

Diferencias de sexo en el uso de estrategias de afrontamiento en personas con lesión medular

RESUMEN

Objetivo: profundizar en la experiencia de afrontamiento en personas con lesión medular (LM), teniendo en cuenta tanto el afrontamiento actual como el afrontamiento durante momentos iniciales tras sufrir la LM. **Materiales y métodos:** estudio transversal de encuesta. Participaron 127 personas con LM de larga evolución, 95 hombres y 32 mujeres. Los datos fueron recogidos por medio de un cuestionario online con información sociodemográfica y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). Se han realizado análisis descriptivos, pruebas *t* de Student y análisis multivariados de la varianza (Manovas) **Resultados:** las comparaciones intrasujetos muestran que la estrategia de focalización en solución de problemas se usa más en el afrontamiento actual. La autofocalización negativa es más utilizada en el afrontamiento pasado, en los momentos iniciales tras sufrir la LM. Los resultados de los Manovas muestran que no existen diferencias en función del sexo en el afrontamiento rememorado ni en el actual. Los Anova de seguimiento para el afrontamiento actual evidencian que las mujeres utilizan más las estrategias de búsqueda de apoyo social y expresión emocional abierta. **Conclusiones:** no hay diferencias de sexo en el uso de las estrategias de afrontamiento en la LM. Se sugiere seguir investigando cómo el género puede actuar en este proceso.

PALABRAS CLAVE

Adulto; lesiones de la médula espinal; adaptación psicológica; género y salud; personas con discapacidad (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.4.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Torregrosa-Ruiz M, Tomás-Miguel JM. Diferencias de sexo en el uso de estrategias de afrontamiento en personas con lesión medular. *Aquichan*. 2017; 17(4): 448-459. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.4.8

1 [Orcid.org/ 0000-0001-8393-8720](https://orcid.org/0000-0001-8393-8720). Universitat de Valencia, España. matorui2@alumni.uv.es

2 [Orcid.org/ 0000-0002-3424-1668](https://orcid.org/0000-0002-3424-1668). Universidad de Valencia, España. Jose.M.Tomas@uv.es

Recibido: 11 de enero de 2016

Enviado a pares: 30 de enero de 2016

Aceptado por pares: 18 de octubre de 2016

Aprobado: 04 de noviembre de 2016

Gender Differences in the Use of Coping Strategies by Persons with a Spinal Cord Injury

ABSTRACT

Objective: Delve into the experience of coping on the part of persons with a spinal cord injury (SCI), contemplating both current coping and coping during the initial moments after suffering a SCI. **Materials and methods:** This is cross-sectional survey. The participants included 127 persons with long-term SCI: 95 men and 32 women. The information was collected through an online questionnaire with sociodemographic information and through the Stress Coping Questionnaire (CAE). Descriptive analyzes, student t-tests and multivariate analysis of variance (Manovas) were conducted. **Results:** Intrasubject comparisons show the strategy focused on problem-solving is used more in current coping. Negative self-targeting was used more in past coping, during the initial moments after suffering the ML. The results of the Manovas show there are no gender differences in remembered coping or in current coping. The follow-up Anova for current coping shows women make more use of strategies involving a search for social support and open emotional expression. **Conclusions:** There are no gender differences in the use of coping strategies in the case of ML. It is suggested that further research be done on how gender can act in this process.

KEYWORDS

Adult; spinal cord injuries; psychological adaptation; gender and health; people with disabilities (fuente: DeCS, BIREME).

Diferenças de sexo no uso de estratégias de enfrentamento em pessoas com lesão medular

RESUMO

Objetivo: aprofundar na experiência de enfrentamento em pessoas com lesão medular (LM), contemplando tanto o enfrentamento atual quanto o enfrentamento durante momentos iniciais após sofrer a LM. **Materiais e métodos:** estudo transversal com questionário. Participaram 127 pessoas com LM de longa evolução, 95 homens e 32 mulheres. Os dados foram coletados por meio de um questionário on-line com informação sociodemográfica e pelo Questionário de Enfrentamento do Estresse. Foram realizadas análises descritivas, testes t de Student e análises multivariadas da variância (Manovas). **Resultados:** as comparações realizadas intrassujeitos mostram que a estratégia de focalização em solução de problemas se usa mais no enfrentamento atual. A autofocalização negativa é mais utilizada no enfrentamento passado, nos momentos iniciais logo após sofrer a LM. Os resultados das Manovas mostram que não há diferenças em função do sexo no enfrentamento recordado nem no atual. As Anova de seguimento para o enfrentamento atual evidenciam que as mulheres utilizam mais as estratégias de busca de apoio social e expressão emocional aberta. **Conclusões:** não se constataram diferenças de sexo no uso das estratégias de enfrentamento na LM. Sugere-se continuar pesquisando como o gênero pode agir nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE

Adaptação psicológica; adulto; gênero e saúde; lesões da medula espinhal; pessoas com deficiência (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

La aparición de una lesión medular (LM) es una situación que conlleva un alto estrés asociado pues es un suceso vital traumático. Su manifestación produce muchos cambios en la vida de la persona y requiere grandes esfuerzos de adaptación y reajuste a la nueva situación (1, 2). La pérdida brusca o paulatina de una capacidad física es siempre una situación traumática y de crisis que, en muchos casos, es vivida como intolerable y puede influir en la autoestima y el bienestar psicológico. Supone una amenaza a la integridad física o psicológica de la persona y se asocia con frecuencia con emociones negativas extremas, quiebra las creencias de invulnerabilidad y control sobre la propia vida, la confianza en los otros y los referentes de seguridad del ser humano (3-5). La manera como cada persona afronte esta situación y pueda volver a ser alguien productivo, creativo y feliz dependerá de diversos factores como la personalidad previa, circunstancias externas, apoyo familiar, edad, tipo de discapacidad, creencias, actitudes, etc. (5, 6).

En el proceso de adaptación a la LM, las estrategias de afrontamiento son un factor clave para lograr un ajuste psicológico y social exitoso (6-9). La forma en que los individuos evalúan la situación y sus recursos para hacer frente a su LM afectan su respuesta emocional y su posterior ajuste (9).

En general, se suelen presentar algunas formas de afrontamiento más eficaces que otras: el afrontamiento centrado en el problema frente a la emoción, el afrontamiento activo frente al pasivo y el afrontamiento de aproximación frente a la evitación. Estas, además, se consideran eficaces o adaptativas si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona y sus efectos a largo plazo (10, 11).

Básicamente, los estudios de afrontamiento de la LM se han centrado en la búsqueda de aquellas estrategias utilizadas por este colectivo, y en el análisis de su eficacia; han predominado los estudios durante la fase aguda de la rehabilitación, y el afrontamiento general a largo plazo ha sido el menos investigado (9, 12-14). A pesar de la falta de consenso existe bastante acuerdo entre los autores en que el afrontamiento activo y centrado en la resolución de problemas está asociado a menores índices de depresión en los primeros momentos en el entorno rehabilitador (3, 15), mientras que el afrontamiento pasivo, que incluye principalmente las estrategias de evitación o centradas en la emoción,

suele ir acompañado de un mayor malestar psicológico (7, 13-26). En general, las estrategias de afrontamiento se mantienen más o menos estables a pesar del tiempo que pase desde la lesión (1, 9, 13, 27, 28) y hay evidencia de que el uso de estrategias activas favorece la adaptación y el ajuste social a una LM (17-28).

Por otra parte, al valorar su eficacia hay que tener en cuenta, además, otros factores (29) que pueden influir y pueden explicar las diferencias individuales en el afrontamiento: como el momento en el tiempo, a corto o a largo plazo; el contexto; variables psicológicas y de personalidad; incluso ciertas variables sociodemográficas como la edad, el género, el nivel socioeconómico, etc.

El estudio de las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva de género en personas con LM ha sido relativamente poco abordado, aunque en los últimos años han aparecido varias publicaciones que evalúan el afrontamiento en mujeres con LM (5, 15, 30). En general, la literatura señala la no existencia de diferencias significativas de género en las variables psicológicas relacionadas con el ajuste a una LM (31). No obstante, otros sugieren que sí (15, 30, 32-36), dado que ciertos aspectos relacionados con el rol tradicional masculino, como la capacidad de modelar emociones fuertes, puede ser adaptativo en los primeros momentos tras sufrir una lesión medular (15). Además, hay evidencias de que las mujeres experimentan cambios en su red social de apoyos, ya que esta disminuye, e incluso desaparece, y tienen que desarrollar de forma gradual diferentes estrategias para adaptarse a la nueva situación (35-36). Sin embargo, dada la escasa bibliografía disponible en esta área y el poco apoyo empírico consistente, surge la necesidad de más estudios de investigación que aborden esta temática.

El objetivo general de este trabajo es profundizar en el conocimiento de la experiencia de afrontamiento en hombres y mujeres con LM, contemplando tanto el afrontamiento general a largo plazo como el afrontamiento específico durante los primeros momentos tras sufrir la LM. Con base en estos supuestos, el presente estudio pondrá a prueba las siguientes hipótesis: H1: aparecerán diferencias significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento con el paso del tiempo, es decir, entre el afrontamiento rememorado y el actual, lo cual indicaría que algunas estrategias son más útiles en la fase aguda que en la fase crónica. H2: en el afrontamiento rememorado no aparecerán diferencias significativas en función del sexo; en cambio, aparecerán diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento general en

el presente. Se espera que, en promedio, las mujeres utilicen más las estrategias de búsqueda de apoyo social y las centradas en la emoción que los hombres.

Materiales y métodos

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 127 personas con LM, 95 hombres (74,8%) y 32 mujeres (25,2%). Los participantes eran personas con lesión medular de larga evolución. Sus edades oscilaban entre los 20 y los 72 años, con media en 40,5 años (DT = 9,78). El tiempo transcurrido desde la lesión era de un mínimo de 1 año y un máximo de 64 años, con una media de 17,07 años (DT = 11,55). El procedimiento utilizado para seleccionar la muestra siguió los siguientes criterios: i) personas con LM con al menos un año de evolución; ii) con nivel educativo básico, y iii) conocimientos sobre el uso de internet y redes sociales.

Diseño y procedimiento

El diseño de investigación es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La captación de individuos con LM se llevó a cabo con el apoyo de organizaciones de personas con discapacidad, quienes colaboraron en la difusión del estudio entre sus asociados. Para la realización de la investigación se siguieron los estándares éticos de la American Psychological Association (APA) (37). De acuerdo con las normas éticas, las características del estudio hacen que este sea de riesgo mínimo, o sin ningún tipo de riesgo. Se informó a todos participantes, tal y como recomienda la APA, sobre las características y la naturaleza del estudio, así como las garantías de anonimato y confidencialidad de las respuestas. Tras esta información, los participantes, todos ellos voluntarios, dieron el consentimiento informado. En una segunda fase, y con la finalidad de obtener el mayor número posible de participantes, se difundió la información del estudio a través de la red social Facebook. Para la recogida de datos se empleó un cuestionario *online* a través de la plataforma Limesurvey (2009) que tuvo lugar entre agosto y septiembre de 2012, y fue difundido entre las personas con LM que vivían en España a través de la Asociación de Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos (Aspaym). Esta plataforma es una herramienta *open access* que cumple con todos los estándares éticos del muestreo *online*, pues permite el diseño de encuestas anónimas, y cumple así la normativa española de confidencialidad de datos para en-

cuestas electrónicas. Adicionalmente, ninguno de los investigadores tenía conflicto de interés.

Instrumentos

Para medir las variables se construyó un cuestionario *online* que constaba de distintas escalas que recogían información de diverso tipo. En concreto, las variables de esta encuesta que se analizarán en esta investigación fueron:

1. *Cuestionario sociodemográfico*: recogía información sobre datos personales, los sociodemográficos habituales, además de datos descriptivos de su tipo y grado de discapacidad.
- *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)* (38): es una medida de autoinforme de 42 ítems que en estudios exploratorios presentó una estructura factorial de 7 componentes etiquetados como: 1) focalizado en la solución del problema, 2) autofocalización negativa, 3) reevaluación positiva, 4) expresión emocional abierta, 5) evitación, 6) búsqueda de apoyo social, 7) religión. El formato es de tipo Likert, con 5 posibilidades de respuesta (de nunca a casi siempre). El cuestionario está dirigido a evaluar el afrontamiento como rasgo, aunque si se modifican las instrucciones puede emplearse para evaluar el afrontamiento ante situaciones o momentos específicos de estrés (38). Para este estudio se administró el CAE dos veces, una en pasado, dirigido a evaluar el afrontamiento durante los primeros momentos en que supo que se padecía una LM. Los ítems son los mismos del cuestionario original, pero con el verbo redactado en pasado. Obviamente, se trata de una reconstrucción de lo que sucedió desde el punto de vista de la persona con LM. Para ello se modificaron las instrucciones de cumplimentación para centrarlas en ese momento. Para evaluar el afrontamiento ante situaciones de estrés general y estresores del día a día se aplicó de nuevo el cuestionario CAE, pero esta vez en su versión original y con el tiempo verbal en presente.

Los coeficientes de fiabilidad obtenidos en las 7 subescalas para evaluar las estrategias de afrontamiento recordadas fueron los siguientes: búsqueda de apoyo social ($\alpha = 0,87$), expresión emocional abierta ($\alpha = 0,72$), religión ($\alpha = 0,89$), focalización en solución de problemas ($\alpha = 0,75$), evitación ($\alpha = 0,67$), autofocalización negativa ($\alpha = 0,58$) y reevaluación positiva ($\alpha = 0,78$). Por otra parte, el alfa de Cronbach para cada uno de los factores del CAE en presente fueron: búsqueda de apoyo social (0,94), expresión emocional

abierta (0,70), religión (0,91), focalización en solución problemas (0,90), evitación (0,77), autofocalización negativa (0,75), reevaluación positiva (0,75).

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo en el programa SPSS 22. Se realizaron análisis multivariados de la varianza (Manovas) para determinar los efectos del género en las estrategias de afrontamiento, tanto memoradas como actuales; se comprobó previamente la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Lèvene para comprobar la homocedasticidad de la muestra. El Manova se complementó con análisis de varianza de continuación en donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se realizaron pruebas *t* para muestras relacionadas a fin de poner a prueba la posible existencia de diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento utilizadas en el pasado y las utilizadas en el presente. El nivel de significación establecido fue 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Los contrastes multivariados realizados para averiguar si el sexo de los participantes tenía relaciones significativas con las estrategias de afrontamiento memoradas en su conjunto y que aparecen en la tabla 1 señalan la no existencia de efectos principales del sexo en las estrategias de afrontamiento en los momentos iniciales tras sufrir una LM (Λ de Wilk's = 0,945; $F(7,119) = 0,984$; $p = 0,446$; $\eta^2 = 0,055$).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento memoradas —durante los momentos iniciales tras sufrir una LM—, el análisis univariado de varianza (ANOVA) no mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres. En general, existen diferencias individuales en cada una de las subescalas analizadas, pero dichas diferencias no están influenciadas por el género de las personas. Los análisis descriptivos (tabla 2) evidencian que la estrategia más utilizada por los participantes ha sido la reevaluación positiva tanto en hombres ($\bar{X} = 14,37$) como en mujeres ($\bar{X} = 15,15$). En segundo lugar ha sido la estrategia de focalización en solución de problemas, tanto para los hombres ($\bar{X} = 11,35$) como para las mujeres ($\bar{X} = 10,90$). En cambio, la menos utilizada ha sido la estrategia religión en ambos sexos: hombres ($\bar{X} = 3,03$) y mujeres ($\bar{X} = 3,65$).

Por otra parte, en los análisis descriptivos realizados para las estrategias de afrontamiento actual, ante situaciones de estrés general, de nuevo se observa que las medias más utilizadas han sido prácticamente las mismas; la más usada ha sido la reevaluación positiva, tanto para hombres ($\bar{X} = 15,51$) como para las mujeres ($\bar{X} = 16,82$). Seguida de la focalización en solución de problemas, donde los hombres obtienen una media de 15,21 y las mujeres de 16,71. Nuevamente, la estrategia menos utilizada es la religión tanto para los hombres ($\bar{X} = 2,60$) como para las mujeres ($\bar{X} = 2,75$).

Es interesante señalar que aunque haya una tendencia a utilizar las mismas estrategias de afrontamiento en el presente y en el pasado de la LM, hay algunas diferencias sustanciales en el grado en que algunas estrategias se usan en ambas situaciones.

Tabla 1

Resultados MANOVA en función del sexo en las estrategias de afrontamiento memoradas (CAE Pasado) y las estrategias de afrontamiento generales (CAE Presente).

Variables	lambda de Wilks	F	Grados de libertad		p	η^2 parcial
			Hipótesis	Error		
CAE Pasado	0,945	0,984	7	119	0,129	0,082
CAE Presente	0,880	1,857	7	103	0,084	0,112

Fuente: elaboración propia, 2012.

F = resultado de la prueba F; p = significación, $p < 0,05$; η^2 parcial = cuadrado eta parcial; CAE Pasado = Búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta; religión, focalización en solución de problemas, evitación, autofocalización negativa, reevaluación positiva; CAE Presente = Búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta; religión, focalización en solución de problemas, evitación, autofocalización negativa, reevaluación positiva

Tabla 2
Medias, desviaciones típicas y resultados de los Anova para cada estrategia de afrontamiento en el CAE Pasado

	Género	Media	SD	GL Num Den	F	Sig	η^2 Parcial
BAS	Hombre	6,84	5,06	1 125	1,224	0,27	0,010
	Mujer	8,06	6,30				
EEA	Hombre	5,92	4,24	1 125	1,477	0,22	0,012
	Mujer	6,96	4,05				
RLG	Hombre	3,03	5,00	1 125	0,370	0,54	0,003
	Mujer	3,65	5,07				
FSP	Hombre	11,35	5,29	1 125	0,171	0,68	0,001
	Mujer	10,90	5,52				
EVT	Hombre	11,29	5,09	1 125	0,192	0,66	0,002
	Mujer	11,75	5,03				
AFN	Hombre	8,65	4,37	1 125	0,095	0,75	0,001
	Mujer	8,93	4,97				
RVP	Hombre	14,37	5,14	1 125	0,555	0,95	0,009
	Mujer	15,15	4,97				

Fuente: elaboración propia, 2012.

SD = desviación típica; GL = grados de libertad; Num = grados libertad numerador; Den = grados libertad denominador; F = resultado de la prueba F; Sig. = Significación, $p < 0,05$; η^2 Parcial = tamaño o eta cuadrado parcial; BAS = búsqueda de apoyo social; EEA = expresión emocional abierta; RLG = religión; FSP = focalización en solución de problemas; EVT = evitación; AFN = autofocalización negativa; RVP = reevaluación positiva.

Todas las comparaciones intrasujetos de los factores en pasado y en presente son significativas (tabla 3), excepto la estrategia evitación ($t = 1,48$; $p \leq 0,001$; $d = 0,132$).

La mayor diferencia se encuentra en la focalización en solución de problemas ($t = -7,55$; $p \leq 0,001$; $d = -0,756$), que se usa mucho más en el afrontamiento actual y en los problemas cotidianos, que en el afrontamiento pasado. Y también en la autofocalización negativa ($t = 5,78$; $p \leq 0,001$; $d = 0,466$) en la que sucede todo lo contrario.

Con respecto a los contrastes multivariados realizados con las estrategias de afrontamiento actuales (tabla 1) tampoco se puso de manifiesto la existencia de efectos principales del sexo en el afrontamiento general (Lambda de Wilk's = 0,880; $F(7,103) = 1,857$; $p = 0,084$; $\eta^2 = 0,112$). Aunque en este caso hay que tener en cuenta el tamaño del efecto pues este es bastante alto, dado que el género explica el 11,2% de la varianza. Debido a que el tamaño

del efecto es relevante en este caso particular, y que la muestra no es excesivamente elevada, en el caso de las estrategias en el presente sí se pasará a analizar mediante Anovas de continuación el detalle de cada una de las estrategias empleadas.

En la tabla 4 se presentan los resultados de los Anova de seguimiento para el efecto de la variable sexo en el uso de las estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés general (CAE presente).

Los Anova de continuación indicaron que existían diferencias significativas en función del sexo en las estrategias: búsqueda de apoyo social: $F(1,109) = 5,808$; $p = 0,018$; $\eta^2 = 0,051$, y en expresión emocional abierta: $F(1,109) = 3,996$; $p = 0,048$; $\eta^2 = 0,035$). En concreto, las mujeres utilizan más estrategias de búsqueda de apoyo social y de expresión emocional para afrontar las situaciones de estrés general y así adaptarse a las situaciones. Las mujeres tenían mayores puntuaciones medias que los hombres en ambas estrategias.

Tabla 3
Medias, desviaciones típicas y resultados de la Prueba T para muestras relacionadas para cada estrategia de afrontamiento en el CAE Pasado y Presente

	CAE	Media	SD	GL	t	Sig.	d
BAS	Pasado	7,19	5,28	113	-3.302	,001	-,27
	Presente	8,71	5,80				
EEA	Pasado	6,20	4,24	113	3.709	,000	,29
	Presente	5,05	5,28				
RLG	Pasado	3,21	5,03	112	2.360	,020	,12
	Presente	2,61	4,69				
FSP	Pasado	11,55	5,24	112	-7.557	,000	-,75
	Presente	15,55	5,32				
EVT	Pasado	11,34	4,96	113	1.480	,142	,13
	Presente	10,69	4,85				
AFN	Pasados	8,50	4,32	112	5.782	,000	,46
	Presente	6,47	4,14				
RVP	Pasado	14,93	4,84	113	-2.181	,031	-,17
	Presente	15,74	4,22				

Fuente: Elaboración propia, 2012.

SD = desviación típica; GL = grados de libertad; t = resultado de la prueba t para muestras relacionadas; Sig. = Significación, $p < 0,05$; η^2 Parcial = tamaño o eta cuadrado parcial; CAE = Cuestionario Afrontamiento Estrés; BAS = búsqueda de apoyo social; EEA = expresión emocional abierta; RLG = religión; FSP = focalización en solución de problemas; EVT = evitación; AFN = autocalificación negativa; RVP = reevaluación positiva.

Tabla 4
Medias, desviaciones típicas y resultados de los Anova para cada estrategia de afrontamiento en el CAE Presente

	Género	Media	SD	GL Num Den	F	Sig	η^2 Parcial
BAS	Hombre	7,79	5,52	1 109	5,808	0,01	0,051
	Mujer	10,75	5,84				
EEA	Hombre	4,55	3,35	1 109	3,996	0,04	0,035
	Mujer	6,03	3,44				
RLG	Hombre	2,60	4,95	1 109	0,020	0,88	0,000
	Mujer	2,75	4,20				
FSP	Hombre	15,21	5,33	1 109	1,659	0,20	0,015
	Mujer	16,71	5,40				
EVT	Hombre	10,73	4,77	1 109	0,013	0,90	0,000
	Mujer	10,85	5,27				

	Género	Media	SD	GL Num Den	F	Sig	η^2 Parcial
AFN	Hombre	6,44	3,49	1 109	0,143	0,70	0,001
	Mujer	6,10	4,31				
RVP	Hombre	15,51	4,05	1 109	2,046	0,155	0,018
	Mujer	16,82	4,49				

Fuente: elaboración propia, 2012.

Nota: SD = desviación típica; GL = grados de libertad; Num = grados libertad numerador; Den = grados libertad denominador; F = resultado de la prueba F; Sig. = Significación, $p < 0,05$; η^2 Parcial = tamaño o eta cuadrado parcial; BAS = búsqueda de apoyo social; EEA = expresión emocional abierta; RLG = religión; FSP = focalización en solución de problemas; EVT = evitación; AFN = autofocalización negativa; RVP = reevaluación positiva.

Discusión

En relación con la primera de las hipótesis, nuestros resultados ponen de manifiesto que aunque haya una tendencia a utilizar las mismas estrategias de afrontamiento en el presente y en el pasado en las personas con LM, hay algunas diferencias sustanciales en cuanto al grado en que algunas estrategias se usan en ambas situaciones. Principalmente, la mayor diferencia se encuentra en la estrategia de focalización de problemas, donde hay un mayor uso en el afrontamiento actual, es decir, en las situaciones de estrés cotidianas. En cambio, en la estrategia de autofocalización negativa sucede todo lo contrario, es más utilizada en el pasado, en los momentos iniciales tras sufrir una LM.

Cuando una persona se encuentra ante una situación adversa se pregunta ¿qué puedo hacer?, y las estrategias de afrontamiento que utiliza para enfrentarse a eventos como la discapacidad van a estar influenciadas por la interpretación cognitiva del evento, el significado que le dé la persona a la calidad de vida, el apoyo social percibido y la valoración asignada a las redes sociales como una fuente de apoyo para la adaptación a la discapacidad (39). En nuestro estudio, los resultados apoyan la hipótesis 1 en el sentido de que a pesar de cierta estabilidad en el uso de estrategias (9, 13, 27) hay evidencia de una dinámica de afrontamiento con el paso del tiempo, especialmente en lo referente al grado, uso y variedad de estrategias empleadas que son más significativas en el afrontamiento presente. Todo parece apuntar a que las estrategias centradas en la emoción predominan en los momentos iniciales y las estrategias más activas y de resolución de problemas predominan en el afrontamiento presente. Y aunque este resultado se contradice con los encontrados por otros autores (3, 7, 9, 20, 21, 25, 28) que señalan que el uso de estrategias activas

se relaciona con menores índices de depresión y un mejor ajuste social, está en la línea con otros estudios que informan que el uso de estrategias de corte emotivo, especialmente en las primeras etapas del proceso de adaptación, ayudan a reducir el impacto emocional cuando la situación de salud se percibe incontrolable (19, 23, 26-27, 38).

Para resumir los resultados anteriores, en los primeros momentos de crisis y aparición de la LM las estrategias centradas en la emoción, aunque asociadas a un mayor malestar psicológico, pueden ser útiles para minimizar los efectos del estrés, pero a largo plazo el uso de estrategias de afrontamiento activas sería un indicativo de ajuste y adaptación a la discapacidad.

En lo que respecta a la segunda hipótesis, con base en los análisis realizados podemos decir que se confirma parcialmente, pues los resultados obtenidos no permiten establecer diferencias estadísticamente significativas en función del sexo de los participantes en cuanto al afrontamiento pasado, es decir, en los momentos iniciales tras sufrir una LM. Aunque en el afrontamiento en el presente sí se han encontrado diferencias significativas entre sexos, en concreto, en las estrategias de búsqueda de apoyo social y en expresión emocional abierta, que son más utilizadas en mujeres cuando se evalúa el estrés actual.

En la revisión de la literatura tampoco se ha podido encontrar bibliografía que justifique estas diferencias entre ambos constructos: afrontamiento en el pasado y en el presente. En general, en la mayoría de los estudios revisados no se encontraron diferencias de afrontamiento en función del sexo (31), aunque en algunos de ellos se ha encontrado que las mujeres usan en mayor medida estrategias positivas y activas (15) y utilizan más la

búsqueda de apoyo social (35), o que los hombres presentan más ansiedad tras sufrir una LM y menor adaptación (30). En cambio, estudios realizados en población no discapacitada, como el de Cabanach *et al.* (39), señalan que las mujeres recurren al apoyo social como estrategia de afrontamiento más a menudo que los varones. Estos autores ofrecen evidencia de las diferencias de afrontamiento entre los participantes en función del sexo: mientras que los hombres tienen actitudes y acciones realistas hacia la enfermedad, centradas en la búsqueda de información, de tratamiento y de apoyo, las mujeres presentan una mayor utilización de estrategias de tipo emocional y de corte social. Sin embargo, aún hace falta obtener más datos para llegar a conclusiones definitivas en esta materia, si se considera la influencia de las variables culturales y de personalidad.

Por tanto, nuestros resultados están en la línea con los encontrados por Isaksson y Hellman (35) que afirman que las mujeres con LM suelen perder su red social de apoyos y para adaptarse a la situación tienen que desarrollar, de forma gradual, diferentes estrategias para participar en la comunidad (31). Podemos hipotetizar que esta diferencia significativa entre hombres y mujeres pueda deberse a determinadas variables personales asociadas al afrontamiento del estrés, y a ciertas variables sociodemográficas como el nivel de lesión neurológica (5, 31), la etiología de la lesión (5), la edad y el momento cuando se tuvo la LM (12,19), nivel socioeconómico, la educación (5,12, 26), etc. Aunque, en general, son numerosos los estudios que encuentran mayor predisposición de las mujeres con LM a presentar síntomas depresivos y un peor ajuste a la discapacidad (33), pero la falta de consenso teórico y metodológico dificulta llegar a conclusiones firmes.

La disparidad de resultados presentes en la literatura plantea la reflexión acerca de las construcciones socioculturales de los

roles femeninos y masculinos, y de ciertos estereotipos relacionados con la discapacidad, pues también pueden explicar, en parte, las diferencias en función del sexo observadas, dado que estas generan una imagen social negativa de la mujer con discapacidad. Los roles de género se imbrican con otras variables que hacen que la vida cotidiana de las personas con LM (40, 41), especialmente las mujeres, manifiesten tasas más altas de depresión y barreras que sus homólogos masculinos, aspecto este de la experiencia que merece más atención.

Las limitaciones de este estudio son varias. En primer lugar, los resultados encontrados no son fácilmente generalizables, puesto que se trata de una muestra no representativa, aunque sí heterogénea y variada. Sería más conveniente una muestra mayor, en donde haya una representación más elevada de mujeres con LM. Por otra parte, el tipo de diseño utilizado, transversal, limita la interpretación de las relaciones encontradas. Finalmente, otros factores no evaluados pueden actuar como mediadores, lo que a su vez abre nuevas puertas para futuras investigaciones.

Conclusiones

Estos resultados sugieren que aunque se ha encontrado cierta estabilidad en los estilos de afrontamiento con el paso del tiempo, existen diferencias entre el afrontamiento en el pasado y el afrontamiento actual en las mujeres, pero no así en los hombres: estas utilizan más estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social y de expresión emocional abierta. Esto puede ser indicador de una dinámica personal en la utilización de dichas estrategias y en la influencia de ciertas variables sociodemográficas y socioculturales (nivel, etiología, momento, tiempo transcurrido de la lesión, nivel educativo, nivel económico y laboral, roles de género, etc.) que pueden influir en este proceso de adaptación a una LM.

Referencias

1. Botero PA, Londoño C. Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Act Colom Psicol.* 2013;16(2):125-137. DOI: 10.41718/ACP.2013.16.2.12.
2. Díaz CF. Intervenciones enfermeras en el proceso de aceptación y compromiso con la vida ante una lesión medular adquirida: revisión de la literatura. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2016;43:8-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sede-ne.2015.11.002>.
3. Lindwall JJ, Russell HF, Kelly EH, Klaas SJ, Mulcahey MJ, Betz RR, Vogel LC. Coping and participation in youth with spinal cord injury. *Top Spin Cord Inj Rehabil.* 2012;18(3):220-31. DOI: 10.1310/sci1803-220.

4. Ordóñez-Cambolor N, Fonseca-Pedrero E, Paino M, García-Álvarez L, Pizarro-Ruiz JP, Lemos-Giráldez S. Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*. 2016;37(1):36-44. [visto 2015 ago 19]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/778/77844204005/>.
5. Kalpakjian CZ, McCullumsmith CB, Fann JR, Richards JS, Stoelb BL, Heinemann AW, Bombardier CH. Post-traumatic growth following spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2014;37(2):218-25. DOI: 10.1179/2045772313Y.0000000169.
6. January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Understanding post-traumatic growth following pediatric-onset spinal cord injury: The critical role of coping strategies for facilitating positive psychological outcomes. *Dev Med Child Neurol*. 2015;57(12):1143-49. DOI: 10.1111/dmcn.12820.
7. Livneh H, Martz E. Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 2014;59(3):329-39. DOI: 10.1037/a0036733.
8. Saurí J, Umana MC, Chamarro A, Soler M D, Gilabert A, Elfström ML. Adaptation and validation of the Spanish version of the Spinal Cord Lesion-related Coping Strategies Questionnaire (SCL CSQ-S). *Spinal Cord*. 2014;52(11):842-49.
9. Kennedy P, Lude P, Elfstrom M, Smithson E. Appraisals, coping and adjustment pre and post SCI rehabilitation: a 2-year follow-up study. *Spinal Cord*. 2012;50:112-8. DOI: 10.1038/sc.2011.127.
10. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
11. Kunz S, Joseph S, Geyh S, Peter C. Posttraumatic growth and adjustment to spinal cord injury: Moderated by posttraumatic depreciation? *Psychol Trauma*. 2017;9(4):434-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000164>
12. Byra S. Posttraumatic growth in people with traumatic long-term spinal cord injury: predictive role of basic hope and coping. *Spinal Cord*. 2016;54(6):478-82. DOI: 10.1038 / sc.2015.177.
13. Kennedy P, Lude P, Elfström M, Cox A. Perceptions of gain following spinal cord injury: a qualitative analysis. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2013;19(3):202-10. DOI: 10.1310 / sci1903-202.
14. Krause JS, Clark JM, Saunders LL. SCI Longitudinal Aging Study: 40 Years of Research. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2015;21(3):189-200. DOI: 10.1309/sci2103-189.
15. Noor R, Gul S, Khan EA, Shahzad N, Aqeel M. The Impact of Coping Strategies on Psychological Adjustment across Male and Female Spinal Cord Injured Patients. *J. Appl. Environ. Biol. Sci*. 2016;6(2S):137-43.
16. van Leeuwen CM, Kraaijeveld S, Lindeman E, Post MW. Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2012;50(3):174-87. DOI: 10.1038/sc.2011.120.
17. Monden KR, Trost Z, Catalano D, Garner AN, Symcox J, Driver S, Hamilton RG, Warren AM. Resilience following spinal cord injury: a phenomenological view. *Spinal Cord*. 2014;52(3):197-201. DOI: 10.1038/sc.2013.159.
18. Smith TF, Russell HF, Kelly EH, Mulcahey MJ, Betz RR, Vogel LC. Examination and measurement of coping among adolescents with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2013;51(9):710-4. DOI: 10.1038/sc.2013.65.
19. Geyh S, Kunz S, Müller R, Peter C; SwiSCI Study Group. Describing functioning and health after spinal cord injury in the light of psychological-personal factors. *J Rehabil Med*. 2016;48(2):219-34. DOI: 10.2340/16501977-2027.
20. Dibb B, Ellis-Hill C, Donovan-Hall M, Burrridge J, Rushton D. Exploring positive adjustment in people with spinal cord injury. *J Health Psychol*. 2014;19(8):1043-54. DOI: 10.1177/1359105313483158.
21. Kennedy P, Kilvert A. Coping effectiveness training. En Budd M, Hough S, Wegener S, Stiers W, editors. *Practical psychology in medical rehabilitation*. Switzerland: Springer, Charm; 2017. pp. 423-432. DOI: 10.1007/978-3-319-34034-0_47.
22. Kraft R, Dorstyn D. Psychosocial correlates of depression following spinal injury: A systematic review. *J Spinal Cord Med*. 2015;38(5):571-83. DOI:10.1179/2045772314Y.0000000295.

23. Botero P. Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*. 2013;3(2):196-214.
24. Bonanno GA, Kennedy P, Galatzer-Levy I, Lude P. Trajectories of Resilience, Depression and Anxiety Following Spinal Cord Injury. *Rehabil Psychol*. 2012;57(3):236-47. DOI: 10.1037/a0029256.
25. Pollock K, Dorstyn D, Butt L, Prentice S. Posttraumatic stress following spinal cord injury: a systematic review of risk and vulnerability factors. *Spinal Cord*. 2017;55(9):800-811. DOI: 10.1038/sc.2017.45.
26. Barone SH, Waters K. Coping and adaptation in adults living with spinal cord injury. *J Neurosci Nurs*. 2012;44(5):271-83. DOI: 10.1097/JNN.0b013e3182666203.
27. Kennedy P, Kilvert A, Hasson L. A 21-year longitudinal analysis of impact, coping, and appraisals following spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 2016;61(1):92-101. DOI: 10.1037/rep0000066.
28. Russell HF, January AM, Kelly EH, Mulcahey MJ, Betz RR, Vogel LC. Patterns of coping strategy use and relationships with psychosocial health in adolescents with spinal cord injury. *J Pediatr Psychol*. 2015;40(5):535-43. DOI: 10.1093/jpepsy/jsu159.
29. Geyh S, Nick E, Stirnimann D, Ehrat S, Müller R, Michel F. Biopsychosocial outcomes in individuals with and without spinal cord injury: a Swiss comparative study. *Spinal Cord*. 2012;50(8):614-22. DOI: 10.1038/sc.2012.21.
30. Teixeira AR, Alves JB, Santos A, Gestal-Otero J. Lesão medular traumática: impacto das variáveis sociodemográficas no ajustamento e saúde mental dos sujeitos afectados. *Psic Saúde & Doenças*. 2014;15(1):110-20. DOI: 10.15309/14psd150110.
31. Aguado A, Alcedo M, García L, Arias B. Personas con lesión medular: diferencias en variables psicológicas desde la perspectiva de género. *Psicothema*. 2010;22(4):659-63.
32. Saunders LL, Gregory-Bass R, Krause JS. Gender, race, pain, and subjective well-being of adults with spinal cord injury. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(3):1257-65. DOI: 10.1353/hpu.2013.0119.
33. Robinson-Whelen S, Taylor HB, Hughes RB, Wenzel L, Nosek MA. Depression and depression treatment in women with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2014;20(1):23-31. DOI: 10.1310/sci2001-23.
34. Lysack C, Neufeld S, Dillaway H. Do risk perceptions explain sex differences in community integration and participation after Spinal Cord Injury? *J Spinal Cord Med*. 2014;37(2):193-201. DOI: 10.1179/2045772313Y.0000000146.
35. Isaksson G, Hellman A. The influence of social support on the rehabilitation of women with spinal cord injury: experiences recounted by occupational therapists. *Scand J Occup Ther*. 2012;19(5):395-403. DOI: 10.3109/11038128.2011.620982.
36. Stapleton JN, Martin Ginis KA; SHAPE-SCI Research Group. Sex differences in theory-based predictors of leisure time physical activity in a population-based sample of adults with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(9):1787-90. DOI: 10.1016/j.apmr.2014.03.021.
37. Apa.org [Internet]. Washington, DC: American Psychological Association; 2003 [visitada 2016 dic 20]. Disponible en <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>.
38. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2003;8(1):39-54.
39. Cabanach R, Fariña F, Freire C, González P, Ferradás M. Diferencias en el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios hombres y mujeres. *Eu J Educ Psychol*. 2015;6(1):19-32. DOI: 10.1989/ejep.v6i1.100.
40. Burns SM, Hough S, Boyd BL, Hill J. Men's adjustment to spinal cord injury: the unique contributions of conformity to masculine gender norms. *Am J Mens Health*. 2010;4(2):157-66. DOI: 10.1177/1557988309332690.
41. Nolan M. Masculinity lost: a systematic review of qualitative research on men with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2013;51(8):588-95. DOI:10.1038/sc.2013.22.