

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN ESTUDIANTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

MARVIN FERNANDO CALPA YAMA

MARIA FERNANDA GUERRERO ARTEAGA

Asesora

ADRIANA PERUGACHE RODRIGUEZ

Psicóloga Magíster

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

San Juan de Pasto

2014

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor.

Artículo 1^{to} del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación:

Firma del Presidente de tesis

Firma del jurado

Firma del jurado

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	6
Discapacidad	10
Calidad de Vida (CV)	11
Afrontamiento	11
Estrategias de Afrontamiento (EA)	12
OBJETIVOS	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
METODOLOGÍA	14
Paradigma de Investigación	14
Tipo de estudio	14
Diseño	14
Población	14
Muestra	14
Factores de Inclusión	14
Factores de Exclusión	15
Variables de control	15
Instrumentos	16
Hipótesis	19
<i>Hipótesis de trabajo- hipótesis nula</i>	19
<i>Hipótesis estadística</i>	19
Elementos éticos y bióticos	19
Procedimiento	20
Plan de análisis de datos	21
RESULTADOS	22
Características sociodemográficas de la muestra	22
Descripción de las variables de estudio	23
Correlación entre Variables de Estudio	29
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	36

LIMITACIONES	38
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	40

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables de inclusión del estudio

Tabla 2. Variables de exclusión del estudio

Tabla 3. Número de sujetos según situación de discapacidad

Tabla 4. Distribución de sujetos según tipo de discapacidad

Tabla 5. Resultados descriptivos puntuación total CV

Tabla 6. Frecuencia puntuaciones de CV según grado de deficiencia

Tabla 7. Resultados descriptivos de las dimensiones de CV

Tabla 8. Prueba de normalidad de Shapiro Wilk - Dominios Calidad de Vida

Tabla 9. Situaciones que causan estrés identificadas por la muestra de estudio

Tabla 10. Frecuencias del uso de Estrategias de Afrontamiento

Tabla 11. Resultados descriptivos de las diferentes estrategias de afrontamiento

Tabla 12. Prueba de normalidad de Shapiro Wilk- Estrategias de Afrontamiento

Tabla 13. Correlaciones entre Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento

Tabla 14. Correlaciones entre Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento

Tabla 15. Correlaciones entre DO6 de Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN ESTUDIANTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación existente entre los niveles de Calidad de Vida (CV) y las Estrategias de Afrontamiento (EA) presentes en 15 estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño, a través de un estudio correlacional de corte trasversal, que se basó en la medición y el análisis estadístico de datos para la comprobación de hipótesis. Los instrumentos para evaluar las variables de estudio fueron en primer lugar el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad WHO-DAS II que fue diseñado para evaluar el grado de funcionalidad de personas en situación de discapacidad desarrollado originalmente por la Organización Mundial de la Salud (2001) y adaptado en su versión a la Lengua Española (36 ítems) por Vázquez, Herrera, Vázquez y Gaité, (2006), el instrumento goza de altos grados de fiabilidad (α de Cronbach = 0,96) y validez (correlación con otros instrumentos que evalúan CV- Pearson > 0,6). En segundo lugar el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI en la versión española de Cano, Rodríguez y García (2007) también con adecuadas grados de fiabilidad (consistencia interna 0,63 y 0,89) y validez (correlación fuerte con Inventario de Personalidad NEO-FFI).

Según los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman obtenidos del análisis estadístico con ayuda del paquete estadístico IBM SPSS (versión 20 en español), no se pudo determinar la presencia de correlaciones entre Calidad de Vida y las Estrategias de Afrontamiento debido al grado de significación estadística el cual fue muy inferior al establecido (95%), por lo tanto se concluye que no hay correlación entre las variables; mediante la prueba de potencia estadística se determinó que el reducido tamaño de la muestra fue uno de los factores que propicio la obtención de estos resultados.

Palabras Clave: Calidad de vida, Estrategias de Afrontamiento, Discapacidad.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between levels of Quality of Life (QL) and Coping Strategies (CS) in 15 students with disabilities at the Universidad de Nariño, by cutting a correlational study cross, which was based on the measurement and statistical analysis of data for hypothesis testing. Instruments to assess the study variables were first World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO- DAS II) was designed to assess the degree of functionality of persons with disabilities originally developed by the World Health Organization (2001) and adapted version of the Spanish Language (36 items) by Vasquez , Herrera Vazquez and Gaité, (2006), the instrument has a high degree of reliability (Cronbach $\alpha = 0.96$) and validity (correlation with other instruments that assess QL- (Pearson > 0.6). Second Stock Coping strategies inventory CSI in the Spanish version of Cano, Rodríguez and García (2007) also adequate levels of reliability (internal consistency 0.63 and 0.89) and validity (strong correlation with NEO Personality Inventory -FFI).

According to the correlation coefficients of Pearson and Spearman obtained from the statistical analysis using the SPSS statistical package (version 20 in Spanish), it could not determine the presence of correlations between Quality of Life and Coping Strategies because of the degree of statistical significance, which was well below the established (95 %), therefore we conclude that there is no correlation between variables, by testing the statistical power was determined that the small sample size was one factor that obtaining suitable these results.

Keywords: Quality of Life, Coping Strategies, Disability.

INTRODUCCIÓN

El término discapacidad ha sido utilizado para denominar un conjunto de déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, que pueden provocar una disminución de la capacidad para desarrollar una tarea cotidiana como un sujeto promedio y que se evidencia como la dificultad para desplazarse, comunicarse, vestirse o comprender, en otras palabras indica aspectos negativos de la interacción entre un sujeto (en un determinado “estado de salud”) y sus variables de contexto (factores del ambiente y

personales). (Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud – CIF, 2001).

En este sentido, la discapacidad como condición de salud es un factor que puede poner en desventaja al sujeto frente a dimensiones como la interacción social, además de entorpecer de algún modo su adaptación e integración a ambientes como el educativo, el laboral y el recreacional (Velarde & Avila, 2002). Las desventajas a las cuales se pueden ver expuestas las personas en situación de discapacidad son bajos niveles de salud en comparación con la población en general, además de experimentar mayor vulnerabilidad ante la presencia de enfermedades y comportamientos de riesgo como inadecuados hábitos de alimentación, baja actividad física, consumo de sustancias como tabaco, pueden acarrear un deterioro general de la salud, limitación en sus actividades, en la inclusión social y baja calidad de vida (OMS, 2011).

Según lo anterior es probable un efecto directo de las condiciones de la persona en situación de discapacidad sobre su propia Calidad de Vida; ante este hecho los estudios de esta temática han incrementado en los últimos años desde diversas áreas como la de la rehabilitación, la salud, el ámbito educativo y de servicios sociales con el fin de darle una visión más incluyente en la que se destaque la interacción sujeto contexto y condiciones de vida en situación de discapacidad (Henao & Gil, 2009).

Es así como Urrego, Aragón, Combita y Mora (2012) afirman que las personas en condición de discapacidad se ven enfrentadas a exigencias y situaciones que atraviesan en su cotidianidad las que pueden generar estrés y repercusiones en sus niveles de CV, a partir de esto se establecen respuestas de tipo comportamental, cognitivo o fisiológico como métodos para enfrentar los problemas, algunas de estas pueden ser favorables y relacionarse con niveles altos de CV a diferencia de otras que pueden repercutir de manera negativa en el bienestar de los sujetos. La Calidad de Vida como un atributo surge desde aproximadamente cuatro décadas para luego ser considerado como un factor de gran importancia de la investigación en el ámbito clínico, este se ha direccionado hacia los cuidados de los enfermos crónicos y las personas en situación de discapacidad (Henao y Gil, 2009). Gran parte de estos estudios se han enfocado en la Calidad de Vida percibida por estos pacientes y cómo algunas variables como las Estrategias de Afrontamiento, la Personalidad y el Apoyo social intervienen positivamente en su bienestar. Con respecto a

este asunto en el año 2005 Lull, Zanier y García, analizaron la relación entre Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en un estudio longitudinal con 79 pacientes con cáncer del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, Argentina. Para este propósito se administraron un Cuestionario de Calidad de Vida (FACT), un Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI) y una entrevista semiestructurada que indaga variables sociodemográficas y psicológicas. Los resultados obtenidos en este estudio muestran una correlación negativa con la CV en las estrategias de evitación (evitación cognitiva propiamente dicha y aceptación pasiva/resignación) y la evitación conductual, específicamente la descarga emocional; las escalas que se asocian positivamente con CV son la revalorización positiva (aproximación cognitiva), la búsqueda de sostén, Resolución de problemas (ambas de aproximación conductual) y la búsqueda de recompensas alternativas (evitación conductual).

En el 2007 Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez investigaron sí los Estilos de Afrontamiento asumidos por un grupo de 41 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de la Fundación Hospital San Carlos de la ciudad de Bogotá, D.C. (Colombia) guardan relación con su Calidad de Vida. Para este fin se implementaron los instrumentos SF-36 y CAE por medio de los cuales se evidencia un deterioro importante en la CV de estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. De acuerdo con los resultados, el afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de CV evaluadas.

Para el 2008 Torre, Corral, Callejo, Gómez, La Torre y Esteban Realizaron un estudio en pacientes atendidos por una la Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) a lo largo de 6 meses con el objetivo de encontrar la relación entre Calidad de Vida relacionada con salud, intensidad del dolor, Estrategias de Afrontamiento y ansiedad/depresión en estos pacientes, también se evaluó la eficacia del tratamiento brindado por la UTD. Se encontró que los pacientes refieren una mejoría significativa en los dominios rol físico, dolor corporal y vitalidad del SF-36 (escala utilizada para medir la Calidad de Vida) al cabo de 6 meses de su paso por la UTD se observa una tendencia a que disminuya la intensidad del dolor y la sintomatología depresiva, sin embargo la sintomatología ansiosa tiende a

aumentar. Las Estrategias de Afrontamiento más utilizadas por la muestra son las activas (solución de problemas, búsqueda de información) ya que se relacionan de forma positiva con índices de funcionamiento físico y psicológico.

Siguiendo la línea de la Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, en España en el año 2010 se realizó un estudio descriptivo de corte transversal donde se evalúan la CV y las características personales de 96 pacientes con IRC utilizando el cuestionario de SF-36; posteriormente se realizó una comparación de estos resultados con los valores obtenidos en una población Española que no padece ningún tipo enfermedad crónica. En dichos resultados se hizo hincapié en el bajo nivel de CV que tiene el paciente con tratamiento de diálisis, comparado con la población de referencia, presenta una disminución importante en todas las dimensiones del test de salud, no sólo en afectación del estado físico (dimensiones de función y rol físico) sino también el emocional (grado en el que los problemas emocionales interfieren en las actividades diarias). Los sujetos con IRC evaluados presentan unas medias muy por debajo de la población de referencia (Seguí et al. 2010).

Dentro de los estudios que se han desarrollado en personas con algún tipo de discapacidad están: Calidad de Vida y apoyos en personas con discapacidad Intelectual institucionalizados en Chile, estudio piloto (Vega, Río, Morillo; Ortiz & Flores, 2011) en el que se utilizó las escalas de Intensidad de Apoyos y la Escala Transcultural de Indicadores de CV y se encontró que existe una fuerte correlación negativa entre estas dos variables, es decir a mayores necesidades de apoyos se encuentra una menor CV; las dimensiones de Calidad de Vida como bienestar emocional, derechos y bienestar físico no parecen estar asociadas a las necesidades de apoyo; esta situación puede explicarse al considerar que a los usuarios se les garantizan sus derechos básicos dentro de la institución, sin embargo necesidades más profundas como la inclusión social y la autodeterminación no se pueden satisfacer.

En coherencia con lo anterior surgió el interés por desarrollar un estudio con el objetivo de determinar el tipo de asociación entre la Calidad de Vida y las Estrategias de Afrontamiento presentes en los estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño, que es una entidad de Educación Superior (estatal) creada mediante ordenanza departamental en 1904, tiene extensiones en algunos municipios del Departamento de

Nariño como en Túquerres, Tumaco e Ipiales, pero la sede central se encuentra ubicada en la ciudad de San Juan de Pasto (Torobajo); dentro de las modalidades de admisión a primer semestre la Universidad de Nariño ofrece a la población en general cupos de tipo ordinario y especial, este segundo está destinado a un número reducido de personas que aspiran estudiar y se encuentran en una condición particular como deportistas destacados, persona desplazadas, personas pertenecientes a cabildos indígenas, personas en situación de discapacidad entre otros, los estudiantes que obtienen su cupo como persona en situación de discapacidad hacen parte de los programas de acompañamiento que dirige Bienestar Universitario por medio del Área de Desarrollo Humano, según los registros de la oficina de admisiones para el semestre B 2013 en total habían 25 estudiantes de diferentes carreras pertenecientes a este programa, 3 que presentaban epilepsia y 22 en situación de discapacidad visual, a quienes se les presentó la propuesta de investigación, de ellos únicamente 15 participaron en el estudio.

A continuación se aborda la fundamentación teórica de los temas alrededor de la discapacidad, Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento, conceptos y atributos que fueron fundamentales para entender la relación entre la CV y EA.

Discapacidad

Según la OMS (1983, citada en Pereira, 2009) la discapacidad hace referencia a una deficiencia a nivel físico o mental que genera disminución, restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para el ser humano y señala que la deficiencia hace referencia a “las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia, en función de un órgano o sistema, cualquiera que sea la causa (en principio las deficiencias presentan trastornos a nivel del órgano)” (p.2).

De esta forma, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), estudia la discapacidad basándose en un término genérico en el que se incluyen deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. En el concepto de discapacidad se tienen en cuenta los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud, como también, los factores externos o medios físicos, que hasta la fecha, en la mayoría de países no se encuentran en condiciones óptimas para que las personas en situación con discapacidad puedan desarrollar cualquier tipo de actividad (Cáceres, 2004).

A partir de esto se hace necesario consolidar un idioma estandarizado al hablar de estas problemáticas, por esto la OMS (2001) realiza categorizaciones operacionales que varían dependiendo de la incidencia que tiene una restricción física o mental en los individuos que las padecen teniendo en cuenta el rol personal o social en el que se desempeñan. Así se diferencian enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía a partir del malestar generado. Enfermedad se entiende como “una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de trastorno o accidente”, la deficiencia se define como “toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” a diferencia de la discapacidad que se considera como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma que se considera normal para un ser humano” (p.15). Por último se define la minusvalía como “una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales” (OMS 2000 citado en Sen, 2008, p.5).

Calidad de Vida

Es un término amplio que integra diferentes dimensiones de vida en cada sujeto, puede considerarse como una interpretación favorable del estado de bienestar en el que se encuentra una persona y la satisfacción personal que se derive del mismo en diferentes ámbitos como salud física, psicosocial, familiar, laboral, de vivienda, oportunidades de inclusión en ámbitos social y educativo; la satisfacción que experimente en cada uno de estas dimensiones es de carácter subjetivo y varía de cultura a cultura, incluso de sujeto a sujeto (OMS, 1994 citada por Botero & Pico, 2007).

Afrontamiento

Se entiende por Afrontamiento los recursos cognitivos y de la conducta que se desarrollan e implementan para hacer frente a eventos externos o internos que los sujetos perciben como excedentes o desbordantes de los recursos que poseen (Lazarus & Folkman, 1986).

A partir de esto, se considera que los sujetos parten de la relación que establecen con el entorno para evaluar y reevaluar las estrategias de Afrontamiento que implementan, dirigiendo su accionar a un fin inmediato dando significado a los acontecimientos.

En este sentido se considera que los procesos de Afrontamiento esta determinados por aspectos temporales que delinearán la conducta del individuo en momentos específicos como reacciones adaptativas, encaminadas a manejar los estresores, las situaciones físicas o mentales que generan restricciones con el fin de reducirlas o neutralizarlas (Klinger, 1977) citado en Lazarus & Folkman, 1986). Teniendo en cuenta lo anterior Mukulic y Crespi (2009) afirman que el proceso de Afrontamiento implica la interacción entre el sujeto, sus recursos y el ambiente, concibiéndolo a este como mediador entre el evento estresante y las consecuencias que podrán repercutir en su salud física y psicológica.

Partiendo de lo anterior se podría decir que el Afrontamiento tiene como función disminuir condiciones aversivas del medio y fomentar perspectivas de recuperación, lograr la adaptación de las personas a realidades negativas, conservar una autoimagen positiva, preservar y generar vínculos sociales y mantener un equilibrio emocional satisfactorio (Villalobos, 2007, citado en Ardila & Lara, 2012).

Estrategias de afrontamiento

En el presente estudio investigativo se consideraron 8 Estrategias de Afrontamiento que se categorizaron para un manejo más práctico, según un estudio realizado previamente (Gonzales, Tejero & Marina, 2012) en dos grupos, Estrategias de Afrontamiento de manejo adecuado (MA) y de manejo inadecuado (MI) de los problemas, estas se describen a continuación.

Estrategias de Afrontamiento de Manejo Adecuado de problemas (MA)

Resolución de Problemas (REP)

Son estrategias de carácter cognitivo o conductual que tienen como fin modificar la situación problema a través de la creación de un plan de acción que cambie ciertos aspectos, mejorando las condiciones en las que se encuentra la persona, de modo que se eliminen los eventos que son evaluados como desbordantes de las capacidades de Afrontamiento que posee el sujeto (Cano et al. 2007).

Reestructuración Cognitiva (REC)

Son un conjunto de técnicas que evalúan y modifican las percepciones, las creencias, las expectativas, las atribuciones, las interpretaciones, las autoinstrucciones y los esquemas cognitivos que son responsables de las conductas que emita un sujeto (Méndez, Olivares y Moreno, 1988).

Apoyo Social (APS)

Se refiere a las habilidades de las que dispone una persona para adquirir equilibrio entre las demandas del ambiente y su habilidad para responder a cambios, esto se encamina a la consecución de apoyo emocional por medio de pedir un consejo, apoyo espiritual, ayuda instrumental o informativa (Velasco, Campos, Iraurgi y Paez, 2004).

Expresión Emocional (EEM)

Estrategias encaminadas a liberar las emociones desencadenadas por el evento estresante (Ardila y Lara, 2012).

Estrategias de Afrontamiento de Manejo Inadecuado de problemas (MI)

Evitación de Problemas (EVP)

El uso de alcohol y drogas son ejemplo de este tipo de estrategias, en las que todo esfuerzo realizado para apañar las consecuencias negativas no está ligado a la resolución del problema, sino a minimizar la respuesta emocional por medio de la negación o evitación de las dificultades (Velasco et al. 2004).

Pensamiento Desiderativo o Fantástico (PDS)

Estrategias de carácter cognitivo que evidencian el deseo que tiene el sujeto que la realidad no fuera estresante (Ardila y Lara, 2012).

Retirada social (RES)

Estas respuestas se dirigen a la evitación de la interacción social con el fin de no dar parte ni explicaciones sobre la situación problema, evitando las consecuencias emocionales, por lo cual se constituye la estrategia de abandono (Velasco et al. 2004).

Autocrítica (AUC)

En estas respuestas la Autocrítica y la Autoinculpción son la estrategia para hacerle frente a un evento traumático o su inadecuado manejo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar cuál es la relación entre los niveles de Calidad de Vida y las Estrategias de Afrontamiento en estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño.

Objetivos específicos

Evaluar los niveles de Calidad de Vida encontrados en estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño.

Identificar las Estrategias de Afrontamiento Utilizadas por estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño.

Establecer la relación entre los niveles de Calidad de Vida y las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño.

METODOLOGÍA

Paradigma

El presente fue un estudio de corte cuantitativo ya que usa la recolección de datos para comprobar hipótesis, basándose en la medición numérica y el análisis estadístico para demostrar teorías (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Tipo de Estudio

Este trabajo está clasificado en estudios de tipo correlacional, ya que su propósito fue conocer el grado de asociación entre dos variables, Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento en estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño (Hernández et al. 2006).

Diseño

La investigación es de tipo transversal puesto que para realizar este estudio se recopiló la información en un solo momento (Hernández et al. 2006).

Población

La población con la que se desarrolló el estudio estuvo conformada por 25 estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño pertenecientes al programa de acompañamiento ofrecido por el Sistema de Bienestar Universitario a través del Área de Desarrollo Humano.

Muestra

En este estudio se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia, de los 25 estudiantes identificados, 3 presentaban Epilepsia por lo que no se tuvieron en cuenta en el estudio (criterios de inclusión), en total se trabajó con 22 a quienes se les presentó la propuesta, de ellos 15 aceptaron participar, 2 abandonaron el estudio justo antes de la aplicación de los instrumentos y los otros 5 manifestaron no estar interesados en participar del estudio. En total de manera individual se llevó a cabo la aplicación de los dos instrumentos a 15 estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño

quienes estuvieron dispuestos a participar voluntariamente y que además cumplieran con criterios de inclusión.

Factores de inclusión

Estudiantes con matrícula vigente en situación de discapacidad auditiva, visual y motriz de la Universidad de Nariño, de género masculino y femenino que asistan a los programas de acompañamiento desarrollados por el Sistema de Bienestar Universitario a través el Área de Desarrollo Humano y que estén dispuestos a participar de la investigación.

Factores de exclusión

Estudiantes con matrícula vigente, que se encuentren en situación de discapacidad diferente a discapacidad visual, auditiva y motriz, que no asistan a los programas de acompañamiento desarrollados por el Sistema de Bienestar Universitario en el Área de Desarrollo Humano y además que no estén dispuestos a participar de la investigación.

Variables de Control

Para realizar el presente estudio investigativo se tuvieron en cuenta algunas variables que pueden de alguna u otra manera afectar el desarrollo del trabajo.

Tabla 1

Variables de inclusión del estudio

Variables de inclusión para la investigación	
Edad	Rango de edad para los participantes, de 16 a 35 años.
Condición funcional	Estudiantes participantes del estudio en situación de discapacidad.
Tipo de discapacidad	Participantes en situación de discapacidad, visual, auditiva o motriz.
Tipo de acompañamiento al que asisten	Participantes pertenecientes a los programas de acompañamiento desarrollados por el Sistema de Bienestar Universitario a través del Área de Desarrollo Humano de la Universidad de Nariño.
Escolarización	Estudiantes de la Universidad de Nariño con matrícula vigente.
Lugar de residencia	Área urbana o rural de la ciudad de San Juan de Pasto.

Tabla 2

Variables de exclusión del estudio

Variables de exclusión para la investigación	
Edad	Estudiantes menores de 16 años y mayores de 35 años.
Condición funcional	Estudiantes que no estén en situación de discapacidad auditiva, visual o motriz
Tipo de discapacidad	Discapacidad Cognitiva o intelectual.
Tipo de acompañamiento al que asisten	Estudiantes en situación de discapacidad que no asisten a los programas de acompañamiento desarrollados por el Sistema de Bienestar Universitario en el Área de Desarrollo Humano de la Universidad de Nariño.
Lugar de residencia	Estudiantes residentes de zonas diferentes a la urbana o rural de la ciudad de San Juan de Pasto.
Escolarización	Estudiantes que no tengan matrícula vigente en la Universidad de Nariño.

Instrumentos***Inventario de Estrategias de Afrontamiento en la versión española de Cano, Rodríguez y García (2007)***

La prueba consta de dos dimensiones, la primera de ellas es de tipo cualitativo, en la que se describe brevemente una situación estresante que el sujeto debe enfrentar y la segunda dimensión es de carácter cuantitativo y está constituida por 40 ítems que corresponden a ocho Estrategias de Afrontamiento que pueden ser utilizadas en situaciones estresantes y tiene por objetivo identificar situaciones estresantes de la vida cotidiana y cómo se enfrentan a estos problemas. Estas estrategias son denominadas como: Resolución de Problemas (REP), Restructuración Cognitiva (REC), Apoyo Social (APS), Expresión Emocional (EEM), Evitación de Problemas (EVP), Pensamiento Desiderativo (PSD), Retirada Social (RES) y Autocrítica (AUC) (Cano et al. (2007) Citados por Ardila & Lara, 2012); estas estrategias se categorizan de forma empírica en dos grupos, Estrategias de Afrontamiento de Manejo Adecuado de problemas al que pertenecen REC, REP, APS y

EEM indicando acciones que resultan adaptativas para compensar la situación de estrés; y las Estrategias de Afrontamiento de Manejo Inadecuado de problemas con EVP, PDS, RES y AUC que sugieren un afrontamiento pasivo de baja adaptación (Gonzales, Tejero y Marina, 2012).

Esta escala puede utilizarse en procesos investigativos y de práctica clínica gracias a sus propiedades psicométricas, posee ocho factores que explican un 61% de la varianza con sólo 40 ítems y presenta coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89 que permiten detallar o generalizar sus resultados cumpliendo con los criterios de confiabilidad y validez (Cano et al. (2007) Citados por Ardila y Lara, 2012).

Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II

Vázquez, J., Herrera, S., Vázquez, E. y Gaité, L. (2006)

El Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS II) se integra dentro del sistema conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en mayo de 2001 por la Asamblea Mundial de la Salud. Asimismo la CIF se integra en un marco más amplio, la Familia Internacional de Clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que representa un nuevo modelo, más sofisticado y completo, de definición de la salud. Este cuestionario ha sido desarrollado teniendo en cuenta un nuevo marco teórico sobre la discapacidad, para evaluar las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación experimentadas por la persona, independientemente de su diagnóstico médico (Vázquez et al.2006).

Para evaluar las propiedades psicométricas de la versión final del WHO-DAS II de 36 ítems se llevó a cabo un estudio de tipo observacional analítico de cohortes concurrente, con evaluaciones realizadas en dos momentos. Para ello dicho instrumento fue sometido a verificación de su fiabilidad, consistencia interna (α de Cronbach = 0,96) estudio test-retest (r de Pearson > 0,6); análisis de su validez mediante la comparación de los resultados en él obtenidos, con los precedentes de otros instrumentos de evaluación de discapacidad ya validados; verificación de su capacidad para discriminar entre sub-grupos de población caracterizados por la presencia de perfiles de discapacidad diferenciados (validez clínica/discriminante). Para verificar la prueba se llevó a cabo en primer lugar, un análisis de

validez concurrente, contrastando las puntuaciones obtenidas por esta, con las encontradas en una misma entrevista, con instrumentos como el London Handicap Scale (LHS), el SF-36 o el WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998; Lucas, 1998), que exploran distintas áreas o dominios del concepto de discapacidad; en segundo lugar un análisis de su validez clínica/discriminante, para lo cual se verificó su capacidad para discriminar entre subgrupos muestrales caracterizados por la presencia de perfiles de discapacidad diferenciales (Vázquez et al. 2006).

El WHO-DAS II está compuesto por 4 secciones: Hoja inicial, datos demográficos y de índole general, preámbulo y revisión de las áreas, la última está compuesta por un total de 6 dominios: *dominio 1* (DO1): Comprensión y Comunicación; *dominio 2* (DO2): Capacidad para Moverse en su Entorno; *dominio 3* (DO3): Cuidado Personal; *dominio 4* (DO4): Relacionarse con otras Personas; *dominio 5* (DO5): Actividades de la Vida Diaria; *dominio 6* (DO6): Participación en Sociedad, cada uno de los dominios, está compuesto por un número determinado de ítems que exploran actividades específicas para cada uno de ellos.

En el DO1 se encuentra la Comprensión y Comunicación que incluye la concentración, memoria, solución de problemas, aprendizaje de tareas nuevas y comunicación. En el DO2 se encuentra la Capacidad para Moverse en su Entorno, este dominio consta de 5 ítems y las áreas a evaluar son: cambio de la postura corporal, desenvolverse dentro de la casa, salir de casa y pasear. DO3 se denomina Cuidado Personal y se evalúa a través de 4 ítems que son bañarse, vestirse, comer y permanecer solo. El DO4 llamado Relacionarse con otras Personas consta de 5 ítems se incluye habilidades interpersonales con personas cercanas (familiares y amigos), personas que no conoce (desconocidos), actividad sexual y hacer amigos, el DO5 incluye actividades de la vida refiriéndose a actividades domésticas y el trabajo. El DO6 denominado Participación en la Sociedad consta de un total de 8 ítems que evalúan aspectos tales como actividades de la comunidad, estigmatización/dignidad, discriminación, impacto sobre el tiempo disponible, emociones, ocio, la economía y la familia.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

Existe correlación entre los niveles de Calidad de Vida y las Estrategias de Afrontamiento en estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño.

Hipótesis Nula

No existe correlación entre los niveles de Calidad de Vida y de las Estrategias de Afrontamiento en estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño.

Hipótesis Estadística

$$H_i = R_{xy} \neq 0$$

$$H_o = R_{xy} = 0$$

Donde

R = Índice de correlación

x = Calidad de Vida.

y = Estrategias de Afrontamiento

R_{xy} = Correlación Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento

≠ 0 = significativamente diferente de cero (hay correlación)

= 0 = igual a cero (no hay correlación)

Elementos Éticos y Bioéticos

- a. El presente estudio se desarrolló bajo los lineamientos del código deontológico dispuesto por el Congreso de Colombia, en la ley número 1090 de 2006 (Septiembre 06) el cual reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, asegurando una administración ética y responsable de la información obtenida en el ejercicio investigativo, con el fin de contribuir al bienestar de los sujetos que participen de tales procedimientos (Congreso de la Republica de Colombia, 2006).
- b. Se tuvo en cuenta el principio de confidencialidad para lo cual se implementó un consentimiento informado que manifestaba a todos los participantes el uso de la información recolectada y los principios que rigen la investigación (Congreso de la Republica de Colombia, 2006).

- c. Se propendió por el bienestar del usuario respetando su integridad, aclarando la naturaleza y responsabilidad de los psicólogos que participen del trabajo investigativo (Congreso de la Republica de Colombia, 2006).
- d. Se respetó la libertad de los concursantes para abandonar el trabajo investigativo si así lo decidían, además de informar sobre los términos del estudio a los mismos (Artículo 22, (Congreso de la Republica de Colombia, 2006).

Procedimiento

El estudio se realizó en tres fases diferentes.

Fase 1 - Construcción teórica y metodológica de la propuesta de investigación

Durante este apartado inicial se recopiló la mayor cantidad de información necesaria sobre estudios antecedentes relacionados con las variables de estudio, además se realizó la construcción de las definiciones operacionales de las mismas, Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento.

Fase 2 - Recopilación de la información y trabajo de campo

Para recolectar los datos sobre las variables trabajadas se hizo uso de los instrumentos; Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad WHO-DAS II Versión en Lengua Española (36 ítems) de Vázquez et al. (2006) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI en la versión española de Cano et al. (2007). Como tarea de adecuación de los instrumentos previa a la aplicación individual, se realizó 2 reuniones con los interpretes en lenguaje de señas Colombianas, la primera para realizar la presentación del proyecto a estudiantes (situación de discapacidad auditiva) e intérpretes a quienes se les hizo entrega de las copias de cada instrumento para que se familiarizaran con los mismos y en la segunda reunión se aclararon las dudas sobre las condiciones de aplicación a los intérpretes, con el fin de controlar la fiabilidad de la información que se esperaba recolectar de los estudiantes en situación de discapacidad auditiva, para los estudiantes en situación de discapacidad visual se adaptó únicamente a sistema braille el inventario de estrategias de afrontamiento, el otro cuestionario se administró a manera de entrevista por lo que se aplicó directamente; con el resto de estudiantes se llevó a cabo las aplicaciones con apoyo de los investigadores, en total se lograron realizar 15 aplicaciones, cada una con previa autorización mediante el formato de consentimiento informado, los 7 restantes manifestaron no estar interesados en participar argumentando en algunos casos haber tenido

malas experiencias con otras investigaciones, no tener tiempo para colaborar en el desarrollo de los cuestionarios y en otros casos simplemente el estudiantes se reservó sus razones.

Fase 3 -Análisis estadístico y redacción del informe final

Los datos obtenidos se organizaron con ayuda del software Microsoft Excel 2010, mediante una base de datos que posteriormente se analizó con el paquete estadístico IBM SPSS versión 20 en español, por medio del uso del coeficiente de correlación de Pearson para las variables (dimensiones) con distribución normal y el coeficiente de correlación de Spearman para las variables (dimensiones) que no seguían una distribución normal, todo esto con el fin de determinar la relación entre los atributos CV y EA; a continuación se aplicó la prueba estadística de potencia con el fin de determinar si existía error beta; por último se redactaron los resultados encontrados con el análisis estadístico para consolidar el informe final del estudio.

Plan de análisis de datos

Una vez se recolectó los datos por medio del cuestionario para la evaluación de la discapacidad WHO-DAS II Versión en lengua española – 36 ítems (Vázquez et al. 2006) y el inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) en la versión española de Cano et al. (2007), los resultados se sistematizaron a través de la construcción de una base de datos con Microsoft Excel 2010, con ayuda del paquete estadístico IBM SPSS versión 20 en español (Statistical Package for the Social Science - SPSS) se realizó un análisis univariado de cada una de las variables de estudio, para de este modo obtener estadísticos como frecuencias, media, desviación estándar, puntajes mínimo, máximo, que permitieron determinar las características propias de cada una de estas así como también su comportamiento.

Para determinar si variables CV y EA seguían una distribución normal se usó el estadístico de Shapiro wilk con ayuda del programa SPSS, que es una de las pruebas de normalidad más potente para muestra inferiores a 30 casos, esta evalúa el ajuste de una variable continua a una curva normal, sí la significación es superior a (0,05) se puede concluir que la variable se distribuye normalmente; Posterior a esto se llevó a cabo un análisis multivariado el en paquete estadístico SPSS en el que se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson, para variables con distribución normal y el coeficiente de

correlación de Spearman, para variables que no seguían una distribución normal, con el fin de determinar el grado de correlación entre las variables de estudio (Hernández et al. 2006).

Una vez realizadas las pruebas de correlación entre las Variables de estudio (Calidad de Vida y tipos de Estrategia de Afrontamiento) se obtuvieron coeficientes de asociación con grados de significación inferiores al 95% ($P > 0.05$), por este motivo se realizó un análisis de fiabilidad de los coeficientes de relación de Pearson y los p-valor obtenidos, para de esta forma realizar una verificación de las hipótesis (H_1 , H_0) planteadas al inicio del trabajo de investigación, antes de tomar las decisiones al respecto; el recurso usado para este fin, fue la prueba de potencia estadística cuyo calculo está basado en una fórmula general que relaciona, el nivel de significación, el tamaño muestral y el tamaño de efecto (coeficiente de correlación) para establecer el porcentaje de fiabilidad de los resultados, según este porcentaje los estadísticos obtenidos se podrían considerar fiables a un porcentaje superior al 80%, de lo contrario se puede hablar de un estadísticos carentes de fiabilidad, debido a la reducida eficacia de los mismos, para predecir la asociación entre las variables por tratarse de estudios con un reducido tamaño muestral (Cohen, 1988).

RESULTADOS

Características Sociodemográficas de la Muestra

La muestra que participó en el estudio estuvo conformada por 15 sujetos entre los cuales 9 fueron hombres y 6 fueron mujeres las edades oscilaron entre los 19 y 34 años, la edad promedio de la muestra fue 23 años; el 73,3% del total de la muestra se ubicó entre 19 y 24 años.

En relación con el estado civil, el 86% de los participantes nunca han estados casados, a diferencia de un 7% que convive en unión libre y un 7% que está actualmente casado. Del total de 15 sujetos que participaron en estudio, la forma en la que se distribuyeron según su condición de discapacidad se puede evidenciar que los estudiantes en situación de discapacidad visual participaron en mayor medida en comparación con los demás estudiantes, los sujetos en situación de discapacidad auditiva fueron los que participaron en menor número, la anterior información se puede observar en la tabla 3.

Tabla 3

Número de sujetos según situación de discapacidad

Visual	Auditiva	Motriz	Total (N)
8	3	4	15

De acuerdo al tipo de discapacidad se encontró las siguientes diferencias: Ceguera total y baja visión en estudiantes en situación de discapacidad visual, sordera profunda e hipoacusia en estudiantes en situación de discapacidad auditiva, por último paraplejia y parálisis cerebral con movimientos involuntarios, en los participantes en situación de discapacidad motriz (tabla 4).

Tabla 4

Distribución de sujetos según tipo de discapacidad

Discapacidad		N
Visual	Ceguera total	4
	Baja visión	4
Auditiva	Sordera profunda	1
	Hipoacusia	2
Motriz	Paraplejia	3
	Parálisis cerebral	1
Total		15

Descripción de las Variables de Estudio

Calidad de vida

De las puntuaciones globales para calidad de vida obtenidas con la sumatoria de los puntajes de cada uno de los 6 dominios que integran el WHO-DAS II (escala de 0 a 100, donde 0 = ausencia de deficiencia y 100 = máximo grado de deficiencia, Organización Mundial de La Salud, 2001), se puede resaltar que el puntaje mínimo conseguido por uno de los participantes tuvo un valor de 2, que significa ausencia de deficiencia, por lo tanto un alto nivel en calidad de vida, por el contrario el puntaje máximo que alcanzó uno de los sujetos fue de 45 que implica poseer un grado de deficiencia moderado (Calidad de Vida moderado). El promedio (media) de las puntuaciones globales correspondientes a los 15 participantes sugiere un grado de deficiencia leve en general para la muestra de estudio, la

desviación estándar (Desv. tip.) muestra el promedio de las desviaciones de los valores de calidad de vida es decir que tanto las puntuaciones de CV se alejan de la media obtenida como se puede observar en la tabla 5; La prueba de normalidad de Shapiro wilk señala que la variable Calidad de Vida (Sig. >0,05) sigue una distribución normal, lo que implica el uso del coeficiente de Pearson para establecer la correlación de esta con otras variables también de distribución normal (tabla 5).

Tabla 5

Resultados descriptivos puntuación total CV

N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Shapiro-Wilk (Significación)
15	2	45	19,16	13,05	0,20

Como se puede ver en la tabla 6 los datos analizados sobre las puntuaciones globales de Calidad de vida permiten concluir que del total de la muestra, el 13% no percibió ningún grado de deficiencia en las áreas evaluadas por la WHO-DAS II independientemente de su situación de discapacidad, por lo tanto se concluye que estos estudiantes (N = 2) presentan elevados niveles de Calidad de Vida; el 40% de la muestra percibió una grado leve de deficiencia en los diferentes dominios de Calidad de Vida, esto sugiere que a pesar de que ellos (N = 6) reportan algún grado de dificultad en el desarrollo de sus actividades cotidianas, su nivel de Calidad de Vida sigue siendo alto, el otro 47% restante presentó grados de deficiencia moderados, en este caso se puede afirmar que los estudiantes (N = 7) presentan menores niveles de Calidad de Vida en comparación los demás; no obstante los niveles de deficiencia experimentados en general por la muestra de estudio, no se ubicó en los índices más altos de deficiencia que corresponden a grave y extrema (N = 0), lo que permitió concluir la presencia elevados índices de la Calidad de Vida en los estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño.

Tabla 6

Frecuencia puntuaciones de CV según grado de deficiencia

Puntaje/grado de deficiencia	Frecuencia	Porcentaje
0-4% (no hay deficiencia)	2	13%
5-24% (deficiencia leve)	6	40%

25-49% (deficiencia moderada)	7	47%
50-95% (deficiencia grave)	0	0%
96-100% (deficiencia completa)	0	0%
Total (N)	15	100%

Mediante el análisis descriptivo incluido en la tabla 7 sobre los puntajes de cada uno de los dominios que integran Calidad de Vida, se obtuvo los siguientes resultados; el promedio más alto según el análisis del total de número de casos fue el de DO6 (media = 31,07), esto indica que la población percibió mayores grados de deficiencia en el dominio Participación en la sociedad, concerniente a temas como integración en la comunidad, discriminación, estigmatización, impacto sobre tiempo libre, economía y familia. En cuanto a los otros dominios como se observa en la tabla 7, la muestra percibió leves grados de deficiencia en DO2 concerniente a actividades de desplazamiento dentro y fuera de casa (media = 24,73), en DO52 relacionado con actividades y tareas propias del estudio (media = 23,87), en el DO1 referente a concentración, memoria, solución de problemas y comunicación (media = 20), en el DO5 relativo a actividades de la vida doméstica (media = 16,67) y DO4 asociado a actividades de relación interpersonal con cercanos y desconocidos (media = 15,70).

Por último la dimensión DO3 obtuvo el promedio más bajo (media = 8) lo que implica que las personas evaluadas percibieron bajas dificultades el desarrollo de actividades y tareas relacionadas con: bañarse vestirse, comer y permanecer sólo (tabla 7).

Tabla 7

Resultados descriptivos de las dimensiones de CV

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
DO1 (Comprensión y comunicación)	5	50	20,00	14,268
DO2 (Capacidad de moverse en el entorno)	0	87	24,73	29,390
DO3 (Cuidado personal)	0	80	8,67	20,999
DO4 (Relacionarse con otras personas)	0	67	15,70	19,505
DO5 (Actividades de la vida diaria)	0	50	16,67	17,995
DO52 (Actividades de la vida diaria –Estudio)	0	50	23,87	19,67
DO6 (Participación en la sociedad)	0	62	31,07	18,900

Prueba de normalidad de Shapiro Wilk

Los resultados de la prueba de normalidad aplicada a los dominios de Calidad de Vida como se registra en la tabla 8, señalan que únicamente la variable DO6 - participación en la sociedad, presenta una distribución normal de los datos (sig. = 0.89), por el contrario las variables DO1- comprensión y comunicación, DO2- Capacidad de moverse en el entorno, DO3- Cuidado personal, DO4- Relacionarse con otras personas, DO5- Actividades de la vida diaria, DO52- Actividades de la vida diaria – Estudio, no presentaron una distribución normal de los datos (Sig. < 0,05).

Tabla 8
Prueba de normalidad de Shapiro Wilk - Dominios Calidad de Vida

Dominios de Calidad de Vida	Shapiro -Wilk (Significación)
DO1 (Comprensión y comunicación)	0,024
DO2 (Capacidad de moverse en el entorno)	0,003
DO3 (Cuidado personal)	0,000
DO4 (Relacionarse con otras personas)	0,006
DO5 (Actividades de la vida diaria)	0,009
DO52 (Actividades de la vida diaria –Estudio)	0,030
DO6 (Participación en la sociedad)	0,812

Estrategias de Afrontamiento

De la información recopilada mediante la dimensión cualitativa del inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano et al, 2007), concerniente a las principales problemáticas o situaciones estresantes a las que se vieron enfrentados los participantes del estudio, se obtuvo que las dificultades de carga académica fueron las más frecuentes, un 33,3% de la muestra reportó que el cumplimiento de tareas y la acumulación de actividades en su sitio de estudio, fueron los eventos que produjeron más estrés dentro de los últimos 30 días anteriores a la fecha de aplicación de la prueba, un 26,6% de la muestra afirmó que presentaban complicaciones para acceder al servicio de transporte público, el 13,3% reportó que las dificultades más grandes estaban relacionadas con el desplazamiento a través del espacio público y su sitio de estudio (Universidad de Nariño) debido a condiciones como barreras en entorno y el flujo de los otros estudiantes, el 13,3% registró dificultades de tipo relacional, de integración e interacción con sus compañeros de estudio, solo un 6,6%

manifestó que las complicaciones frente al apoyo económico y afectivo en su familia fueron situaciones que provocaron más estrés en el último mes, por último el 6,6% encontró como evento estresante, los costos que implican el manejo de la situación de discapacidad, toda esta información se encuentra sintetizada en la tabla 9.

Tabla 9

Situaciones que causan estrés identificadas por la muestra de estudio

Situaciones Problemáticas	Frecuencia	Porcentaje
Dificultades de carga académica	5	33,3 %
Dificultades en accesibilidad al transporte público	4	26,6%
Dificultades movilidad espacio público-sitio de estudio	2	13,3%
Dificultad para relacionarse con los compañeros de estudio	2	13,3%
Dificultades de tipo económico y afectivo en la familia	1	6,6%
Dificultades económicas - gastos que implica la situación de discapacidad	1	6,6%
Total	15	100%

El análisis de frecuencia referente al uso de Estrategias de Afrontamiento, señala que el tipo de estrategias más utilizadas por la muestra fue las de manejo inadecuado (MI) de los problemas, el 93.3% de los evaluados utilizó la estrategia Evitación de Problemas en un rango de puntuaciones medias y altas, el 86,6% reportó en niveles medios y altos, que la Retirada Social fue una alternativa de uso frecuente frente a situaciones problemáticas; con un menor índice de frecuencia, un 66,6% puntuó en un rango medio y alto en Autocrítica, seguido de un 53,3% de utilizó el Pensamiento Desiderativo en niveles medios y altos, como alternativas ante la presencia de situaciones estresantes, toda esta información se sintetiza en la tabla 10.

Por otra parte como se muestra en la tabla 10, las Estrategias de Afrontamiento de tipo manejo adecuado de problemas se organizaron según su frecuencia de uso así, el 66,6% de los evaluados utilizó Reestructuración cognitiva (puntuaciones Medias y altas), un 60% hace uso de Apoyo Social como una opción frente a la solución de sus problemas, seguido de un 53,3% de los sujetos que aplicó Resolución de Problemas, por último solo un 40% de los participantes usó la Expresión Emocional como medida de solución de sus problemas, esta última fue la menos utilizada en comparación con los otros 7 modos de Afrontamiento.

Tabla 10

Frecuencias del uso de Estrategias de Afrontamiento

	Estrategias de Afrontamiento	Puntaje			Total (N)
		Bajo (0-32)	Medio (33-66)	Alto (67-99)	
MI	EVP	1 (6,6%)	8 (53,3%)	6 (40%)	15 (100%)
	RES	2 (13,3%)	8 (53,3%)	5 (33,3%)	15 (100%)
	AUC	5 (33,3%)	5 (33,3%)	5 (33,3%)	15 (100%)
	PSD	7 (46,6%)	4 (26,6%)	4 (26,6%)	15(100%)
MA	REC	5 (33,3%)	6 (40%)	4 (26,6%)	15 (100%)
	APS	6 (40%)	6 (40%)	3 (20%)	15 (100%)
	REP	7 (46,6%)	4 (26,6%)	4 (26,6%)	15 (100%)
	EEM	9 (60%)	3 (20%)	3 (20%)	15 (100%)

Nota: *Manejo inadecuado de problemas (MI), Manejo adecuado de problemas (MA), Resolución de Problemas (REP), Apoyo Social (APS), Restructuración Cognitiva (REC), Expresión Emocional (EEM), Pensamiento Desiderativo (PSD), Autocritica (AUC), Evitación de Problemas (EVP), Retirada Social (RES).*

De los resultados descriptivos basado en el análisis realizado a cada una de las 8 dimensiones que componen las Estrategias de Afrontamiento, se resalta que la estrategias Evitación de problemas (media=63,53) y Retirada Social (media=50,27) obtuvieron los promedios más altos de las puntuaciones registradas en comparación con las otras 6 alternativas de afrontamiento, esto permite concluir que los estudiantes en situación de discapacidad de forma predominante ponen en práctica, acciones no confrontativas ante sus problemas; Seguido de estas la Autocritica (media= 46,87) y Pensamiento Desiderativo (media=42,13) fueron los opciones de uso moderado frente a situaciones estresantes (ver tabla 11).

Contrario a lo anterior Expresión Emocional (media= 35,33) fue la estrategia menos utilizada reflejando que esta estrategia de manejo adecuado ha sido implementada de manera escasa en situaciones problemáticas.

Tabla 11

Resultados descriptivos de las diferentes Estrategias de Afrontamiento

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
REP (Resolución de problemas)	10	85	40,67	22,824
AUC (Autocritica)	4	95	46,87	27,005
EEM (Expresión emocional)	4	98	35,33	33,406
PSD (Pensamiento desiderativo)	2	97	42,13	34,113
APS (Apoyo social)	2	95	41,80	29,287
REC (Reestructuración cognitiva)	5	99	50,27	29,001
EVP (Evitación de problemas)	20	98	63,53	21,765
RES (Retirada social)	15	99	59,27	23,472

Prueba de normalidad de Shapiro Wilk

Para determinar si los 8 tipos de Estrategias de Afrontamiento presentaban una distribución normal de los datos, se aplicó la prueba de normalidad, mediante esta se encontró que la variable Expresión emocional no se distribuía normalmente (sig. = 0,01), las otras 7 variables, Resolución de Problemas, Autocritica, Pensamiento desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva, Evitación de Problemas y Retirada Social, si mostraron una distribución de los datos ajustada a una curva de normalidad (Sig. >0,05), esta información se encuentra organizada en la tabla 12.

Tabla 12

Prueba de normalidad de Shapiro Wilk - Estrategias de Afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Shapiro –Wilk (Significación)
REP (Resolución de problemas)	0,130
AUC (Autocritica)	0,333
EEM (Expresión emocional)	0,015
PSD (Pensamiento desiderativo)	0,114
APS (Apoyo social)	0,459
REC (Reestructuración cognitiva)	0,453
EVP (Evitación de problemas)	0,775
RES (Retirada social)	0,911

Correlación entre Variables de Estudio

En torno al análisis multivariado para determinar de relación entre Calidad de Vida y 7 de las Estrategias de Afrontamiento se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson,

únicamente para la correlación entre Calidad de Vida y Expresión emocional (sin distribución normal) se usó la correlación de Spearman; los resultados obtenidos en relación a los estadísticos muestran coeficientes de correlación diferentes de cero ($r \neq 0$) pero con niveles de significación inferiores al 95 % ($p > 0,05$), entre Calidad de Vida y Estrategias manejo adecuado de problemas (Resolución de Problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social) y Calidad de Vida con Estrategias Manejo inadecuado de problemas (Autocritica, Pensamiento desiderativo, Evitación de problemas, Retirada social), lo que implica que la probabilidad de que se presenten correlaciones iguales a cero ($r = 0$) es muy alta ($> 5\%$); por lo tanto se concluye que los coeficientes conseguidos con el análisis estadístico no implican la existencia de relación entre las variables Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento. La información detallada de los estadísticos obtenidos se pueden observar en la tabla 13.

Con el fin de determinar la fiabilidad de las pruebas de correlación de Pearson y Spearman para los cruces entre variables, se usó la prueba de potencia estadística (Cohen, 1988), la cual analiza que tan fiable es el estadístico que se ha realizado y el p-valor que se ha obtenido, como se puede observar en la tabla 13 los porcentajes obtenidos $Z_{1-\beta}$ (Potencia estadística), muestran que ninguno de los coeficientes de correlación presentan un apropiado poder estadístico ($Z_{1-\beta} > 80\%$), lo que lleva a afirmar que existe relación entre las variables Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento, pero el estadístico usado no lo pudo detectar debido al reducido tamaño de la muestra que se seleccionó para este estudio.

Tabla 13

Correlaciones entre Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento

		Estrategias de Afrontamiento							
		MA				MI			
		REP	APS	REC	EEM	PSD	AUC	EVP	RES
Total	Coefficiente de Pearson	0,43	0,25	0,41	Rho(-0,13)	0,32	0,18	-0,21	0,24
	Sig.	0,11	0,36	0,12	0,621	0,24	0,50	0,43	0,37
	Potencia Estadística ($Z_{1-\beta}$)	35%	14%	32%	60%	20%	35%	33%	21%

NOTA. Total Calidad de vida (Total CV), Estrategias Afrontamiento Manejo Adecuado de problemas (MA), Estrategias afrontamiento Manejo Inadecuado de problemas (MI), Resolución de Problemas (REP), Apoyo Social (APS), Restructuración Cognitiva (REC), Expresión Emocional (EEM), Pensamiento Desiderativo (PSD), Autocritica (AUC), Evitación de Problemas (EVP), Retirada Social (RES), Significación (Sig.), Coeficiente de correlación de Spearman (Rho).

Correlación entre dominios de Calidad de Vida y los diferentes tipos de Estrategias de Afrontamiento

Para determinar el coeficiente de asociación entre los distintos dominios de Calidad de Vida y Las diferentes Estrategias de Afrontamiento con distribución normal de los datos, se aplicó la prueba de correlación de Spearman, de los coeficientes obtenidos mediante el análisis se pudo concluir la existencia de correlaciones positivas moderadas entre Cuidado Personal y Resolución de Problemas (Rho = 0,69) con un grado de significación superior al 99% (P = 0,004); entre Cuidado personal y apoyo social (Rho = 0,5) con fiabilidad superior al 95% (P = 0,04) y entre Cuidado Personal y Restructuración Cognitiva (Rho = 0,66) con un nivel de confianza superior al 99% (P = 0,007). Los demás coeficientes de correlación (Rho ≠ 0) entre los dominios de Calidad de Vida y los tipos de Afrontamiento no indicaron ningún tipo de relación entre las variables, debido a que en su mayoría se obtuvo bajos niveles de significación estadística (p > 0,05), la información detallada de los coeficientes obtenidos y los p-valor están consignados en la tabla 14, excepto los coeficientes de asociación entre dominio 6 (DO6) de Calidad de Vida y 7 de tipos de Estrategias de afrontamiento, estos se ubicaron en una tabla diferente por tratarse de coeficientes de correlación de Pearson para variables con distribución normal.

Tabla 14

Correlaciones entre Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento

		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
DO1	Rho de Spearman	-,144	,186	-,002	-,038	,108	-,020	-,246	,166
	Sig.	,609	,507	,995	,892	,702	,943	,377	,555
DO2	Rho de Spearman	,213	,175	-,045	,312	,164	,230	-,192	,329
	Sig.	,446	,534	,873	,258	,558	,409	,493	,231

DO3	Rho de Spearman	,697**	-,302	,111	,228	,522*	,663**	,173	-,055
	Sig.	,004	,273	,694	,415	,046	,007	,537	,845
DO4	Rho de Spearman	,011	,302	-,242	-,005	,002	,031	-,387	,455
	Sig.	,968	,274	,385	,987	,995	,911	,154	,089
DO51	Rho de Spearman	,155	,194	-,030	-,090	,187	,203	,077	,237
	Sig.	,581	,487	,916	,749	,505	,467	,786	,396
DO52	Rho de Spearman	,190	-,072	,027	-,046	,199	,090	,084	,477
	Sig.	,498	,798	,923	,870	,476	,750	,766	,072
DO6	Rho de Spearman			,049					
	Sig.			,863					

** . La correlación es significativa al nivel 0,01.

* . La correlación es significativa al nivel 0,05.

Nota. *Comprensión y comunicación (DO1), Capacidad de moverse en el entorno (DO2), Cuidado personal (DO3), Relacionarse con otras personas (DO4), Actividades de la vida diaria (DO5), Actividades de la vida diaria –Estudio (DO52), Participación en la sociedad (DO6), Estrategias Afrontamiento Manejo Adecuado de problemas (MA), Estrategias afrontamiento Manejo Inadecuado de problemas (MI), Resolución de Problemas (REP), Apoyo Social (APS), Restructuración Cognitiva (REC), Expresión Emocional (EEM), Pensamiento Desiderativo (PSD), Autocritica (AUC), Evitación de Problemas (EVP), Retirada Social (RES).*

Los coeficientes de correlación de Pearson ($r \neq 0$) señalados en la tabla 15, para el análisis entre dominio Participación en la sociedad (DO6) de Calidad de Vida y los tipos de Estrategias de afrontamiento indican que no se presenta asociación entre las variables, puesto que los niveles de significación para todos los coeficientes fueron inferiores al 95% ($p > 0,05$).

Tabla 15

Correlaciones entre DO6 de Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento

	REP	AUC	PSD	APS	REC	EVP	RES
Correlación de Pearson	,508	,262	,249	,031	,415	-,214	,257
DO6 Sig.	,053	,345	,370	,914	,124	,444	,356

** . La correlación es significativa al nivel 0,01.

* . La correlación es significativa al nivel 0,05.

Nota. *Participación en la sociedad (DO6), Resolución de Problemas (REP), Apoyo Social (APS), Restructuración Cognitiva (REC), Pensamiento Desiderativo (PSD), Autocritica (AUC), Evitación de Problemas (EVP), Retirada Social (RES).*

DISCUSIÓN

El objetivo central de este estudio fue determinar la relación existente entre la Calidad de vida y las Estrategias de Afrontamiento en estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño, partiendo de anteriores estudios (Torre et al. 2008; Seguí et al. (2010) y Llull et al. 2005) en los que se encontró relaciones positivas y negativas entre Calidad de Vida relacionada con salud y algunas de las Estrategias de Afrontamiento más utilizadas por los participantes de dichos estudios; la hipótesis de trabajo a raíz de la cual se desarrolló el presente estudio, apoyaba la existencia de correlación diferente de cero entre las variables ($r \neq 0$), es decir que altos niveles de Calidad de Vida estarían relacionados positivamente ($r > 0$) con altos índices en el uso de Estrategias de Afrontamiento manejo adecuado de problemas (MA) y negativamente ($r < 0$) con altos índices en la práctica de Estrategias de Afrontamiento manejo inadecuado de problemas (MI); no obstante los resultados estadísticos mostraron coeficientes de correlación acompañados de grados de significación inferiores al 95% ($P > 0,05$), por lo que no fue posible rechazar la hipótesis nula, la cual sostenía ausencia de relación entre las variables, por esta razón se procedió a realizar una verificación de los estadísticos obtenidos con el fin de encontrar el factor que propició la consecución de estos resultados.

A partir de los resultados obtenidos se aplicó la prueba de potencia estadística (Cohen,1988) con la finalidad de calcular la fiabilidad de la prueba de correlación aplicada y su nivel de significación (p-valor), este indicó que ninguno de los coeficientes de correlación de Pearson presentaron una potencia adecuada ($Z_{1-\beta} > 80\%$), lo que llevó a concluir que la falta de poder estadístico para predecir la relación entre Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento, fue ocasionada por el reducido número muestral, más que por la falta de asociación real entre las variables.

Con respecto a Calidad de Vida en personas con situación de discapacidad se han realizado intervenciones abordando en alguna medida los obstáculos y desigualdades que experimenta esta población en cuestiones tales como salud, rehabilitación, apoyo y asistencia, con el fin de facilitar su inclusión en el campo académico, laboral y social; sin embargo en cuanto al bienestar de estos sujetos aún hay mucho por hacer para mejorar su desempeño, en coherencia con estos hallazgos, la presente investigación arrojó resultados similares en los que un 47% del total de participantes percibieron niveles moderados en su

Calidad de Vida, debido a la presencia de algún tipo de dificultades en la adaptación, sociabilidad y rendimiento en sus labores (OMS, 2011).

Así mismo las Estrategias de Afrontamiento al considerarse como esfuerzos para evitar, debilitar los estresores o para hacer tolerables sus efectos de la manera menos perjudicial (Matheny, Aycock, Pugh, Curlette y Silva- Canellastas, 1986 citado en Llull et al. 2005); según los resultados encontrados en el estudio, las Estrategias de Afrontamiento que los estudiantes en situación de discapacidad ponen en práctica con mayor frecuencia fueron la Evitación de problemas y la Retirada social (Manejo inadecuado de problemas), lo cual sugiere una tendencia de la población a no generar acciones concretas o planes de acción ante las dificultades, por el contrario el uso de habilidades como evasión y el abandono de situaciones sociales con la intención de disminuir el estrés generado por el evento estresante, fueron las alternativas más recurrentes en toda la muestra; seguidas a estas las estrategias (MI) Autocrítica frente a la falta de los recursos para solucionar problemas y el Pensamiento desiderativo con la presencia de algunos pensamientos alternativos, desligados totalmente de la problemática (Rueda, Aguado y Alcedo, 2008) son herramientas cognitivas que en menor medida son usadas frecuentemente los estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño.

Con respecto a las Estrategias de Afrontamiento de Manejo Adecuado, la dimensión Resolución de Problemas, permite al sujeto asumir un papel activo, ya que analiza las causas, sigue pasos concretos y ejecuta su plan de acción, permitiendo una mejor CV al igual que los resultados obtenidos en un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán, Argentina, donde la estrategia de Resolución de Conflictos se relacionó positivamente con el nivel de bienestar psicológico de los participantes que emplearon estrategias caracterizadas como activas ya que implican una actitud de compromiso y esfuerzo por parte del sujeto (Figuroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez, 2005). Esto se diferencia de los hallazgos encontrados en el presente estudio, donde no se encuentra una correlación significativa ni un grado de significación mayor a 95% entre Resolución de Problemas y Calidad de Vida de los estudiantes en situación de discapacidad, por lo cual no se puede afirmar que este tipo de estrategias interfieran de manera negativa en el bienestar de los sujetos.

Un notable hallazgo en el presente ejercicio investigativo fue la correlación significativa positiva con una significancia mayor a 95% entre Resolución de Problemas y el dominio de Cuidado Personal, lo que evidencia que los sujetos actúan haciéndole frente al problema por medio de acciones direccionadas a su pronta resolución, para este caso creando estrategias y ejecutando acciones para realizar de manera eficiente su aseo y organización corporal, mejorando su autoeficacia, percepción de bienestar y su adaptación al diario vivir (Khechane y Mwaba, 2004; Kohn, Hay y Legere, 1994 (citados en Llull et al. 2005); esto también aplica para la Estrategia de Reestructuración Cognitiva que tiene un grado de correlación positivo moderado y una significancia de 96% con el dominio Cuidado Personal, lo que refleja como el sujeto debe afrontar de manera constante e inevitable en su diario vivir, situaciones estresantes a través de la modificación de sus pensamientos hasta encontrar una manera de adaptarse, en este caso con la dificultad en la asepsia corporal que tiene una función de supervivencia al mantener una buena salud y una función social, puesto que la presentación personal e higiene permite relacionarse de mejor manera con otros individuos e interactuar de manera más eficiente en la esfera académica y laboral.

Del mismo modo la Estrategia Apoyo Social correlacionó de manera positiva moderada con una significación elevada con Cuidado Personal, evidenciando que las relaciones con el núcleo primario de apoyo facilita el desarrollo de conductas adaptativas, como también en algunas investigaciones se trató la afirmación de que bajos niveles de Apoyo Social se relacionan con problemas psicológicos o psiquiátricos. Para este caso se concluye que los participantes mejoran su Calidad de Vida en cuanto a su cuidado personal gracias a acciones o adaptaciones realizadas con el apoyo de sus familiares y cuidadores (Rodríguez, Pastor y Lopez, 1993).

De igual manera se considera que las EA adaptativas pueden estar centradas en el problema o en la emoción, en el último grupo se encuentra la Expresión Emocional que supone un manejo adecuado de los sentimientos que afloran en la situación estresante (García, Franco y Martínez, 2007 citado en Cano et al. 2007); Otros autores como Cholí (1995) exponen que la búsqueda de manejo emocional influye de manera negativa en el bienestar percibido por la población. Estos resultados coinciden con los hallazgos de un estudio de Llull, et al. (2003) sobre Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en

pacientes con cáncer, donde la expresión emocional o catarsis se correlacionó con mayor deterioro psicosocial, por ende menor Calidad de Vida; de la misma manera la Expresión Emocional tiene como función principal facilitar la aparición de conductas apropiadas favoreciendo las relaciones interpersonales, entonces la represión de la emoción es considerada como un proceso adaptativo de evidente función social, puesto que cuando los sentimientos experimentados son desagradables para el sujeto, este aprende que el expresarlos tiene consecuencias negativas con otros individuos, lo que provoca una disminución de esta conducta con el fin de mejorar su adaptación social, incidiendo considerablemente en su percepción favorable de Calidad de Vida (Cholíz, 2005). Estas teorías no pueden ser respaldadas por la presente investigación puesto que aunque los resultados encontrados en la relación de Expresión Emocional y Calidad de Vida son de una correlación negativa carecen de significancia, lo cual refleja que para esta población no existe relación entre estos factores.

Con respecto a las Estrategias de Afrontamiento de manejo inadecuado de problemas Stiebler Leal (1993 citado en Llull, et al, 2005) realizó un estudio donde encontró que las estrategias de evitación como la Autocrítica, implican consecuencias desfavorables en los pacientes con cáncer, asociándose a una disminución de la CV global, al igual que en el estudio de Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005) en el que los adolescentes con bajo bienestar emplearon estrategias como no Afrontamiento y Autocrítica que son del tipo pasivo ya que no implican empeño por parte del sujeto, sino más bien una evitación del problema y el alivio temporal sin resolver la dificultad; esto difiere a lo encontrado en el presente estudio donde Autocrítica y Pensamiento Desiderativo no se correlacionan de manera significativa ni tienen significación estadística en relación a los dominios como Cuidado Personal y Trabajo y/o Estudio sin poder afirmar que existe correlación entre las variables estudiadas.

CONCLUSIONES

El nivel de Calidad de Vida en estudiantes en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño es moderado, ya que ninguno de los estudiantes participantes en el estudio reportaron niveles de deficiencia graves y extremos que hayan permitido concluir la presencia de niveles bajos de Calidad de Vida; por lo cual se evidencia un creciente proceso de adaptación a los diferentes contextos en esta población, una adaptación entendida no

solo como un proceso en el que los sujetos responden a las demandas del medio, sino también ajustan o modifican su entorno, para hacer más llevadera su interacción con este y con otros sujetos; es probable que este hecho se deba a los actuales procesos de inclusión que se adelantan en algunos lugares públicos, las instituciones educativas y las entidades de educación superior como la Universidad de Nariño; sin embargo se hace necesario continuar con procesos de implementación e intervención en cuanto a la participación en la sociedad, logrando mayor asequibilidad a grupos sociales.

En cuanto al Afrontamiento la población en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño pone en práctica con mayor frecuencia acciones de tipo no confrontativo frente al manejo de problemas, estrategias como Retirada Social y Evitación de Problemas son las alternativas más utilizadas por la mayoría de sujetos incluso por encima de las estrategias de manejo adecuado de problemas, como la Restructuración Cognitiva y el apoyo social que son alternativas de uso frecuente en relación a acciones de carácter pasivo dirigido a la solución de problemas; de esto se podría concluir que el estilo de Afrontamiento de esta población oscila entre dos puntos extremos, en los que por un lado la evasión y el aislamiento de social, reducen las respuestas emocionales negativas ante los problemas, por el otro lado la modificación de sus propias cogniciones, sumado al apoyo de personas cercanas como sus familiares para confrontar adaptativamente sus problemas.

La planificación de estrategias como programas dirigidos a la Población en situación de discapacidad con el fin de incrementar los niveles de Calidad de Vida, es una labor que no se puede descuidar, dentro de las acciones a programar y ejecutar están las políticas de inclusión de la Universidad de Nariño, las cuales deberían profundizar en labores para la adecuación de las instalaciones del Campus a las necesidades de este tipo de población; como también la realización de estrategias de sensibilización dirigidas a la comunidad Universitaria en general, concientizando sobre la importancia del respeto, la comunicación y el apoyo a las personas en situación de discapacidad.

Teniendo en cuenta las dificultades para obtener un de numero muestra estadísticamente adecuado de participantes, debido al número reducido de estudiantes en situación de discapacidad en la Universidad de Nariño, uno de los puntos a considerar en

futuros estudios es ampliar el número de participantes apoyándose de sujetos pertenecientes a toda población de la ciudad de San Juan de Pasto.

LIMITACIONES

Debido al limitado número de estudiantes que integran la población en situación de discapacidad de la Universidad de Nariño no se puede obtener una muestra representativa y aleatorizada, disminuyendo la probabilidad de encontrar altos niveles de confiabilidad y correlaciones significativas con un nivel de significación superior al 95 %.

Se encontraron dificultades para tener acceso a la población de estudiantes en situación de discapacidad auditiva debido a anteriores intervenciones realizadas con esta población, en las cuales los sujetos no obtuvieron resultados de su participación, por lo tanto su apreciación de la investigación psicológica es negativa, así como el rol de los psicólogos.

RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones con población en situación de discapacidad se debe hacer énfasis en el trabajo con muestras numerosas ($n > 40$) para incrementar la fiabilidad de la información estadística que se recopile, ya que en muestras pequeñas la probabilidad de encontrar datos muy extremos aumenta, arrojando resultados que no se pueden generalizar, por carecer de significación estadística.

El manejo de relaciones con poblaciones en situación de discapacidad basado en los principios éticos que rigen la psicología como la confidencialidad de la información, el respeto por la integridad de las personas, son aspectos que garantizarán el acceso a la misma y la realización de trabajos posteriores con ellos.

Se recomienda hacer entrega a los participantes de los estudios, los resultados de la aplicación de pruebas o de investigaciones realizadas, ya que anteriores trabajos en los que no se cumplió con este compromiso, suelen llevar a que las poblaciones se nieguen a participar de posteriores trabajos, en particular para este estudio ocurrió algo similar en el que experiencias negativas con otros estudios, perjudicó en gran medida el acceso a esta población, cabe resaltar que este hecho repercute en la imagen de los investigadores como los psicólogos, arrastrando graves consecuencias éticas en la práctica de la profesión.

La elaboración de propuestas de intervención encaminadas al desarrollo de proyectos dirigidos a personas en situación de discapacidad, fue una de las apreciaciones

mas recurrentes en el desarrollo del presente estudio, por lo que se recomienda para futuras investigaciones con esta población, tener en cuenta este punto al momento de llevar a cabo trabajos investigativos.

Se recomienda disponer de pruebas estandarizas en Braile con el fin de facilitar la investigación psicológica con las personas con discapacidad visual, acorde a las políticas inclusivas del país y por ende de la Universidad de Nariño.

REFERENCIAS

- Ardila, Y, Lara, C. & Perugache, A. (2012). Relación entre Depresión y Estrategias de Afrontamiento de Mujeres con Riesgo Gestacional asistidas en el Hospital San Pedro de Pasto. Proyecto de Grado no Publicado, Universidad de Nariño, Pasto, Colombia
- Botero, B. & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista Hacia la Promoción de la*
- Cáceres, C. (2004). Sobre el Concepto de Discapacidad, Una Revisión Teórica de Las Propuestas de la OMS. *Revista Electrónica de Audiología, 2*, Recuperado el 14 de Abril del 2013, en <http://www.auditio.com>
- Cano, J., Rodríguez, L. & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatra, 35* (1), 29 -39.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavioural Sciences*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Congreso de la República de Colombia (2006, 6 de septiembre), *Ley 1090 de 2006*. Recuperado el 20 de Abril de 2013, de <http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>.
- Contreras, F., Esguerra, A., Espinosa, J. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Scientific Electronic Library Online SCIELO, 10*. Recuperado el 16 Abril de 2013, de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a16.pdf>
- Choliz, M. (2005). *Psicología de la Emoción*. Dpto de Psicología Básica Universidad de Valencia. Recuperado el 30 de Enero de 2014, de www.uv.es/=choliz
- Figuroa, M, Contini, N, Lacunza, A, Levín, M y Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología, (21)*, 1.
- Gonzales, D, Tejero, R & Marina, M (2012) Estrategias de afrontamiento en víctimas de mobbing: diferencias entre trabajadores españoles e inmigrantes. *Psychologia. Avances de la disciplina, 6*. Recuperado el 20 Enero de 2014 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788003>

- Henao, C. & Gil, L. (2009) Calidad de Vida y Situación de Discapacidad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 14,112-125 Recuperado el 16 Abril de 2013, de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/PromocionSalud14\(2\)_9.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/PromocionSalud14(2)_9.pdf)
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez.
- Llull, D., Zanier, J. & García, F. (2005). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de Pacientes con Cáncer. *Psico USF*, 8, 175-182. Recuperado el 12 Abril de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v8n2/v8n2a09.pdf>
- Méndez, F., Olivares, J. & Moreno, P. (1988) Técnicas de Reestructuración Cognitiva. Biblioteca Nueva
- Mikulic, I, Crespi, M. (2009). *Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos. (CRI-A) para adultos* 15, 15-30.
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2007). ¿Qué es la salud mental? Recuperado el 16 de Abril de 2013, en <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
- Organización Mundial de La Salud- OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad- CIF, Recuperado el 12 Abril de 2013, en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-02.pdf>
- Organización Mundial de La Salud-OMS, (2011). Informe Mundial Sobre la Discapacidad. Recuperado el 20 de abril de 2013, en http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/WHO_NMH_VIP_11.01_spa.pdf
- Pereira, M. (2009). Alumnos con discapacidad en el Área de Educación Física. *Innovación y Experiencias Educativas*. Recuperado el 13 de Abril de 2013, en http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_21/MIREIA_PEREIRA_2.pdf
- Rodríguez, J., Pastor, A., & Lopez, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad *Psicothema*. (5), 349-372. Recuperado el 17 de Abril de 2014 de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1148>

- Rueda, M., Aguado, A. & Alcedo, M. (2008) Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía revista. *Intervención Psicosocial* 17 (2) disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592008000200002&script=sci_arttext
- Seguí, A., Amador, P., Ramos, A. & Alcario (2010) Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis, *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13, 155-160. Recuperado el 14 Abril de 2013, de http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf
- Torre, F., Corral, M., Callejo, A., Gómez. V., La Torre, I., Esteban, R. (2008) Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15, 83-93. Recuperado el 10 Abril de 2013, de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n2/original3.pdf>
- Urrego, Y, Aragón, A., Combata, J. y Mora, M. (2012) Descripción de las Estrategias de Afrontamiento para Padres con Hijos con Discapacidad Cognitiva. Proyecto de investigación formativa llevado a cabo en el Programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia. Recuperado el 26 de Abril de 2013, en www.photoxpress.com
- Vázquez, J., Herrera, S., Vázquez, E. & Gaité, L. (2006). Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad (World Health Organization Disability Assessment Schedule II - WHO-DAS II) Versión en Lengua Española (36 ítems), 142-158. Recuperado el 15 de Abril de 2013, en http://www.asemmadrid.org/biblioteca/Discapacidad_en_general/CuestionarioParaLaEvaluacionDeDiscapacidadDeLaOMS_WHO_DAI2006.pdf
- Vega, V., Río, C., Morillo; M., Ortiz, M., & Flores, N. (2011). Calidad de vida y apoyos en personas con discapacidad Intelectual institucionalizados en Chile: estudio piloto. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3 53- 72 disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/viewFile/45/29>
- Velarde, E. & Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Revista Salud Publica México*, (44) 349-361. Recuperado el 15 de Abril de 2013, en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023>
- Velasco, C., Campos, M., Iraurgi, L. & Paez, D. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.

Anexo 1. **Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad WHO-DAS II Versión en Lengua Española (36 ítems)**
 (Vázquez, Herrera, Vázquez y Gaité, 2006)

SECCIÓN 1. Hoja Inicial

LOS ÍTEMS F1- F6 DEBEN SER COMPLETADOS POR EL ENTREVISTADOR, ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA

F1 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CENTRO # - ENTREVISTADO #

F2 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADOR #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CENTRO # ENTREVISTADOR#

F3 NÚMERO DE ENTREVISTA

Primera Entrevista	1
Segunda Entrevista	2

F4 FECHA DE LA ENTREVISTA

____ / ____ / ____
 mes día año

F5 ¿CÓMO VIVE EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA?
 (MARQUE SOLO UNA)

Vive de forma independiente en la Comunidad	1
Vive recibiendo apoyo	2
Hospitalizado	3

F6 MUESTRA (MARQUE SOLO UNA)

Población general	1
Problemas relacionados con las drogas	2
Problemas relacionados con el alcohol	3
Problemas de salud mental	4
Problemas físicos	5
Otros (<i>especifique</i>)	6

SECCIÓN 2. Datos Demográficos y de Índole General.

PREÁMBULO

Esta entrevista ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud con el fin de llegar a entender mejor las dificultades que puedan tener las personas debido a su estado de salud. La información que nos proporcione durante el transcurso de esta entrevista será confidencial y utilizada exclusivamente con fines de investigación.

EN EL CASO DE ENTREVISTADOS PROCEDENTES DE LA POBLACIÓN GENERAL (NO DE POBLACIÓN CLÍNICA), DIGA: Aunque usted este sano(a) y no tenga dificultades, me gustaría hacerle todas las preguntas incluidas en esta entrevista, para así obtener una información completa

Comenzaré con algunas preguntas generales:

A1	<i>INDIQUE EL SEXO (EN FUNCIÓN DE LA APARIENCIA)</i>	Femenino	1
		Masculino	2
A2	¿Qué edad tiene?		___/___ Años
A3	¿Cuántos años en total <u>estudió en la escuela</u> , colegio, instituto, universidad, etc.?		___/___ Años
A4	¿Cuál es su <u>estado civil actual</u> ? <i>(SELECCIONE LA OPCIÓN MÁS ADECUADA)</i>	Nunca ha estado casado(a)	1
		Actualmente está casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viudo(a)	5
		Viviendo en pareja	6

A5 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral?
(SELECCIONE LA OPCIÓN MÁS ADECUADA)

- | | |
|--|---|
| Asalariado(a) | 1 |
| Trabaja por su propia cuenta, como por ejemplo en su propio negocio o empresa agrícola (finca) | 2 |
| Trabajo no remunerado, como por ejemplo voluntario, obras de caridad, etc. | 3 |
| Estudiante | 4 |
| Responsable de los quehaceres de la casa | 5 |
| Jubilado(a) | 6 |
| Desempleado(a) (por motivos de salud) | 7 |
| Desempleado(a) (por otros motivos) | 8 |
| Otras (<i>especifique</i>) | 9 |
-

SECCIÓN 3. PREAMBULO

DIGA AL ENTREVISTADO:

El resto de esta entrevista trata sobre las dificultades que la gente a veces tiene debido a su estado de salud(**ENTREGUE LA TARJETA #1 AL ENTREVISTADO**).

Por estado de salud me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o

larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Le recuerdo que, cuando conteste a las preguntas, piense en todos sus problemas de salud. Cuando le pida que me hable acerca de las dificultades que tiene a la hora de realizar una actividad, por favor, tome en consideración los siguientes aspectos **(SEÑALE LA TARJETA #1)**

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad

(SEÑALE LA TARJETA #1). A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Me gustaría que respondiera a estas preguntas pensando en cuanta dificultad tiene usted cuando realiza esta actividad según acostumbra a hacerlo.

(ENTREGUE LA TARJETA #2 AL ENTREVISTADO). Cuando responda a las preguntas, utilice esta escala **(LEA LA ESCALA EN VOZ ALTA)**: Ninguna, Leve, Moderada, Severa, Extrema/No puede hacerlo.

(LAS TARJETAS #1 Y #2 HAN DE PERMANECER A LA VISTA DEL ENTREVISTADO DURANTE TODA LA ENTREVISTA).

SECCION 4. REVISIÓN DE LAS AREAS

AREA 1 Comprensión y Comunicación

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre comprensión y comunicación.

**MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2
SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1),
PREGUNTE:**

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para?:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D1.1 <u>Concentrarse</u> en hacer algo durante <u>diez minutos</u> ?	1	2	3	4	5	D1.1d
D1.2 <u>Recordar las cosas importantes</u> que tiene que hacer?	1	2	3	4	5	D1.2d
D1.3 <u>Analizar y encontrar soluciones a los Problemas</u> de la vida diaria?	1	2	3	4	5	D1.3d
D1.4 <u>Aprender una nueva tarea</u> , como por ejemplo llegar a un lugar en donde nunca Ha estado?	1	2	3	4	5	D1.4d
D1.5 <u>Entender en general</u> lo que dice la gente?	1	2	3	4	5	D1.5d
D1.6 <u>Iniciar o mantener una conversación</u> ?	1	2	3	4	5	D1.6d

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D1.1 – D1.6 SE

PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/No puede hacerlo
P1.1 ¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades Con su vida?	1	2	3	4	5

AREA 2 Capacidad para moverse en su alrededor/entorno

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de moverse en su alrededor/entorno.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?
Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:



	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D2.1 <u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo</u> , como por ejemplo <u>30 minutos</u> ?	1	2	3	4	5	_____ D2.1d
D2.2 <u>Ponerse de pie</u> cuando estaba sentado(a)?	1	2	3	4	5	_____ D2.2d
D2.3 <u>Moverse dentro de su casa</u> ?	1	2	3	4	5	_____ D2.3d
D2.4 <u>Salir de su casa</u> ?	1	2	3	4	5	_____ D2.4d
D2.5 <u>Caminar largas distancias</u> , como un <u>kilómetro</u> [o equivalente]?	1	2	3	4	5	_____ D2.5d

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D2.1

– D2.5 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1),

PREGUNTE:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P2.1 ¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

AREA 3 Cuidado Personal

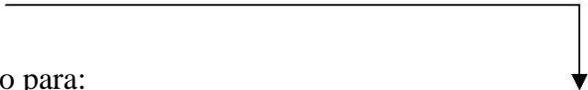
Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su cuidado personal.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1),
PREGUNTE:**

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?
Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:



		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D3.1	<u>Bañarse</u> (lavarse <u>todo el cuerpo</u>)?	1	2	3	4	5	— D3.1d
D3.2	<u>Vestirse</u> ?	1	2	3	4	5	— D3.2d
D3.3	<u>Comer</u> ?	1	2	3	4	5	— D3.3d
D3.4	Estar <u>solo(a)</u> durante <u>unos días</u> ?	1	2	3	4	5	— D3.4d

Explore:

**SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D3.1
– D3.4 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1),
PREGUNTE:**

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P3.1	¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

AREA 4 Relacionarse con otras personas

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades para relacionarse con otras personas. Por favor, recuerde que solo le estoy preguntando acerca de dificultades debidas a problemas de salud, tales como enfermedades o lesiones, problemas mentales o emocionales, o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?
Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D4.1 <u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	1	2	3	4	5	_____ D4.1d
D4.2 <u>Mantener una amistad?</u>	1	2	3	4	5	_____ D4.2d
D4.3 <u>Llevarse bien con personas cercanas a usted?</u>	1	2	3	4	5	_____ D4.3d
D4.4 <u>Hacer nuevos amigos?</u>	1	2	3	4	5	_____ D4.4d
D4.5 <u>Tener relaciones sexuales?</u>	1	2	3	4	5	_____ D4.5d

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D4.1 – D4.5 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P4.1 ¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

AREA 5 Actividades de la vida diaria

• Quehaceres de la casa

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implican el realizar los quehaceres de la casa y cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas. Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, pagar las cuentas, sacar la basura, cortar el césped, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias.

D5.1	Generalmente, ¿cuántas horas a la semana dedica a estas actividades?	<i>ANOTE EL NÚMERO DE HORAS</i> ___/___
-------------	--	---

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

Debido a su estado de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D5.2	Cumplir con sus <u>quehaceres de la casa</u> ?	1	2	3	4	5	_____ D5.2d
D5.3	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	1	2	3	4	5	_____ D5.3d
D5.4	<u>Acabar</u> todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	1	2	3	4	5	_____ D5.4d
D5.5	Acabar sus quehaceres de la casa tan <u>rápido</u> como era necesario?	1	2	3	4	5	_____ D5.5d

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D5.2 – D5.5 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P5.1	¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5
D5.6	En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	<i>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS</i> ___/___				

SI EL ENTREVISTADO TRABAJA (ASALARIADO, TRABAJA POR SU PROPIA CUENTA, TRABAJO NO REMUNERADO) O ESTUDIA, COMPLETE LOS ÍTEMS D5.7-D5.13. DE LO CONTRARIO VAYA AL AREA 6, EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo o con sus estudios.

D5.7	Generalmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja (incluyendo estudios)?	ANOTE EL NÚMERO DE HORAS __/__
-------------	---	--------------------------------

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad? _____

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS (0-30)

Debido a su estado de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo	Número Días
D5.8	Llevar a cabo su <u>trabajo</u> diario?	1	2	3	4	5	_____
							D5.8d
D5.9	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo?	1	2	3	4	5	_____
							D5.9d
D5.10	<u>Acabar</u> todo el trabajo que necesitaba hacer?	1	2	3	4	5	_____
							D5.10d
D5.11	Acabar su trabajo tan <u>rápido</u> como era necesario?	1	2	3	4	5	_____
							D5.11d
D5.12	¿Ha tenido que <u>reducir su nivel</u> de trabajo debido a su estado de salud?				No		1
					Si		2
D5.13	¿ <u>Ha ganado menos dinero</u> debido a su estado de salud?				No		1
					Si		2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D5.8 – D5.11 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA(1), PREGUNTE:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P5.2	¿Cuánto han <u>interferido</u> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5
D5.14	En cuantos de los últimos 30 días, ¿ha <u>perdido medio día o más de trabajo</u> debido a su estado de salud?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS __/__				

AREA 6 Participación en Sociedad

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su participación en la sociedad, y con el impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia. Es posible, que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, es importante que a la hora de contestarlas se refiera exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo le recuerdo que al contestar a cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

TENGA EN CUENTA QUE EN LAS PREGUNTAS DE ESTA AREA NO SE PIDE QUE SE ESPECIFIQUE EL NÚMERO DE DÍAS.

En los últimos 30 días:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
D6.1	¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar</u> , al mismo nivel que el resto de las personas, <u>en actividades de la comunidad</u> (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	1	2	3	4	5
D6.3	¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>vivir con dignidad</u> (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
D6.4	¿Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su estado de salud o a las consecuencias del mismo?	1	2	3	4	5
D6.5	¿Cuánto le ha <u>afectado emocionalmente</u> su estado de salud?	1	2	3	4	5
D6.6	¿Qué <u>impacto económico</u> ha tenido para usted o para su familia su estado de salud?	1	2	3	4	5

En los últimos 30 días:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido su <u>familia</u> debido a su estado de salud?	1	2	3	4	5
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar <u>por si mismo(a)</u> cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar</u> ?	1	2	3	4	5

Explore: SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE ELD6.1 – D6.8 SE PUNTÚA POR ENCIMA DE NINGUNA (1), PREGUNTE:

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
P6.1	¿En que medida han <u>interferido</u> estos problemas con su vida?	1	2	3	4	5
P6.2	En los últimos 30 días, ¿ <u>durante cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	<i>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS ___/___</i>				

H3	En total en los últimos 30 días, ¿durante cuantos días experimentó alguna de esas dificultades que ha comentado a lo largo de esta entrevista?	<i>ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS ___ / ___</i>				
-----------	--	--	--	--	--	--

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

“Estados de Salud”:

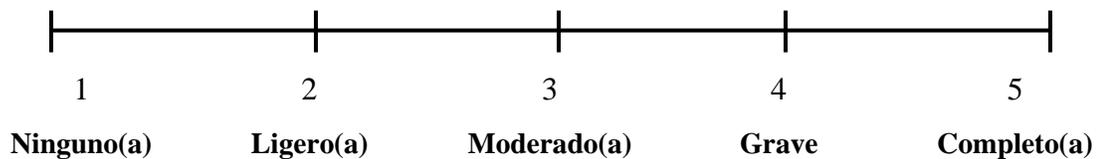
- **Enfermedades u otros problemas de salud**
- **Lesiones**
- **Problemas mentales o emocionales (o de los nervios)**
- **Problemas relacionados con el alcohol**
- **Problemas relacionados con drogas**

Tener **dificultades** en una actividad quiere decir:

- **Aumento del esfuerzo**
- **Malestar o dolor**
- **Lentitud**
- **Cambios en el modo en que realiza la actividad**

Tenga en cuenta sólo los **últimos 30 días**

Tarjeta #1



Tarjeta #2

Anexo 2. Inventario de Estrategias de Afrontamiento

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

Piense unos minutos en la situación. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación, marcando el número que corresponda:

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

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

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

26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4



Anexo 3. Consentimiento informado para adultos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Adultos

Yo, _____ identificado con _____ acepto participar en la investigación denominada, “*Relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento en estudiantes en situación discapacidad de la universidad de Nariño*”, desarrollada por los investigadores; Marvin Fernando Calpa Yamá y María Fernanda Guerrero Arteaga bajo la supervisión de la Especialista, asesora del trabajo de grado y docente de la Universidad de Nariño, Adriana Perugache.

Declaro que se me ha dado a conocer la información concerniente al propósito y el aporte del estudio, el procedimiento, la población, los riesgos y lineamientos que implica la investigación; después de haber revisado el documento de consentimiento informado, además de recibir las aclaraciones pertinentes ante mis inquietudes, manifiesto que lo he comprendido con claridad.

Se me ha informado que este estudio cumple con los lineamientos éticos establecidos para la investigación en seres humanos (Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones) y que no pone en riesgo mi integridad.

En coherencia con lo anterior manifiesto que participo de forma voluntaria en esta investigación una vez entendidos los puntos que en el documento se exponen.

Nombre (Participante)

Nombre (Investigador)

Firma

Firma

C.C _____

C.C _____

De _____

De _____



(Índice derecho)