647	
	Autoimagen	38,56	37,00	6,653	0,136	-0,466	25	51	0,543	
EAG	Autoeficacia	31,44	33,00	7,255	-1,232	1,223	13	40	0,002	
PHQ-9	Depresión total	3,93	4,00	2,303	0,138	-0,771	0	8	0,09	
	Solución de problemas	34,33	34,00	9,360	0,333	-0,718	16	50	0,067	
	Apoyo social	23,33	22,00	9,098	-0,057	-0,841	7	37	0,134	
	Espera	24,22	23,00	5,853	0,553	-0,931	17	36	0,019	
	Religión	25,63	26,00	7,806	-0,177	-0,791	8	38	0,15	
	Evitación emocional	27,96	27,00	5,932	-0,566	2,511	10	41	0,119	
	Apoyo profesional	14,22	14,00	6,518	0,207	-1,114	5	25	0,094	
	Reacción agresiva	12,26	11,00	5,281	0,320	-1,236	5	22	0,033	
	Evitación cognitiva	17,22	17,00	3,906	1,129	0,858	13	28	0,004	
	Reevaluación positiva	19,89	22,00	5,938	-0,451	-0,534	6	29	0,148	
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	11,78	12,00	3,297	0,149	0,001	6	19	0,126	
	Negación	8,37	7,00	3,702	1,088	0,248	5	17	0,001	
	Autonomía	5,96	6,00	2,103	-0,457	-0,666	2	9	0,04	
	WHOQOL	Salud Física	22,48	23,00	2,471	-0,439	-0,466	17	26	0,064
		Salud Psicológica	21,41	23,00	4,405	-0,893	0,195	11	27	0,018
Relaciones Sociales		9,67	10,00	3,063	-0,144	0,568	3	15	0,025	
Ambiente		24,81	24,00	4,455	0,767	0,071	17	34	0,017	

IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

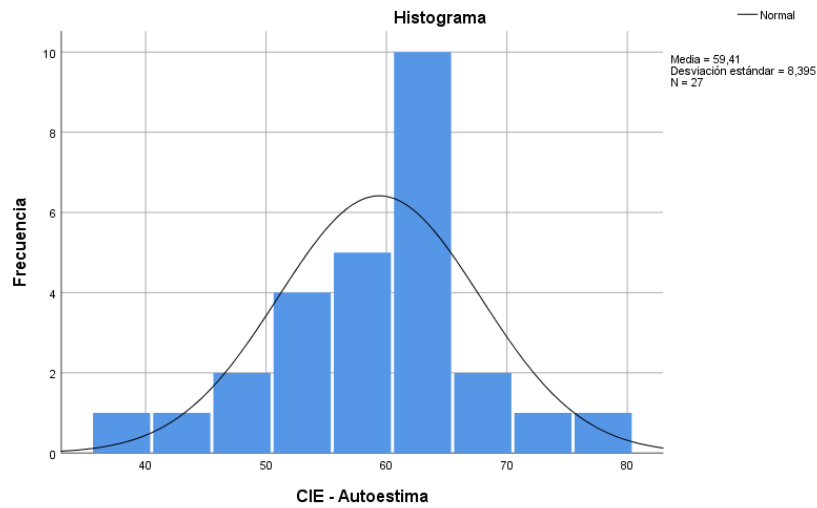
En la muestra de lesionados medulares, se pudo observar que las dimensiones Autoestima y Autoimagen del C.I.E. cumplieron con el supuesto de distribución normal de los datos; contrario que el Autoconcepto, y la Autoeficacia (EAG) no cumplió dicho supuesto, según la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. En las figuras (4, 5, 6 y 7) se puede observar la distribución del puntaje directo.

**Figura 4.**  
Distribución puntuaciones C.I.E. Autoconcepto



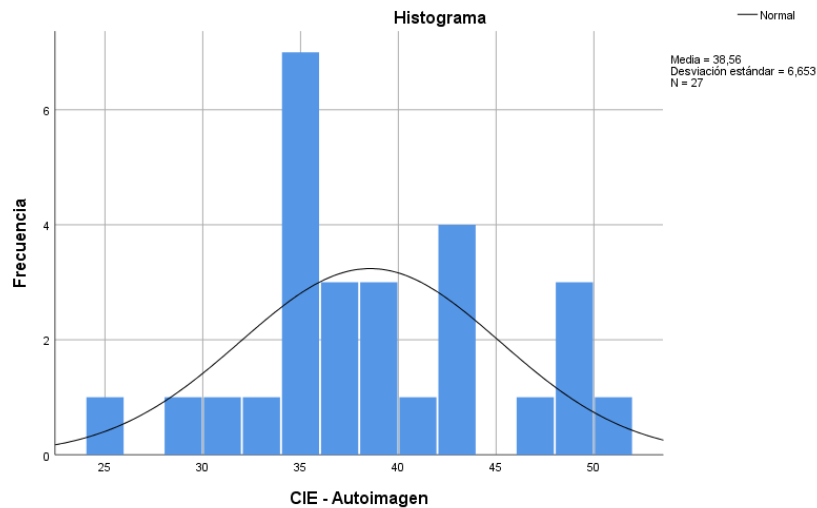
Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. La dimensión de Autoconcepto del C.I.E. no presentó distribución normal de los datos.

**Figuras 5.**  
Distribución puntuaciones C.I.E. Autoestima



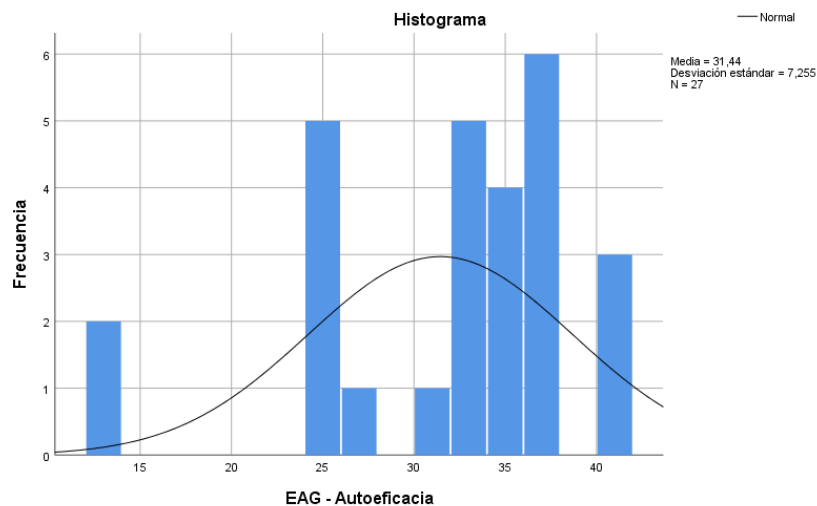
Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. La dimensión de Autoestima del C.I.E. presentó distribución normal de los datos.

**Figura 6.**  
*Distribución puntuaciones C.I.E. Autoimagen*



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. La dimensión de Autoimagen del C.I.E. presentó distribución normal de los datos

**Figura 7.**  
*Distribución puntuaciones C.I.E. Autoeficacia*

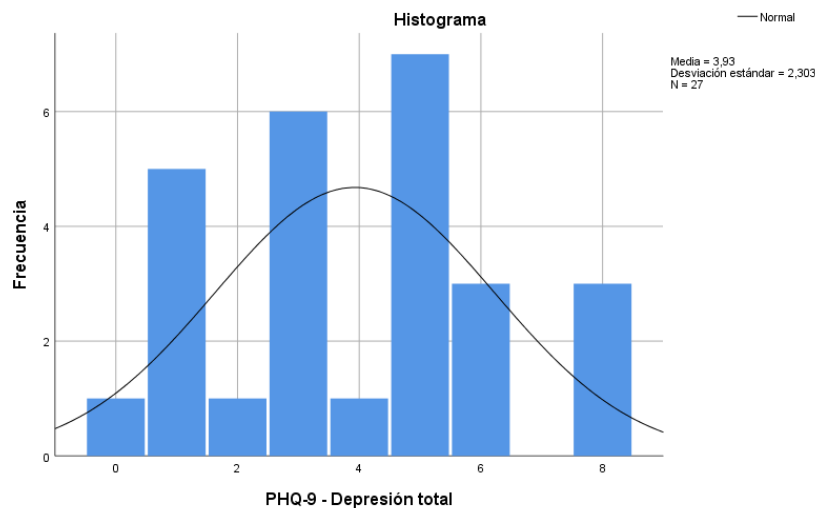


Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. La dimensión de Autoimagen del C.I.E. no presentó distribución normal de los datos

Por otra parte, es de destacar que, durante la fase de aplicación de los instrumentos, los participantes en su totalidad, no manifestaron presencia de sintomatología depresiva

moderadamente grave y/o grave en las últimas dos semanas, puesto que a través del PHQ-9, se pudo descartar presencia de estos síntomas, sean moderadamente grave y/o graves. Agregando que dicha dimensión, también cumplió el supuesto de distribución normal bajo la prueba de Shapiro-Wilk (*Figura 8*).

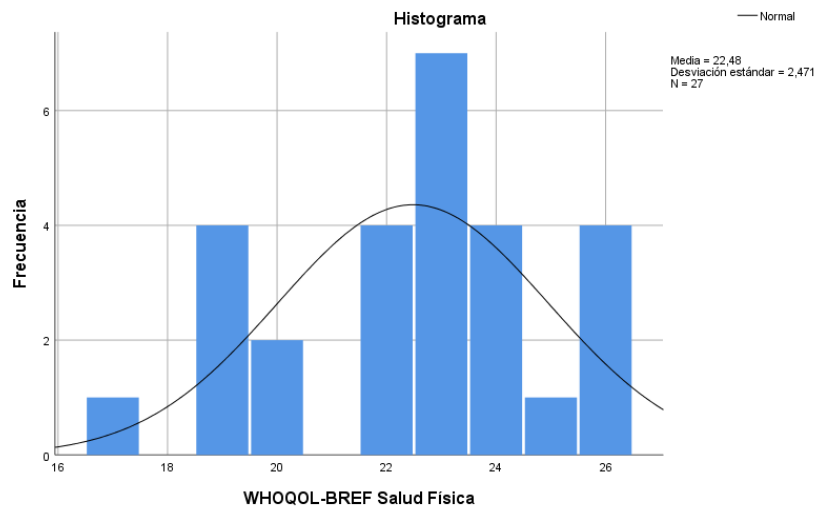
**Figura 8.**  
*Distribución puntuaciones PHQ-9*



*Nota:* Fuente IBM SPSS 26 Statistics. En cuanto a la depresión, los puntajes del PHQ-9 cumplieron supuestos de normalidad.

Por último, con respecto al EEC-M y el WHOQOL-BREF, en el primero, se destacan el comportamiento de los datos en las dimensiones solución de problemas, apoyo social, religión, evitación emocional, apoyo profesional, reevaluación positiva y expresión de la dificultad de afrontamiento. Empero el último instrumento, solo la dimensión salud física cumplió el supuesto teórico (*Figura 9*).

**Figura 9.**  
*Distribución puntuaciones WHOQOL-BREF Salud Física*



*Nota:* Fuente IBM SPSS 26 Statistics. La dimensión de Salud Física del WHOQOL-BREF en muestra de lesionados medulares, fue la única que cumplió el supuesto de distribución normal de los datos.

Después de analizar las pruebas de normalidad según cada una de las categorías establecidas, se pudo observar que la gran mayoría de estas cumplieron casi igual o menor - que con la totalidad de la muestra general - el supuesto de normalidad. Sin embargo, al analizar la muestra, según el tiempo de origen de la lesión medular (antes y después de los 30 años), se pudo observar que la gran mayoría de las variables analizadas cumplieron el supuesto de distribución normal de los datos (Tabla 3).

**Tabla 3.**  
*Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad (por tiempo de lesión)*

IP	Variable	Lesión Medular (Paraplejía)	Media	D.E.	Shapiro-Wilk
C.I.E.	Autoconcepto	Antes de los 30	66,80	11,16	0,040
		Después de los 30	63,71	9,64	0,494
	Autoestima	Antes de los 30	60,50	9,21	0,414
		Después de los 30	56,26	4,61	0,443
	Autoimagen	Antes de los 30	37,15	6,40	0,562
		Después de los 30	42,57	6,05	0,805
EAG	Autoeficacia	Antes de los 30	30,15	7,96	0,031
		Después de los 30	35,14	2,41	0,012
PHQ-9	Depresión total	Antes de los 30	3,85	2,48	0,130
		Después de los 30	4,14	1,86	0,271
	Solución de problemas	Antes de los 30	34,00	9,15	0,392
		Después de los 30	35,29	10,64	0,059
	Apoyo social	Antes de los 30	22,60	9,82	0,151
		Después de los 30	25,43	6,83	0,468
	Espera	Antes de los 30	24,20	5,82	0,122
		Después de los 30	24,29	6,42	0,110
	Religión	Antes de los 30	24,95	8,26	0,273
		Después de los 30	27,57	6,50	0,066
	Evitación emocional	Antes de los 30	28,00	6,16	0,051
		Después de los 30	27,86	5,70	0,318
EEC	Apoyo profesional	Antes de los 30	13,80	6,80	0,092
		Después de los 30	15,43	5,97	0,126
	Reacción agresiva	Antes de los 30	13,25	5,52	0,067
		Después de los 30	9,43	3,41	0,796
	Evitación cognitiva	Antes de los 30	17,40	4,45	0,012
		Después de los 30	16,71	1,70	0,140
	Reevaluación positiva	Antes de los 30	19,45	6,00	0,497
		Después de los 30	21,14	6,01	0,191
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	Antes de los 30	11,85	3,69	0,399
		Después de los 30	11,57	1,99	0,006
	Negación	Antes de los 30	8,20	3,59	0,003
		Después de los 30	8,86	4,26	0,177
	Autonomía	Antes de los 30	5,95	2,28	0,068
		Después de los 30	6,00	1,63	0,144
WHOQOL	Salud Física	Antes de los 30	22,70	2,25	0,051
		Después de los 30	21,86	3,13	0,052
	Salud Psicológica	Antes de los 30	21,50	4,49	0,049
		Después de los 30	21,14	4,49	0,391
	Relaciones Sociales	Antes de los 30	9,90	3,06	0,148
		Después de los 30	9,00	3,22	0,074
	Ambiente	Antes de los 30	25,90	4,40	0,022
		Después de los 30	21,71	3,09	0,263

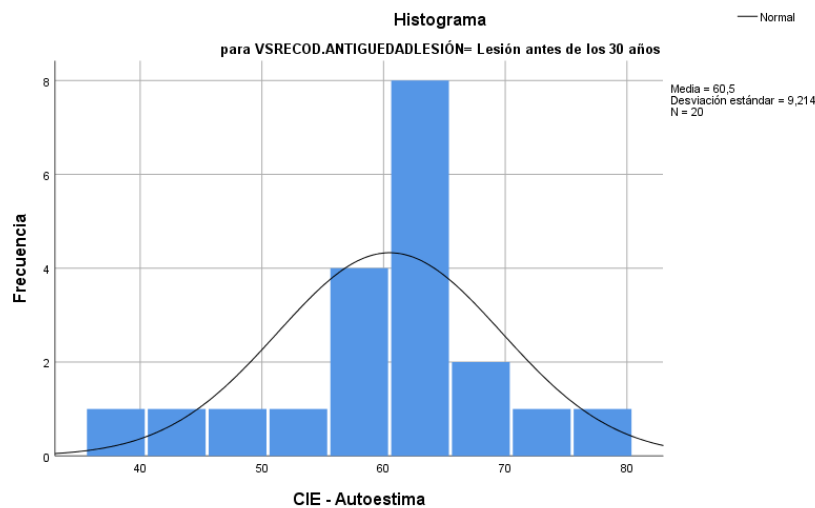
IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.



Ya comparando las diferentes variables según antigüedad de la lesión medular (antes y después de los 30 años), se pudo observar que los Autoesquemas de Autoestima y Autoimagen, ambos grupos cumplieron el supuesto de distribución de normalidad de los datos ( $\text{sig.} > 0,05$ ) (Figura 10, 11, 12 y 13). Sin embargo, también se encontró el cumplimiento del supuesto para la variable depresión, y múltiples variables de Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida (Tabla 4). Esto permitió que para estas variables se pueda realizar prueba paramétrica T de Student; las restantes, solamente se podría realizar prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney.

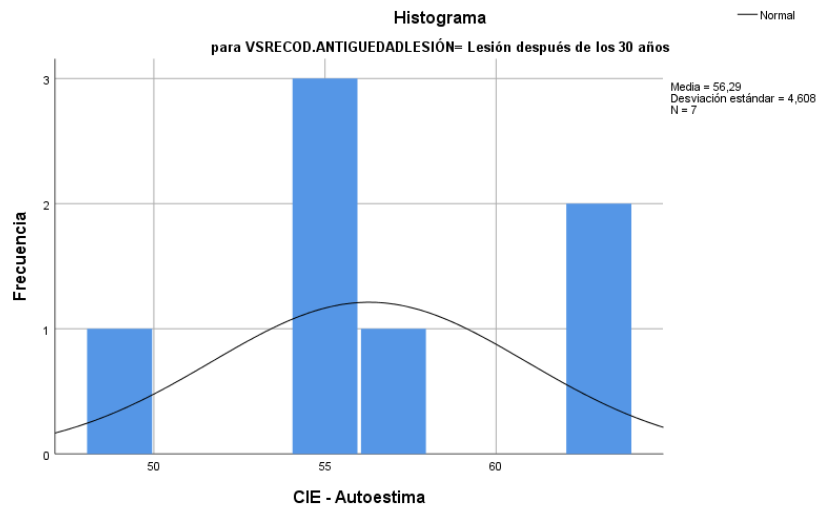
**Figura 10.**

*Distribución puntuaciones C.I.E. Autoestima (lesión antes de los 30 años)*



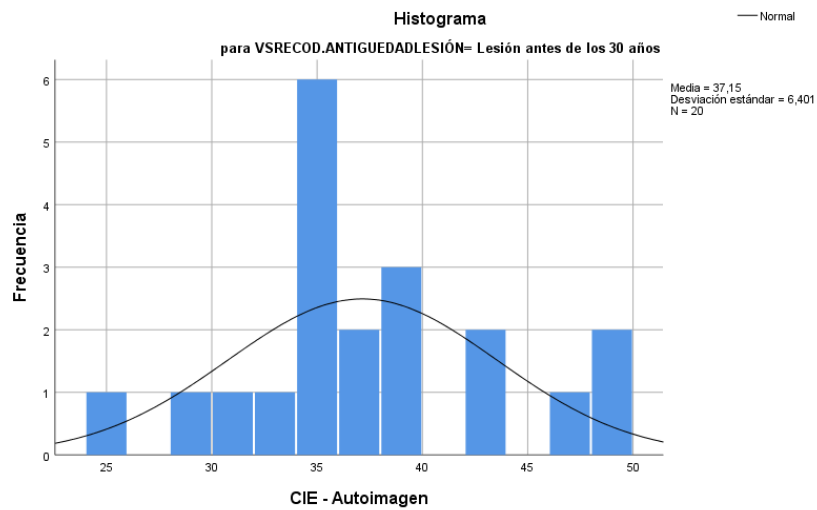
Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. Prueba de Shapiro-Wilk

**Figura 11.**  
Distribución puntuaciones C.I.E. Autoestima (lesión después de los 30 años)



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. Prueba de Shapiro-Wilk

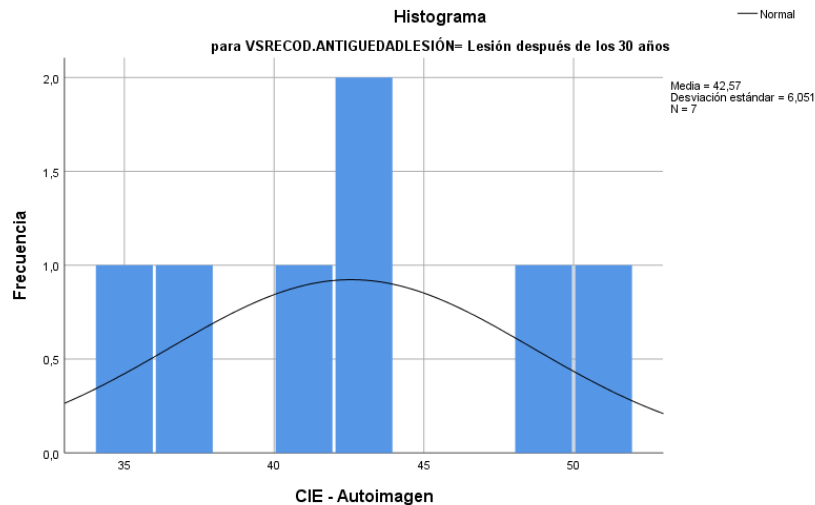
**Figura 12.**  
Distribución puntuaciones C.I.E. Autoimagen (lesión después de los 30 años)



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. Prueba de Shapiro-Wilk

**Figura 13.**

Distribución puntuaciones C.I.E. Autoimagen (lesión después de los 30 años)



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. Prueba de Shapiro-Wilk

Al realizar prueba paramétrica (según la edad en que tuvo la lesión, y el cumplimiento del supuesto de normalidad bajo la prueba de Shapiro-Wilk) de T de Student para muestras independientes, se pudo observar que, por la Prueba de Levene de igualdad de varianzas, solamente la estrategia de afrontamiento de Reacción agresiva tuvo un valor P menor a 0,05 ( $p < 0,05$ ). Esto nos permite rechazar la Hipótesis Nula de "asumir varianzas iguales"; por lo tanto, se acepta la Hipótesis Alternativa donde "no se asumen varianzas iguales". Ahora, al obtener un P valor menor a 0,05 ( $p < 0,05$ ), se rechaza la Hipótesis Nula, y se acepta la Hipótesis Alternativa, donde si hay una diferencia estadísticamente significativa en la forma como a través de esta estrategia de afrontamiento se manifiesta en los lesionados medulares, según la edad donde adquirió la lesión (Tabla 4). Por último, con un Intervalo de Confianza del 95%, se puede afirmar que la reacción agresiva (como estrategia de afrontamiento), es mayor en aquellos que tuvieron la lesión medular antes de los 30 años que después de esta edad. Con respecto a las demás variables, no se puede concluir que haya diferencias estadísticamente significativas según este criterio.

**Tabla 4.**  
*Prueba T para muestras independientes (lesión antes y después de los 30 años)*

IP	Variable		Prueba de Levene		prueba t para la igualdad de medias		
			F	Sig.	Sig. (bilateral)	Inf	Sup
CIE	Autoestima	Se asumen varianzas iguales	1,784	0,194	0,261	-3,332	11,76
		No se asumen varianzas iguales			0,133	-1,391	9,819
	Autoimagen	Se asumen varianzas iguales	0,052	0,822	0,062	-11,14	0,294
		No se asumen varianzas iguales			0,069	-11,36	0,512
PHQ-9	Depresión total	Se asumen varianzas iguales	0,884	0,356	0,778	-2,413	1,828
		No se asumen varianzas iguales			0,749	-2,215	1,629
EEC-M	Solución de problemas	Se asumen varianzas iguales	0,362	0,553	0,761	-9,903	7,332
		No se asumen varianzas iguales			0,782	-11,44	8,871
	Apoyo social	Se asumen varianzas iguales	1,641	0,212	0,49	-11,14	5,482
		No se asumen varianzas iguales			0,417	-10,04	4,38
	Espera	Se asumen varianzas iguales	0,108	0,745	0,974	-5,484	5,313
		No se asumen varianzas iguales			0,976	-6,248	6,077
	Religión	Se asumen varianzas iguales	0,624	0,437	0,455	-9,74	4,497
		No se asumen varianzas iguales			0,409	-9,245	4,002
	Evitación emocional	Se asumen varianzas iguales	0,142	0,71	0,958	-5,328	5,614
		No se asumen varianzas iguales			0,956	-5,465	5,751
	Apoyo profesional	Se asumen varianzas iguales	0,033	0,857	0,58	-7,603	4,346
		No se asumen varianzas iguales			0,561	-7,56	4,302
Reacción agresiva	Se asumen varianzas iguales	4,822	0,038	0,1	-0,789	8,431	
	No se asumen varianzas iguales			0,047	0,063	7,58	
Reevaluación positiva	Se asumen varianzas iguales	0,064	0,802	0,527	-7,125	3,739	
	No se asumen varianzas iguales			0,535	-7,535	4,149	

WHOQOL-BREF	Autonomía	Se asumen varianzas iguales	1,821	0,189	0,958	-1,989	1,889
		No se asumen varianzas iguales			0,951	-1,759	1,659
	Salud Física	Se asumen varianzas iguales	1,47	0,237	0,448	-1,41	3,095
		No se asumen varianzas iguales			0,53	-2,106	3,792
	Relaciones Sociales	Se asumen varianzas iguales	0,165	0,688	0,514	-1,901	3,701
		No se asumen varianzas iguales			0,533	-2,203	4,003

IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

Ya realizando Prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, se observó que se obtuvo un valor sig. mayor a 0,05 en casi todas las variables que no cumplieron el supuesto de distribución normal (a excepción de la variable Ambiente del WHOQOL-BREF), indicando así que se acepta la Hipótesis Nula, ya que no hay suficiente evidencia estadística para rechazar esta. Empero, con respecto a la variable Ambiente (sig. 0,023), si se puede inferir que existe diferencias entre la percepción de calidad de vida, en torno a esta variable (*Tabla 5*).

**Tabla 5.**  
*Prueba no paramétrica de U-de Mann-Whitney (categoría lesión antes y después de los 30 años)*

IP	Variable	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos	Sig.
CIE	Autoconcepto	Lesión antes de los 30 años	20	14,35	287	0,697
		Lesión después de los 30 años	7	13	91	
EAG	Autoeficacia	Lesión antes de los 30 años	20	12,5	250	0,095
		Lesión después de los 30 años	7	18,29	128	
EEC-M	Evitación cognitiva	Lesión antes de los 30 años	20	13,78	275,5	0,801
		Lesión después de los 30 años	7	14,64	102,5	
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	Lesión antes de los 30 años	20	14,1	282	0,91
		Lesión después de los 30 años	7	13,71	96	
	Negación	Lesión antes de los 30 años	20	13,8	276	0,822
		Lesión después de los 30 años	7	14,57	102	
WHOQOL-BREF	Salud Psicológica	Lesión antes de los 30 años	20	14,2	284	0,823
		Lesión después de los 30 años	7	13,43	94	
	Ambiente	Lesión antes de los 30 años	20	16,02	320,5	0,023
		Lesión después de los 30 años	7	8,21	57,5	

IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

Las correlaciones entre las variables de la investigación se evaluaron con el coeficiente de correlación de Spearman. El apoyo profesional y el apoyo social, la religión y la reevaluación positiva, son las principales variables entre las cuales existe una relación directa. A demás, también se encontró correlación entre autoestima y autoconcepto; autoeficacia y solución de problemas; autoeficacia y reevaluación positiva; evitación cognitiva y negación. En depresión y apoyo social y/o profesional también existe relación determinada como inversa (Tabla 6).

**Tabla 6.**  
*Correlaciones de Spearman en totalidad de muestra de Lesionados medulares*

	1. CIE			2. EAG			3. PHQ-9			4. EEC-M						5. WHOQOL-BREF						
	AConc	Aest	Aimg	Aefic	Dep	SolP	AS	Esp	Relg	EvEm	Aprof	ReAg	EvCog	RePo	ExDEm	Neg	Aut	SF	Spsi	Rsoc	Amb	
AConc	1																					
1	Aest	,709**	1																			
	Aimg	,408*	0,016	1																		
2	Aefic	,452*	0,276	,410*	1																	
3	Dep	-0,36	-0,261	-0,167	-0,259	1																
	SolP	,601**	,517**	,476*	,762**	-0,112	1															
	AS	0,322	0,15	-0,014	,521**	-,741**	0,261	1														
	Esp	-,405*	-,391*	-0,19	-,582**	-0,128	-,620**	-0,027	1													
	Relg	0,152	0	-0,011	,678**	-0,225	,544**	,626**	-,401*	1												
	EvEm	0,324	0,314	0,171	0,371	0,249	,509**	-0,261	-0,3	-0,011	1											
4	Aprof	0,224	-0,022	0,112	,419*	-,767**	0,162	,899**	0,01	,574**	-,406*	1										
	ReAg	0,054	0,293	-0,234	-,598**	-0,097	-0,317	-0,139	0,307	-,532**	-0,3	-0,156	1									
	EvCog	-0,199	-0,001	-0,138	-0,274	0,278	-0,19	-0,323	0,256	-,539**	,396*	-,459*	,410*	1								
	RePo	0,249	0,221	0,054	,718**	-0,277	,643**	,593**	-0,315	,806**	0,177	,446*	-,564**	-0,354	1							
	ExDEm	-0,044	0,02	0,147	-0,086	0,17	0,225	-0,262	0,06	-0,188	0,251	-0,311	0,359	,430*	-0,045	1						
	Neg	-0,37	-0,147	-0,17	-0,271	0,297	-0,143	-0,293	-0,066	-0,357	0,127	-0,373	,403*	,774**	-0,344	,487**	1					
	Aut	-0,34	-0,346	0,219	-0,323	0,174	-0,153	-,533**	0,162	-,399*	0,123	-,411*	0,267	,429*	-,487*	,609**	,536**	1				
	SF	0,045	0,242	0,257	0,034	0,044	0,307	-0,205	-0,19	-0,14	0,018	-0,199	0,072	-0,068	-0,065	0,242	0,048	0,128	1			
5	Spsi	,507**	,501**	,470*	,602**	-0,074	,688**	0,05	-,604**	0,248	0,338	0,015	-0,358	-0,331	0,34	-0,152	-0,353	-0,283	,643**	1		
	Rsoc	0,355	,465*	-0,041	,381*	-0,167	0,241	0,28	-0,319	0,125	0,121	0,209	-0,054	-0,111	0,165	-0,12	-0,251	-,464*	,476*	,604**	1	
	Amb	,405*	,479*	0,147	0,258	-,509**	,421*	0,239	-0,244	0,163	0,128	0,276	0,042	-0,229	0,151	0,014	-0,227	-0,001	,650**	,603**	,568**	1

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

Aquellas personas que fueron diagnosticadas con lesión en la medula espinal antes de los 30 años de edad, presentan correlaciones entre las variables de la siguiente manera: la autoeficacia se relaciona con la solución de problemas y reevaluación positiva; la depresión se relaciona de forma inversa con apoyo social, profesional y ambiente; la solución de problemas con reevaluación positiva y salud psicológica; el apoyo social con el apoyo profesional; la religión y reevaluación positiva; la evitación cognitiva y la negación (Tabla 7).

**Tabla 7.**  
Correlaciones de Spearman en totalidad de muestra de Lesionados medulares (antes de los 30 años)

		1. CIE			2. EAG	3. PHQ-9			4. EEC-M						5. WHOQOL-BREF								
		AConc	Aest	Aimg	Aefic	Dep	SolP	AS	Esp	Relg	EvEm	Aprof	ReAg	EvCog	RePo	ExDEm	Neg	Aut	SF	Spsi	Rsoc	Amb	
	AConc	1																					
1	Aest	,696**	1																				
	Aimg	,522*	0,116	1																			
2	Aefic	,459*	0,398	0,426	1																		
3	Dep	-,599**	-,463*	-,0325	-,572**	1																	
	SolP	,557*	,465*	,630**	,794**	-,447*	1																
	AS	,540*	0,359	0,126	,659**	-,804**	,495*	1															
	Esp	-,0291	-,0335	-,0085	-,563**	0,08	-,575**	-,0221	1														
	Relg	0,125	-,0074	0,16	,672**	-,0365	,565**	,641**	-,549*	1													
	EvEm	0,13	0,15	0,224	0,406	0,04	0,368	-,011	-,0139	-,0079	1												
4	Aprof	,524*	0,226	0,299	,545*	-,837**	,448*	,878**	-,0191	,624**	-,021	1											
	ReAg	0,1	0,338	-,022	-,500*	-,0089	-,033	-,0102	,455*	-,532*	-,0335	-,0095	1										
	EvCog	-,0302	0,013	-,0372	-,0283	0,341	-,0284	-,0361	0,408	-,517*	,477*	-,497*	0,396	1									
	RePo	0,278	0,256	0,285	,836**	-,467*	,754**	,666**	-,533*	,728**	0,152	,535*	-,501*	-,0271	1								
	ExDEm	-,0287	-,0149	0,072	-,0125	0,055	-,0027	-,0146	0,289	-,0207	0,049	-,0151	,466*	,480*	-,0082	1							
	Neg	-,528*	-,0131	-,535*	-,0305	0,356	-,021	-,0317	0,099	-,024	0,204	-,0415	0,336	,773**	-,0139	,591**	1						
	Aut	-,496*	-,0441	0,024	-,0289	0,206	-,0239	-,483*	0,334	-,0226	0,122	-,0337	0,266	0,405	-,0381	,679**	,491*	1					
	SF	0,02	0,122	0,328	-,0002	-,0035	0,339	-,0045	-,0046	-,0017	-,0111	-,0066	0,061	-,0134	0,129	0,286	0,021	0,063	1				
5	Spsi	,606**	,521*	,616**	,611**	-,0304	,774**	0,237	-,575**	0,285	0,328	0,177	-,0395	-,0415	,522*	-,0318	-,492*	-,0416	,473*	1			
	Rsoc	,556*	,539*	0,119	0,433	-,0332	0,33	,481*	-,0362	0,165	0,152	0,353	-,0078	-,0151	0,304	-,0162	-,0317	-,587**	0,273	,534*	1		
	Amb	,605**	,477*	0,433	,528*	-,769**	,620**	,587**	-,0271	0,354	0,129	,645**	-,002	-,0295	0,396	-,007	-,0277	-,0116	,465*	,589**	,504*	1	

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

Existe una amplia relación significativa entre las variables de las personas que sufrieron la lesión después de los 30 años. Sin embargo, esto debe a que precisamente la cantidad de participantes que cumplen con este criterio es muy poca (Tabla 8).



**Tabla 8.**  
*Correlaciones de Spearman en totalidad de muestra de Lesionados medulares (antes de los 30 años)*

	1. CIE			2. EAG		3. PHQ-9			4. EEC-M							5. WHOQOL-BREF						
	AConc	Aest	Aimg	Aefic	Dep	SolP	AS	Esp	Relg	EvEm	Aprof	ReAg	EvCog	RePo	ExDEm	Neg	Aut	SF	Spsi	Rsoc	Amb	
1	AConc	1																				
	Aest	,881**	1																			
	Aimg	0,527	0,147	1																		
2	Aefic	0,593	0,71	0,056	1																	
3	Dep	0,593	0,71	0,056	1,000**	1																
	SolP	0,736	,896**	0,057	,942**	,942**	1															
	AS	-0,661	-0,556	-0,624	-0,729	-0,729	-0,705	1														
	Esp	-,771*	-0,667	-0,514	-,879**	-,879**	-,819*	,889**	1													
	Relg	-0,147	0,259	-,881**	0,093	0,093	0,21	0,519	0,333	1												
	EvEm	,881**	1,000**	0,147	0,71	0,71	,896**	-0,556	-0,667	0,259	1											
4	Aprof	-0,722	-0,579	-0,704	-0,67	-0,67	-0,673	,991**	,879**	0,561	-0,579	1										
	ReAg	-0,073	-0,407	0,33	-0,093	-0,093	-0,324	0,111	-0,148	-0,444	-0,407	0,093	1									
	EvCog	0,321	-0,095	0,736	0,135	0,135	-0,039	-0,362	-0,514	-0,743	-0,095	-0,404	,857*	1								
	RePo	0	0,407	-,771*	0,093	0,093	0,286	0,407	0,296	,963**	0,407	0,43	-0,63	-,819*	1							
	ExDEm	,905**	,913**	0,362	,870*	,870*	,939**	-,791*	-,913**	-0,041	,913**	-,799*	-0,142	0,23	0,061	1						
	Neg	0,11	-0,296	0,661	0,056	0,056	-0,171	-0,296	-0,407	-,778*	-0,296	-0,318	,889**	,972**	-,889**	0,061	1					
	Aut	0,381	0	,953**	0,049	0,049	0	-0,674	-0,481	-,962**	0	-0,728	0,289	0,693	-,866*	0,264	0,674	1				
	SF	0,133	0,135	0,267	0,66	0,66	0,495	-,808*	-0,654	-0,423	0,135	-0,728	-0,077	0,198	-0,423	0,432	0,269	0,45	1			
	Spsi	0,147	0,259	0,11	0,692	0,692	0,591	-,778*	-0,593	-0,222	0,259	-0,692	-0,333	-0,057	-0,185	0,467	0	0,289	,962**	1		
5	Rsoc	-0,318	-0,12	-0,239	0,425	0,425	0,268	-0,401	-0,201	-0,04	-0,12	-0,284	-0,321	-0,268	-0,08	0,044	-0,12	0	,834*	,883**	1	
	Amb	-0,159	0,04	-0,119	0,425	0,425	0,351	-0,522	-0,241	-0,08	0,04	-0,425	-0,522	-0,351	-0,04	0,154	-0,241	0,104	,834*	,923**	,957**	1

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

## 9 Discusión

Los resultados han puesto de relieve que no existe diferencia en autoconcepto y autoimagen en las personas que sufrieron la lesión medular antes de los 30 años, lo que nos obliga a rechazar la hipótesis de trabajo. Sin embargo, si se evidencia que, respecto a la calidad de vida, en el factor ambiente, hay una percepción diferenciadora entre los que sufrieron la lesión antes de los 30 años y después de dicha edad.

Pérez y Garaigordobil (2007) mediante una investigación determinaron que no hay diferencia en el autoconcepto y autoestima en personas con o sin discapacidad motriz. En este caso, la muestra está dentro del promedio en cuanto a autoconcepto y autoestima, siendo mejor su puntuación en las personas que sufrieron la LM antes de los 30 años.

Al igual que en los adolescentes y jóvenes con labio leporino y/o paladar hendido (Vinaccia et al., 2007), la muestra de esta investigación no presenta alteraciones en la autoestima, autoimagen y autoconcepto. Contrario a esto, Taleporos y McCabe (2002), encuentran que las personas con discapacidad física tienden a tener una autoimagen afectada considerándose poco atractivos, sugiriendo que este autoesquema se restaura conforme el individuo se adapta a su nueva realidad. Esto conlleva a rechazar una de las hipótesis nulas, es decir, al menos en la muestra de esta investigación, la discapacidad física no afecta la autoimagen.

Ruiz et al. (2008) determinaron que la depresión no es resultado de la LM. Hallazgos que corrobora lo obtenido en esta investigación, puesto que el nivel de depresión es leve; es decir, la muestra no experimentó síntomas depresivos significativos durante las dos últimas semanas previo a la recolección de datos. Así mismo, Hassanpour et al. (2012), en su muestra de 130 pacientes con LM aguda, encontraron que el 65% no presentaron síntomas depresivos, mientras tanto el 30% con síntomas leves.

La puntuación de depresión y autoestima están dentro de los rangos normales. Sin embargo, de los participantes los que sufrieron la LM antes de los 30 años tienen una percepción mayor de

su autoestima y quienes sufrieron la lesión después de los 30 años tenían síntomas depresivos leves. En una muestra de adultos con diagnóstico de cáncer, la ansiedad, depresión y autoestima, en promedio, se encuentra en niveles normales (Garzón et al., 2014).

Las estrategias de afrontamiento más usadas por la muestra que sufrió la LM antes de los 30 años son la reacción agresiva, evitación cognitiva y expresión de la dificultad de afrontamiento, y para los que sufrieron la LM después de los 30 años es la solución de problemas. Así mismo, Botero (2012) en su revisión teórica constata que la reacción agresiva es la estrategia de afrontamiento más utilizada al inicio de la adaptación a LM y la solución de problemas es la estrategia de afrontamiento más usada por los LM que ya presentan un ajuste emocional.

En la muestra que sufrió la LM después de los 30 años existe una correlación entre depresión y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, espera y expresión de la dificultad de afrontamiento; en los participantes en general, la autoestima está correlacionada con la solución de problemas. Similar a los hallazgos de Garzón et al. (2014) en donde además de las estrategias anteriormente mencionadas, la depresión también se relaciona con la negación y la reacción agresiva; respecto a la autoestima, está relacionada con solución de problemas, reevaluación positiva y reacción agresiva.

En general, la muestra percibe una calidad de vida positiva a excepción de la dimensión de relaciones sociales. Al igual que las personas con LM que reciben tratamiento médico (Jiménez et al., 2004).

Esta investigación nos arroja que la muestra posee buena autoeficacia y en relación con la calidad de vida, la dimensión de salud física, psicológica y ambiente presentan puntajes positivamente considerables. Sin embargo, en la dimensión de las relaciones sociales si se evidencia una percepción negativa. Te Velde et al. (2018) concluye que la práctica deportiva influye de forma positiva en la autoeficacia y calidad de vida de las personas con discapacidad. Lo cual,

aunque en este caso los resultados son similares, no es posible afirmar que la causa de esto es la práctica deportiva.

Lema y Parra (2010) y Domínguez et al. (2003) en su revisión biográfica y en la descripción de incidencias, establecieron que la principal causa de la LM es traumática, seguido de la no traumática. Lo cual se corrobora en esta investigación, puesto que todos los participantes tienen LM con causa traumática.

La puntuación positiva de los autoesquemas es posible que se deba a que son personas activas físicamente, es decir, que la práctica del deporte contribuya positivamente en esto. Esto fue lo que encontraron Jodra et al. (2019) en su investigación con personas sin ningún tipo de discapacidad que practican o no deporte; siendo considerables las diferencias entre los autoesquemas de las personas que practican deporte en comparación de las que son físicamente inactivas.

Las personas en situación de discapacidad tienen barreras internas que dificultan su participación en actividades sociales, recreativas, educativas y laborales (Botero, 2012, p. 198). Esto puede explicar la puntuación baja de las relaciones sociales en CV y la distinción en la percepción de ambiente entre las personas que sufrieron la LM antes de los 30 años y los que la sufrieron después de dicha edad, esto depende de los obstáculos para la movilidad, urbanísticos, de transporte, las actitudes sociales estereotipadas, la falta de oportunidades y la dificultad de acceso a los recursos (Ibáñez & Mudarra, 2004, citado por Botero, 2012, p. 198).

Teniendo en cuenta que el PHQ-9 solo evalúa síntomas depresivos de las últimas dos semanas, no es posible determinar si tienen episodios o no de síndrome depresivo, lo que sí se puede establecer es que por esos días no estaban experimentando ningún síntoma relacionado con esto. Aunque, es posible mencionar que los bajos niveles de depresión también se pueden deber a las estrategias de afrontamiento que la muestra suele usar (Grazón et al., 2012).

La religión, que tiene múltiples funciones a largo plazo en el proceso de ajuste a la enfermedad, facilitando el mantenimiento de la autoestima, estabilidad emocional, sentimientos de esperanza y ayudando a proveer un sentido, significado y propósito a la vida (Thuné-Boyle et al., 2006, citado por Garzón et al., 2012, p. 81). Esta puede ser la explicación por la cual, la estrategia de afrontamiento con uso más frecuente por esta muestra es la religión seguido del apoyo profesional. Este último también se puede explicar con la práctica del deporte que es considerado un tipo de rehabilitación.

## 10 Conclusiones

La LM no necesariamente implica que los individuos tengan una percepción negativa de su imagen positiva y posean síndrome depresivo. La actual investigación permite determinar que, la muestra posee unos autoesquemas positivos, sin influir la edad en la que sufrió dicha lesión, lo cual nos conlleva a negar una parte de la hipótesis de trabajo. Debido a que en la dimensión ambiente de calidad de vida existe una diferencia entre las personas que sufrieron la lesión antes de los 30 años y después de dicha edad, sin embargo, no es posible determinar para quienes de estos individuos la percepción es más positiva o negativa.

Es posible negar la hipótesis nula que afirma un deterioro en la autoimagen de las personas con discapacidad física, debido a que como se menciona anteriormente, la muestra obtuvo una puntuación favorable en los autoesquemas.

Además, a nivel general, los participantes durante las dos últimas semanas previo a la recolección de los datos, no experimentaron síntomas depresivos. Las estrategias de afrontamiento que más utilizan en situaciones estresantes son la religión, el apoyo profesional, la evitación emocional y la expresión de la dificultad de afrontamiento. La calidad de vida en relación a salud física, salud psicológica y ambiente tiene puntuaciones muy positivas, a pesar de que, respecto a las relaciones sociales, si se evidencia un deterioro.

Contrario a muchas investigaciones y a lo que comúnmente se cree, los participantes tienen constructos cognitivos favorecedores para su salud mental. Posiblemente se deba a la práctica del deporte como tipo de rehabilitación, pero esto no es posible determinarlo en el actual estudio.

Con las características de la muestra se evidencia la alta prevalencia del traumatismo como principal causa de LM y la igualdad que puede existir respecto al sexo, es decir, hay una similitud entre hombre y mujeres que poseen una lesión en la medula espinal.

## **11 Recomendaciones**

Para próximas investigaciones en la misma línea, es viable poder realizar la comparación con LM que no practican deporte, para determinar si este factor influye y en qué medida; vincular a personas que estén recibiendo otro tipo de rehabilitación fuera de la física y realizar una comparación respecto a los efectos que tiene está en cada una de las variables evaluadas; realizar un análisis por deporte de forma individual, con el objetivo de verificar si el tipo de deporte repercute en las variables; incorporar a personas que residan en otro lugar del país en el que no se esté avanzando en la inclusión social y laboral de discapacitados físicos; tener en cuenta la profesión/ocupación y los ingresos económicos los cuales pueden influir en la CV, en la dimensión ambiente; revisar los datos según la antigüedad de la lesión y poder determinar si la temporalidad influye o no y de qué manera en las variables.

## Referencias

- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J., y Pujalte, L. (2005). Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos.
- Álvarez, I., y Ocampo, M. (2010). *Expectativas existentes en cuanto a autoesquemas y las*
- Anguera Domenjó, B. (1978). Aproximación psicológica al problema del lesionado medular traumático. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 5-24.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Babamohamadi, H., Negarandeh, R. y Dehghan-Nayeri, N. (2011). Coping strategies used by people with spinal cord injury: a qualitative study. *Médula espinal*, 49 (7), 832-837.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bickenbach, J., Officer, A., Shakespeare, T., y, Groote, P. (2014). Lesiones de la médula espinal: perspectivas internacionales, resumen (No. WHO/NMH/VIP/13.03). *Swiss Paraplegic Research*.
- Botero, S. (2012). Discapacidad y estilos de afrontamiento: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), 196-214.
- Branden, N., y Wolfson, L. (1989). *Cómo mejorar su autoestima*. Paidós.
- Campo, M., & Sánchez Ramos, A. (2015). La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad.
- Cardona, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colombia Médica*, 42(4), 438-447.
- Cassiani, C., Vargas, M., Pérez, E., Herazo, M., y, Hernández, M. (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*, 37(1), 112-120.
- Domínguez, J., Del Busto, J., Suárez, F., Pérez, F., González, E., y Rodríguez, M. (2003). Lesión medular traumática. *Rev Mex Neuroci*, 1(4), 21.
- Educación Especial y Diversificada Vocacional del Liceo Miramar*. (Tesis inédita de
- Esnaola, I., Goñi, A., y Madariaga, J. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de psicodidáctica*, 13(1), 69-96.



*expectativas futuras en los proyectos de vida de las y los estudiantes del III y IV Ciclo de*

- Friesen, L. (2019). *Psychometrics & post-data analysis: a software implementation for binary logistic regression in jamovi* (Doctoral dissertation, University of British Columbia).
- García Carenas, L., Alcedo Rodríguez, M., & Aguado Díaz, A. L. (2008). La sexualidad de las personas con LM: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 125-141.
- García, F., y Musitu, G. (2001). Manual AF5 Autoconcepto. *Madrid: TEA Ediciones*.
- Garzón, E. O., Salazar, L. P. M., Barrero, J. A. C., Chavarro, S. A., Cardona, G. I. T., & Guerrero, M. B. V. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(1), 77-83.
- Gómez, R. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores que se encuentran en situación de confinamiento*. (Tesis de licenciatura) Universidad Cesar Vallejo, Lima.
- Hassanpour, K., Hotz-Boendermaker, S., Dokladal, P. y Curt, A. (2012). Low depressive symptoms in acute spinal cord injury compared to other neurological disorders. *Revista de neurología*, 259 (6), 1142-1150.
- Jiménez, B., Miranda, T., y Sandoval, M. (2004). Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares. *Acta ortopédica mexicana*, 18(2), 54-60.
- Jiménez, B., y Gómez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Universidad Autónoma.
- Jodra, P., Maté-Muñoz, J. L., & Domínguez, R. (2019). Percepción de salud, autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física. *Rev. Psicol. Deporte*, 28, 127-134.
- Kroenke, K., Spitzer, R., y Williams, J. (2001). El PHQ - 9: validez de una medida breve de gravedad de la depresión. *Revista de medicina interna general*, 16 (9), 606-613.
- Lema, C., y Parra, J. (2010). Lesión medular y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan*, 10(2), 157-172.
- Londoño, N., López, C., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., y Acevedo, C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas psychologica*, 5(2), 327.
- Londoño, N., Pérez, M., y Murillo, M. (2009). Validación de la escala de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés a una muestra colombiana. *Informes psicológicos*, 11(2), 13-29. 349.

- maestría). Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica.
- Minsalud y RLCPD (2013). *Discapacidad en Colombia*, diciembre 2013.
- Moreno M. y Ortiz G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno. <https://books.google.com>
- OMS. (2012). *Depression: A global public health concern*. Geneva, Switzerland.
- OMS. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial*.
- Orozco Quintero, S., Ochoa Villegas, L. F., & Zapata Castaño, N. (2018). *Relaciones entre el uso de la selfie y los autoesquemas cognitivos por parte de adolescentes en redes sociales de la Institución Educativa Alejandro Vélez Barrientos de Envigado Antioquia*. (Trabajo de grado). Institución Universitaria de Envigado.
- Pérez, J. I., & Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357.
- Plaza, V., Pacheco, B., Aguilar, C., Valenzuela, J., y, Pérez, J. (2012). Lesión de la médula espinal. actualización bibliográfica: fisiopatología y tratamiento inicial. *Columna*, 11(1), 73-76.
- Raich, R. (2004). *Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal*. Avances en psicología Latinoamericana, 22(1), 15-27.
- Riso, W. (2003). *Aprendiendo a Quererse a sí Mismo*. Colombia: Grupo Editorial Norma S. A.
- Rogers, C. (1980). *Carls Rogers y la perspectiva centrada en la persona*.
- Rueda, M., Aguado, A., y Rodríguez, Á. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la lesión medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 109-124.
- Rueda, M., y Aguado, A. (2012). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Madrid: Observatorio de la discapacidad.
- Sampieri, R., Collado, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*, (303.1).
- Shavelson, R., Hubner, J. y Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of educational research*, 46(3), 407-441.
- Suárez, P., García, M., y Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Suplemento), 509-513.

- Suriá, R., y Ortigosa, J. (2018). Autoeficacia en personas con lesión medular: análisis diferencial en dimensiones de bienestar psicológico. *Anuario de Psicología*, 48(1), 18-25.
- Taleporos, G., y McCabe, M. (2002). Body image and physical disability—personal perspectives. *Social science y medicine*, 54(6), 971-980.
- Te Velde, S. J., Lankhorst, K., Zwinkels, M., Verschuren, O., Takken, T., & de Groot, J. (2018). Associations of sport participation with self-perception, exercise self-efficacy and quality of life among children and adolescents with a physical disability or chronic disease—a cross-sectional study. *Sports medicine-open*, 4(1), 1-11.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernadndez, H., Calle, L. A., Naranjo, M., Osorio, J., y, Jaramillo, M. (2008). Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido. *Pensamiento psicológico*, 4(10).

## Anexos



1803

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Psicología

### Consentimiento informado

La presente investigación, titulada **“Autoesquemas, depresión, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en lesionados medulares (paraplejia)”** es desarrollada por el estudiante **Luz Darnelly Henao Diaz** del pregrado de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquía y respaldada por el profesor **Juan Paulo Múnera Rueda**, también de la misma facultad. La investigación tiene como objetivo principal **“Describir y establecer correlaciones entre los autoesquemas – autoconcepto, autoestima, autoimagen y autoeficacia – la depresión, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, además teniendo en cuenta las variables sociodemográficas - género, edad, estado civil, causas de la lesión y antigüedad con esta, el tratamiento o tipo de rehabilitación recibida, ya sea física, psicológica y/o sexual, el tipo de deporte que practica y la ausencia o presencia de consumo de sustancias psicoactivas – en lesionados medulares”**. De ahí que busque recolectar información mediante la aplicación de cuestionarios que evalúan cada una de las variables anteriormente mencionadas, a usuarios de la Liga Deportiva en Discapacidad Física de Antioquia ubicada en la ciudad de Medellín, que hayan sufrido una lesión en la medula espinal (paraplejia) y que sean mayores de 18 años.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio económico y personal (intervención psicológica) de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente y archivados en un lugar seguro bajo la responsabilidad de los investigadores.

- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.
- Una vez culminada la investigación, es responsabilidad de los investigadores dar a conocer los resultados de la misma a los participantes y realizar una retroalimentación.

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, declaro que he sido informado (a) sobre los objetivos de la investigación, por lo que declaro mi voluntad de participar libre y gratuitamente en ella. Soy libre de retirarme en cualquier etapa del proceso, sin que ello me implique a mí o a personas vinculadas conmigo de alguna sanción. He sido informado(a) de la confidencialidad de mis datos personales y mis opiniones, del proceso de almacenamiento, procesamiento, custodia y uso de la información que suministro, todo ello dentro de los límites normativos e institucionales. También fui informado(a) sobre a la forma en que se hará la socialización de los resultados y sobre a quién contactar y mediante qué medios en caso de tener preguntas e inquietudes. Es así que, en mi calidad de adulto autónomo, doy mi consentimiento para registrar mi participación en la investigación, el reuso de la misma, y declaro que no poseo relación de subordinación con ninguno de los miembros de la investigación.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del asesor/tutor del estudiante

**Ficha de identificación**

**Género:** Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

**Estado civil:** Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_

**Tiempo con la discapacidad:** \_\_\_\_\_

**Causas de la lesión:** Traumática \_\_\_\_\_ No traumática \_\_\_\_\_

**Tratamiento recibido después de sufrir la lesión:** Físico \_\_\_\_\_ Psicológico \_\_\_\_\_  
Sexual \_\_\_\_\_

**Deporte que practica:** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo lleva compitiendo?** \_\_\_\_\_

**¿Cuántas veces ha ganado?** \_\_\_\_\_

**¿Actualmente consume sustancias psicoactivas?:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Cuestionario de Autoesquemas (C.I.E.)

Este es un test que posibilita identificar la forma como usted se percibe a sí mismo. Para cada pregunta, usted debe encerrar en un círculo un número de la columna de la derecha, la cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar el que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo “neutro” la respuesta “tres”, tanto como le sea posible; sólo utilice este número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no.

Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuando más sinceramente, más útil será el test para usted.

**Muy en desacuerdo**      **Moderadamente en desacuerdo**      **Ni de acuerdo ni en desacuerdo**      **Moderadamente de acuerdo**      **Muy de acuerdo**  
**1**                              **2**    **3**    **4**    **5**

		Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo
1.	Siento que estoy muy lejos del ideal de persona que quisiera ser	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2.	Me considero una persona poco madura	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.	Casi nunca las cosas me salen bien como quisiera	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.	Me da dificultad reconocer que tengo cualidades	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5.	Soy demasiado exigente conmigo mismo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.	Soy una persona feliz	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7.	Me siento inconforme con casi todo lo que hago	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8.	Cometo muchos errores	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
9.	Me siento muy indeciso (a) ante la	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	mayoría de situaciones de mi vida					
10	Le doy mucha importancia a mis fracasos	1	2	3	4	5
11	Me considero una persona creativa	1	2	3	4	5
12	Soy una persona inteligente	1	2	3	4	5
13	A menudo actué en forma torpe	1	2	3	4	5
14	Me critico demasiado a mí mismo (a)	1	2	3	4	5
15	Debo ser el (la) mejor en todo	1	2	3	4	5
		Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo
16	Me considero una persona exitosa en la vida	1	2	3	4	5
17	Tengo mucho control sobre sí mismo (a)	1	2	3	4	5
18	Soy una persona seguro (a) de mí mismo (a)	1	2	3	4	5
19	Pienso que soy original	1	2	3	4	5
20	Me siento satisfecho (a) con la mayoría de las partes de mi cuerpo	1	2	3	4	5
21	Me considero una persona poco atractiva	1	2	3	4	5
22	No me gusta cuando alguien me habla de mi aspecto físico	1	2	3	4	5
23	Soy una persona bonita físicamente	1	2	3	4	5
24	Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	1	2	3	4	5
25	No me siento sano	1	2	3	4	5



26	Estoy contento (a) con mis rasgos físicos	1	2	3	4	5
27	Me considero exitoso (a)	1	2	3	4	5
28	Cuando me comparo con otras personas me siento poco atractivo (a)	1	2	3	4	5
29	Padezco de dolores y malestares	1	2	3	4	5
30	Cuido bien de mi cuerpo	1	2	3	4	5
31	No uso alguna prenda de vestir que me agrade porque pienso que se ve mal en mi cuerpo	1	2	3	4	5
32	Saco poco tiempo para descansar	1	2	3	4	5
33	Casi siempre me reprocho mi modo de ser	1	2	3	4	5
34	Casi nunca recuerdo las cualidades que poseo	1	2	3	4	5
35	Casi siempre me culpo de lo malo que sucede	1	2	3	4	5
36	Acostumbro felicitarme cuando algo que me he propuesto me sale bien	1	2	3	4	5
		Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo
37	A veces siento que la gente me aprecia más de lo que yo mismo me aprecio	1	2	3	4	5
38	Siento que me quiero a mí mismo (a)	1	2	3	4	5
39	No me doy gusto aunque pueda hacerlo	1	2	3	4	5
40	Siento que mi vida es una rutina	1	2	3	4	5

---

41	He realizado cosas que siempre he soñado hacer	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
42	Suelo manifestarme a mí mismo (a) que me quiero	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
43	A veces me siento feliz conmigo mismo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
44	Considero que le saco provecho a mi vida	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
45	Saco tiempo para realizar actividades que realmente quiero	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
46	No realizo actividades distintas a las que hago diariamente	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
47	Me siento realizado (a) como persona	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
48	Estoy satisfecho (a) con el modo como yo trato a otras personas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**Escala de Autoeficacia General**

**Instrucciones**

No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Lea cada una de las afirmaciones, y marque con un circulo el número que considere conveniente. Utilice la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones:

**Incorrecto**                      **Apenas cierto**                      **Más bien cierto**                      **Cierto**  
**1**    **2**    **3**    **4**

		Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1.	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2.	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3.	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4.	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5.	Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6.	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7.	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4

---

8.	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9.	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10.	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

## CUESTIONARIO

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "O" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad De los días	Casi los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

**Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)**

**Instrucciones:**

A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema.

Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con un círculo “O” el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
3. Procuero no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6

7. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9. Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6
11. Procuero guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13. Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6

17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6



27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
29 Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30. Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
32. Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6

36. Rezo	1	2	3	4	5	6
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41. Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42. Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43. Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44. Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46. A pesar de la magnitud de la	1	2	3	4	5	6

situación tiendo a sacar algo positivo							
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6	
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6	
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6	
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6	
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6	
52. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6	
	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre	
53. Hago todo lo posible para ocultar mis	1	2	3	4	5	6	

sentimientos a los otros							
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6	
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6	
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6	
57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6	
59. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6	
60. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6	
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6	
62. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6	

---

63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

**Escala de calidad de vida  
WHOQOL-BREF**

**Instrucciones**

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, está puede ser la primera respuesta que le vienen a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Bastante</b>	<b>Totalmente</b>
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Rodee con un circulo el número que mejor defina cuanto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un circulo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Bastante</b>	<b>Totalmente</b>
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>④</b>	<b>5</b>

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un circulo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		<b>Muy mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Normal</b>	<b>Bastante buena</b>	<b>Muy buena</b>
1.	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

		<b>Muy insatisfecho/a</b>	<b>Un poco insatisfecho/a</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante satisfecho/a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>
2.	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Las siguientes preguntas hace referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas:

		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
3.	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.	¿En qué grado necesita de un tratamiento	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	médico para funcionar en su vida diaria?					
		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
5.	¿Cuánto disfruta de la vida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.	¿Hasta qué punto siente que vida tiene sentido?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
9.	¿Cómo de saludable es el ambiente físico de su alrededor?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>



		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
10.	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
12.	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
13.	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
14.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
15.	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		<b>Muy insatisfecho /a</b>	<b>Poco insatisfec ho/a</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante satisfecho /a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>
16.	¿Cómo de satisfecho/a esta con su sueño?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
17.	¿Cómo de satisfecho/a esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
18.	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
19.	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
20.	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
21.	¿Cómo de satisfecho/a está	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	con su vida sexual?					
22.	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
23.	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
24. 2	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
25.	¿Cómo de satisfecho está con los servicios de transporte de su zona?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

---



---

¿Le gustaría hacer un comentario sobre el cuestionario?

---



---



---

**Gracias por su ayuda**