

DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA PADRES CON HIJOS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA¹

Description of coping strategies for parents of children with cognitive disabilities

Urrego, Y.

Aragón, A., Combita, J. y Mora, M.

RESUMEN

Estudiar las estrategias de afrontamiento para padres con hijos con discapacidad cognitiva surgió de la articulación entre investigación en formación y proyección social en la Asociación Esperanza de Vivir, a través de un diagnóstico sobre las variables de orden psicológico que se percibían con mayor urgencia y que tuvieran afinidad con los objetivos de la línea de investigación sobre desarrollo humano.

Se realizó como un estudio descriptivo-exploratorio, de tipo cuantitativo, utilizando el instrumento “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” (IEA), de Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal (1989). Se tomó una muestra conformada por 21 padres que tenían como característica principal hijos con discapacidad cognitiva. Los resultados señalan que la mayoría de los padres presentan estrategias de afrontamiento adecuadas.

ABSTRACT

Studying the coping strategies for parents of children with cognitive disabilities emerged from the articulation between research in training and social projections in the Association Esperanza de Vivir, through a diagnosis of psychological variables that were perceived with greater urgency and that had affinity with the aims of the research on human development. It was conducted as a descriptive, exploratory and quantitative study, using the instrument “Coping Strategies Inventory” (CSI), Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal (1989). A sample consisting of 21 parents who had children with cognitive disabilities was taken. The results indicate that most parents have adequate coping strategies.

Palabras claves:

Discapacidad, estrategias de afrontamiento, estrés, psicología de la salud y duelo.

Keywords:

Disability, coping strategies, stress, health psychology and affliction.

Recibido: 27/02/2012

Aprobado: 10/06/2012

Blind woodcut wegschen - por: Creative Studio - tomada de: www.photopress.com

1. Proyecto de investigación formativa llevado a cabo en el Programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia. Línea de investigación en Desarrollo Humano. Grupo DHEOS.

Asesora del proyecto de investigación Yaneth Urrego Betancourt.

Participan como investigadores principales los estudiantes de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia Alejandra Aragón Meza, Julie Combita Suárez y Mónica Mora Quintero. yurregob@yahoo.com

Introducción

La psicología es una disciplina científica que se ocupa del estudio de la interacción humana y que trata la conducta de los seres humanos, que son observables y subjetivos; lo que lleva a resolver cuestionamientos acerca de los diferentes comportamientos que se desarrollan frente a estímulos negativos o positivos, verificando y examinando las estrategias de afrontamiento que desarrollan los seres humanos, en el contexto de esta investigación.

El ser humano atraviesa por exigencias, demandas y situaciones que le pueden generar es-

trés. A partir de esto se establecen respuestas cognitivas, comportamentales y fisiológicas que facilitan o agravan los procesos de adaptación en los seres humanos en diferentes contextos.

De esta manera se pretende analizar el comportamiento que tienen las personas de la población de estudio, específicamente en la Asociación Esperanza de Vivir (AEV), donde se podrá observar la calidad de vida que suscitan los padres que poseen hijos con discapacidad cognitiva.

Antecedentes

Desde 2003, los vínculos interinstitucionales han permitido llevar un trabajo conjunto entre la Universidad Piloto de Colombia y la Asociación Esperanza de Vivir; en este marco, se pretende integrar la proyección social con la investigación en un campo aplicado. En el primer semestre de 2010 se realizó un acercamiento a dicha asociación y se participó activamente en el primer encuentro, con el ánimo de detectar problemáticas de carácter psicológico que fueran abordadas desde la disciplina y que requirieran de un análisis de respuestas comportamentales.

Según los documentos observados en la AEV (1991), asociación para el desarrollo comunitario, se describe como una organización no gubernamental que se encarga de fomentar el trabajo social desde hace 20 años, con énfasis en la promoción, defensa y reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad, la infancia, las mujeres y la comunidad, a través de la implementación de programas con un enfoque de equidad de género y una pedagogía activa, que permiten el desarrollo integral de esta población. Cuentan con un grupo base estable, unido, con profesionales competentes, con capacidad de gestionar y administrar los recursos necesarios para el desarrollo de los programas, con liderazgo, reconocimiento y participación en organizaciones y redes en defensa y promoción de los derechos y la dignidad humana, al nivel local, distrital y nacional.

Se plantearon como misión fundamental el rescate y el fortalecimiento de un ambiente social en el que la comunidad y especialmente la población con algún tipo de discapacidad pueda desarrollar sus procesos afectivos y cognitivos que le permitan mejorar su calidad de vida, como mayor reconocimiento general, fortaleciendo al grupo de personas a fin de ofrecer un óptimo servicio. Por último, se nombraron objetivos propuestos por

esta fundación: promover, incentivar y apoyar actividades relacionadas con el desarrollo integral de la población, así como en los sectores aledaños y populares en general. Tras desarrollar programas de formación, capacitación y participación ciudadana a través de la pedagogía de género en intercambio de aportes al mejoramiento de la calidad de vida de estos grupos poblacionales.

Esta fundación está ubicada en Bogotá D. C., barrio Costa Rica, localidad de Suba. Las características sociodemográficas de la población son: nivel socioeconómico 1 y 2; nivel promedio de escolaridad: primaria, bachillerato y técnico.

Cabe señalar que, según documento de la AEV, las familias de estos jóvenes están compuestas por personas que tienen un nivel de escolaridad bajo y cuentan con vinculación laboral. Por esta razón, los niños están institucionalizados en la AEV en un periodo de 6 a 7 horas de lunes a viernes. Dichos educandos se encuentran en rangos de edad de 16 a 40 años, género masculino y femenino, los cuales se encuentran organizados de manera conjunta. Cabe anotar que la observación se realizó durante un mes en las instalaciones de la fundación, donde se logró evidenciar una fuerte necesidad de intervención psicológica tanto en los padres como en los educandos.

Se observó que la población no tiene los recursos económicos para el sostenimiento, el cuidado y bienestar del discapacitado. Por tanto, se pretende ampliar las herramientas utilizadas para el desenvolvimiento del entorno familiar, social y económico de los padres hacia los niños y hacia la discapacidad. A través de la observación se llega a la conclusión que hay que reconocer las necesidades; en primer lugar, la vulnerabilidad de este grupo e incluirlo en todas las iniciativas de desarrollo; segundo, ampliar los servicios de



salud mental en la atención primaria; tercero, incluir a las personas en programas generadores de ingresos y proporcionarles beneficios sociales y relacionados con su discapacidad; cuarto, involucrarlas en la elaboración de los programas

y proyectos de desarrollo; quinto, incorporar la protección de sus derechos humanos en las políticas y legislaciones nacionales; y sexto, incluir a los niños y adolescentes con discapacidad mental y psicosocial en los programas educativos.

Estrategias de afrontamiento

La investigación se desarrolla en el ámbito de la salud y la discapacidad. En primera instancia, es importante delimitar el concepto de salud, en cuanto que maneja la práctica de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y, en segundo lugar, la práctica en psicología de la salud. A continuación se examinan de forma breve las definiciones más destacadas del concepto hasta llegar al manejo en la actualidad; de igual manera, con el transcurrir de los años se ha dado mayor importancia a los aspectos psicológicos como determinantes de la salud.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1964). Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. A partir de esto se da una apertura a la psicología de la salud como fundamento importante e indispensable en el desarrollo de la investigación.

Para lograr entender el desarrollo de la psicología de la salud, es también pertinente postular al teórico Matarrazzo (1980), quien definió la psicología de la salud como

el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la preventión y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

De acuerdo con lo anterior, es claro mencionar que lo que se pretende es buscar el desarrollo de estrategias para la adaptación emocional dentro de un contexto, por lo que se toma el término de discapacidad, ya que se considera como la expresión elemental para el desarrollo de la investigación, el cual permite la comprensión y análisis de los diversos factores que intervienen en el desempeño cognitivo de la población, el diseño y aplicación de procedimientos.

Habría entonces que indicar que la discapacidad es un factor importante en el ámbito de la

salud porque permite determinar las capacidades y características de la conducta del individuo a través de la medición, el análisis y la observación como una integración de modelos explicativos. Y esto nos conduce a desarrollar la concepción de la discapacidad como una realidad social, que ha sido tomada desde diferentes perspectivas en diferentes años y períodos; para lo cual se da una definición y caracterización de la discapacidad cognitiva, considerada como una condición o función deteriorada desde el aspecto sensorial, cognitivo, intelectual o físico, que abarca una serie de síntomas y manifestaciones de tipo comportamental, adaptativo y de desempeño en el proceso de identificación.

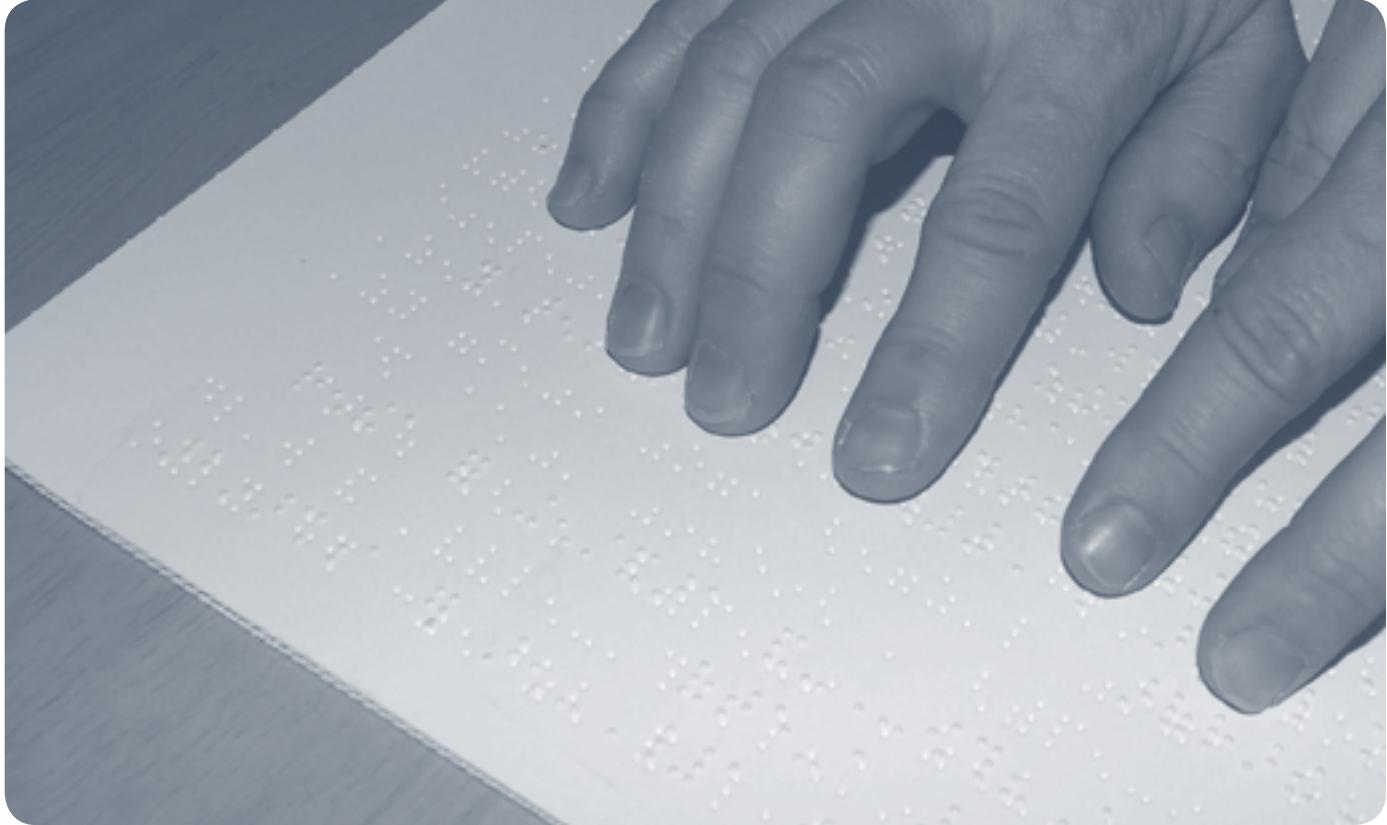
Para ello es básico tener en cuenta la definición del Ministerio de Educación Nacional (2005), que considera a la persona discapacitada como “individuos que tienen limitaciones para realizar ciertas actividades de la vida cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud y de barreras físicas, ambientales”, lo que hace referencia a deficiencias o alteraciones en las funciones o estructuras corporales.

La discapacidad puede clasificarse de la siguiente manera: cognitiva, sensorial y motora. Es necesario mencionar que el foco en el que se centra el tema de investigación se basa en la discapacidad cognitiva, la cual se define como

Las dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y, por ende, en el aprendizaje. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años de edad. Esta persona requiere de apoyos que mejoren su funcionalidad (MEN, 2006).

Respecto a lo citado, es importante decir que, así como la discapacidad tiene implicaciones para el individuo, también tiene un impacto sobre la sociedad y sobre su sistema más cercano que es la familia. Por esto es necesario plantear un acercamiento a los aspectos que dan cuenta del impacto de la discapacidad en la familia y específicamente en los padres.





Braille - por: Julia Freeman-Woolpert - tomada de: www.sxc.hu

Los padres realizan un proceso de identificación con su hijo discapacitado, por lo cual se resalta la teoría del apego determinada por Bowlby (1999), quien sostiene que el sistema de apego está determinado por tendencias conductuales y emocionales, las cuales permiten mantener una cercanía con el cuidador a lo largo de la vida.

La teoría formulada por Bowlby y Ainsworth sobre el apego o vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo constituye uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el campo del desarrollo socio-emocional. Ainsworth propuso que las diádicas madre-hijo difieren en la calidad de sus relaciones de apego y que es posible medir y clasificar estas diferencias. También postuló que la conducta de la madre en los primeros meses de la vida del niño es un buen predictor del tipo de relación entre ambos (Ainsworth, 1969).

Por consiguiente, Ainsworth (1964) y colaboradores diseñaron la “situación extraña”, un procedimiento de laboratorio para estudiar la relación madre-hijo en el primer año de vida. A partir de estas investigaciones se desarrollaron las primeras clasificaciones del apego en niños, describiendo tres patrones generales de apego (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978):

- A) Apego seguro: es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque en la

situación experimental los niños lloran poco y se muestran contentos cuando exploran en presencia de la madre.

- b) Apego evitativo: es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque los niños se muestran bastante independientes
- c) Apego ambivalente: los niños se muestran muy preocupados cuando no se encuentran cerca de sus madres, exploran muy poco el ambiente y presentan resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto.

Pero esta ilustración sería incompleta si no se señalara a los teóricos más importantes que definen el estrés: Lazarus & Folkman (1984), quienes establecen que el estrés es un proceso que comienza ante una estimulación potencialmente estresante que provoca una evaluación o appraisal primaria (posibles implicaciones positivas, negativas o neutras) y una segunda valoración o estimación (habilidades disponibles para enfrentarlas), por lo cual afirman que, si la amenaza no puede ser controlada, entra en el juego una respuesta de estrés y afrontamiento a través de respuestas fisiológicas, emocionales y comportamentales.

Con respecto a lo anterior, Bresiau y Davis (1986) realizaron estudios de tipo exploratorio

con padres, que demuestran que los padres de niños discapacitados experimentan mayores niveles de estrés que los padres de los niños sin discapacidad, y que su angustia (actitudes negativas, preocupaciones y dificultades diarias) aumenta con la condición de discapacidad del niño.

Prosiguiendo con el tema, se considera conveniente mencionar a Taylor (1983), quien describe que “la adaptación cognitiva a las situaciones estresantes está modulada por tres factores o dimensiones: atribución causal al suceso; percepción de control sobre el acontecimiento y, en general, sobre la propia vida; y aumento de la autoestima”. Partiendo de este modelo, los programas de intervención familiar deberán conceder mucha importancia a la información que se transmite a los padres acerca de la etiología del trastorno de su hijo, para tratar las consecuencias del estrés (ansiedad, depresión y desórdenes psicosomáticos): autosupervisión, entrenamiento en relajación, autoevaluación, afrontamiento y modelado.

Los padres desarrollan diferentes emociones, sensaciones y comportamientos frente a la discapacidad de su hijo. Algunas de las reacciones más frecuentes son angustia, culpa, ansiedad o negación de la realidad; por consiguiente, es necesario señalar la importancia del proceso de duelo que realizan los padres en esta situación; este inicia cuando el progenitor conoce el diagnóstico de discapacidad cognitiva que posee el infante. Para esto es necesario tener un acompañamiento en el proceso de duelo; a partir de esto, el duelo debe darse junto con una interiorización del concepto de discapacidad. Un ejemplo muy claro es lo mencionado por la psicóloga Afanador (s. f.), quien precisa que

entender la discapacidad es entender la particularidad de la situación de su hijo, tener conciencia de las habilidades y limitaciones del niño y tratarlo de acuerdo con sus posibilidades, pero siempre teniendo en cuenta que su condición no lo excluye de responsabilidades y comportamientos.

Sin embargo, los padres afrontan la discapacidad de diferentes maneras, según Sarto (2007), quien afirma que “existen relaciones erróneas entre padres e hijos, que se dividen en tres; primero, relación culposa; segundo, relación de pesar y por último, relación de sobreexigencias”. Se inicia por definir la relación culposa, en la cual los padres creen que le deben algo a su hijo y, por ende, se vuelven permisivos, le evitan el dolor a toda costa y pretenden que viva feliz por siempre.

Vale resaltar que esta relación puede deberse, entre otras, a que los padres creen que tienen la culpa de la discapacidad de su hijo. Por ejemplo, cuando el hijo sufre un accidente que afectó sus

capacidades motoras, sensoriales o cognitivas, los padres suelen creer que hubieran podido evitarlo; esto lleva a explicar la relación de pesar, en que los padres consideran que su hijo tiene una enfermedad, que está sufriendo por su discapacidad y que, por esta razón, deben cuidarlo y sobreprotegerlo. Y por último se menciona la relación de sobreexigencia, en la cual los padres no consideran ni los gustos ni las habilidades de su hijo y creen que debe sobresalir por encima de los demás, por lo que lo inscriben en actividades de diferentes tipos, pasando por encima de sus posibilidades. Aquí los padres pueden estar tratando de compensar la frustración no elaborada de tener un hijo con una condición que no cumple con sus expectativas; que sea el mejor en deportes o el más inteligente son los anhelos de padres que asumen este tipo de relación con sus hijos.

Pero hay otra definición: Folkman & Moskowitz (2004, citados por Cano, Rodríguez & García, 2006) explican las dos etapas históricas en la evaluación de las estrategias de afrontamiento. En un primer momento apareció la valoración cuantitativa mediante escalas de comprobación, escalas de evaluación, cuestionarios e inventarios psicométricos. En seguida el sujeto describía las situaciones estresantes clasificándolas según las escalas dicotómicas (tipo Likert), refiriéndose a acciones de afrontamiento. En general, ellas derivan de la Escala de Modos de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1998).

El (IEA) presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. Las ocho escalas primarias son: a) resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; b) reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de las situaciones estresantes; c) apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; d) expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; e) evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos con el acontecimiento estresante; f) pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; g) retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante; h) autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias teniendo un manejo adecuado centrado en el problema; este incluye las subescalas resolución de problemas y reestructuración cognitiva, indicando un afronta-



miento adaptativo centrado en el problema y en la emoción, que incluye las subescalas apoyo social y expresión emocional, lo que refleja un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante. Segundo, se tiene manejo inadecuado centrado en el problema que incluye las subescalas evitación de problemas y pensamiento desiderativo, lo que indica un afrontamiento desadaptativo, evitando las situaciones estresantes, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras. Así mismo se tiene el manejo inadecuado centrado en la emoción, incluyendo las subescalas

las retirada social y autocrítica y afrontamiento desadaptativo, basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias: manejo adecuado: incluye las subescalas resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante. Manejo inadecuado: incluye las subescalas evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica, lo que sugiere un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Metodología

El diseño en el que se basa esta investigación es de tipo descriptivo exploratorio, que permite descubrir ideas, apreciaciones y datos desde nuevas perspectivas. La razón por la cual es exploratorio es que posibilita describir propiedades y características del problema en personas, grupos o cualquier otro grupo relacionado con el análisis (Hernández, Fernández & Baptista, 2003), en este caso las estrategias de afrontamientos para padres con hijos discapacitados, que son poco estudiadas en Colombia, para lo cual se requiere de mayor profundización. Por lo tanto, este estudio permite dar a conocer una comunidad, un contexto, un evento, una situación, una variable o un conjunto de ellas.

Participantes

La población de estudio fueron 21 padres, que corresponden al n total de la población de la Fundación Esperanza de Vivir, cuyos hijos presentan discapacidad cognitiva. La edad promedio de los padres es de 46 años. Las características sociodemográficas de la población son: nivel socioeconómico correspondiente a estratos 1 y 2, nivel de escolaridad: analfabetos (n: 1), primaria (n: 23), bachillerato (n: 13) y técnicos (n: 5).

Se utilizó el instrumento Estrategias de Afrontamiento (IEA), de Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal (1989). Adaptación por Cano, Rodríguez y García (2006). Consta de 40 ítems en escala tipo Likert de 0 a 4 donde 0 es absoluto y 4 totalmente; su duración es aproximadamente de 25 minutos.

Este instrumento tiene como objetivo evaluar el tipo de estrategias de afrontamiento que presentan los padres ante la discapacidad cognitiva de su hijo; tiene una estructura jerárquica com-

puesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después contesta cada ítem según una escala tipo Likert de 4 puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación, donde 0 es en absoluto, 1 un poco, 2 bastante, 3 mucho y 4 totalmente.

Las ocho escalas corresponden a las diferentes estrategias de afrontamiento que se han estipulado en la literatura. Con base en la teoría de Lazarus y Folkman, se utilizó el instrumento Estrategias de Afrontamiento (IEA), adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006), que incluye: resolución de problemas (REP), ítems: 1, 9, 17, 25 y 33; autocrítica (AUC), ítems: 2, 10, 18, 26 y 34; expresión emocional (EEM), ítems: 3, 11, 19, 27 y 35; pensamiento desiderativo (PSD), ítems: 4, 12, 20, 28 y 36; apoyo social (APS), ítems: 5, 13, 21, 29 y 37; reestructuración cognitiva (REC), ítems: 6, 14, 22, 30 y 38; evitación de problemas (EVP), ítems: 7, 15, 23, 31 y 39; retirada social (RES), ítems: 8, 16, 24, 32 y 40.

Para obtener el índice de cada escala, es decir, el nivel en que se encuentra cada estrategia de afrontamiento, se halla la sumatoria de los ítems en cada una de las escalas y se localizan teniendo en cuenta tres rangos (bajo 0 a 6,6) (medio 6,7 a 13,2) (alto 13,3 a 20).

Se espera que las estrategias de afrontamiento que inciden de manera positiva en el proceso de adaptación del individuo (resolución de problemas, expresión emocional, apoyo social y reestructuración cognitiva) tengan un puntaje alto y las escalas que inciden de manera negativa (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social) tengan un rango bajo.



Procedimiento

En esta investigación se desarrollaron las siguientes fases:

- a) Fase 1: diagnóstico de la problemática. En 2010 se realizó una entrevista semiestructurada con la trabajadora social, en la cual ella mencionó la problemática: reacción que tienen los padres frente a la situación de tener un hijo discapacitado.
- b) Fase 2: consecución de la muestra. Se realizó una convocatoria de los profesionales de la ins-

titución y a uno de ambos padres del niño con discapacidad.

- c) Fase tres: se presentaron los consentimientos informados; posteriormente se llevó a cabo una citación de manera individual.
- d) Fase cuatro: la aplicación del instrumento Inventory of Strategies of Afrontment (Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal, 1989), adaptación por Cano, Rodríguez y García (2006), fue explicada por el investigador y se leyó, junto con el participante, cada una de las preguntas.

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación se obtuvieron a partir de la tabulación de los datos arrojados por el instrumento en los programas SPSS y Excel; de esta manera se recogió la información referente a los análisis obtenidos a partir de la aplicación del IEA en la población de padres que tienen hijos con discapacidad cog-

nitiva. Los datos objeto de análisis corresponden a estadística descriptiva, media, moda y mediana, que permite establecer una puntuación grupal del comportamiento de las variables dentro de un diseño descriptivo (Urrego, 2011, notas de clase, seminario de proyecto integrador; ver tabla 1).

Tabla 1
Puntajes descriptivos de IEA

Escala	Media	Mediana	Moda	Desv. Estándar
1 Resolución problemas	15,47	16	17	3,17
2 Autocrítica	4,66	4	3	3,45
3 Expresión emocional	9,61	11	11	5,96
4 Pensamiento desiderativo	9,95	10	13	5,4
5 Apoyo social	8,9	8	14	6,02
6 Reestructuración cognitiva	12,09	12	14	4,64
7 Evitación de problemas	4	4	0	3,54
8 Retirada social	5,71	5	0	5,37

En consideración de lo postulado por los autores del instrumento, el siguiente análisis de datos va a realizarse de la siguiente forma: descripción de las escalas de afrontamiento frente a los rangos establecidos a partir de la media, caracterizándolos como bajo (0,6 a 6), medio (6,7 a 13,2) y alto (13,3 a 20); seguidamente se hablará de los factores primarios, factores secundarios y por último de los factores terciarios.

De tal manera que los factores primarios describen en detalle las ocho escalas en general; en primer lugar se encuentra resolución de problemas con una media de 15,4, mediana de 16 y moda de 17; reestructuración cognitiva con una media de 12,09, mediana de 12 y moda de 14; apoyo social con una media de 8,9, mediana de 8 y moda de 14; expresión emocional con una media de 9,61, mediana de 11 y moda de 11; evita-



ción de problemas con una media de 4, mediana de 4 y moda de 0; pensamiento desiderativo con una media de 9,95, mediana de 10 y moda de 13; retirada social con una media de 5,71, mediana de 5 y moda de 0, y por último autocritica con una media de 4,66, mediana de 4 y moda de 3.

Sumado a lo anterior, el factor secundario se refiere a la agrupación del manejo adecuado centrado en el problema: resolución de problemas y reestructuración cognitiva; manejo adecuado centrado en la emoción: expresión emocional y apoyo social; manejo inadecuado centrado en el problema: pensamiento desiderativo y evitación de problemas; y por último manejo inadecuado centrado en la emoción: autocritica y retirada social.

Por consiguiente, se describe el tercer y último factor; este hace una agrupación empírica de los factores uno y dos, lo que permite realizar el análisis de la tabla 1 de la siguiente manera: los padres puntúan en las escalas resolución de problemas en un rango alto y reestructuración cognitiva en un rango medio, lo cual les permite un manejo de afrontamiento adaptativo centrado en el problema y utilizar de manera adecuada estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés para así modificar la situación que lo produce.

Ahora bien, las escalas que se encuentran centradas en la emoción, como son apoyo social y expresión emocional, aparecen en un rango medio y se presentan con menor frecuencia en los

padres, debido a que tienen dificultades en estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional y estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

En cuanto a las escalas inadecuadas centradas en el problema, se encuentra pensamiento desiderativo en rango medio, lo que refiere que los padres presentan con poca frecuencia estrategias cognitivas que reflejan el deseo de realidad para no ser estresante; en seguida, evitación de problemas en rango bajo: los padres no poseen la negación y evitación de pensamientos o actos con el acontecimiento estresante.

Finalizando se presentan las escalas inadecuadas centradas en la emoción, como autocritica y retirada social, que puntúan en rango bajo, donde los padres no poseen autoinculpación y autocritica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo y además no tienen distanciamiento de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.

En la tabla 2 se describen las escalas de afrontamiento frente a los rangos bajo, medio y alto. Según esto, en el rango alto se encuentra la escala resolución de problemas (RES); en el rango medio, expresión emocional (EEM), pensamiento desiderativo (PSD), apoyo social (APS) y reestructuración cognitiva (REC), y por último las escalas que se encuentran en rango bajo son autocritica (AUC), evitación de problemas (EVP) y retirada social (RES). Ver tabla 2.

Tabla 2
Escalas de afrontamiento frente a los rangos bajo, medio y alto

Bajo (0 a 6,6)	Medio (6,7 a 13,2)	Alto (13,3 a 20)
Autocritica (4,66)	Expresión emocional (9,61)	Resolución de problemas (15,47)
Evitación de problemas (4)	Pensamiento desiderativo (9,95)	
Retirada social (5,71)	Apoyo social (8,90)	
	Reestructuración cognitiva (12,9)	

Se hace la descripción de los datos sociodemográficos de la población en relación con la edad; se encuentra que el promedio de los padres es de 44,85 años, con una mediana de 55; la moda es el puntaje más frecuente de la distribución, que corresponde a 24. En relación con las madres, el promedio de edad es de 48 y la moda corresponde a 57. Se difiere un incremento de edad en las mujeres con respecto a los hombres.

También se estudia el número de hijos que componen el núcleo familiar, puntuando una media de 2,62 que muestra ser el puntaje más significativo en el cual oscilan los demás datos de la distribución, donde 2 es la media. Así mismo, 2 muestra ser el puntaje más frecuente en la distribución de la población. Se concluye que la gran mayoría de los padres tienen 2 hijos que asisten en la AEV.



Y por último se evidencia que el promedio de edad de la población discapacitada pertenecientes a la AEV es de 26,81, con una mediana de 28; la moda es el puntaje más frecuente de la distribución, que corresponde a 30.

En cuanto al diagnóstico establecido, según la historia médica de cada uno de los niños de la institución se encuentran los siguientes datos: el 26% de la población discapacitada se ubica en el diagnóstico de retardo mental y síndrome de Down que equivale a 10 personas del total; en relación con el diagnóstico de retardo leve y el de retardo mental moderado o severo, se evidencia que 4 personas se encuentran dentro, esto equivale al 11%; así mismo, el 21% de la población discapacitada con retardo psicomotor con secuela de parálisis cerebral equivale a 4 personas; por último, el diagnóstico microcefalia moderada evidencia un 5%, equivalente a 1 persona; este es el diagnóstico menos frecuente dentro de la población.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que los padres desarrollan diferentes estrategias de afrontamiento en que se establecen, dentro de la investigación, las primarias, las secundarias y las terciarias, permitiendo así observar que el diagnóstico de los niños requiere

un afrontamiento a situaciones sociales del manejo que se da al niño, al cuidado personal, alimentación, educación y lugares adecuados para la permanencia. Sin embargo, es necesario tener conocimientos acerca del diagnóstico clínico inicial, ya que es de importancia conocer las necesidades y el manejo adecuado de este; por esto también se observa que el nivel educativo de la mayoría de los padres es de primaria, saben leer, escribir y realizar operaciones básicas; pero la AEV cuenta con un grupo interdisciplinario de profesionales que le brindan facilidad de conocimientos acerca de lo anteriormente mencionado y así los padres desarrollan estrategias personales y sociales que les permiten tener expresión emocional, solución de conflictos, conocimiento de problemáticas, adecuación de lugares de educación, entre otros.

El tiempo de permanencia de los padres con sus hijos registra un nivel alto, ya que tienen contacto directo con los comportamientos manifestados por los niños, lo que les permite tener manejo de conductas adecuadas e inadecuadas con estos, logrando conocer y establecer vínculos que dan lugar a saber cuándo su hijo está en crisis, qué le incomoda, qué le gusta, qué lo irrita y así un sinnúmero de comportamientos que le permiten afrontar diferentes situaciones y contextos.

Discusión

Partiendo del análisis de tipo descriptivo-explicativo que pretende identificar las estrategias de afrontamiento que presentan los padres con hijos con discapacidad cognitiva, y según los resultados arrojados por el instrumento IEA, no se pudo evidenciar el postulado de Bresiau y Davis (1986), quienes mencionan que los padres con niños discapacitados experimentan mayores niveles de estrés que los padres de los niños sin discapacidad, y que su angustia (actitudes negativas, preocupaciones diarias) aumenta con la discapacidad del niño, ya que los padres no presentan déficit en estrategias de afrontamiento, pues tienen un adecuado manejo de afrontamiento, tanto cognitivas como comportamentales, encaminadas a eliminar el estrés.

Por lo tanto, no se pudo comprobar esta teoría dentro de la investigación, ya que los resultados arrojados y la información brindada por los padres no evidencia angustia y niveles de estrés altos, ya que sus hijos pueden participar en diferentes situaciones y contextos donde se adaptan a través de un proceso de desarrollo de habilidades motoras y pensamientos lógicos y abstractos.

Sin embargo, los padres afrontan la discapacidad de sus hijos de diferentes maneras; para esto se tomó a Sarto (2007), quien afirma que los padres pueden presentar tres clases de relaciones con sus hijos: culposa, de pesar y sobreexigencias;

se pudo inferir que no se cumplen estas dentro de nuestra investigación debido a que, primero, los padres no presentan sentimiento de culpa frente a la condición de discapacidad de sus hijos y así mismo no son permisivos con estos; segundo, no poseen manifestaciones de lastima frente a la situación; por último, no someten a sus hijos a participar en actividades que no son adecuadas con su desarrollo y condición.

Sumado a lo anterior, es de relevancia mencionar a Taylor (1983), quien describe que “la adaptación cognitiva a las situaciones estresantes está modulada por tres factores o dimensiones: atribución causal al suceso; percepción de control sobre el acontecimiento y, en general, sobre la propia vida; y aumento de la autoestima”.

Partiendo de esto, los programas de intervención familiar en cuanto al tratamiento de las consecuencias que traen el estrés, la ansiedad, la depresión y los desórdenes psicosomáticos, que se podrían realizar a futuro en otras investigaciones dentro de la AEV, se basan en autosupervisión, entrenamiento en relajación, autoevaluación, afrontamiento y modelado; es importante partir de este modelo, ya que este programa de intervención familiar deberá conceder la información que se transmite a los padres acerca del motivo o razón del trastorno de su hijo.



Tomada de: www.sxc.hu

De acuerdo con lo anterior, los padres desarrollan estrategias de afrontamiento frente a la situación estresante, descritas por Cano, Rodríguez y García (2006); según los resultados arrojados por el instrumento, se encuentra un manejo adecuado puenteando en la escala resolución de problemas (PEP) en un rango alto en que los padres asimilan y acomodan la situación de su hijo discapacitado y buscan soluciones a dicha situación; y así mismo luchan para resolver el problema, esforzándose para solucionar las dificultades, conociendo y estableciendo parámetros para satisfacer las necesidades de su hijo.

Por lo mismo, de acuerdo con el planteamiento de los principales teóricos de nuestra investigación, Lazarus & Folkman (1984) definen así el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y comportamentales que se modifican de manera constante, con el fin de manejar las exigencias sociales tanto internas como externas, identificando dos métodos de afrontamiento comportamental y cognitivo teniendo en cuenta las categorías enfocadas en el problema y en la emoción.

Por lo anterior, se llegó al análisis que los padres presentan preferencias de afrontamiento, es decir, manejo adecuado centrado en el problema, en resolución de problemas y restructuración cognitiva, entendiéndose que hay reducción de

estrés frente a los principales ambientes y dificultades que acarrea la discapacidad, donde en primera medida no reconocen la situación pasante; sin embargo, en la medida del manejo de la situación, sí logran una asimilación y acomodación en la percepción de la dificultad.

Ahora bien, los que se encuentran centrados en la emoción evidencian poca búsqueda de apoyo emocional y social, debido al rechazo de la sociedad hacia su hijo, a la observación crítica-destructiva, a ser juzgados por la condición de su hijo.

Es válido resaltar las escalas inadecuadas centradas en el problema; se encuentra el pensamiento desiderativo y evitación de problemas, donde se evidencia que los padres no son evitativos; es decir, afrontan la condición de su hijo con responsabilidad, tomando roles y pautas de crianza, permitiéndoles así tener un manejo adaptativo de la condición.

Finalizando, se presentan las escalas inadecuadas centradas en la emoción, como autocritica y retirada social, donde se logra establecer que los padres pertenecientes a la muestra de esta investigación no se autoculpalan por la discapacidad de su hijo, no presentan pensamiento ni emociones autopunitivos y, por el contrario, tienen capacidad de lucha frente a la situación, interactuando con sus redes sociales.

Si bien los datos no apoyan el déficit en afrontamiento por parte de los padres o la presencia de estrategias de afrontamiento inadecuadas, es de considerar que en la población objeto de estudio la discapacidad no es un evento nuevo, sino es una situación con la que ha convivido la familia por más de 20 años, como lo señala la media de edad de los hijos con discapacidad. Esto lleva a pensar que, aunque inicialmente pudieron existir estos déficits, en el transcurso de la situación y del desarrollo de los niños se encuentran recursos personales que pueden dar como resultado las estrategias adecuadas que se encontraron en nuestra investigación; aspectos como el acceso a la educación, el soporte de un equipo interdisciplinario y el poder ver un avance en los procesos cognitivos de los niños, ya que son años educables, en el caso de los niños con diagnóstico de retardo mental leve, o institucionalizados, en el caso de los otros diagnósticos, que contribuyen a un desarrollo de adaptación y afrontamiento adecuado reflejados en los aspectos cognitivos y comportamentales de los padres.

No obstante, el hecho de encontrar en un rango medio estrategias inadecuadas como pensamiento desiderativo y expresión emocional, o escalas adecuadas como el soporte social, indican que es importante diseñar estrategias de intervención que permitan fortalecer la dirección que deben tomar estas estrategias de afrontamiento para que se encuentren realmente en el rango alto o bajo, según sean adecuadas o inadecuadas, y así lograr el desarrollo completo del afrontamiento.



Conclusiones

De acuerdo con los planteamientos iniciales de la investigación y con los datos arrojados, se llegó a varias conclusiones: los padres con hijos con discapacidad cognitiva presentan estilos adecuados de afrontamiento, donde se resalta la resolución de problemas, estableciendo que los padres logran identificar las falencias y dificultades de su hijo, apropiándose de la situación.

De tal forma, factores como la percepción ante la situación y el papel de los recursos personales, así como el ver el problema dentro de un marco para resolver, reflejan la capacidad de las estrategias personales para poder enfrentarse mejor a la situación.

De la misma manera, es pertinente mencionar que el estudio investigativo acerca de los padres fue enriquecedor ya que permitió tener un acercamiento de las respuestas emocionales, cognitivas y comportamentales de estos, quienes son los que están directamente implicados con la situación. Es importante resaltar que el trabajo que se realizó con esta población, y más con los padres, dio la posibilidad de poder conocer y cambiar alguna de las concepciones que vagamente las personas a diario enjuiciaban acerca de la forma en que los padres con hijos discapacitados asimilaban esta situación. Por medio de la investigación y de las vivencias que se obtuvieron al interactuar con los padres, se pudo demostrar que estos poseen estrategias de afrontamiento correctas para esta realidad; por esta razón, esta exploración es enriquecedora, ya que se pudo tener una nueva concepción acerca de este tema, por medios cuantitativos y cualitativos.

Cabe resaltar que han sido pocos los estudios que se han realizado con los padres de poblaciones con discapacidad cognitiva en el contexto colombiano, y es necesario gestionar nuevas intervenciones terapéuticas, dar a conocer la experiencia de los padres, las prácticas sociales en estas instituciones, y aportes que se pueden realizar para dar así paso a nuevas investigaciones con el fin de lograr estabilidad emocional, manejo adecuado del duelo y acompañamiento familiar.

Por lo anterior, es importante señalar la proyección social y su objetivo central, el cual es dar respuestas a problemas y necesidades que presenta una comunidad o una población de estudio.

Según el artículo doce de la proyección social de la Universidad Piloto de Colombia, las prácticas académicas son la materialización del compromiso de la Universidad Piloto con la sociedad, y buscan la aplicación de los conocimientos teóricos a situaciones socioeconómicas y culturales concretas, con el fin de lograr la validación de saberes, el desarrollo de habilidades profesionales y la atención directa de las necesidades del medio. Por ello se logró un impacto de la investigación, donde se pudo analizar y observar de manera detallada las necesidades de la población vulnerable, logrando así coordinar y articular acciones de bienestar a la situación presentada. Esto se logró a través de un intercambio de información con la AEV de manera productiva y provechosa, tanto para esta como para las investigadoras a nivel profesional.

Referencias bibliográficas

- Afanador, S. (s. f.). *Niños con discapacidad*. Recuperado de <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/article-87518.html>
- Aguado, A. L., Rueda, M. B. & Rodríguez, M. A. (s. f.) *Las estrategias de afrontamiento como variables moduladoras en lesionados medulares*. Recuperado de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp17.pdf>
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1969). Some contemporary patterns in the feeding situation. In A. Ambrose (ed.), *Stimulation in early infancy* (pp. 133-170). London: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly*, 10, 51-58.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, R. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Bowlby, J. (1999). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Breslau, N. & Davis, G. C. (1986). Chronic stress and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 309-314.
- Cano, Rodríguez & García. (2006). Instrumento inventario de estrategias de afrontamiento. Recuperado de [http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf).
- Carver, C. S., Scheier, M. N. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56, 267-283.
- Cunningham, C. C. (1985). The effects of mentally handicapped children on families: A conceptual review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26(6), 847-864.
- Davis, M., Mckay, M. & Eshelman, E. (2000). *Técnicas de autocontrol emocional*. México: Martínez Roca.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). *Psicología de la salud*. Recuperado de http://www.cepvi.com/articulos/psicologia_de_la_salud.htm (Coping: Pitfalls and promise. Annu rev psychol, 55, 745-774).
- Gainza, L., García, M., García, J., Gómez, M. & Hernández, L. (2009). *Las anomalías sociales*. Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias Políticas y Jurídicas.
- Hernández, Fernández & Baptista (2003). *Metodología de la investigación*. 3^a ed. México: McGraw-Hill.
- Luzoro, G. (1992). Psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 111(1). Recuperado de http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/psicologia_de_la_salud.pdf.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). El concepto de afrontamiento, en *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1998). An analysis of coping in amiddle age community sample. *J Health soc Behav*, 21, 219-239.
- Luzoro, G. (1985). Psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 111(1). Recuperado de http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/psicologia_de_la_salud.pdf
- McCubbin, H. I., Nevin, R. S., Cauble, A. E., Larsen, A., Comeau, J. K. & Patterson, J. M. (1983). Family coping with chronic illness: The case of cerebral palsy. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioural health and behavioural medicine. Frontiers of a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Ministerio de Educación Nacional (2006). *Orientaciones pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad cognitiva*.
- Ministerio de Educación Nacional. (2005). *Población con necesidades educativas especiales*. Recuperado de <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/article-84317.html>
- Organización Mundial de la Salud (1964). *Psicología de la salud*. [http://cmappspublic.ihmc.us/rid=1162219115890_949566180_16023/Definici%C3%B3n%20de%20Psicolog%C3%ADa%20de%20la%20Salud%20La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20\(OMS,%201964\)%20define%20la%20salud%20como.htm](http://cmappspublic.ihmc.us/rid=1162219115890_949566180_16023/Definici%C3%B3n%20de%20Psicolog%C3%ADa%20de%20la%20Salud%20La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS,%201964)%20define%20la%20salud%20como.htm)
- Sarto, M. (2007). III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Inico).
- Schofield, W. (1969). *Fibromialgia*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/monografias/8/fibromialgia1.shtml>
- Shapiro, A. (1988). Hacia una medicina comportamental comprensiva. *Rev. Lat. de Psicología*, 20(1), 27-43.
- Shelley, E. (2007). *Psicología de la Salud*. 6^a ed. Los Ángeles: University of California y McGraw-Hill.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychology*, 38, 1161-1173.

Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. & Kigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13: 343-361.

Urrego, B. (2007). *Psicología de la salud: de la acción individual a la acción social*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de http://www.usbbog.edu.co/Nuestra_Universidad/Publicaciones/Psicologia/Volumen1N2_2007/PS_Accion.pdf