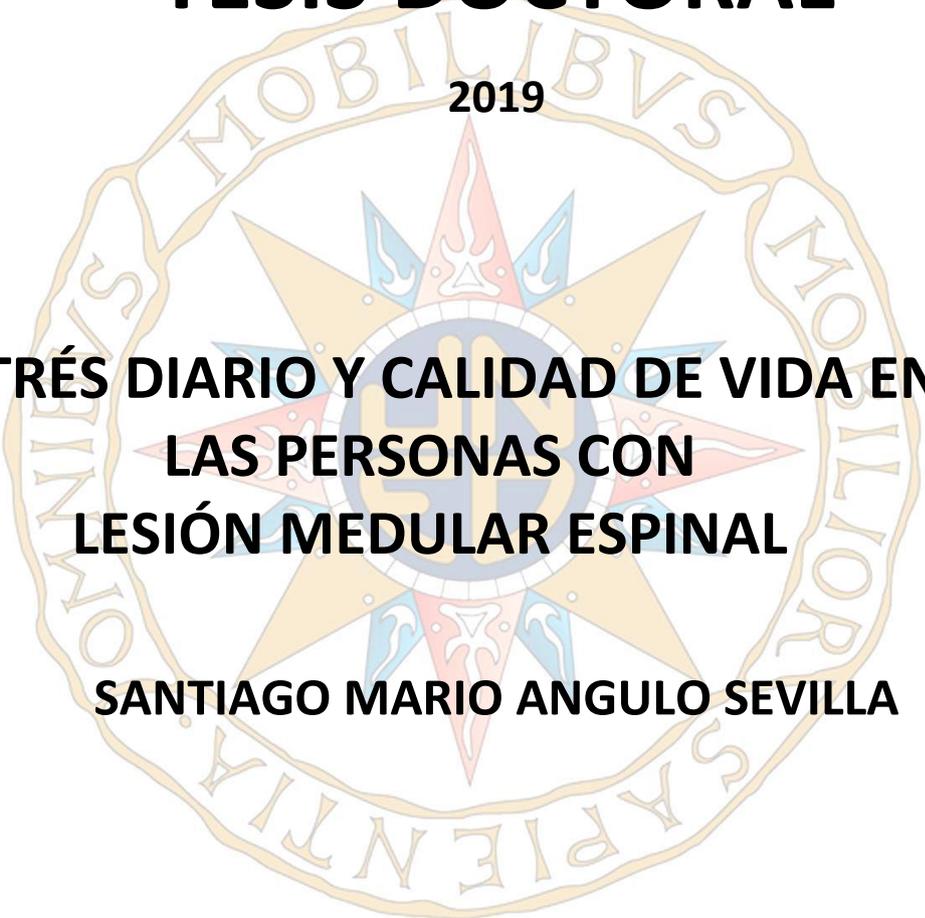


# TESIS DOCTORAL

2019



## ESTRÉS DIARIO Y CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR ESPINAL

SANTIAGO MARIO ANGULO SEVILLA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
MIGUEL ÁNGEL SANTED GERMÁN  
JOSÉ MANUEL REALES AVILÉS  
BONIFACIO SANDÍN FERRERO



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y  
TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA (UNED)

ESTRÉS DIARIO Y CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR ESPINAL

Autor: Santiago Mario Angulo Sevilla

Licenciado en Psicología por la Facultad de Psicología de la UNED

Director: Miguel Ángel Santed Germán

Codirector: José Manuel Reales Avilés

Codirector: Bonifacio Sandín Ferrero



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco, en primer lugar, a mi Director de Tesis Doctoral, Dr. Miguel Ángel Santed Germán, su implicación incondicional, consejos, sugerencias, ideas y sobre todo multitud de conocimientos y experiencias que me ha proporcionado durante este largo periplo que hemos compartido juntos. Agradezco también a mis codirectores Dr. José Manuel Reales Avilés y Dr. Bonifacio Sandín Ferrero sus aportaciones así como su enorme ayuda en el tratamiento estadístico de los datos, traducción y uso del inglés, y elaboración/corrección de los estudios para su publicación.

Esta Tesis se la tengo que dedicar indudablemente a mis padres, Antonio y Matilde, quienes son mi apoyo, sustento, compañía y que también han estado implicados activamente conmigo no sólo durante esta Tesis, sino a lo largo de toda mi carrera universitaria y en mi bienestar vital en general.

A la Dra. María Isabel Comeche Moreno y al Dr. Miguel Ángel Vallejo Pareja que me orientaron e impulsaron en la dirección de completar mi preparación académica con el doctorado y la Tesis cuando no tenía claro qué camino profesional tomar. Al Dr. Jean–Pierre Lévy Mangin cuyos amplios conocimientos sobre la comprensión y manejo de las SEM permitió desbloquear el proceso de análisis de datos en el que estábamos en aquel momento.

Finalmente, vaya mi agradecimiento tanto a ASPAYM–Granada como a Integravilla–Villaviciosa de Odón por su entusiasta colaboración, y a sus gentes por su aportación durante la preparación y divulgación de los cuadernillos con las escalas. Sin ellos esta Tesis no habría sido posible.

Por último, quiero recordar a los restantes familiares y amigos, que se han interesado y preocupado por mí y mi evolución en estos años de Tesis. A todos muchas gracias.

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	5
ÍNDICE .....	7
LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS .....	9
LISTA DE FIGURAS.....	12
LISTA DE TABLAS .....	13
LISTA DE ANEXOS .....	14
PARTE TEÓRICA .....	15
1. <i>La lesión medular espinal</i> .....	15
2. <i>El estrés</i> .....	19
2.1. <i>El concepto del estrés desde una perspectiva histórica</i> .....	19
2.1.1. <i>El estrés como respuesta</i> .....	22
2.1.2. <i>El estrés como estímulo</i> .....	25
2.1.3. <i>El estrés como interacción o transacción</i> .....	27
2.2. <i>Modelos generales del proceso del estrés</i> .....	31
2.3. <i>Variables implicadas en el proceso del estrés</i> .....	35
2.4. <i>Variables del proceso del estrés analizadas en esta Tesis</i> .....	41
2.4.1. <i>El estrés diario</i> .....	41
2.4.1.1. <i>Problemas de conceptualización y medida del estrés diario</i> .....	42
2.4.1.2. <i>Instrumentos de medida del estrés diario</i> .....	46
2.4.1.2.1. <i>Evaluación del estrés diario con escalas generales</i> .....	46
2.4.1.2.2. <i>Evaluación del estrés diario con escalas específicas</i> .....	52
2.4.2. <i>La personalidad resistente al estrés o hardiness</i> .....	54
2.4.3. <i>El apoyo social</i> .....	55
2.4.4. <i>La salud subjetiva</i> .....	56
3. <i>La calidad de vida</i> .....	57
3.1. <i>El concepto de calidad de vida</i> .....	57
3.2. <i>Instrumentos de medida en español de la calidad de vida</i> .....	62
3.3. <i>Relaciones de la calidad de vida con estrés diario y salud</i> .....	65
3.4. <i>Relación de la calidad de vida con variables disposicionales</i> .....	67

<i>PARTE EMPÍRICA</i> .....	69
4. <i>Objetivos</i> .....	69
5. <i>Estudios realizados</i> .....	73
5.1. <i>Estudio 1</i> .....	73
5.1.1. <i>Introducción</i> .....	74
5.1.2. <i>Método</i> .....	79
5.1.2.1. <i>Participantes</i> .....	79
5.1.2.2. <i>Instrumentos</i> .....	81
5.1.2.3. <i>Diseño y procedimiento</i> .....	84
5.1.2.4. <i>Análisis de los datos</i> .....	86
5.1.3. <i>Resultados</i> .....	86
5.1.4. <i>Discusión</i> .....	97
5.2. <i>Estudio 2</i> .....	101
5.2.1. <i>Introducción</i> .....	102
5.2.2. <i>Método</i> .....	108
5.2.2.1. <i>Participantes</i> .....	108
5.2.2.2. <i>Instrumentos</i> .....	109
5.2.2.3. <i>Diseño y procedimiento</i> .....	115
5.2.3. <i>Resultados</i> .....	116
5.2.3.1. <i>Estadísticos descriptivos de la muestra</i> .....	116
5.2.3.2. <i>Relación de las variables sociodemográficas con calidad de vida</i> .....	119
5.2.3.3. <i>Modelo explicativo–predictivo de la calidad de vida</i> .....	121
5.2.4. <i>Discusión</i> .....	126
6. <i>Conclusiones generales</i> .....	133
6.1. <i>Estrés diario en el ámbito de la lesión medular espinal</i> .....	133
6.2. <i>Calidad de vida en la lesión medular espinal</i> .....	135
<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	141
<i>ANEXOS</i> .....	187

## LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS

$\alpha$  = alfa de Cronbach

$\chi^2$  = chi cuadrado; ji cuadrado

€ = euro = moneda oficial de la eurozona en la Unión Europea

> = mayor o igual que (compara dos magnitudes señalando la mayor sobre otra de referencia)

< = menor o igual que (compara dos magnitudes señalando la menor sobre otra de referencia)

% = porcentaje; tanto por ciento

ACTH = corticotropina o corticotrofina = hormona adrenocorticotropa

AFE = Análisis Factorial Exploratorio

AHSCS = Acculturative Hassles Scale for Chinese Students

AN = Afectividad Negativa

ANOVA = Analysis Of Variance = Análisis de Varianza

ASPAYM = Asociación de Paraplégicos y Personas con Gran Discapacidad Física

$B$  = estadístico beta

CCV = Cuestionario de Calidad de Vida

CED = Cuestionario de Estrés Diario

CFI = Comparative Fit Index = Índice de Ajuste Comparativo

cfr. = cónfer = compárese

comp. = compilador

corp. = corporation = corporación; sociedad

CPRE = Cuestionario de Personalidad Resistente al Estrés

CV = Calidad de Vida

doi = digital object identifier = identificador digital de objeto

DSI = Daily Stress Inventory

DT = Desviación Típica

e.g. = *exempli gratia* = por ejemplo

ed(s). = editor de la obra reseñada

EED–LME = Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal

EED–LME–26 = Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal

EHU = Escala Hassles & Uplifts: Versão em Português

ESS = Escala de Síntomas Somáticos

ESS–R = Escala de Síntomas Somáticos–Revisada

ESS–LME = Escala de Síntomas Somáticos para la Lesión Medular Espinal

et al. = *et alii* = y colaboradores

etc. = etcétera

F = prueba F de Fisher–Snedecor

fac. = factor

g.l. = grados de libertad

GARSS = Global Assessment of Recent Stress Scale

GFI = Goodness of Fit Index = Índice de Bondad de Ajuste

HS = Hassles Scale

HUS = Hassles and Uplifts Scale

i.e. = *id est* = esto es; es decir

IBM = International Business Machines = empresa fabricante y comercializadora de hardware y software para ordenadores.

ISLE = Inventory of Small Life Events

KMO = Kaiser–Meyer–Olkin

LME = Lesión Medular Espinal

M = Media

N = número de casos que forman la muestra de estudio

n = número de casos por subgrupo

NES = Negative Event Scale

NFI = Normed Fit Index = Índice de Ajuste Normalizado

p = probabilidad

PCTA = Patrón de Conducta Tipo–A

PECVEC = Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos

PERI = Psychiatric Epidemiology Research Interview–Life Events Scale  
PGFI = Parsimonious Goodness of Fit Index = Índice de Bondad Parsimoniosa de Ajuste  
pp. = páginas de un documento entre las que se encuentra una información citada  
PSN = Perfil de Salud de Nottingham  
ptas. = pesetas (antigua moneda oficial del Reino de España)  
QCEEQ = Questionnaire Combiné: Embêtements et Encouragements Quotidiens  
 $r$  = correlación de Pearson  
 $R^2$  = correlación múltiple al cuadrado  
RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation = Error de Aproximación Cuadrático Medio  
SS–B = Social Support Behaviors = escala de apoyo social  
SCI = Spinal Cord Injury  
SGA = Síndrome General de Adaptación  
Sig. = significación  
SNC = Sistema Nervioso Central  
SRLE = Survey of Recent Life Experiences  
 $t$  = prueba  $t$  de Student  
UCV = Unidades de Cambio Vital  
US = Uplifts Scale  
Vd. = usted  
vid. = videatur = véase  
vol. = volumen de una publicación  
WHO = World Health Organization  
WSI = Weekly Stress Inventory

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.1.	<i>Tipos de lesión medular espinal aceptados en función de la altura y espesor de ésta .....</i>	<i>18</i>
FIGURA 2.1.	<i>Modelos prototípicos del estrés basados en la respuesta (modelo A) y en el estímulo (modelo B).....</i>	<i>25</i>
FIGURA 2.2.	<i>Modelo de estrés psicosocial de Lazarus y Folkman .....</i>	<i>32</i>
FIGURA 2.3.	<i>Procesos implicados en el estrés psicosocial.....</i>	<i>33</i>
FIGURA 2.4.	<i>Modelo procesual del estrés psicosocial .....</i>	<i>33</i>
FIGURA 5.1.	<i>Modelo factorial confirmatorio inicial de la EED–LME.....</i>	<i>93</i>
FIGURA 5.2.	<i>Modelo factorial confirmatorio definitivo de la EED–LME e indicadores de las estimaciones paramétricas halladas .....</i>	<i>95</i>
FIGURA 5.3.	<i>Categorías creadas para tipo de lesión medular espinal de cara a la realización de un análisis de regresión múltiple .....</i>	<i>124</i>

## LISTA DE TABLAS

TABLA 2.1.	<i>Cuestionarios generales para la evaluación del estrés diario en población adulta</i> .....	47
TABLA 3.1.	<i>Escalas en habla española para la evaluación de la calidad de vida en población adulta</i>	62
TABLA 5.1.	<i>Estadísticos descriptivos sobre edad de nuestra muestra así como dos características de los participantes con una LME</i> .....	80
TABLA 5.2.	<i>Matriz de correlaciones entre las 28 variables observables de la escala de estrés diario cuando se aplica a personas con una LME (EED–LME)</i> .....	87
TABLA 5.3.	<i>Peso obtenido de cada ítem en cada factor en el análisis factorial exploratorio de la EED–LME utilizando el método de ejes principales con rotación varimax</i> .....	88
TABLA 5.4.	<i>Valores Alfa obtenidos para las 9 subescalas que forman la EED–LME</i> .....	92
TABLA 5.5.	<i>Correlaciones de la EED–LME–26 con la ESS–LME, el CCV, el CPRE, y con el consumo de analgésicos y antiespasmódicos</i> .....	96
TABLA 5.6.	<i>Estadístico de contraste t entre la EED–LME–26 con sexo, vivienda adaptada, uso o no de silla de ruedas y estado civil. Y estadístico F para los análisis de varianza one–way entre la EED–LME–26 con tipo de lesión medular espinal, profesión anterior a la lesión medular espinal y actividad actual tras la lesión medular espinal</i> .....	97
TABLA 5.7.	<i>Media, desviación típica y coeficiente Alfa para los cuestionarios CCV, EDD–LME–26, ESS–LME, CPRE y SS–B (familia y amigos)</i> .....	115
TABLA 5.8.	<i>Número y porcentaje de participantes por sexo, vivienda adaptada, uso o no de silla de ruedas, estado civil, tipo de lesión medular espinal, nivel de ingresos económicos, y cantidad y grado de personas de apoyo</i> .....	118
TABLA 5.9.	<i>Diferencias en calidad de vida en función del sexo, vivienda adaptada, uso o no de silla de ruedas, estado civil, tipo de lesión medular espinal, profesión, y cantidad y grado de personas de apoyo</i> .....	119
TABLA 5.10.	<i>Correlaciones de Pearson entre calidad de vida y el resto de variables: estrés diario, síntomas somáticos, hardiness, apoyo social de familia y amigos, medicación consumida (nº de analgésicos a la semana y nº de antiespasmódicos al día), sexo, vivienda adaptada, uso o no de sillas de ruedas, estado civil, tipo de lesión medular espinal, edad, años desde la lesión medular espinal, grado de discapacidad y nivel de ingresos económicos...</i>	122
TABLA 5.11.	<i>Análisis de regresión lineal (método hacia adelante o forward) para calidad de vida como variable criterio con las variables predictoras que resultaron significativas: CPRE, SS–B amigos, ESS–LME, vivienda adaptada, tetraplejia, cantidad y grado de personas de apoyo, y nº de analgésicos consumidos a la semana (n = 105)</i> .....	126

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1.	<i>Instrucciones generales</i> .....	187
ANEXO 2.	<i>Datos sociodemográficos</i> .....	189
ANEXO 3.	<i>EED-LME</i> .....	191
ANEXO 4.	<i>ESS-LME</i> .....	195
ANEXO 5.	<i>CCV</i> .....	197
ANEXO 6.	<i>SS-B</i> .....	199
ANEXO 7.	<i>CPRE</i> .....	201

## PARTE TEÓRICA

En este apartado se presentarán, de forma somera, las características generales de las personas con una lesión medular espinal y su problemática fundamental. Asimismo, se expondrá la información recopilada acerca del origen, desarrollo, y estado actual del estrés diario en conjunto y, más específicamente, de sus implicaciones con la calidad de vida. También se abordará la relación de la lesión medular espinal con el estrés diario y la calidad de vida.

### 1. La lesión medular espinal

El constructo de Lesión Medular Espinal (en adelante LME) hace referencia a un suceso vital mayor que provoca importantes y permanentes cambios en la vida de quien la sufre (Richards, Kewman, & Pierce, 2002). Consiste en una interrupción de las vías nerviosas que comunican el cerebro con el resto del organismo y a las consecuencias que le siguen. Este cese de la señal neuronal ocasiona en la persona una restricción de sus funciones motoras, sensitivas y vegetativas en la parte corporal que queda por debajo de la lesión, así como alteraciones a nivel sexual (Buckelew, Frank, Elliott, Chaney, & Hewett, 1991). Como cabe suponer, las consecuencias de una LME suelen ser muy importantes, y afectan gravemente, y de forma generalmente irreversible, a las funciones y capacidades de los pacientes en toda su integridad. Además supone cambios importantes y necesarios en la vida de los individuos, que pasan bruscamente de un estado “normal”, sano y autónomo a depender de otra persona (familiar, enfermero/a, cuidador/a), o, al menos, a vigilar en mayor o menor medida su salud; con una LME se ven alteradas todas las expectativas vitales, y se necesitan

nuevas habilidades para poder adaptarse a éstas o a nuevas formas de vida, y a su relación con el entorno.

A pesar de todo lo dicho, aún es posible la reintegración a la vida social y familiar, e incluso, al mundo del trabajo, deporte u ocio (de manera cada vez más activa, independiente, digna y satisfactoria) si se logran los cambios necesarios en el estilo de vida de la persona con una LME. Para lograr dichos cambios es importante que vayan acompañados del equipamiento y la ayuda profesional necesaria. Asimismo, lógicamente también es importante que la sociedad asimile a los lesionados medulares como personas válidas y capacitadas para desarrollar las actividades que realizaban, o no, previamente a la lesión.

La médula espinal es un órgano del Sistema Nervioso Central (SNC). Su función es conducir los impulsos del cerebro al resto de los órganos y miembros del cuerpo (señales eferentes), y, al contrario, ascienden por ella desde la periferia al cerebro (señales aferentes). La médula espinal, el cerebro, y los demás componentes del SNC están formados por miles de millones de fibras nerviosas y células (neuronas), controlando éstas todos los procesos que suceden en el cuerpo humano. Este conjunto es de tal complejidad que aún no se conocen muchos de los procedimientos que dirigen su funcionamiento o sus enfermedades, ni cómo llevar a cabo su reparación o tratamiento en caso de daño o disrupción. La interrupción de las vías nerviosas produce parálisis de los músculos, pérdida de la sensibilidad y alteraciones en la función de los diversos órganos que quedan desconectados del control cerebral. Además, la médula espinal es capaz de modular la información que transmite; esto explica muchos de los síntomas que padecen los lesionados medulares, tales como el dolor o los espasmos musculares. La médula espinal está protegida por una estructura ósea, la columna vertebral, que va desde la base del cráneo hasta la pelvis. Ésta está compuesta por vértebras, siete en el cuello (cervicales), doce en el tórax (torácicas o dorsales), y cinco en la parte más baja de la espalda (lumbares). Más abajo está también el hueso sacro, formado por cinco vértebras unidas que no se mueven entre sí.

En la actualidad, la LME en sí misma es incurable. No se conoce en ninguna parte del mundo ningún tratamiento, intervención quirúrgica, o procedimiento alternativo que restaure la médula espinal dañada (así como las neuronas muertas) y la devuelva a su estado original. Antes de la II Guerra Mundial, el 80 % de los afectados morían durante los primeros meses de la lesión (Wittkower, Gingras, Mergler, Wigdor, & Lepine, 1954). La investigación médica avanzó enormemente a partir de la II Guerra Mundial y, hoy en día, aquella cifra se ha invertido siendo cada vez mayor el número de dichas investigaciones, y aplicaciones de las mismas, en la rehabilitación y en la mejora de la calidad de vida que nos permiten ser optimistas de cara al futuro.

Hay diferentes tipos de LME, siendo su alcance y gravedad dependiente, por un lado, de la altura en la columna vertebral en que se produce ésta, o si es completa o incompleta, y, por otro, la causa de la misma y otros factores acompañantes. Las lesiones que se producen en los niveles cervicales normalmente afectan a las cuatro extremidades y al tronco; el paciente no puede mover, o tiene alteraciones en la movilidad, de dichas áreas. También se acompaña de trastornos en la sensibilidad y en las funciones urinaria, intestinal y sexual, así como en el sistema vegetativo. Si éstas son muy altas pueden provocar, incluso, parálisis de los músculos respiratorios. A niveles más bajos de la columna (dorsal y lumbar) los trastornos son similares, pero no afectan ni a los brazos ni al tronco.

Por otra parte, las lesiones completas son aquellas en las que no existe ninguna capacidad de movimiento ni sensibilidad por debajo de la lesión, estando la médula espinal dañada en todo su espesor. Las incompletas son las que presentan una afectación de ésta en una parte del espesor total, persistiendo, adicionalmente, alguna capacidad de movimiento o sensación por debajo de la lesión, por mínima que sea.

A tenor de estas apreciaciones, se distinguen cuatro tipos de LME: a nivel cervical, completa (tetraplejía) e incompleta (tetraparesia), y a nivel dorsal o lumbar, completa (paraplejía) o incompleta (paraparesia) (Figura 1.1).

	cervical	dorsal o lumbar
completa	Tetraplejía	Paraplejía
incompleta	Tetraparesia	Paraparesia

*Figura 1.1.* Tipos de lesión medular espinal aceptados en función de la altura y espesor de ésta.

Las causas de la LME se dividen en traumáticas y médicas. Entre las primeras, las más frecuentes son los accidentes de tráfico (coche, moto, camión, autocar/autobús, bicicleta o quad), y después se situarían los laborales, deportivos, caídas, zambullidas (en la piscina, en el mar, etc.), conflictos bélicos, etc. Entre las enfermedades que conllevan una LME se sitúan los tumores, las infecciones, las trombosis y también las malformaciones congénitas.

Los informes que se disponen sobre la LME en España indican una incidencia de aproximadamente unas 800 a 1000 personas nuevas afectadas al año. Se estima que la prevalencia es de más de 30000 personas por millón de habitantes. Estas cifras van en aumento gracias a los avances médicos que proporcionan una esperanza de vida mayor para esta población. Por otra parte, las causas traumáticas dan cuenta de un 70 % a 80 % de las LME, mientras que las médicas del 20 % a 30 % restante.

Las LME son mucho más frecuentes en hombres (80 %) que en mujeres (20 %). Las lesiones en vértebras cervicales dan cuenta de un 41 % (tetraplejia y tetraparesia) frente a un 58 % de dorsales y lumbares (paraplejia y paraparesia). El 1 % restante corresponden a nivel sacro. Por último, el grupo de edad comprendido entre los 15 y 40 años suma el 80 % de las LME, y el otro 20 % a partir de 41 años en adelante. No se disponen de datos fiables entre los 0 y 14 años de edad.

En este trabajo se aborda la incidencia del estrés diario en el desenvolvimiento del lesionado medular en las actividades del día al día. Asimismo, se valorará la calidad de vida de este colectivo en función de dicho estrés diario. También se considerará el impacto del estrés diario y el grado de calidad de vida en función de las variables: apoyo social (familiares y amigos), *hardiness*, y salud.

A continuación se expone cada uno de estos conceptos de manera amplia y detallada.

## 2. El estrés

A continuación, se expondrá el concepto, perspectiva histórica, modelos generales y variables implicadas en el proceso del estrés.

### 2.1. El concepto del estrés desde una perspectiva histórica

Después de la lectura del artículo de B. Don Franks publicado bajo el título *What is stress?* (Franks, 1994), resulta sorprendente que después de 60 años de continuo empleo del término estrés todavía siga siendo necesario delimitar su significado en ambientes científicos y, sobre todo, en publicaciones especializadas en la materia. Y es que probablemente no haya en el ámbito de la psicología ningún otro término que contenga simultáneamente las características de poseer un uso –y abuso– tan amplio, y ser tan investigado como ambiguo. Su uso es frecuente por parte de psiquiatras, psicólogos, médicos, sociólogos, y por la

población en general, tanto en conversaciones cotidianas como en los medios de comunicación.

El concepto de estrés fue empleado inicialmente en el siglo XVII por el físico y biólogo R. Hooke para acercarse a fenómenos de carácter físico tales como fuerza, presión, esfuerzo, deformación (*strain*), etc. Hooke lo aplicó a estructuras fabricadas por el ser humano (puentes, edificios, etc.). Su principal característica es que estos elementos tienen que soportar fuerzas diversas y de distinta índole. A partir de aquí, los ingenieros y físicos iniciaron la utilización de tres conceptos basados en las características físicas de los cuerpos sólidos: carga (*load*), estrés (*stress*), y distorsión o tensión (*strain*) (Cox, 1978; Feuerstein, Labbé, & Kuczmierczyk, 1986; Hinkle, 1974; Lazarus, 1993).

El concepto de *Carga* se emplea para referirse al peso que ejerce una fuerza externa sobre una estructura sólida. El de *Estrés* se centra en la fuerza interna que se produce en una zona concreta sobre la que actúa una fuerza externa, la cual ocasiona diferentes grados de tensión o deformación en la estructura sólida a la que se alude. Y el de *Distorsión* se utiliza para indicar la alteración en tamaño o forma del material en cuestión respecto de su estado original. Esta deformación está causada mayoritariamente por la acción conjunta de la carga y el estrés. Estos tres términos han sido adoptados y adaptados por disciplinas como la biología, fisiología, psiquiatría, psicología, y sociología. Y todas ellas han contribuido al desarrollo de las diversas teorías sobre el estrés conocidas. El concepto carga, en general, ha evolucionado en estas ciencias hacia el de estresor. Con él se señala al estímulo inductor de estrés. Los términos estrés y distorsión han experimentado mezclas que condujeron a ser confundidos, al reducirse ambos al primero para así aludir a un estado del organismo: el estado de estrés. Sin embargo, en algunas situaciones concretas pueden encontrarse diferenciados, utilizándose el concepto de estrés para indicar el estímulo (el cual puede ser objetivamente medido) y el de distorsión (*strain*) para indicar la respuesta al estresor, distinta en cada individuo.

Dentro de la psicología, no es difícil constatar la imprecisión y la ambigüedad del concepto de estrés (LeBlanc, Frost, & Wight, 2015). Tampoco el de las diversas maneras de definirlo, siendo en ocasiones contradictorias. Algunos autores sostienen que éste esencialmente es de utilidad para denominar un área importante de estudios que se fundamentan en problemas cercanos y relacionados entre sí (Åhlin, Ericson–Lidman, Eriksson, Norberg, & Strandberg, 2013). Otros, por el contrario, se han inclinado por usar un lenguaje más coloquial. Manejan expresiones que, aunque resultan menos precisas, a veces concentran más certeramente el sentido genérico de dicho término. Por todo ello, el estrés se ha conceptualizado como información que el individuo interpreta como amenaza de peligro (Mossakowski, 2015), como frustración y amenaza que no puede ser reducida (McVicar, Ravalier, & Greenwood, 2014), o como imposibilidad de predecir el futuro (Rüsch et al., 2011).

A continuación, realizaremos una breve revisión de la evolución del constructo de estrés a lo largo de estas últimas seis décadas.

En general, ha existido un cierto consenso cuando se ha conceptualizado históricamente las definiciones del estrés. Así, por ejemplo, Cox y Mackay (1981) sugirieron considerar al estrés como respuesta, estímulo, percepción o transacción. Hobfoll (1989) agrupó estas definiciones siguiendo la línea de Cannon–Selye que hablaron de *estrés como respuesta, como estímulo*, aquellas que se centran en la *percepción del suceso* y, en última instancia, los modelos *transaccionales* del estrés. Lazarus (1990) delimitó estas definiciones en función de que se acercasen al estrés como un estímulo, una respuesta o una transacción. Tal y como ha explicado Sandín (2008), los enfoques encuadrados en la respuesta, el estímulo, y la interacción –o transacción–, no implican únicamente diferenciaciones en el abordaje de su definición sino que adicionalmente influyen la manera de interpretarlo, y sus implicaciones prácticas en el área de la psicología, reflejando, por todo ello, un proceso único y singular de evolución en cuanto a la conceptualización del estrés.

Aunque ciertamente cualquier categorización del estrés que se desarrolle contará con limitaciones, y dado que no existe una coincidencia total entre los autores especializados en esta materia, se ha optado en este trabajo (siguiendo la línea de lo expuesto en el párrafo anterior) por tres orientaciones teóricas que han marcado el desarrollo de la teoría general del estrés así como de su aplicación en el ámbito concreto de la psicopatología, por un lado, y de la salud en general, por otro: el estrés centrado en la respuesta (e.g., Selye, 1956), el estrés focalizado en el estímulo (e.g., Holmes & Rahe, 1967), y el estrés como transacción (incluyendo en este grupo último las conceptualizaciones de éste como interacción) (Lazarus & Folkman, 1984, 1987).

### 2.1.1. El estrés como respuesta

En el campo de las ciencias de la salud en general, y de la psicofisiología y la psicología en particular, el precursor en la adopción del término estrés fue Hans Selye, quien a partir de 1954 mostró interés en esta área. Este autor lo define inicialmente como “la manifestación de un síndrome concreto, relativo a todos los cambios no específicos provocados en un sistema biológico. Así el estrés tiene su composición y formas típicas, pero no una causa particular concreta” (Selye, 1960, p. 65). El elemento causante del estrés lo denomina estresor o alarmígeno. Es el responsable de poder romper la homeostasis del organismo. Posteriormente, Selye (1983) recalifica el concepto de estrés como “respuestas inespecíficas del organismo a las demandas hechas sobre él”. En esta nueva interpretación, cualquier acción sobre el sujeto puede ser susceptible de convertirse en estresor, ya que bastaría que provocase dicha respuesta inespecífica de necesidad de reajuste o estrés en el organismo. Ésta es siempre similar, pues implica sendas activaciones del eje hipotálamo–hipófiso–corticosuprarrenal, por un lado, y del sistema nervioso autónomo, por otro, circunstancia que si se perpetúa en el tiempo produce un síndrome de estrés.

La mayoría de la población vive en un incesante estado de estrés, el cual se asocia a situaciones positivas o negativas, de manera que el exceso de estrés daría lugar a un sobreesfuerzo para lograr una homeostasis. Cannon (1932) influyó en Selye, de quien adopta el término homeostasis. Este término hace referencia a la capacidad de todo organismo para mantener constante un equilibrio interno. También adoptó de Cannon su idea del estrés como la reacción de lucha-huida (respuestas automatizadas que los organismos producen como defensa a estímulos internos o externos que amenazan su equilibrio natural).

Selye propone que la respuesta de estrés se configura en un mecanismo conformado por tres etapas, al que denomina Síndrome General de Adaptación (SGA).

1) *Reacción de Alarma*. Es una acción inicial con la que el organismo resulta sometido a un conjunto de estímulos de manera continuada y a los cuales no se encuentra adaptado. Ello origina una llamada global al sistema inmunológico por parte de tal organismo. Se considerarían dos fases: a) choque. Se referiría a la inmediata reacción al agente nocivo. Los síntomas habituales serían hipotermia, taquicardia, pérdida del tono muscular y descenso de la presión sanguínea; se descargaría adrenalina, corticotrofina (ACTH) y corticoides; b) contrachoque. Se reconocería por un efecto de rebote. A partir de él se movilizarían una serie de sustancias de índole defensivo, y por la cual se produciría un incremento de corticoides y una rápida involución del sistema timo-linfático, con manifestaciones de carácter fisiológico opuestas a las de la fase de choque. Estas serían, hipertensión, hiperglucemia, hipertermia, diuresis, etc. Muchas enfermedades que se interrelacionan con el estrés agudo tienen lugar en esta etapa de reacción de alarma.

2) *Etapas de Resistencia*. Cuando el agente nocivo se prolonga por más tiempo (y no provoca la muerte), el organismo logra adaptarse al estresor. Esto conlleva adicionalmente aparejada una mejora e incluso la desaparición de los síntomas de la primera etapa. Entonces se genera una resistencia mayor al estresor específico

reduciéndose dicha resistencia para otros estímulos. Esto determina la sensación de que el organismo se ha adaptado, desapareciendo los síntomas de la anterior etapa, y pudiendo éstos, adicionalmente, invertirse.

3) *Etapa de Agotamiento*. Cuando el agente nocivo perdura demasiado tiempo y es lo suficientemente grave se pierde la adaptación que se había alcanzado en la etapa anterior. Como consecuencia vuelven a surgir los síntomas iniciales; esto deriva en la aparición de trastornos psicofisiológicos más o menos generalizados, que, inclusive, pueden llegar a provocar la muerte del organismo.

La teoría de Selye ha sido, lógicamente, objeto de críticas. Vingerhoets (1985) argumenta que ésta no contiene una enunciación científica precisa. Para Selye, al no existir una estimación del estímulo que permita ser considerado al margen de sus efectos como estresor, tal estímulo sería un agente nocivo que produce estrés sin más.

Asimismo, se ha generado también una controversia sobre la especificidad o inespecificidad del estrés. Dantzer y Mormede (1983) consideran que la respuesta al estrés inespecífica se localiza en la parte aferente del cerebro. Ésta corresponde a la percepción y conducción del estímulo sensitivo por el sistema nervioso. Lo diferencian de la parte eferente, la cual involucra los sistemas endocrino, nervioso somático y autónomo. En esta misma línea, Carbonaro, Friend y Dellmeier (1992) consideran que la respuesta del eje hipotálamo–hipófiso–corticosuprarrenal es más una reacción específica al estrés de origen fisiológico, que inespecífica para el conjunto de los estresores. Pero la crítica más concreta a este respecto fue elaborada por Mason (1968, 1971), a raíz de sus experimentos. Según este autor, la enorme sensibilidad del sistema endocrino (cuando responde a los estímulos emocionales) no genera una respuesta inespecífica a agentes nocivos distintos, sino que provoca una reacción específica para todos los estímulos emocionales. Considera la respuesta de estrés como una consecuencia desencadenada por el factor psicológico que acompaña a todos los estímulos amenazantes de la homeostasis del organismo. Otro argumento a favor

de esta evidencia fue presentado por Weiss (1971) quien formula que la respuesta de estrés depende del control (o percepción de control) que tiene sobre el estímulo estresor la persona, más allá de las características físicas presentes de éste.

### 2.1.2. El estrés como estímulo

Estos modelos teóricos consideran el estrés como aquellas características vinculadas a los estímulos ambientales que modifican el funcionamiento normal del organismo. Es decir, el estrés se halla fuera del individuo, siendo el *strain* (efecto provocado por el estrés) un aspecto propio del sujeto (véase la Figura 2.1).

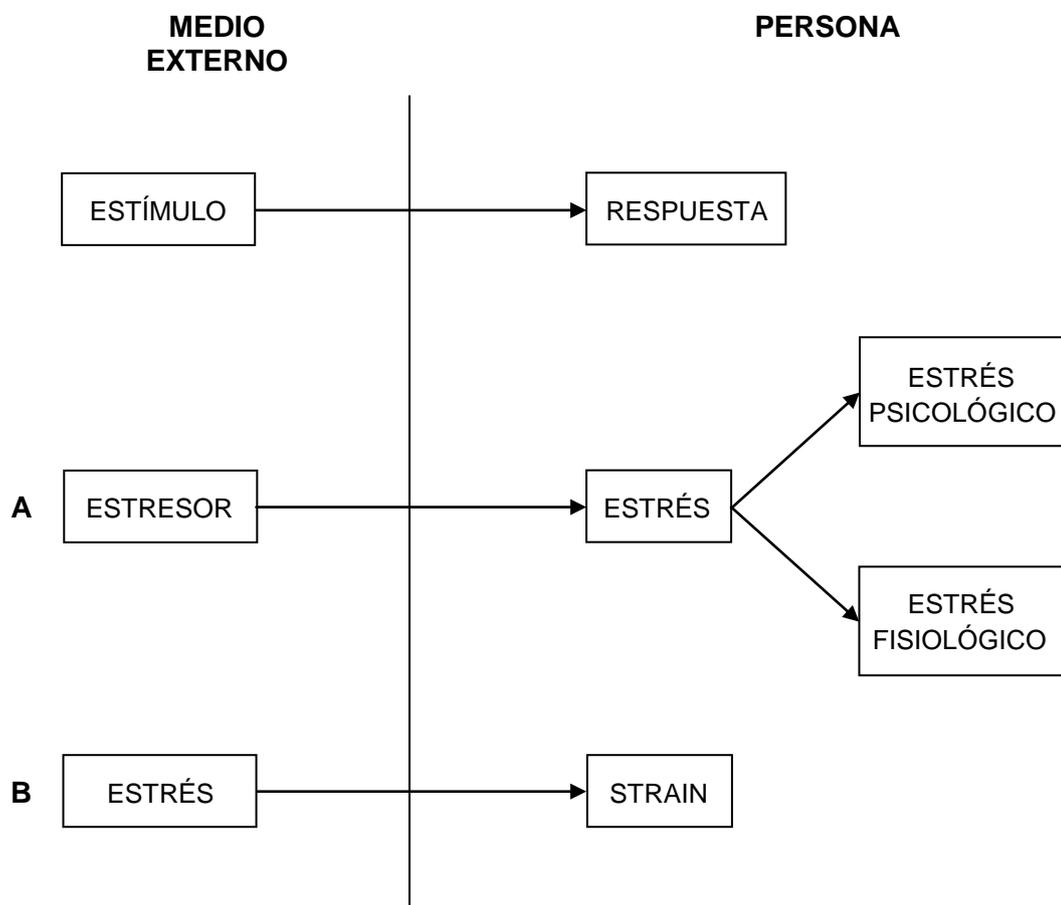


Figura 2.1. Modelos prototípicos del estrés basados en la respuesta (modelo A) y en el estímulo (modelo B) (Adaptado de Cox, 1978).

Así, el estrés se consideraría una variable independiente. La orientación basada en el estímulo es la más próxima a la formulación general que tienen las personas del concepto de estrés. Como ha señalado Cox (1978), al igual que sucede con los sistemas físicos, se puede establecer que las personas poseen unos límites de tolerancia al estrés, que varían de unos a otros. Cuando se superan estos límites el estrés se manifiesta como un elemento insoportable ocasionando daños fisiológicos y/o psicológicos.

Estos modelos teóricos ponen de relieve el problema del encorsetamiento de las situaciones que pueden ser valoradas como estresantes o de estrés. Sin duda, es un inconveniente y supone una dificultad el que una circunstancia concreta pueda llegar a ser muy estresante para alguien, y muy poco o no serlo para otro (Sandín & Chorot, 1995). No obstante, se han tratado de clasificar las situaciones estresantes de distintas maneras. A continuación se expone una taxonomía de las más comunes.

1) *Los grandes acontecimientos*. Son los sucesos vitales, catastróficos, incontralables, impredecibles, como la muerte de un familiar o ser querido, la separación y/o divorcio, un accidente grave, la enfermedad, el despido laboral, la ruina económica, etc. Como queda de manifiesto, se trata de situaciones de origen externo, y no relacionadas directamente con el propio individuo, por lo que no se aborda la valoración subjetiva que el sujeto pueda hacer de ellas. Serían situaciones traumáticas y extraordinarias, que por sí mismas producirían cambios sustanciales en la experiencia personal y que demandarían un reajuste general.

2) *Los pequeños contratiempos*. En los años ochenta se comenzaron a estudiar también los acontecimientos vitales menores (*daily hassles*), o pequeños contratiempos habituales en el día a día de la gente (en el trabajo, las relaciones sociales, etc.) como estímulos estresantes.

3) *Los estímulos permanentes*. Asimismo, se consideran también los estresores menores que permanecen estables en el medio ambiente, de menor intensidad pero con una mayor duración (contaminación, ruido, hacinamiento, etc.).

Dentro de la psicopatología han cobrado una mayor importancia las teorías basadas en el estímulo. Este fenómeno se ha consolidado durante las últimas cuatro décadas. Estas teorías se circunscribirían, en conjunto, al modelo conocido como *enfoque psicosocial del estrés* o *enfoque de los sucesos vitales* (Sandín & Chorot, 1995). El grupo de T. H. Holmes es, sin duda, uno de los más representativos en la evolución, al menos en su fase inicial, de esta perspectiva del estrés.

### 2.1.3. El estrés como interacción o transacción

Las teorías interactivas o transaccionales tienden a mostrar la relevancia de los factores psicológicos (principalmente de tipo cognitivo) que actúan de mediadores entre los estímulos estresantes y las respuestas de estrés. El máximo representante de este modelo es Richard S. Lazarus (Lazarus, 1966, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Según estos dos últimos autores (Lazarus & Folkman, 1984) el estrés sería un conjunto de relaciones particulares que se darían entre la persona y la situación concreta. Y el sujeto las valoraría como algo que “grava” o excede sus propios recursos y que sitúa en peligro su bienestar personal. Es decir, el estrés psicológico se ha entendido como una forma singular de relación entre el individuo y el ambiente que le rodea.

Como Lazarus (1993) indica, el núcleo fundamental de este modelo está concentrado en el concepto cognitivo de evaluación (*appraisal*). Éste actuaría como el mediador cognoscitivo de las reacciones de estrés.

La evaluación cognitiva es un proceso que está presente en la naturaleza humana, por medio del cual las personas se hallan constantemente valorando el sentido racional de lo que sucede en cada momento, siempre relacionándolo con su bienestar personal. Este modelo interaccional de Lazarus distingue tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación.

La evaluación primaria tiene lugar en cada contacto o transacción con cualquier tipo de demanda, externa o interna. Supone el primer filtro psicológico del estrés del cual se podrían desgranar cuatro modalidades de dicha transacción:

- 1) *Amenaza*. Anticipación de un perjuicio que, aunque no ha tenido lugar hasta ese momento, su ocurrencia resulta inminente.
- 2) *Daño–Pérdida*. En este caso el perjuicio psicológico ya se ha generado (por ejemplo, un accidente de tráfico importante).
- 3) *Desafío*. En esta modalidad de evaluación se valora una situación que implica al mismo tiempo tanto una eventual ganancia de carácter positivo como una amenaza. Estas tienen lugar ante demandas complejas de gestionar, en las cuales el individuo se percibe a sí mismo preparado y con confianza de superarlas con la condición de que movilice y emplee sus recursos de afrontamiento de manera adecuada y eficaz.
- 4) *Beneficio*. En este último tipo de valoración no se registrarían reacciones de estrés, de la forma en que se entiende desde esta perspectiva teórica.

A partir de este modelo de Lazarus puede deducirse que las tres primeras formas de evaluación, conducen a tres tipos de estrés: de amenaza, de pérdida o daño, y de reto o desafío. Otra consecuencia que se desprende de esta variedad de valoración primaria es que el estrés no es un fenómeno unitario por lo que lleva a Lazarus a descartar de una manera definitiva la idea de que éste es simplemente una forma de activación.

Los otros dos tipos de valoración se sucederían a continuación de la primaria. La *evaluación secundaria* hace referencia a la estimación que la persona determina de sus propios recursos para afrontar la situación. De ella depende, de forma sustancial, que la reacción de estrés tenga lugar o no. Estos recursos de afrontamiento incluirían las habilidades de *coping* (e.g., solución de problemas), el apoyo social, y los medios materiales. Y en última instancia, la *reevaluación*, que involucraría los procesos de retroalimentación o feedback que se establecen entre

el sujeto y las demandas externas o internas. Ésta permite que puedan acontecer un conjunto seriado de correcciones sobre las valoraciones previamente realizadas.

El modelo interaccional de Lazarus se distinguiría de las anteriores dos conceptualizaciones teóricas por la enorme relevancia que se otorga a la evaluación cognitiva que despliega el sujeto. Ésta sería el factor que ocasionaría que se llegue ciertamente a provocar algún grado de estrés por medio de una situación potencialmente estresante. Significaría estimar que la persona es un ente activo (y no pasivo), por lo que el tipo de modelo planteado resultaría, en la práctica, un modelo de tipo procesual. El estrés sería consiguientemente una concatenación de interacciones; es decir, una particular relación entre el individuo y la situación que tiene lugar en el instante en que el sujeto valora la circunstancia de que las demandas excedan sus recursos de ajuste y pongan en peligro su bienestar personal (Lazarus & Folkman, 1984). DeLongis, Lazarus y Folkman (1988) sugieren algo semejante al afirmar que el estrés en sí mismo no es una variable simple. Para estos autores se trataría de un conjunto de procesos relacionados entre sí que incluyen la evaluación y el afrontamiento, los cuales mediarían en la frecuencia, intensidad, duración, y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas.

Por último, la gente en general y cada persona en particular hace constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar de forma adecuada y útil las situaciones que se le presentan; por consiguiente no todo el estrés tiene que ser negativo siempre. En realidad su ausencia puede derivar en un estado de depresión o ansiedad. Sólo cuando la situación desarbola la capacidad de control del sujeto se producen consecuencias negativas. Este resultado negativo se denomina *distress*<sup>1</sup>, en oposición al término de estrés positivo, o *eustress*<sup>1</sup>, el cual sería un buen dinamizador de la actividad conductual de las personas.

---

<sup>1</sup> Así como la palabra estrés, proveniente de la inglesa *stress*, ha sido admitida por la Real Academia Española en su diccionario, los términos *distress* y *eustress* no han tenido hasta la fecha el mismo destino. Estos conceptos no son empleados en la bibliografía con mayor precisión y exactitud. Al no haber todavía términos claros y comúnmente aceptados en español, se ha optado por mantener las denominaciones inglesas originales.

El *eustress* se produce en el ser humano ante una demanda externa que se produce en armonía; es decir, si las respuestas son las adecuadas al estímulo o bien si se presentan pertinentes a las normas fisiológicas del sujeto. El *eustress* es indispensable para el crecimiento personal, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio, representando tal estrés aquello con que el individuo interactúa, su estresor, pero conserva su mente abierta y creativa. La persona desprende alegría, placer, bienestar y equilibrio. En este estado el sujeto se muestra creativo, deseoso de satisfacer ante el estresor que tiene enfrente. Es así que el individuo es capaz de expresar y mostrar su talento personal y especial, como adicionalmente su imaginación e iniciativa. En resumen, el *eustress* es un estado en el que el sujeto en cuestión está dotado para desplegar sus cualidades y en el que se potencia la mejora del nivel de conocimiento, de las ejecuciones cognitivas que otorga la motivación, siendo absolutamente indispensable para nuestro funcionamiento y desarrollo.

Por el contrario, el *distress* surge y se origina cuando las demandas del medio resultan excesivas, intensas y/o prolongadas, aunque estas sean agradables. Cuando todas estas demandas globalmente superan en su conjunto la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo resultan perjudiciales. El *distress* es desadaptativo y merma tanto al funcionamiento fisiológico, conductual y cognitivo del individuo como, asimismo, su estado de salud. Las características del *distress* son justamente las contrarias a las del *eustress*. Y dichas características del *distress* resultan perjudiciales para el desarrollo y funcionamiento normales.

## 2.2. Modelos generales del proceso del estrés

Existe una enorme diversidad de modelos sobre la relación entre el proceso del estrés con variables de carácter disposicional –relativamente estables– que influyen en el proceso (Fry, 1989; Norris & Murrell, 1984), las reacciones del individuo en dicho proceso (Ensel & Lin, 1991), los estados psicológicos particulares como ansiedad y/o depresión (Holahan & Moos, 1987, 1991; Norris & Murrell, 1984), su asociación con la enfermedad subjetiva (Norris & Murrell, 1984; Steptoe, 1991; Turner, Kessler, & House, 1991), e incluso pueden desempeñar el papel de antecedentes en otros aspectos de la vida (e.g., Moos, 2008). En esta Tesis expondremos tres modelos, a saber: Lazarus y Folkman (1986a), Taylor y Aspinwall (1996), y Sandín (2008). Se ha optado por estos por razones diversas. El primero (Lazarus y Folkman, 1986a) fue el pionero entre todos y fue el que inició esta línea de investigación del estrés. El segundo (Taylor y Aspinwall, 1996) fue un modelo más complejo y consolidado que refleja el interés por interpretar el proceso del estrés. Y el tercero (Sandín, 2008) supone nuestro modelo de referencia teniendo una amplia aceptación por parte de la comunidad científica.

En la Figura 2.2 se presenta el modelo de Lazarus y Folkman (1986a) que inicialmente presentaron los autores.

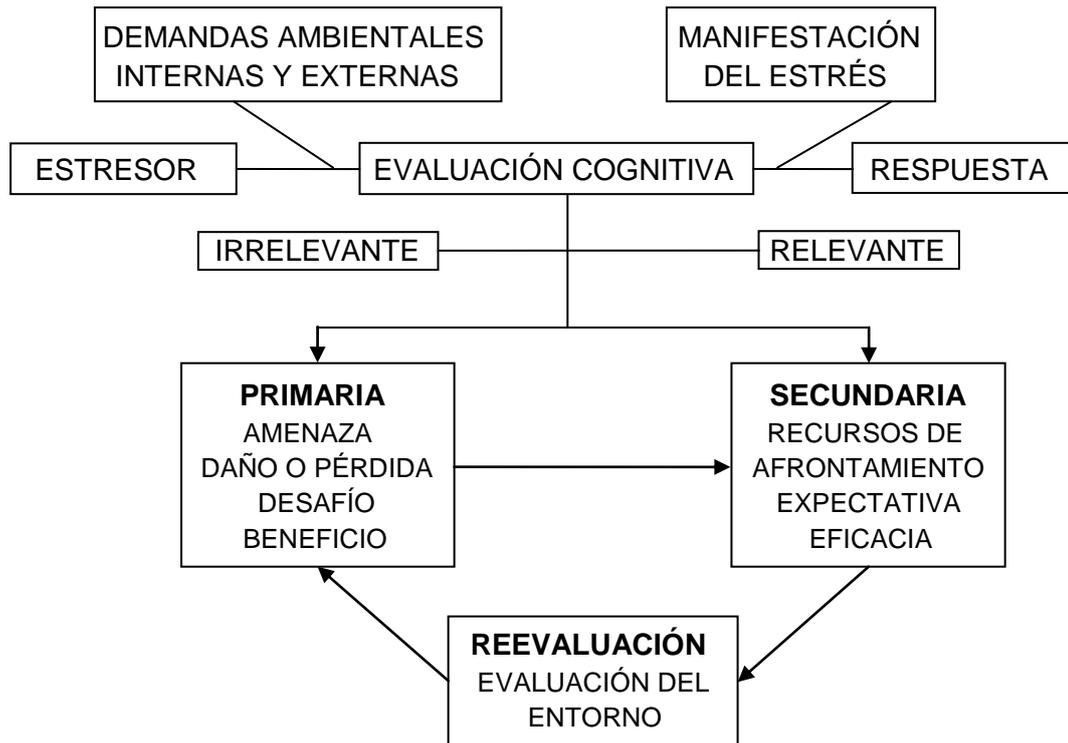


Figura 2.2. Modelo de estrés psicosocial de Lazarus y Folkman (Adaptado de Lazarus & Folkman, 1986a).

Este modelo de estrés psicosocial fue expuesto más arriba (apartado 2.1.3 El estrés como interacción o transacción) por lo que se remite a él para su revisión.

Taylor y Aspinwall (1996) (Figura 2.3) en su conceptualización sobre el proceso del estrés han intentado discriminar entre fuentes personales y fuentes externas. En las primeras se englobarían los factores sociodemográficos (edad, sexo, ocupación, etc.) así como los de personalidad, estilos de afrontamiento, etc. Y en las segundas se contemplarían el tiempo disponible para planificar la respuesta, la capacidad económica, la disponibilidad de apoyo social, etc.



Estas siete etapas se describen de la manera siguiente: (1) *Demandas psicosociales*. Serían los elementos externos que generarían originariamente el estrés. Además incluirían los agentes ambientales tanto naturales como artificiales (denominados estresores ambientales). Se suele distinguir entre sucesos vitales (o mayores), sucesos menores (e.g., estrés diario o *hassles*) y estrés crónico; (2) *Evaluación cognitiva*. Son las valoraciones que hace el sujeto ante las demandas de los sucesos expuestos de la anterior fase. Según el resultado de esta estimación tendrá lugar o no la respuesta de estrés; (3) *Respuesta de estrés*. Es la reacción resultante a la evaluación cognitiva y estaría formada por respuestas fisiológicas y respuestas emocionales. Aunque no hay un acuerdo generalizado, las respuestas emocionales se agruparían junto con los componentes cognitivos y conductuales en una más amplia denominada respuesta psicológica; (4) *Estrategias de afrontamiento (coping)*. Se refiere a los recursos de que dispone la persona para abordar las demandas estresantes concretas. Éstos son de carácter cognitivo y conductual. Con esta fase tendría lugar el proceso del estrés como tal. No obstante, este es un proceso dinámico en el que estas cuatro etapas interactúan constantemente; (5) *Características personales*. Son un amplio conjunto de factores (e.g., genéticos, tipos de personalidad, sexo, estado civil, raza) que pueden llegar a influir en cualquiera de los cuatro estadios anteriores; (6) *Características sociales*. Este es también un elemento importante en su relación con el estrés. En él se integrarían el apoyo social, las redes sociales y el nivel socioeconómico. Se considera que puede amortiguar el impacto que ejerce las demandas psicosociales estresantes sobre la respuesta de estrés. Asimismo, tendría un efecto positivo directo sobre la salud y la calidad de vida; y (7) *Estatus de salud*. Es una consecuencia final del proceso del estrés como tal más que una etapa del mismo. La salud se consideraría desde un doble plano, fisiológico y psicológico, y dependería del desempeño en las etapas anteriores del proceso de estrés.

### 2.3. Variables implicadas en el proceso del estrés

El estrés psicosocial abarca un amplio abanico de variables que funcionan a niveles distintos y que interaccionan entre sí de forma diacrónica y recursiva. Como se comentó anteriormente, el proceso del estrés implica algunos elementos esenciales, como la presencia de agentes desencadenantes externos o internos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, y un conglomerado de respuestas psicológicas y fisiológicas; por supuesto, además la influencia de variables asociadas a elementos predisposicionales (e.g., tipos de personalidad o características hereditarias, entre otras) y sociodemográficas (e.g., sexo, edad, religión o raza, entre otras) (Sandín, 2008). En aquellos trabajos donde se aborda la influencia de los factores genéticos y la acción temprana de la familia, se suele emplear la metodología basada en estudios con gemelos univitelinos y bivitelinos. Se puede decir que incluso las investigaciones más modestas de que se disponen han arrojado hallazgos importantes. Existen, asimismo, diversos estudios de revisión generales donde se han abordado la influencia de estas variables en el proceso del estrés con distintas conclusiones (Barry, 2011; Burman, 2012; Espinoza, 2014; Félix-Ortiz, 2004; Ferraro, 2008; Gross & Graham-Bermann, 2006; Lin, 2004; McCarthy, 2007; Praeger, 2008; Saitzyk, 2015; Spinelli, 2010). Estas variables también pueden afectar a la disponibilidad de apoyo social (Ensel & Lin, 1991; Moos, 1988, 2008) y exposición a estresores adicionales (Turner et al., 1991). Entre otros aspectos, algunas de ellas también se pueden conceptualizar como intermediarias entre sucesos potencialmente estresantes, así como con salud física y psicológica, y calidad de vida.

Dentro de las “demandas psicosociales”, este trabajo se va a focalizar en la influencia de sucesos menores, concretamente en el estrés diario. Ésta es básica en el proceso del estrés (Sandín, 2008). Esta variable al formar parte de este trabajo será tratada ampliamente en el siguiente apartado.

Las variables implicadas en el proceso de estrés más comunes hacen referencia a estrategias de afrontamiento, formas de valoración, y factores de resistencia y vulnerabilidad. Entre todas ellas cobran mayor relevancia las variables disposicionales al influir, como ya se ha dicho, en las distintas etapas del proceso del estrés.

En general, existirían dos conjuntos de variables disposicionales diferenciadas en función de su influencia sobre el estrés: uno se caracterizaría por ser potenciador de la salud. El otro conjunto sería facilitador de la enfermedad física y/o psicológica.

El conjunto de variables disposicionales saludables englobaría en su seno elementos tales como la personalidad resistente (*hardiness*), el optimismo, la sensación de control psicológico, la autoeficacia, el sentido del humor, la autoestima, la autoconfianza, la fortaleza del yo, etc.

El *hardiness* (Kobasa, 1979) es una variable de la personalidad relativamente estable que en la actualidad está ampliamente aceptada en el ámbito de la psicología. Ya que es una variable que forma parte de esta investigación, la valoración sobre su influencia en calidad de vida, estrés diario y salud será abordada de forma exclusiva en otro apartado.

El optimismo se entiende como la creencia personal de que uno va a experimentar resultados positivos en la mayoría de las situaciones a las que potencialmente se va a enfrentar (Scheier & Carver, 1987, 1992). Otra forma en la que se ha conceptualizado este término es como la creencia de que el futuro deparará más éxitos que fracasos (Carver & Scheier, 2001; Chang, 2001; Scheier, Carver & Bridges, 2001). Se considera que es un potenciador de la buena salud al despertar en el sujeto expectativas positivas generalizadas (Carver & Gaines, 1987; Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Kubzansky, Sparrow, Vokonas, & Kawachi, 2001; Rääkkönen, Mathews, Flory, & Owens, 1999; Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009; Scheier & Carver, 1985, 1987; Strack, Carver, & Blaney, 1987).

La sensación de control psicológico es un término que se utiliza para referirse a la creencia o juicio de la persona de que tiene los recursos, la capacidad para manejar los sucesos estresantes ayudándole a hacer frente de manera más efectiva al estrés (Bandura, 1977; Cohen & Edwards, 1989; Taylor, Helgeson, Reed, & Skokan, 1991; Thompson, 1981; Thompson & Schlehofer, 2008). Se han hallado relaciones positivas y relevantes entre esta variable y mejor salud (DeNeve & Cooper, 1998; Gale, Batty, & Deary, 2008; Ng, Sorensen, & Eby, 2006; Wang, Bowling, & Eschleman, 2010). La creencia o sensación de control se encuentra estrechamente relacionada con el constructo de autoeficacia, el cual se concibe como una percepción más ajustada de la capacidad propia para establecer las acciones que sean necesarias con el fin de lograr unos resultados concretos en una situación específica (Bandura, 1977). La autoeficacia también hace referencia a la capacidad percibida por la persona para manejar de forma adecuada una determinada situación estresante. Se ha relacionado positivamente con un estado más saludable cuando el estrés asociado a situaciones complicadas se valora no tanto como agresivo sino como un reto interesante de superar (Sanjuán, Pérez–García, Bermúdez, & Sánchez–Elvira, 2000) o como estrategia de afrontamiento (Godoy–Izquierdo et al., 2008).

El sentido del humor es la capacidad del ser humano para desarrollar y/o experimentar la risa, y con ella conseguir un estado anímico positivo y saludable (Carbelo, 2003; Seligman, 2003, 2004 y 2005). Existe evidencia empírica en la dirección de que las personas con un alto sentido del humor gestionan mejor las situaciones complejas o estresantes y presentan mejor salud (Carbelo, 2005; Wu, Wang, & Qi, 2015).

La autoestima es un concepto que se ha relacionado tanto con un tipo de comportamiento como con la percepción que se tiene de la realidad, pero no tiene una definición consensuada. Así Fierro (1996), por ejemplo, lo entiende como el concepto que tiene cada uno de sí mismo, determinando la evaluación que se hace del entorno y la consiguiente actuación sobre él. Coopersmith (1981) interpreta que esta variable ayuda a anticipar situaciones y poder reaccionar de acuerdo a

ellas tomando en consideración el juicio personal del sujeto que decide cuál es la mejor acción a tomar. En diversas investigaciones se ha hallado que unos niveles elevados de autoestima parecen moderar la relación entre enfermedad y salud (Álvarez–Icaza, Gómez–Maqueo, & Patiño, 2004; López, García, & Dresch, 2006; Matud, 2004; Montt & Chávez, 1996; Whisman & Kwon, 1993), así como la interacción entre estrés diario y estado de ánimo negativo (DeLongis et al., 1988).

La autoconfianza es un elemento que tampoco tiene una definición aceptada. Se la ha interpretado, en términos generales, como el grado de certidumbre que las personas tienen sobre su habilidad para alcanzar sus objetivos propuestos (Vealey, 1986). Se ha encontrado que se relaciona positivamente con un nivel alto de autoestima y de afrontamiento (Holahan & Moos, 1987, 1990, 1991).

La fortaleza del yo es la capacidad para activar recursos y mecanismos que permitan al individuo mantener su estado natural y minimizar el impacto que los eventos ambientales pueden tener sobre la salud. Worden y Sobel (1978) han hallado estrechas relaciones de esta variable con eficacia en el afrontamiento y, adicionalmente, con altos niveles de autoestima.

Entre las variables negativas se pueden incluir elementos tales como el Patrón de Conducta Tipo–A (en adelante PCTA), la hostilidad, el pesimismo, la motivación de poder, el antagonismo, el estilo represor, la alexitimia, etc.

El PCTA se caracteriza por la tendencia a interpretar las situaciones cotidianas en general como amenazantes y competitivas. Este término se considera un constructo multidimensional, sobre el que no existe un acuerdo total, encuadrándose bajo él aspectos muy dispares (Robles Ortega, Marfil, & Reyes del Paso, 1995; Sanjuán et al., 2000). El PCTA está formado por las dimensiones de Hostilidad, Competitividad, Sobrecarga Laboral, e Impaciencia (Friedman & Rosenman, 1959). Los individuos con este patrón perciben y buscan profusamente las situaciones comentadas anteriormente (Smith & Anderson, 1986). También se caracterizan por querer destacar en cualquier empresa a la que se dediquen aunque

eso les suponga no tener tiempo material para llevarlas a cabo. Las personas con este rasgo suelen reaccionar de forma agresiva cuando se les interrumpe o molesta, al considerar que se ve afectado su nivel de rendimiento y, por tanto, que no van a poder lograr los estándares que se han fijado. Existe en amplio consenso en que el PCTA genera una mayor ira, más síntomas somáticos frente a las personas más bajas en esta variable. Es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de tipo coronario y es perjudicial para la salud en su conjunto (Carver & Glass, 1978; Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980; Haynes, Levine, Scotch, Feinleib, & Kannel, 1978; Rosenman et al., 1975).

El pesimismo sería el polo opuesto al optimismo en un mismo constructo unidimensional (ver Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León, & González-Jareño, 2006; Scheier & Carver, 1985; Scheier, Carver, & Bridges, 1994 para una revisión). Se considera que afectaría negativamente a la salud al generar en el individuo pocas expectativas generalizadas (Chang, 1998; Chang, Maydeu-Olivares, & D’Zurilla, 1997). A partir de esta visión, el optimismo y el pesimismo disposicional pueden ser tratados de forma prácticamente intercambiable (Fernández & Bermúdez, 1999, 2001; Scheier et al., 1994; Williams, 1992).

La motivación de poder se refiere a la necesidad de tener influencia sobre el resto de las personas que están alrededor. Para conseguir dicha influencia se utiliza la persuasión, la discusión, las influencias, la ayuda o la agresión (McClelland, 1975; Winter, 1973a y b). Las personas con una elevada motivación de poder suelen asumir posiciones de autoridad, establecen lazos de amistad con gente poco conocida o popular, se rodean de elementos de poder o dominio, y les preocupa mucho la imagen que proyectan a los demás. Existe una amplia variedad de estudios que muestran la influencia negativa de la motivación de poder sobre la salud en general (Jemmott, 1987; McClelland, 1979; Steele, 1973 –*cfr.* en Steele, 1977).

El antagonismo se refiere a la tendencia natural de algunas personas a oponerse a la opinión de los demás teniendo serias dificultades para relacionarse con otros y no sabiendo manejar adecuadamente las situaciones potencialmente generadoras de estrés. Axelrod, Widiger, Trull y Corbitt (1997) obtuvieron resultados que mostraban que a mayor puntuación en esta variable más aumenta la sintomatología de trastornos de personalidad en el sujeto.

El estilo represor es un constructo unidimensional del afrontamiento inicialmente formulado por Byrne (1964). Las personas con este estilo tienden a negar y a evitar las situaciones problemáticas; adicionalmente, suelen mostrar baja ansiedad ante el estrés pero elevadas respuestas fisiológicas ante éste. McNally et al. (2011) hallaron que el estilo represor predice los síntomas de estrés postraumático.

El constructo de alexitimia alude a la incapacidad para comprender o describir los estados emocionales personales. Tradicionalmente ha sido, objeto de una extensa e intensa investigación por sus implicaciones en el ámbito de la salud física y psicológica (Rueda & Pérez-García, 2007; Rueda, Pérez-García, Sanjuán, & Ruiz, 2006; Sandín, Santed, Chorot, & Valiente, 1996; Sifneos, 1972).

Más en general, y como elemento amortiguador del impacto del estrés, se sitúa el apoyo social del que dispone la persona. Es una variable básica en el proceso del estrés, y como tal será extensamente tratada más adelante.

La calidad de vida es un constructo cada vez más utilizado en psicología para evaluar el bienestar de la persona. Ésta es también una variable empleada en este trabajo por lo que será tratada con amplitud en otro epígrafe.

El “estatus de salud” sería el resultado final del proceso de afrontamiento de una situación estresante, es decir, su consecuencia. Este trabajo se ha centrado en la salud subjetiva de las personas, y también será expuesto en otro apartado.

## 2.4. Variables del proceso del estrés analizadas en esta Tesis

El modelo de trabajo escogido se fundamentó en las relaciones entre determinados elementos del estrés psicosocial (*hardiness*, apoyo social y nivel socioeconómico) con estrés diario, salud y calidad de vida, pero no se abordaron la totalidad de variables psicosociales posibles.

A continuación se presentarán las variables utilizadas en el desarrollo de este trabajo, a saber: 1) “demandas psicosociales”, particularmente los sucesos menores (estrés diario o *hassles*); 2) variables disposicionales, (en concreto, *hardiness*); 3) apoyo social (tanto de familiares como de amigos); 4) salud (a nivel objetivo [consumo de medicación] y subjetivo [síntomas somáticos]); y 5) calidad de vida.

Respecto de las “demandas psicosociales” nos hemos centrado en el estrés diario que tiene que superar una persona lesionada medular.

### 2.4.1. El estrés diario

El constructo de estrés diario y su desarrollo surgen dentro del modelo transaccional a finales de los años 70 y comienzos de los 80 en el grupo de investigadores del *Berkeley Stress and Coping Project* con R. S. Lazarus (precursor en el estudio cognitivo del estrés) a la cabeza (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman, & Lazarus, 1982; Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981; Lazarus & DeLongis, 1983).

Kanner et al. (1981) presentaron las *Hassles and Uplifts Scales* que valoran aspectos centrales del estrés necesarios para explicar las oscilaciones en el estado de salud de las personas. Tal y como se definieron en las instrucciones de dichas escalas, los *hassles* son elementos que generan malestar. Y los *uplifts* serían aquellos sucesos que provocan alegría, felicidad, satisfacción, etc. En esta Tesis se recoge los términos planteados por Sandín y Chorot (1995) de estrés diario para referirse a los *hassles* y de satisfacciones para los *uplifts*.

La idea de que las satisfacciones valgan para contrarrestar emocionalmente los efectos nocivos del estrés diario se contrapone con la asunción original de Holmes y Rahe (1967) de que cualquier cambio es potencialmente dañino para la salud de la persona. Ambos autores llegaron a la conclusión de que no existía apoyo empírico suficiente acerca de que las satisfacciones supusiesen elementos protectores o restauradores de daños concretos a la salud.

En el trabajo de Maybery et al. (2002) se pudo corroborar que el orden de presentación de las escalas de *hassles* y *uplifts* influía en el recuerdo de sucesos diarios.

No obstante, y en general, las líneas de investigación se han centrado exclusivamente en la variable de estrés diario, no sólo en lo que supone para el estudio de sus relaciones con salud sino también en lo que sustenta el análisis de su problemática psicométrica, y es por ello que, en la actualidad, los trabajos sobre las satisfacciones presentan un reducido cuerpo bibliográfico.

#### 2.4.1.1. Problemas de conceptualización y medida del estrés diario

El estrés diario, tanto a nivel teórico como metodológico, se enfrenta a una serie de dificultades para poder explicar su influencia sobre la variable salud, tanto psicológica como somática, frente a las situaciones vitales. Las dificultades más comunes son: a) el estudio de las relaciones entre sucesos mayores y menores; b) la ubicación de las contrariedades en el modelo interactivo–transaccional; c) los procesos psicológicos mediadores entre las contrariedades y las alteraciones de salud; d) problemas con el carácter fenomenológico del proceso de evaluación; y e) la confusión con ciertas medidas de autoinforme de salud.

Se ha comprobado que los sucesos vitales mayores presentan una relación bastante consistente con las variables de salud. Tales acontecimientos han sido implicados en el comienzo y/o curso de distintos problemas de salud tanto física como mental. Sandín, Chorot, Santed y Valiente (2002) proponen diferenciar entre sucesos vitales dependientes e independientes según que su ocurrencia dependa o no fundamentalmente del propio control personal.

Aunque la investigación se ha centrado fundamentalmente en el efecto de los sucesos vitales mayores se ha producido un cierto cambio hacia un mayor énfasis en la relevancia de los sucesos menores sobre la salud mental y física (Sandín, Chorot, & Santed, 1999a).

Desde algunos ámbitos se ha sugerido que la alternativa de los sucesos menores tendría que mostrar menos problemas de medición que los sucesos vitales mayores. La razón es que al tratarse los sucesos menores de unidades de significación más pequeñas pueden valorarse de manera continuada y próxima en el tiempo. Por el contrario, el recuerdo de los sucesos vitales mayores para su evaluación se remonta en ocasiones a períodos superiores a dos años.

Sobre la ubicación de la variable contrariedades en el modelo transaccional, Lazarus y Folkman (1986b) reconocieron de manera explícita los obstáculos a los que se enfrenta la *Hassles and Uplifts Scale* dentro del marco teórico de su modelo. De hecho consideran más necesario el empleo de un modelo multidimensional que tuviese en cuenta otras variables implicadas en el singular patrón de estrés característico de las personas.

Por otra parte, las escalas disponibles para medir la variable contrariedades ponen el foco sobre el contexto en el que ocurre el suceso estresante. La puntuación global de estrés que se obtiene es, por tanto, estrictamente unidimensional, por lo que su oscilación entre altos y bajos en nivel de estrés no aborda los diferentes tipos de reacción de estrés (e.g. amenaza, reto o daño).

En relación a los mecanismos psicológicos mediadores entre contrariedades y salud, Lazarus (1990) señaló que la acumulación de cambios vitales personales es el elemento que subyace en dicha mediación. Según argumenta, en este modelo algunas contrariedades serían más importantes que otras en el momento de provocar una disfunción. Y simultáneamente los individuos mostrarían patrones de vulnerabilidad distintos en función de las variables personales y de los mecanismos de afrontamiento que emplean.

Dohrenwend y ShROUT (1985) propusieron distinguir entre sucesos objetivos y reacciones a éstos para determinar dos fuentes diferenciadas de contrariedades: los antecedentes ambientales y las disposiciones personales.

Con relación a si el estrés es un fenómeno subjetivo u objetivo se ha valorado si la información aportada por las escalas tiene en consideración que la evaluación de dicho estrés por parte del individuo es más susceptible de ser distorsionada a causa de determinados sesgos de tipo retrospectivo y, en general, por elaboraciones personales. En este sentido, el grupo de Lazarus manifiesta que las medidas totalmente carentes de subjetividad no existen, puesto que están influidas por los procesos de atención, percepción e interpretación.

El problema de la confusión de las medidas aborda las relaciones entre variables de autoinforme de estrés psicosocial y de salud, que acaban por resultar redundantes. De esta manera, se podría generar tanto circularidad explícita, como circularidad implícita en la medida efectuada (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985). Dohrenwend, Dohrenwend, Dodson y ShROUT (1984) se inclinan por sostener que los estresores amenazantes se comportan como estímulos ambientales puros. Sin embargo, para Lazarus et al. (1985) éstos no se hallan en el estímulo sino en la evaluación de las relaciones existentes entre éste y sus demandas, por un lado, y en las variables personales y capacidades para enfrentarlas o mitigarlas, por otro.

Otro argumento en relación con la circularidad de las medidas tiene que ver con el supuesto papel contaminante que jugaría el neuroticismo o afectividad negativa (AN). El concepto de neuroticismo o AN no se refiere a ninguna categoría psiquiátrica sino a una dimensión de la personalidad normal (como también se explica por Costa & McCrae, 1985, 1987).

Santed, Sandín, Chorot, Olmedo, y García–Campayo (2003) establecen a partir de un estudio teórico y empírico, que las relaciones entre AN y salud no está definitivamente aclarado, por lo que es necesario advertir del peligro que puede darse en el estudio de las relaciones entre el estrés y los autoinformes de salud del presunto papel contaminante de la AN. En esta misma línea se postulan Spector, Zapf, Chen y Frese (2000).

Por último, son muchos los equipos de investigación que han intentado dar respuesta al problema de la confusión de las medidas manejando estrategias diversas y obteniendo resultados variados. Dejando a un lado la utilización de criterios objetivos de salud (en cuyo caso esta cuestión quedaría prácticamente resuelta), se han empleado distintos métodos para tal fin. En este sentido, si bien pueden eludirse, hasta cierto punto, distintos errores psicométricos referidos a esta cuestión, desaparecen las posibilidades de equivocarse, salvo por que se den deficiencias en el diseño.

## 2.4.1.2. Instrumentos de medida del estrés diario

En este apartado se presentará los principales cuestionarios y escalas, generales y específicos, para la medida del estrés diario en población adulta.

### 1.4.1.2.1. Evaluación del estrés diario con escalas generales

En este epígrafe se presenta una selección de cuestionarios de autoinforme, diseñados para la población adulta (normal o clínica), empleados en la investigación y en la práctica clínica para evaluar el estrés diario.

Pero no se trata de llevar a cabo una presentación exhaustiva en esta área algo que, por otro lado, desborda ampliamente las características y objetivos que se persiguen en esta Tesis. Esta exposición parte de la realizada inicialmente por Sandín y Chorot (1996) sobre la evaluación del estrés psicosocial (pp. 639–648). En la Tabla 2.1 se muestra un resumen de los instrumentos que serán contemplados y que son los más utilizados hasta la actualidad.

Kanner et al. (1981) desarrollaron las Escalas de Contrariedades (*Hassles Scale*, HS) y de Satisfacciones (*Uplifts Scale*, US). La *Escala de Contrariedades* la constituye una lista de 117 ítems de carácter negativo. El participante tiene que dar contestación a dicha escala indicando las contrariedades que le han sucedido durante el último mes (frecuencia) y, en los casos en que la respuesta sea afirmativa, ha de estimar en un rango de 1 a 3 (poco grave, medianamente grave, muy grave) el nivel de gravedad del suceso. La *Escala de Satisfacciones* está formada por 135 ítems de valencia positiva. En sendas escalas se obtiene una puntuación de frecuencia, otra de gravedad acumulada, y una última de intensidad.

**Tabla 2.1.** Cuestionarios generales para la evaluación del estrés diario en población adulta.

<i>Denominación</i>	<i>Nº de ítems</i>	<i>Autores</i>
Hassles Scale (HS)	117	Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus (1981)
Uplifts Scale (US)	135	Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus (1981)
Hassles and Uplifts Scale (HUS)	53	DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman y Lazarus (1982) DeLongis, Lazarus y Folkman (1988)
Global Assessment of Recent Stress Scale (GARSS)	7	Linn (1985)
Inventory of Small Life Events (ISLE)	178	Zautra, Guarnaccia y Dohrenwend (1986)
Daily Stress Inventory (DSI)	58	Brantley, Cocke, Jones y Goreczny (1988) Brantley, Waggoner, Jones y Rappaport (1987)
Weekly Stress Inventory (WSI)	87	Jones y Brantley (1989)
Cuestionario de Estrés Diario (CED)	60	Santed, Chorot y Sandín (1991)
Survey of Recent Life Experiences (SRLE)	51	Kohn y Macdonald (1992)
Questionnaire Combiné: Embêtements et Encouragements Quotidiens (QCEEQ)	53	Dumont, Tarabulsy, Gagnon, Tessier y Provost (1998)
Revised French Version of the Hassles Scale	61	Badoux–Levy y Robin (2002)
Negative Event Scale (NES)	46	Maybery, Neale, Arentz y Jones–Ellis (2007)
Escala Hassles & Uplifts: Versão em Português (EHU)	53	Silva, Franceschini, Manrique–Saade, Carvalhal y Kameyama (2008)
Acculturative Hassles Scale for Chinese Students (AHSCS)	17	Pan, Yue y Chan (2010)

Kanner et al. (1981) proporcionaron datos psicométricos para estas dos escalas. Por otro lado, los autores refieren correlaciones entre ambas escalas aportando validación discriminante para los dos tipos de sucesos. La conclusión a la que se llegaría, a partir de estos datos, es que las contrariedades predecirían con más precisión los síntomas psicológicos que los sucesos vitales mayores.

DeLongis et al. (1982, 1988) realizaron una revisión de las dos escalas anteriores. La razón fue el número elevado de elementos que las componen (252 ítems en total entre ambas) lo que las hacían tediosas y aburridas. La nueva versión, denominada *Hassles and Uplifts Scale* (HUS; Escala de Contrariedades y Satisfacciones), contiene exclusivamente 53 ítems de sucesos que normalmente se pasan de forma diaria. Esta escala también tiene la característica de que el individuo contesta una lista de sucesos común para las dos dimensiones (contrariedades y satisfacciones). Los datos psicométricos presentados por DeLongis et al. (1988) resultaron ser muy positivos, mejorando aún en mayor medida si se comparaban mes a mes a si se realizaban día a día. También constataron relaciones significativas entre el estrés diario y la ocurrencia de problemas de salud física así como también con alteración del estado de ánimo.

La *Global Assessment of Recent Stress Scale* (GARSS) [Escala de Evaluación Global del Estrés Reciente] (Linn, 1985) en lugar de basarse, como sucedía con las tres anteriores, en la concurrencia de sucesos diarios, evalúa el estrés semanal de una manera global. Este cuestionario intenta fundamentalmente medir una combinación de sucesos mayores y menores, más que ajustarse, de forma específica, a estresores de tipo micro-eventos. Esta escala ha arrojado buenos datos psicométricos sobre fiabilidad test-retest, y validez concurrente y predictiva. Por otra parte, dado su carácter distintivo respecto a otras escalas más conocidas, podría resultar útil para determinadas finalidades clínicas o de investigación (Sandín, Chorot, & Santed, 1999b).

El *Inventory of Small Life Events* (ISLE) [Cuestionario de Sucesos Vitales Menores] (Zautra, Guarnaccia, & Dohrenwend, 1986) se confeccionó bajo el concepto de cambio y reajuste en contraposición a la idea más extendida en los años 80 de que el individuo evalúe sus propias experiencias cotidianas estresantes. Por lo tanto, se nominó al elemento de medida de esta escala como *Unidades de Cambio Vital* (UCV). Los autores establecieron para los sucesos menores un valor máximo en UCV por debajo de 250. Para ello usaron los criterios paramétricos de la escala de eventos vitales PERI desarrollada por Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy y Dohrenwend (1978, 1982). Cada suceso del ISLE consiste en algún cambio respecto a lo que una persona debería esperar en el transcurso de un día normal en una semana típica.

El *Daily Stress Inventory* (DSI) [Inventario de Estrés Diario] (Brantley, Cocke, Jones, & Goreczny, 1988; Brantley, Waggoner, Jones, & Rappaport, 1987) se centra exclusivamente en la dimensión negativa de los sucesos diarios (a semejanza del concepto de contrariedades de Lazarus). Brantley et al., limitaron a 58 los ítems de la prueba. Los datos psicométricos obtenidos para esta escala son interesantes. Su consistencia interna, basada en el coeficiente alfa de Cronbach (1951), fue elevada. Brantley et al., han probado su validez, tanto concurrente como de constructo. Para la primera, calcularon correlaciones entre el DSI y dos medidas de estrés: por un lado las escalas de contrariedades y satisfacciones de Kanner et al. (1981), y por otro, una estimación global del estrés percibido (escala tipo Likert de 0 a 10). En la segunda (validez de constructo) llevaron a cabo correlaciones del DSI con medidas diarias de ansiedad y hostilidad.

El *Weekly Stress Inventory* (WSI) [Cuestionario de Estrés Semanal] (Jones & Brantley, 1989) fue construido para intentar la subsanación de algunos de los problemas metodológicos enmarcados en los primeros cuestionarios de estrés diario. El WSI está formado por 87 ítems, que refieren a sucesos menores negativos. Las propiedades psicométricas del cuestionario son muy positivas, tanto en lo que se refiere a la fiabilidad como a la validez (Mosley et al., 1996). Esta última se ha estudiado tanto en muestras normales como clínicas. El cuestionario puede

ser útil para quienes deseen una evaluación semanal del estrés diario (como alternativa a la evaluación diaria).

El *Cuestionario de Estrés Diario* (CED) (Santed, Chorot, & Sandín, 1991) fue desarrollado para cubrir la necesidad de poder disponer de un instrumento para la medida de los sucesos diarios adaptado a la población española. El CED está formado por una lista de 60 sucesos que habitualmente afectan a la gente de manera más o menos cotidiana. Su estructura y concepción general se ha inspirado en el formato de la escala de DeLongis et al. (1988). Los ítems se formularon de forma neutra. Se ha aplicado el CED de forma longitudinal (en formato diario y semanal) a muestras de participantes no clínicos obteniéndose datos adecuados sobre fiabilidad, validez y estructura factorial del cuestionario (Santed, 1995; Santed, Sandín, & Chorot, 1996).

El *Survey of Recent Life Experiences* (SRLE) [Escala de Experiencias Vitales Recientes] (Kohn & Macdonald, 1992) fue elaborado para poder disponer de un instrumento psicométrico de evaluación del estrés diario esencialmente “descontaminado”. Los autores tomaron como punto de partida las listas de contrariedades que se hallan contaminadas por los ítems que las componen así como formatos que implican respuestas de malestar físico y psíquico. Kohn y Macdonald se apoyaron para la construcción de su cuestionario en otro anterior (el *Inventory of College Students' Recent Life Experiences*), el cual fue diseñado específicamente para estudiantes universitarios. Kohn y Macdonald no pedían a los participantes que estimasen el grado de severidad de las experiencias. De esta forma, pretendían obtener datos menos contaminados. Para cada individuo se obtiene una puntuación que consiste en la suma de todos los valores estimados. Los autores han presentado datos sobre la fiabilidad y validez de la escala. Los coeficientes alfa son óptimos. La consistencia interna de la escala la han demostrado con la coherencia de los seis factores que obtuvieron en un análisis factorial. Se han logrado datos adecuados sobre fiabilidad y validez de la SRLE tanto en un estudio con una muestra alemana (De Jong, Timmerman, & Emmelkamp, 1996), como en población española (Santed, 1995; Santed et al.,

1996) con la cual se ha empleado una versión española de dicha escala desarrollada por Sandín, Chorot y Santed (1992).

El *Questionnaire Combiné: Embêtements et Encouragements Quotidiens* (QCEEQ) (Dumont, Tarabulsy, Gagnon, Tessier, & Provost, 1998) es una escala para personas de habla francesa donde se combinan las escalas de contrariedades y satisfacciones de Lazarus y Folkman (1989). Se calculó su validez interna (por medio de un análisis factorial), su fiabilidad interna y su validez externa (obteniendo su convergencia con una medida de experiencia de estrés). Para ello se empleó una muestra de 265 estudiantes universitarios. La medida tomada fue de frecuencia e intensidad tanto de la escala de contrariedades como de la escala de satisfacciones. Los resultados que alcanzaron les permiten afirmar que esta escala es válida para la medida dual de contrariedades y satisfacciones en población universitaria de habla francesa, aunque matizan que son necesarios estudios más generales para población en general.

La *Revised French Version of the Hassles Scale* (Badoux–Levy & Robin, 2002) es una escala general para la evaluación del estrés cotidiano también en población de habla francesa. Inicialmente constaba de 61 ítems, pero a partir de un estudio experimental con una muestra de 1.921 participantes, los autores la redujeron a 43 ítems y, asimismo, analizaron su estructura factorial. De sus análisis experimentales, llegaron a la conclusión de que la validez de este instrumento es adecuada y que es una escala de utilidad para la investigación en el ámbito de la psicología de la salud.

El *Negative Event (Hassle) Scale for Middle Aged Adults* (NES) (Maybery, Neale, Arentz, & Jones–Ellis, 2007) es una escala para la medida de las contrariedades en personas de mediana edad. Mide frecuencia e intensidad de las contrariedades diarias. Esta escala está pensada inicialmente para ser aplicada en población de estudiantes universitarios. Las investigaciones desarrolladas demostraron una utilidad predictiva de la media de hassles global versus molecular. Aunque esta escala fue desarrollada con estudiantes universitarios jóvenes y de

mediana edad, los resultados psicométricos obtenidos permiten, según los autores, considerar su aplicabilidad en la población adulta general.

La *Escala Hassles & Uplifts: Versão em Português* (EHU) (Silva, Franceschini, Manrique-Saade, Carvalhal, & Kameyama, 2008) es una adaptación a habla portuguesa de la HUS (DeLongis et al., 1982, 1988). La muestra estuvo formada por 145 estudiantes brasileños. Los resultados que obtuvieron para esta versión fueron similares a los de DeLongis et al., con población estadounidense, por lo que concluyen que esta versión traducida al portugués es una herramienta de investigación fiable.

La *Acculturative Hassles Scale for Chinese Students* (AHSCS) (Pan, Yue, & Chan, 2010) es una escala desarrollada con una muestra de 400 estudiantes chinos de la zona de Hong Kong. Su finalidad es medir las contrariedades cotidianas en este sector de población. Para contrastar su validez interna los autores realizaron un análisis factorial que arrojó cuatro factores, que se conformaron en cuatro subescalas. Los resultados que obtuvieron mostraron una consistencia interna adecuada, tanto para la AHSCS como para cada una de las subescalas. La AHSCS mostró correlaciones estadísticamente significativas, positivas con afectividad negativa, y negativas con afectividad positiva y satisfacción con la vida.

#### 2.4.1.2.2. Evaluación del estrés diario con escalas específicas

Los cuestionarios de autoinforme generales presentados más arriba podrían resultar absolutamente adecuados en algunas poblaciones concretas por sus propias y específicas características. En ocasiones es suficiente con llevar a cabo pequeñas modificaciones en las escalas generales para adaptarlas a los requerimientos de la población en cuestión. Así, por ejemplo, para medir sucesos diarios en niños y adolescentes Kanner, Feldman, Weinberger y Ford (1987) realizaron una versión de la HS (la *Children's Hassles Scale*) para su aplicación en dicha población.

En otras ocasiones, sin embargo, la estrategia se ha dirigido a la construcción de nuevos cuestionarios tomando como punto de partida las características propias de la población a la que va dirigida. Para la evaluación de muestras infanto–juveniles y estudiantes universitarios se han elaborado, por ejemplo, el *Inventory of College Students' Recent Life Experiences* (Kohn, Lafreniere, & Gurevich, 1990; Osman, Barrios, Longnecker, & Osman, 1994), la *Brief College Student Hassles Scale* (Blankstein, Flett, & Koledin, 1991), el *College Stress Inventory* (Falk, 1995; Solberg, Hale, & Villarreal, 1993), la *University Entrance Examination Stress Scale* (Meery & Hyunsook, 1997), la *Acculturative Hassles Scale* (Vinokurov, Trickett, & Birman, 2002) o *Revised University Student Hassles Scale* (Pett & Johnson, 2005), la *Urban Hassles Index* (Miller & Townsend, 2005), la *Brief Daily Hassles Scale* (Wright, Creed, & Zimmer–Gembeck, 2010); y en población española el *Inventario de Estrés Académico* (Polo, Hernández, & Pozo, 1996), y más recientemente el *Inventario Infantil de Estresores Cotidianos* (Trianes, et al., 2009). Asimismo, se han desarrollado escalas teniendo en cuenta el contexto social, laboral, y/o clínico de los miembros de la muestra, tales como el ámbito de los deportistas (Bramwell, Masuda, Wagner, & Holes, 1975), militares (Heron, Bryan, Dougherty, & Chapman, 2013; Rahe, 1975), controladores de tráfico (Hurst, Jenkins, & Rose, 1978), familiares de un enfermo de Alzheimer (Kinney & Stephens, 1989), taquicárdicos (Dobkin, Pihl, & Breault, 1991), personas con trastornos psiquiátricos (Miller & Miller, 1991) y discapacitados mentales (Bramston & Bostock, 1994), ancianos (Kedas, 1992), personas que sufren burnout (Zohar, 1997), personas con cáncer (Fillion, Kohn, Gagnon, Van Wijk, & Cunningham, 2001), sujetos con problemas laborales (Almeida, Wethington, & Kessler, 2002), cuidadoras de enfermos mentales (Elder, Wollin, & Härtel, 2003), familiares que aplican un programa de medicación a un enfermo (Travis, Bernard, McAuley, Thornton, & Kole, 2003), embarazadas (DiPietro, Ghera, Costigan, & Hawkins, 2004), personas pobres (Wijnberg, Lagerwey, Applegate, & Reding, 2006), y profesores de guardería (Akada, 2010).

#### 2.4.2. La personalidad resistente al estrés o *hardiness*

El *hardiness* (traducido al español, resistencia o dureza ante el estrés) es interpretado como una tendencia de orientación optimista ante el estrés que se caracteriza por implicar tres conceptos: a) compromiso; b) desafío; y c) control (Khoshaba & Maddi, 2008; Kobasa, 1979). Éste se desarrolla en una etapa temprana de la vida y es razonablemente estable. No obstante, es susceptible de ser moldeado y entrenado bajo ciertas condiciones (Kelly, Matthews, & Bartone, 2014; Kobasa, 1979; Maddi & Kobasa, 1984). El *hardiness* consiste en un conjunto de actitudes o creencias que incluyen un alto sentido del compromiso, la capacidad necesaria para sentirse implicado profundamente en las actividades de la vida cotidiana, la confianza en su poder de control de la situación e influencia en las consecuencias, y una mayor apertura al desafío y el cambio como una posibilidad para aprender y crecer en lo personal (Abdollahi, Abu-Talib, Yaacob, & Ismail, 2014a, 2014b, 2015; Kelly et al., 2014; Kobasa, 1979; Maddi & Kobasa, 1984; Orme & Kehoe, 2014; Tomassetti-Long, Nicholson, Madson, & Dahlen, 2015). Puesto que el *hardiness* implica cómo se va a responder personalmente a las circunstancias estresantes, ha sido conceptualizado como una expresión de coraje existencial (Alfred, Hammer, & Good, 2014; Maddi, 2004, 2006). Las personas con un alto nivel de *hardiness* son más flexibles cuando se exponen ante situaciones ambientales estresantes y tienden a obtener mejores índices de salud (Coetzee & Harry, 2015; Hystad, Olsen, Espevik, & Säfvenbom, 2015). Asimismo, realizan una mejor gestión ante estas situaciones ambientales a pesar del elevado nivel de estrés (Bartone, 1989, 1999, 2000; Johnsen et al., 2013; Kelly et al., 2014). Estas personas con frecuencia interpretan las experiencias estresantes (e incluso las dolorosas) como un aspecto normal de la existencia humana, como parte de la vida, que es algo que, en general, es interesante y que merece la pena (Kelly et al., 2014). Y asimismo, presentan unos niveles neuroinmunes superiores a los de las personas con un nivel bajo de *hardiness* (Sandvik et al., 2013).

### 2.4.3. El apoyo social

El apoyo social se interpreta como una fuente de recursos sociales de que dispone el individuo para enfrentarse a la situación estresante. Este apoyo se puede obtener del entorno familiar, de amigos y de otras redes sociales disponibles para el sujeto (Goodwin, Cox, & Clara, 2006; Goodwin & Engstrom, 2002). Uno de los principales problemas a los que se enfrenta la investigación sobre la influencia del apoyo social es la dificultad para hacer operable y medible este concepto (House, Umberson, & Landis, 1988). En este aspecto, resulta más relevante para los investigadores (considerando su relación con la salud) evaluar preferentemente el apoyo social *percibido* que el *real*. Un tema que es objeto de debate se refiere a la cuestión de si los efectos del apoyo social son consecuencia de una acción amortiguadora del estrés (*buffering effects model*) o si se trata, más bien, de un efecto directo sobre la salud, independientemente de que exista o no estrés (*direct effects model*) (Cohen & Wills, 1985). En cualquier caso, la evidencia empírica parece conducir a la creencia de que ambos modelos posiblemente son válidos pudiendo coexistir conjuntamente. Rodríguez-Marín (2002) refiere que el sistema de apoyo social es importante en sí mismo, pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo, y que sus funciones primarias son el aumento de las capacidades personales de sus componentes y promover la consecución de sus metas vitales. Asimismo, se ha encontrado evidencia de que el apoyo social proporciona una mayor supervivencia, menos depresión y un mayor cumplimiento con la medicación (Cohen et al., 2007; Hou et al., 2014; Patel, Peterson, & Kimmel, 2005). Además, también se le ha relacionado con una mejora de la función inmune (Cohen et al., 2007; Leung, Pachana, & McLaughlin, 2014), un descenso en la sintomatología de pacientes que sufren esquizofrenia (Hamaideh, Al-Magaireh, Abu-Farsakh, & Al-Omari, 2014), un embarazo más favorable en adolescentes (Pires, Araújo-Pedrosa, & Canavarro, 2014), una mejor calidad de vida en personas que conviven con un paciente con cáncer de pecho (Salonen, Rantanen, Kellokumpu-Lehtinen, Huhtala, & Kaunonen, 2014), y una mejoría en los

síntomas que padecen las personas mayores con osteoporosis (Ma et al., 2015). Las personas con un bajo apoyo social presentan una mayor mortalidad, si se las compara con aquellas que poseen un elevado apoyo social (Barth, Schneider, & von Kanel, 2010; Holden, Lee, Hockey, Ware, & Dobson, 2015; Holt–Lunstad, Smith, & Layton, 2010; Untas et al., 2011), un incremento de la hospitalización (Plantiga et al., 2010), y peor salud y calidad de vida (Perrin et al., 2015; Untas et al., 2011). La integración en redes sociales puede beneficiar directamente la autoestima, experiencias de control, expresión del afecto, desarrollo personal, empleo del sistema sanitario, etc. (Barile, Edwards, Dhingra, & Thompson, 2015; Ibrahim, Teo, Che Din, Abdul Gafor, & Ismail, 2015).

#### 2.4.4. La salud subjetiva

El concepto de salud subjetiva hace referencia a la valoración que la persona realiza de distintas áreas psicosomáticas relacionadas con su salud global. Ésta se suele medir con escalas de autoinforme que el sujeto rellena en un momento puntual del día. Watson y Pennebaker (1989) sostuvieron el argumento de que este tipo de escalas se relacionan ligera o moderadamente con salud objetiva. Sin embargo esta aseveración es cuestionable, pues el grado de correlación entre ambas variables dependerá, en general, de la escala concreta que se emplee y de los criterios de salud con que se contrasten. Los propios autores de esta afirmación (Watson & Pennebaker, 1989) llegaron a ser conscientes de trabajos donde se hallaron correlaciones significativas entre diversas medidas de autoinforme y diferentes variables de salud externa (Edwards, 1991; LaRue, Bank, Jarvik, & Hetland, 1979; Linn & Linn, 1980; Maddox & Douglas, 1973; Meltzer & Hochstim, 1970; Pennebaker, 1982; Suls, 1991).

Vingerhoets et al. (1996a) desarrollaron una línea de investigación distinta que clarifica este problema. Ellos observaron que los distintos niveles sintomáticos serían capaces de diferenciar los patrones de respuesta en laboratorio, respecto a la actividad cardiovascular estimulada o inhibida, en personas con niveles de estresores similares.

Vingerhoets et al. (1996b) en esta misma línea, afirman que las personas con un elevado nivel de sintomatología en el funcionamiento del sistema psiconeuroendocrino tienden a presentar mayores niveles de norepinefrina en sangre y epinefrina en orina.

Smith, Wallston y Dwyer (1995) realizaron un estudio longitudinal del cual concluyeron que los informes de dolor y otras experiencias incapacitantes se relacionaban directamente con la enfermedad de su estudio (artritis reumatoide).

Otro aspecto que se ha puesto en cuestión respecto a los autoinformes de salud es si los síntomas somáticos que se miden realmente se corresponden con el trastorno que pretende evaluar. Costa y McCrae (1987) argumentan que el hecho de que estos síntomas no puedan verificarse objetivamente no significa que la medida sea ilegítima. Podría ser que la tecnología en medicina no haya avanzado lo suficiente como para detectar tales anomalías que el sujeto dice padecer.

### 3. La calidad de vida

#### 3.1. El concepto de calidad de vida

La calidad de vida es un constructo cada vez más empleado al incluir en él distintos aspectos del bienestar personal. Éste es un constructo complejo y sobre el que no hay un acuerdo general en su definición y conceptualización. A continuación se exponen algunas definiciones que en mayor o menor medida confluyen en una misma dirección y que aportarán un marco de referencia sobre calidad de vida y su uso en esta Tesis.

Según Janssens, Gorter, Ketelaar, Kramer, & Holtslag (2008) por calidad de vida se entiende la percepción que hace el sujeto de su propia situación en la vida (concretamente, aspectos culturales y sistema de valores) y en base a las expectativas, objetivos y preocupaciones que él se ha marcado para sí mismo. Hamaideh et al. (2014) consideran que el concepto de calidad de vida debe incluir elementos tales como ser una experiencia subjetiva, multidimensional (ambiental, social,

física y psicológica) y contener aspectos personales positivos y negativos. Salonen et al. (2014) toman como referencia la definición dada por Ferrans (1990) según la cual la calidad de vida es el sentido de bienestar que la persona experimenta y que oscila desde la satisfacción hasta la insatisfacción en áreas de la vida determinantes para aquella.

En general, puede entenderse que es un estilo personal que se caracterizaría por buscar un equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o asequibles. También se la ha descrito como una valoración subjetiva del grado de cumplimiento de las expectativas personales de felicidad, la cual está unida a un sentimiento de bienestar/malestar personal. Dicho constructo se ha empleado en disciplinas tan diversas como la economía, la política, la medicina, y por supuesto, la psiquiatría y psicología (Fernández-Ballesteros, 1997; Riveros, Castro, & Lara-Tapia, 2009).

Desde el campo de la psicología, la calidad de vida se ha focalizado en la percepción del sujeto de situaciones cotidianas, donde la salud ha tomado un papel fundamental, aglutinando a su alrededor otros componentes como son: trabajo, ocio, economía, autonomía, relaciones sociales, etc. (Moreno & Ximénez, 1996; Riveros et al., 2009).

A nivel psicosocial, la calidad de vida se interpretaría desde una doble perspectiva que reflejase la influencia de indicadores de bienestar “objetivos”, prevalentes en la sociedad de turno, como de indicadores “subjetivos”, más presentes en la experiencia del individuo (Rodríguez-Marín, Pastor, & López-Roig, 1993). Los indicadores objetivos se refieren a elementos presentes en el hábitat físico y social de la persona, tales como: confort, riqueza, estado sentimental, calidad del medio ambiente, disponibilidad de servicios públicos, etc. Se podría añadir a esta lista un componente emocional que consistiría en un sentimiento de satisfacción, un estado de ánimo positivo, el cual estaría formado por otros elementos de carácter psicológico y/o conductual (Catania et al., 2015; Rodríguez-Marín et al., 1993).

Entre los indicadores objetivos externos es importante tener en consideración variables sociodemográficas tales como: edad, sexo, nivel educativo, estatus y tipo de empleo, nivel de ingresos económicos, tipo y tamaño de vivienda, estatus marital y familiar, apoyo social, etc. (Cheng & Li, 2014; Hofmann, Wu, & Boettcher, 2014; Rodríguez–Marín et al., 1993).

Los indicadores subjetivos o personales se manifiestan mediante autoinforme de los sujetos. Entre ellas se consideran la percepción de la salud, el involucrarse en actividades recreativas, la satisfacción general con la vida, la interacción social y las habilidades funcionales, entre otras (Fernández–Ballesteros, 1997; World Health Organization, WHO, 2002). En este tipo de indicadores juega un papel fundamental el concepto estado de salud. La salud es un factor determinante de la calidad de vida, aunque la relación entre estos dos constructos es recíproca y se alimentan la una a la otra (Mishra, Scherer, Snyder, Geigle, & Gotay, 2014). También, se ha encontrado en otros estudios que la salud es considerada por el individuo como el factor más importante para su “felicidad” y que la satisfacción con la salud es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital. Por lo tanto, parece ser que la valoración subjetiva de la salud tiene una relación más estrecha con el bienestar personal que una valoración objetiva externa (Mishra et al., 2014).

Precisamente, dado el valor que la salud tiene como componente de la calidad de vida, su ausencia o pérdida (estar clínicamente enfermo) constituye un suceso estresante, que mina la calidad de vida del individuo. La enfermedad genera, en mayor o menor grado, una fractura del comportamiento y modo de vida habitual de la persona, por lo que provoca una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que se conoce comúnmente como *situación estresante* y que sitúa al sujeto en la necesidad de hacerle frente para lograr reducirla o adaptarse a ella, modificándola, cambiando las circunstancias, o remodelando a la persona misma (Mishra et al., 2014).

Aún no existe un consenso acerca de los componentes globales de la calidad de vida en parte debido al uso de este concepto como medida en ámbitos tan diversos como: el bienestar global de una población; el desarrollo económico y social; el impacto de circunstancias como la pérdida de la salud; y la influencia de diferentes intervenciones, incluyendo las farmacológicas. Así, dependiendo de qué contexto, la calidad de vida estaría compuesta por las variables objetivas, las subjetivas y la propia evaluación del individuo en un proceso de comparación en el que los criterios se relacionarían con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades (Riveros et al., 2009; Sánchez–Sosa & González–Celis, 2006). En general, se considera que los indicadores objetivos son especialmente aptos para obtener una evaluación de la calidad de vida en poblaciones generales, tales como aspectos políticos y sociales. Mientras, los indicadores subjetivos permitirían valorar el impacto de situaciones específicas y de intervenciones en salud (Velarde–Jurado & Ávila–Figuroa, 2002).

Una calidad de vida óptima tradicionalmente se expresa en forma de bienestar personal, contento, satisfacción, felicidad y capacidad para enfrentarse a los acontecimientos habituales diarios de la vida con el propósito de alcanzar una buena adaptación.

De acuerdo con la corriente principal de teóricos e investigadores en calidad de vida, el componente fundamental y determinante para la evaluación de este parámetro es la percepción subjetiva de la persona (Schwartzmann, 2003). Estudios que exploraron la congruencia entre la evaluación de la calidad de vida de una persona realizada por un profesional, comparada con la evaluación que realiza el propio sujeto, encontraron que correlacionaban poco. Los autores concluyeron que los profesionales no determinan con precisión la forma en que se sienten sus pacientes, por lo que las evaluaciones relativas a la calidad de vida y salud deben ser obtenidas por los informes subjetivos de los propios pacientes y no por el personal de salud (Stevin, Plant, Lynch, Drinkwater, & Gregory, 1988). Así, la mejor fuente de información sobre la calidad de vida es el propio indivi-

duo. Y será él quien describa (a través de un cuestionario o de entrevista) qué aspectos de su propia calidad de vida son los más importantes, ya sea respecto al bienestar percibido antes, durante y después de una intervención médica y/o psicológica, a la satisfacción que alcanza en su propia vida, o a la percepción de funcionalidad con respecto a sus actividades diarias (Benítez, 2016; Fernández–Ballesteros, 1997; Riveros et al., 2009).

Hay que ser cautelosos con la medida de la percepción subjetiva, pues el individuo puede exhibir una distorsión sobre su calidad de vida general en función de sus emociones. También las circunstancias de la vida pueden tener un efecto en el momento de la medición. De este modo, la calidad de vida puede emerger mejor o peor por los resultados positivos o negativos de algún suceso reciente (Riveros et al., 2009; Sánchez–Sosa & González–Celis, 2006).

Las escalas de calidad de vida que interactúan con la variable de salud suelen incluir elementos generales que normalmente se ven influidos por su pérdida, como son las funciones físicas, los síntomas y las interacciones sociales. En conjunto, evalúan aspectos globales que ayudarían a que la persona perciba su nivel de bienestar o malestar en relación con su vida y su salud. El foco, por lo tanto, se ha de situar sobre las dimensiones de incomodidad, incapacidad e insatisfacción. Estas serían las áreas afectadas inicialmente por un proceso incipiente de enfermedad. Pero no incluirían elementos concretos de ésta, como podrían ser el ambiente hospitalario o también las relaciones que se estableciesen entre el paciente y el personal sanitario (Cramer & Spilker, 1998; Riveros et al., 2009).

### 3.2. Instrumentos de medida en español de la calidad de vida

A continuación se presenta un resumen de las escalas en habla española más utilizadas en la medida de la calidad de vida. En la Tabla 3.1 se hace una exposición estructurada de ellas.

**Tabla 3.1.** Escalas en habla española para la evaluación de la calidad de vida en población adulta.

<i>Denominación</i>	<i>Nº de ítems</i>	<i>Autores</i>
Perfil de Salud de Nottingham (PSN)	45	Alonso, Antó y Moreno (1990)
Cuestionario de Salud SF-36	36	Alonso, Prieto y Antó (1995)
Las Láminas de Coop-Wonca	9	Lizán y Reig (1999)
Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)	40	Fernández, Rancaño y Hernández (1999)
Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)	35	Ruiz y Baca (1993)

El *Perfil de Salud de Nottingham* (PSN) (Alonso, Antó, & Moreno, 1990) es una escala de reactivos, principalmente de tipo dicotómico, que componen las dimensiones de Energía, Dolor, Reacciones emocionales, Sueño, Aislamiento social y Movilidad.

El *Cuestionario de Salud SF-36* fue traducido al español por Alonso, Prieto y Antó (1995) de la escala estadounidense original. Agrupa sus áreas en dos núcleos fundamentales, a saber: un componente físico (Rol físico, Función física, Salud general, y Dolor corporal) y un componente mental (Rol emocional, Salud mental, Vitalidad, y Función social).

Las *Láminas de Coop–Wonca* (Lizán & Reig, 1999) fueron desarrolladas en EE.UU., e incluyen los campos de Forma física, Sentimientos, Actividades cotidianas, Actividades sociales, Estado de salud, Cambios en el estado de salud y Dolor.

El *Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos* (PECVEC) (Fernández, Rancaño, & Hernández, 1999) es una escala de origen alemán y en ella se incluyen las áreas de: Función psicológica, Capacidad física, Estado de ánimo positivo y negativo, Bienestar social, y Funcionamiento.

Para nuestro trabajo empleamos el *Cuestionario de Calidad de Vida* (CCV) (Ruiz & Baca, 1993). Mide el grado de bienestar del individuo con relación a diversos aspectos y circunstancias de la vida cotidiana. Consta de 35 ítems, más una escala adicional de 4 ítems para personas con pareja. Las subescalas nos informan de: 1) apoyo social; 2) satisfacción general; 3) bienestar físico y psíquico; y 4) tiempo libre o ausencia de sobrecarga laboral. Además, proporciona una puntuación global de calidad de vida. En las instrucciones se pide la valoración del individuo sobre la influencia en el momento actual de distintas situaciones cotidianas. Esta evaluación se realiza en una escala tipo Likert (1 = nada y 5 = mucho).

Los datos psicométricos para esta escala presentan, para la fiabilidad, una consistencia interna:  $\alpha = 0.94$ , y una fiabilidad test–retest  $r = 0.96$  para la puntuación total. Para las cuatro subescalas, la consistencia interna y la fiabilidad test–retest, respectivamente, son: 1) apoyo social ( $\alpha = 0.88$ ;  $r = 0.95$ ); 2) satisfacción general ( $\alpha = 0.91$ ;  $r = 0.97$ ); 3) bienestar físico y psíquico ( $\alpha = 0.86$ ;  $r = 0.77$ ); y 4) ausencia de sobrecarga laboral o tiempo libre ( $\alpha = 0.82$ ;  $r = 0.97$ ).

En relación a la validez de contenido del CCV, Ruiz y Baca pasaron a su muestra de estudio el Hamilton self-administered Anxiety and Depression scales, una doble escala para la medida de ansiedad y depresión. Los datos obtenidos con dichas escalas se correlacionaron con la puntuación total del cuestionario de calidad de vida, así como con sus subescalas siendo todas ellas negativas y estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

Adicionalmente, para completar la validación del cuestionario, Ruiz y Baca realizaron una ANOVA sobre la puntuación en calidad de vida global y cada una de las subescalas, por un lado, y dos grupos, uno con personas enfermas y otro con personas sanas, por otro. Los autores obtuvieron como resultado diferencias altamente significativas entre sujetos con problemas de salud y aquellos que están sanos en todas las subescalas y en la puntuación global ( $p < .001$ ).

En nuestro trabajo y debido a las características particulares de la población de estudio (lesionados medulares), la actividad laboral está realmente limitada o es inexistente, pues la mayoría son pensionistas o están desempleados. Y esto no fue una excepción en la muestra de nuestro estudio. Los primeros ocho ítems del CCV hacen referencia a circunstancias relevantes en el ámbito laboral. Éstos no fueron cumplimentados por 33 sujetos, representando esta cifra el 31,4 % de la muestra total, lo que supone casi 1/3 de los encuestados. Por ello se ha optado por suprimir las puntuaciones que se alcanzasen en el uso de aquellas subescalas que contengan alguno de estos ítems así como la puntuación global en el CCV. Éstas subescalas son: “satisfacción general” y “tiempo libre o ausencia de sobrecarga laboral”.

Tampoco se tendrán en consideración los resultados hallados con la escala adicional de 4 ítems para personas con pareja, tal y como recomiendan los propios autores, al ser esta una muestra mixta. Según Ruiz y Baca (1993), es aconsejable no contabilizar los ítems sobre “relación de pareja” pues las puntuaciones de la subescala “apoyo social” y del CCV global resultarían engañosas, al contabilizar 4 ítems más que las personas sin pareja.

### 3.3. Relaciones de la calidad de vida con estrés diario y salud

Se ha investigado la relación entre calidad de vida y *hassles* (e.g., Camacho et al., 2002; Dunn, Whelton, & Sharpe, 2006; Randall, 2001; Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali, & Anisman, 2002) y se ha llegado a la conclusión de que un descenso en estrés diario conlleva un mayor bienestar de la persona; y a la inversa, un aumento en *hassles* precipita un deterioro en la calidad de vida percibida por el sujeto.

Igualmente, se ha abordado su implicación en el campo de las discapacidades, llegándose a conclusiones de la misma índole (e.g., Brewin, Renwick, & Schormans, 2008; Gerber, Baud, Giroud, & Carminati, 2008; Giaquinto & Ring, 2007; Goverover, Chiaravalloti, Gaudino–Goering, Moore, & DeLuca, 2009; McCullough, 2003; Motl, McAuley, Snook, & Gliottoni, 2009; Neugebauer, Lefering, Bouillon, Bullinger, & Wood–Dauphinee, 2002; Schelly, 2008; Van Crujisen, Jaspers, Van de Wiel, Wit, & Albers, 2006).

En la LME, se ha demostrado que un nivel de lesión más severo conlleva un nivel de calidad de vida más bajo (Benavente et al., 2003). En cuanto a la relación de ésta con *hassles*, diversas investigaciones arrojan datos como en las otras poblaciones comentadas anteriormente: una disminución de estrés diario conlleva una percepción de la calidad de vida más positiva; y, al revés, un nivel alto de *hassles* origina una baja valoración del propio bienestar (e.g., Abrantes–Pais, Friedman, Lovallo, & Ross, 2007; Heinemann & Rawal, 2005; Lasher, 2009; Leduc & Lepage, 2002; Lee & McCormick, 2006; Livneh & Martz, 2005; Lucke, Coccia, Goode, & Lucke, 2004; Matheis, Tulskey, & Matheis, 2006; Molton, Jensen, Nielson, Cardenas, & Ehde, 2008; Putzke, Richards, Hicken, & DeVivo, 2002; Wollaars, Post, Van Asbeck, & Brand, 2007).

Por otra parte, se ha demostrado que un nivel alto de calidad de vida se relaciona positivamente con una valoración favorable de la salud, tanto objetiva como subjetivamente (Acquadro, Conway, Hareendran, & Aaronson, 2008; Guyatt & Schunemann, 2007; Janssens et al., 2008; Rodríguez–Marín et al., 1993; Schneiderman, Ironson, & Siegel, 2005; Solans, et al., 2008). Y a la inversa, un deterioro en la salud se ha asociado con un descenso en el nivel de calidad de vida (Douma, Aaronson, Vasen, & Bleiker, 2008; Liem, Bosch, & Hunink, 2008; Palese et al., 2008; Upton, Lawford, & Eiser, 2008).

En relación con las discapacidades en general, los hallazgos van en la misma dirección que con la población general: una impresión favorable del estado de salud se relaciona positivamente con calidad de vida (Cantrell, 2007; Park & Gaffey, 2007; Pearce, Sanson–Fisher, & Campbell, 2008) y una percepción negativa de aquélla con una peor valoración del bienestar personal (Bloom et al., 2007; Janssens et al., 2008; Liem et al., 2008).

También, se han llevado a cabo investigaciones en el campo de la LME sobre la relación de la salud con la calidad de vida/bienestar personal y las conclusiones a las que se han llegado son de la misma índole que las presentadas más arriba, en el sentido en el que un estado de mala salud conlleva una peor percepción del bienestar personal (Krause, Broderick, & Broyles, 2004; Leduc & Lepage, 2002; Lund, Nordlund, Bernspång, & Lexell, 2007); y al contrario, una valoración positiva de la propia salud se relaciona con una mejor visión de la calidad de vida (Bergman, 2004; Hampton, 2004; Wood–Dauphinée et al., 2002).

### 3.4. Relación de la calidad de vida con variables disposicionales

El constructo de personalidad conocido como *hardiness* se ha relacionado con la calidad de vida en el sentido de que cuando un sujeto tiene un nivel más elevado de aquél manifiesta disfrutar de una mayor calidad de vida (Evans, Pellizzari, Culbert, & Metzen, 1993). No se han encontrado trabajos de investigación que aborden la influencia del *hardiness* sobre el bienestar personal/calidad de vida, ni en la población de discapacitados, en general, ni en la de lesionados medulares, en particular.

Respecto de la influencia del apoyo social sobre la calidad de vida y el bienestar personal, se ha encontrado que la valoración del individuo de un apoyo social abundante y de calidad se asocia a una percepción más positiva y completa de su calidad de vida (Hannigan, Edwards, & Burnard, 2004; Kogovšek & Ferligoj, 2004).

Dentro del campo de las discapacidades se han manejado las mismas conclusiones que con la población general: la percepción por parte del individuo de un elevado y/o adecuado apoyo social conlleva una significativa reducción del impacto de los *hassles* sobre la calidad de vida y una mejor valoración de ésta (Bloom, Petersen, & Kang, 2007; Burgess & Gutstein, 2007; Carroll, 2008; Rodríguez-Marín et al., 1993).

También se ha hallado en la LME datos similares a los expuestos más arriba. Un apoyo social de calidad ha mostrado ser un buen predictor de una calidad de vida más positiva (Bergman, 2004; Falconer, 2007; Hampton, 2004; Kennedy, Lowe, Grey, & Short, 1995; Miller, 2008; Post, Ros, & Schrijvers, 1999; Schulz & Decker, 1985; Shnek et al., 1997) y un incentivo para la vuelta al ámbito laboral (Yasuda, Wehman, Targett, Cifu, & West, 2002).



## PARTE EMPIRICA

### 4. Objetivos

Los objetivos principales de este trabajo fueron los siguientes: por un lado, el desarrollo y validación de una escala de medida del estrés diario en el campo de la LME, y por otro, la medida y valoración de la calidad de vida en esta población, así como por qué variables resulta más influenciada.

El estrés diario enfrenta a la persona afectada por una LME con un amplio abanico de nuevas situaciones estresantes: a nivel social (problemas de movilidad, tanto en la ciudad y centros públicos como en el propio hogar, adaptación al nuevo ambiente, transporte público y privado, ocupación laboral y del ocio/tiempo libre, turismo, economía, etc.), a nivel de salud –no incapacitantes– (e.g., espasticidad, osteoporosis, crisis vegetativas, trombosis venosa, úlceras por presión, trastornos urinarios e intestinales, etc.), y de relación social (con familiares, amigos antiguos y nuevos, compañeros de trabajo anteriores y recientes, etc.). Dichas situaciones pasan a ser cotidianas, sin que el hecho de tal cotidianidad suponga una disminución o merma del impacto en la calidad de vida.

Por ello, la escala para la medida de la frecuencia e intensidad de los *hassles*, desarrollada por nosotros (EED–LME–26), resulta importante puesto que en la actualidad no existe ninguna herramienta para este propósito en esta población. Como se ha mencionado en un epígrafe anterior, se han desarrollado escalas generales y específicas para la medida y evaluación del estrés diario cotidiano de muy diversa índole pero no para personas con una LME.

Como cabe suponer, el tipo, variedad y cantidad de estresores diarios en el mundo de la LME es muy amplio, por lo que resulta, por una parte, complicado de abarcar en su totalidad, y por otra parte, fundamental su abordaje para lograr una efectiva reinserción en la sociedad de la persona con una LME, y un nivel de calidad de vida y de salud adecuados.

Con la escala que desarrollamos (EED-LME-26), además pretendemos disponer de un instrumento que permita realizar investigaciones más completas, ajustadas y precisas sobre la influencia del estrés diario en la persona que sufre una LME. Adicionalmente, serviría al personal sanitario hospitalario, psicológico y psiquiátrico de cara a la obtención de una información útil y relevante para la terapia con este sector de la población. Igualmente, resultaría adecuada para lograr información de cara a tratar más eficazmente trastornos psicológicos colaterales a la LME (e.g., ansiedad, depresión, ira, frustración, derrotismo, etc.).

Por otro lado, el segundo objetivo fundamental fue aportar una estimación de la calidad de vida en el lesionado medular en la tercera fase de la LME (cuando ya interactúa con su comunidad e interactúa socialmente) (el rango de años transcurridos desde la LME oscila de 1 a 66).

Se valorará también el impacto de diversos indicadores objetivos (analgésicos y antiespasmódicos consumidos), variables sociodemográficas (sexo, estado civil, vivienda adaptada, tipo de lesión medular, uso o no de silla de ruedas, profesión) y variables psicosociales (estrés diario, *hardiness*, apoyo social de familiares y amigos, edad, años desde la lesión medular, grado de discapacidad diagnosticado) sobre la calidad de vida y también su relación con la salud subjetiva.

Resulta importante determinar este estado personal en un sujeto con LME con el fin de poder actuar en pacientes que no logran adaptarse a su nuevo entorno después de la lesión, o que han perdido su trabajo y el panorama laboral no es propicio. Asimismo, resulta importante para establecer una óptima relación social y/o familiar. En este último aspecto, que la persona con una LME disponga de una amplia y adecuada red de apoyo social (de familiares y amigos) resulta fundamental para lograr los objetivos finales tras un alta hospitalaria.

Con nuestro trabajo pretendemos, en definitiva, arrojar datos de interés tanto desde una perspectiva orientada a la salud de las personas afectadas (e.g., con el fin de determinar las variables psicosociales que predigan una mejor adaptación a las nuevas y diversas situaciones que puedan acontecer), como, también, para colaborar con las distintas asociaciones de lesionados medulares y discapacitados, de manera que éstas puedan emplearlos como un instrumento para sensibilizar a las Comunidades, Ayuntamientos y otros organismos oficiales de cara al desarrollo de políticas urbanísticas, sociales y laborales que permitan una plena integración del lesionado medular.



## 5. Estudios realizados

### 5.1. Estudio 1

# **ESTRUCTURA FACTORIAL Y FIABILIDAD DE LA ESCALA DE ESTRÉS DIARIO PARA LA LESIÓN MEDULAR ESPINAL (EED-LME-26)**

## RESUMEN

En el presente trabajo se ofrece una escala de 26 ítems para la evaluación del estrés diario en población con lesión medular espinal (LME), i.e., la Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal (EED-LME-26). Se utilizó una muestra final de 105 sujetos de distintas zonas de España. Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) obteniéndose 9 factores que correspondían a 9 dimensiones del estrés característico en las personas con LME. Posteriormente, aplicando análisis factorial confirmatorio validamos 8 de las 9 dimensiones aisladas mediante AFE. La validez concurrente de la escala se comprobó a través de correlaciones con otras medidas sobre componentes del estrés psicosocial. Los resultados muestran que las propiedades psicométricas de la escala son adecuadas para la evaluación del estrés diario en la LME.

**Palabras clave:** Estrés diario. Lesión Medular Espinal. EED-LME-26. Evaluación.

### 5.1.1. Introducción

En general, ha existido cierta coincidencia a la hora de conceptualizar el estrés como respuesta, estímulo, percepción o transacción (e.g., Harkness & Monroe, 2016). Sandín (2008) señaló que esta distinción no implica únicamente diferencias en su definición sino que también influye en la manera de interpretarlo.

El constructo de estrés diario y su medida surgen en el marco del modelo transaccional, en el seno del grupo de R. S. Lazarus (precursor en el estudio cognitivo del estrés). Sus esfuerzos se dirigieron al desarrollo de un sistema de medición del estrés psicosocial causado por las incomodidades, molestias y contrariedades (las cuales fueron conceptualizadas como *hassles*) de las situaciones de la vida cotidiana, que estuviese en concordancia con su modelo transaccional. Este modelo ha cobrado importancia en los últimos 25 años, habiéndose desarrollado distintos enfoques de evaluación a la par que diversos modelos teóricos explicativos. El estrés diario puede entenderse como demandas cotidianas frustrantes que acarrea la interacción del sujeto con el medio (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981). Se trata de sucesos o circunstancias que se dan con frecuencia elevada, intensidad variable y alta predictibilidad (Seiffge-Krenke, 2007).

Es importante diferenciarlo de los sucesos vitales mayores que se caracterizan por ser más infrecuentes pero muy influyentes (muerte de un familiar, accidente de tráfico, situación de desempleo, etc.). Las personas que sufren este tipo de sucesos vitales informan de más contrariedades diarias (Cross, 2003; Sandín, Chorot, Santed, & Valiente, 2002; Thakkar, 2002). Wagner, Compas y Howell (1988) propusieron que los sucesos mayores, o bien acentuaban el carácter desagradable de los eventos cotidianos, o daban origen a una nueva categoría de estrés diario.

Cuando se producen demandas persistentes, las cuales requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongados, se estaría entonces hablando de estrés crónico. Pearlin (1989) define este tipo de estrés como problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos y que la mayor parte de la gente se encuentra en sus vidas diarias. Muchos de estos estresores crónicos se relacionan con los principales roles sociales, y consisten, por ejemplo, en dificultades en el trabajo, problemas de pareja o complicaciones en las relaciones entre padres e hijos. De forma particular, puede resultar extremadamente difícil separar conceptualmente el estrés crónico de otras formas de estrés.

El estrés diario se ha investigado en distintos ámbitos sociales desarrollando para ello cuestionarios tanto generales como específicos para su evaluación, como estrategia predominante. Entre los generales se encuentran las Escalas de Contrariedades (*Hassles Scale*, HS) y de Satisfacciones (*Uplifts Scale*, US) de Kanner y cols. (Kanner, Coyner, Schaefer, & Lazarus, 1981), la *Hassles and Uplifts Scale*, HUS (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman, & Lazarus, 1982; DeLongis, Lazarus, & Folkman, 1988). Y más actuales, el *Cuestionario de Estrés Diario*, CED (Santed, Chorot, & Sandín, 1991) y el *Negative Event Scale* (Maybery, Neale, Arentz, & Jones–Ellis, 2007). Asimismo, se han elaborado cuestionarios específicos para población de habla francesa (Dumont, Tarabulsy, Gagnon, Tessier, & Provost, 1998; Badoux–Levy & Robin, 2002), portuguesa (Silva, Franceschini, Manrique–Saade, Carvalhal, & Kameyama, 2008) y china (Pan, Yue, & Chan, 2010).

Cuestionarios específicos, se han elaborado, entre otros, para familiares de un enfermo de Alzheimer (Kinney & Stephens, 1989), personas con cáncer (Fillion, Kohn, Gagnon, Van Wijk, & Cunningham, 2001), sujetos con problemas laborales (Almeida, Wethington, & Kessler, 2002), cuidadoras de enfermos mentales (Elder, Wollin, & Härtel, 2003), familiares que aplican un programa de medicación a un enfermo (Travis, Bernard, McAuley, Thornton, & Kole, 2003), embarazadas (DiPietro, Ghera, Costigan, & Hawkins, 2004), estudiantes universitarios

(Pett & Johnson, 2005), personas pobres (Wijnberg, Lagerwey, Applegate, & Reding, 2006), muestras infantiles (Trianes, Blanca, Fernández, Escobar, Maldonado, & Muñoz, 2009) y adolescentes (Wright, Creed, & Zimmer-Gembeck, 2010), y profesores de guardería (Akada, 2010). Se puede observar con todos estos ejemplos, el gran abanico de aplicaciones de los instrumentos disponibles para medir el estrés específico de determinada población.

Se ha demostrado que existe una relación bastante consistente entre estrés diario y variables de salud. Los acontecimientos diarios desagradables han sido relacionados con el comienzo y/o curso de diversos problemas de salud tanto física como mental, encontrándose que un aumento en la percepción de contrariedades predice un empeoramiento de la sintomatología tanto psicológica como somática (e.g. Affleck, Tennen, & Apter, 2001; Kraaij, Arensman, & Spinhoven, 2002; Nixon, Mazzola, Bauer, Krueger, & Spector, 2011; Searle & Bennett, 2001; Tak, Riese, Geertruida, Manoharan, Iris, & Judith, 2009).

La orientación en este estudio se centra en la relación entre el estrés diario y la LME.

En términos psicosociales, la LME constituye un suceso vital mayor altamente traumático; habitualmente, es consecuencia de un trauma que provoca importantes y permanentes cambios en la vida de quien sufre la lesión (Locatelli, Etingen, Miskevics & LaVela, 2017; Richards, Kewman, & Pierce, 2002; Zemel, Muqem, Brown, Goulão, Urban, Tymanskyj, Lepore & Covarrubias, 2017). Consiste en una interrupción de las vías neuronales del Sistema Nervioso Central (SNC) que comunican el cerebro con el resto del organismo. Este cese de la señal en la médula espinal ocasiona en la persona una restricción de sus funciones motoras, sensitivas y vegetativas en la parte corporal que queda por debajo del nivel de la lesión, así como alteraciones de la sexualidad (Buckelew, Frank, Elliott, Chaney, & Hewett, 1991). Las consecuencias de una LME suelen ser muy importantes, y afectan gravemente, e irreversiblemente, a las funciones y capacidades de quienes la sufren. Además, supone cambios importantes y necesarios en

la vida de los individuos, que pasan bruscamente de un estado “normal”, sano y autónomo a ver alteradas todas las expectativas vitales, necesitando nuevas habilidades para poder adaptarse a éstas o a nuevas formas de vida, y a su relación con el entorno.

En la actualidad, la LME, en sí misma, es incurable, no existiendo tratamiento, intervención quirúrgica, o procedimiento alternativo que restaure la médula espinal dañada (así como las neuronas muertas) y la devuelva a su estado original.

Hay diferentes tipos de LME en función de su alcance y gravedad, lo que depende, por un lado, de la altura en la columna vertebral en que se produce la lesión y, por otro, de si ésta es completa o incompleta. En la actualidad se distinguen cuatro tipos de LME: a nivel cervical, completa (tetraplejía) e incompleta (tetraparesia), y a nivel dorsal o lumbar, completa (paraplejía) o incompleta (paraparesia).

Los ingresos por una LME en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo (España) en el año 2016 son mucho más frecuentes en hombres (66 %) que en mujeres (34 %). Las lesiones en vértebras cervicales dan cuenta de un 40 % (tetraplejía y tetraparesia) del total, frente a un 59 % de dorsales y lumbares (paraplejía y paraparesia). El 1 % restante corresponden a nivel sacro. El 5,4 % de las LME fueron en menores de 14 años de edad. Un 11,2 % en un rango de entre 15 y 29 años. 17,4 % entre 30–44 años. El 37,6 % tienen lugar entre los 45 y 59 años. Y 28,4 % en personas mayores de 60 años.

De todos estos ingresos, el 47,8 % fueron por causas traumáticas. De forma más detallada, los traumatismos provocados por caídas supusieron el 24,4 %. Los accidentes de tráfico representan el 18,4 %. Y las LME causadas por una actividad deportiva fueron un 5,0 %. Los restantes, 52,2 %, resultaron ser por enfermedades neurológicas, ajenas a cualquier traumatismo. Y su distribución fue: causa vascular, 13,8 %; infección o inflamación de la médula espinal, 12,9 %;

provocadas por tumores, 11,5 %; patología osteoarticular, 6,0 % complicaciones de intervenciones quirúrgicas, 5,7 %; y producido por factores congénitos, 2,3 %.

Las personas con una LME suelen experimentar múltiples formas de estresores cotidianos asociados. El afectado se enfrenta a un amplio conjunto de situaciones estresantes novedosas en el ámbito social: problemas de movilidad, tanto en ciudad y centros públicos como en el propio hogar, adaptación al nuevo ambiente, higiene personal, tareas domésticas, transporte público y privado, ocupación laboral y del ocio/tiempo libre, turismo, economía, etc. Las situaciones estresantes también se dan en el ámbito de la salud, y suelen ser incapacitantes (e.g., espasticidad, osteoporosis, crisis vegetativas, trombosis venosa, úlceras por presión, trastornos urinarios e intestinales, etc.). Finalmente, en las relaciones sociales con familiares, pareja sentimental, amigos antiguos y nuevos, compañeros de trabajo anteriores y recientes, etc., estas situaciones estresantes están presentes. En el ámbito de la salud mental, no existe un instrumento para evaluar específicamente este tipo de estrés cotidiano. Por ello desarrollamos la EED-LME-26.

Pese a todo lo dicho anteriormente, es posible la reintegración a la vida social y familiar, e incluso, al mundo del trabajo, deporte u ocio, del afectado por una LME de manera cada vez más activa, independiente, digna y satisfactoria, si se logran los cambios necesarios en su estilo de vida, acompañados del equipamiento y la ayuda profesional necesaria. Asimismo, también es importante que la sociedad los integre como personas válidas y capacitadas para el mundo laboral.

La calidad de vida es un constructo que cada vez recibe más atención en el campo de la investigación psicológica y que incluye aspectos del bienestar personal. Se podría interpretar como un estilo personal cuyas características serían encontrar un equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o asequibles. Según estudios de diversa índole (e.g., Camacho et al., 2002; Dunn, Whelton, & Sharpe, 2006; Randall, 2001; Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali, & Anisman, 2002) un decremento del estrés diario conduce a un

mayor bienestar de la persona; y a la inversa, un aumento en estrés diario precipita un deterioro en la calidad de vida percibida por la persona. La salud subjetiva referiría a la valoración que la persona realiza de distintas áreas de tipo psicosomático que están relacionadas con su salud global. Cuando el sujeto experimenta más estrés diario, presenta a su vez una mayor frecuencia de síntomas psicosomáticos (Nooijen, Stam, Sluis, Valent, Twisk & Berg-Emons, 2017). El *hardiness* (Kobasa, 1979) es una variable de personalidad que muestra una relativa estabilidad y de orientación optimista ante las situaciones de estrés. Este concepto está actualmente muy aceptado en el ámbito profesional de la psicología. Las personas con un nivel alto de *hardiness* presentan una mayor flexibilidad ante las circunstancias estresantes y obtienen índices de salud mejorados (Coetzee & Harry, 2015; Hystad, Olsen, Espevik, & Säfvenbom, 2015). Asimismo, gestionan estas circunstancias estresantes mejor pese al elevado nivel de estrés (Johnsen et al., 2013; Kelly et al., 2014).

El objetivo principal de este trabajo es el desarrollo y validación de una escala de medida del estrés diario en personas con una LME, ya que en la actualidad no existe ninguna herramienta para este propósito en esta población. Con ello, se pretende disponer de un instrumento que pueda utilizarse, tanto en investigaciones sobre la influencia del estrés diario en personas con una LME como para que sirva al personal sanitario, psicológico y psiquiátrico para obtener una información útil y relevante para la terapia con LME.

## 5.1.2. Método

### 5.1.2.1. Participantes

Para la selección de la muestra se establecieron los siguientes criterios: 1) Ser mayor de 18 años; 2) Los participantes no podían encontrarse ingresados en hospitales o clínicas como consecuencia de haber sufrido recientemente una LME; y 3) Tampoco se incluyeron aquéllos que estuvieran internados en residencias o

centros de la tercera edad. Inicialmente, se remitió un correo postal a 621 lesionados medulares adscritos a la Federación Nacional Aspaym (Asociación de Paraplégicos y Personas con Gran Discapacidad Física) solicitando su participación voluntaria en el estudio. En dicho correo se explicaban las características de la investigación (objetivos, procedimiento, beneficios, molestias, posibles riesgos y derechos). Tras ello, 105 personas nos remitieron cumplimentados la totalidad de los cuestionarios del estudio.

Las características sociodemográficas de la muestra (edad, años transcurridos desde la LME, y grado de discapacidad) se muestran en la Tabla 5.1.

**Tabla 5.1.** Estadísticos descriptivos sobre edad de nuestra muestra así como dos características de los participantes con una LME.

	Rango		<i>M</i>	<i>DT</i>
	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>		
Edad	19	73	42.36	11.02
Años transcurridos desde la LME	1	66	16.54	12.61
Grado de discapacidad diagnosticado (en %)	33	100	80.21	9.44

*Nota.* *M* = Media; *DT* = Desviación Típica.

Las correlaciones de nuestra medida de estrés diario con edad fue  $r = -0.13$ , con años transcurridos desde la LME fue  $r = -0.16$ , y con grado de discapacidad fue  $r = 0.76$ . Así, se evidencia que el nivel de estrés diario se reduce, con la mayor edad y con más años de LME pero aumenta a medida que el grado de discapacidad es mayor. Apuntar, no obstante, que estas correlaciones no son estadísticamente significativas.

### 5.1.2.2. Instrumentos

Cada participante cumplimentó cuatro escalas y un autoinforme cuyas características comentamos a continuación.

*Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal (EED-LME)* (Angulo, Santed, Sandín & Reales, submitted). Se trata de un instrumento en el que se describen distintas situaciones que el lesionado medular ha de afrontar con mayor o menor dificultad en su vida cotidiana y que pueden producirle malestar. En las instrucciones se le pide que valore y señale la opción que mejor refleje la frecuencia con que le ocurren, así como la intensidad de malestar psicológico que le provocan, considerando el intervalo de dos meses anteriores a la cumplimentación del cuestionario. Para ello se utilizan dos escalas tipo Likert. La primera, evalúa la frecuencia [ $0_a-0_b = 0_a$  – No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses: la he evitado porque me supone una dificultad (e.g., evito hacerlo, otros lo hacen por mí, etc.);  $0_b$  – No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses (pero no porque yo la evite), 1 = 1 vez en los 2 últimos meses más o menos, 2 = 2 veces en los 2 últimos meses más o menos, 3 = 2 veces al mes más o menos, 4 = 1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes), 5 = De 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes), 6 = Se presenta en mi vida casi a diario, y 7 = es una condición presente en mi vida de forma habitual]. La opción de respuesta “ $0_a-0_b$ ” hace referencia a una doble posibilidad sobre la no ocurrencia del acontecimiento. Por un lado,  $0_a$  alude a la ausencia de la situación estresante porque supone una dificultad real para el sujeto el enfrentarse a ella y la evita (e.g., hacer la cama para el caso de un tetrapléjico). Y, por otro,  $0_b$  indica que el evento que es objeto de medida no se ha presentado en el tiempo de referencia (e.g., hacer una gestión en la oficina del banco). También se tomó otra medida referente al grado o intensidad de malestar psicológico que le han producido esas situaciones (0 = nada de malestar y 10 = malestar extremo). El proceso de construcción de la EED-LME se llevó a cabo según se indica más abajo, en la sección 5.1.2.3 Diseño y procedimiento.

*Escala de Síntomas Somáticos para la Lesión Medular Espinal (ESS–LME)* (Angulo, Santed, Sandín & Reales, submitted). La *Escala de Síntomas Somáticos–Revisada (ESS–R)* fue desarrollada por Sandín y Chorot (vid. Sandín, Valiente, & Chorot, 2008). Se diseñó con el fin de obtener una evaluación de los sistemas somatofisiológicos más relevantes, desde criterios empíricos, tomando como base los síntomas comunes en los trastornos que afectan a los diferentes sistemas del organismo humano. Consta de 80 ítems, más otra subescala con 10 ítems específicos para mujeres, que evalúan un amplio rango de problemas de salud. Se han aportado datos sobre la bondad psicométrica de la ESS, tanto de su fiabilidad (vid. Sandín et al., 2008) como de su validez (Lozano, 1994).

Por las particulares características físicas que afectan a la población de lesionados medulares, se utilizó una versión adaptada de 48 ítems que hemos denominado ESS–LME. Los 42 restantes ítems de la escala original fueron eliminados de esta versión al no poder ser respondidos por el tipo de información que se solicita con ellos. De los 48 ítems finales, en 2 de ellos se adaptó el enunciado a las características de nuestra población. Con ella, se obtuvo una puntuación de frecuencia y otra de intensidad de la sintomatología (similares a las derivadas con el EED–LME) utilizando dos escalas tipo Likert: una para la frecuencia [0 = no me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses, 1 = 1 vez en los 2 últimos meses más o menos, 2 = 2 veces en los 2 últimos meses más o menos, 3 = 2 veces al mes más o menos, 4 = 1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes), 5 = De 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes), 6 = Se presenta en mi vida casi a diario, y 7 = es un síntoma presente en mi vida de forma habitual], y otra para la intensidad del malestar psicológico producido (0 = nada de malestar y 10 = malestar extremo). En las instrucciones se solicitó que marcaran la frecuencia e intensidad del malestar provocado por cada una de las manifestaciones somáticas indicadas, en los dos últimos meses. La fiabilidad de la puntuación total obtenida para esta versión de nuestra escala fue de  $\alpha = 0.88$ .

Asimismo, la correlación con la EED–LME fue de  $r = 0.30$  ( $p < 0.01$ ), con el CCV de  $r = -0.47$  ( $p < 0.01$ ), y con el CPRE de  $r = -0.29$  ( $p < 0.01$ ).

*Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)* (Ruiz & Baca, 1993). Mide el grado de bienestar del individuo en relación a diversos aspectos y circunstancias de la vida cotidiana. Consta de 35 ítems, más una escala adicional de 4 ítems para personas con pareja. A los participantes se les pide su valoración sobre la influencia en el momento actual de distintas situaciones cotidianas. Esta evaluación se realiza en una escala tipo Likert (1 = nada y 5 = mucho). Los datos psicométricos sobre fiabilidad y validez de esta escala son adecuados (Ruiz & Baca, 1993). Hemos de considerar que por las características particulares de la población de estudio, la actividad laboral está realmente limitada. Los primeros ocho ítems del CCV hacen referencia a circunstancias relevantes en el ámbito laboral. Estos ítems no fueron cumplimentados por 33 sujetos (31.4 % de la muestra total). Por ello se optó por suprimir dos subescalas que contenían ítems de actividad laboral (“satisfacción general” y “tiempo libre o ausencia de sobrecarga laboral”) y recalcular la puntuación global en el CCV. La fiabilidad obtenida para este nuevo cálculo nuestro fue de  $\alpha = 0.93$ . Tampoco se tendrán en consideración los resultados hallados con la escala adicional para personas con pareja, tal y como recomiendan los propios autores, al ser esta una muestra mixta. Según Ruiz y Baca (1993), es aconsejable no contabilizar los ítems sobre “relación de pareja” pues la puntuación de la subescala “apoyo social” junto con la del CCV global resultaría engañosa al contabilizar 4 ítems más que las personas sin pareja.

*Cuestionario de Personalidad Resistente al Estrés (CPRE)* (Bermúdez, 1997). Se puede entender por persona resistente (Kobasa, 1979) aquella que posee un elevado grado de compromiso, que experimenta las situaciones como retos y no de forma amenazante, y que tiende a percibirse con bastante control interno frente a distintas circunstancias. El cuestionario evalúa estas variables por medio de 20 ítems. Se le solicita al individuo que señale el grado en la que cada una de

ellas describe su modo habitual de sentir, pensar y/o comportarse. Para ello, se usa una escala tipo Likert (0 = nada en absoluto y 4 = completamente).

El CPRE presenta una fiabilidad adecuada en nuestra muestra ( $\alpha = 0.87$ ). En relación a la validez concurrente, se obtuvieron unas correlaciones con la EED-LME-26,  $r = -0.28$  ( $p < 0.01$ ) y con la ESS-LME,  $r = -0.29$  ( $p < 0.01$ ) todas ellas estadísticamente significativas.

*Consumo de medicación.* Esta medida pretende ser un indicador objetivo de la sintomatología asociada a la LME. Se registró la cantidad de analgésicos y antiespasmódicos ingeridos por los participantes en número de grageas. La medida fue informada por el propio lesionado medular. Se midió el consumo de analgésicos a la semana durante dos meses. Y el de antiespasmódicos tomados al día, igualmente en un período de dos meses. Se establecieron períodos de medida distintos en el consumo de ambos medicamentos por ser su ingesta acorde con estos tiempos de referencia: a) analgésicos, semanalmente; y b) antiespasmódicos, diariamente. Por todo ello, se estableció el consumo de estos dos medicamentos de forma distinta la una de la otra, pero que, desde el punto de vista de la salud y calidad de vida, actuaban influyendo en la misma dirección.

### 5.1.2.3. Diseño y procedimiento

El desarrollo de la EED-LME se inició aplicando un proceso cualitativo (García, Aguilera, Castillo, 2011). El primer paso fue la participación de un grupo de discusión que estuvo formado por diez lesionados medulares con distinto grado de afectación. Se les propuso entablar una charla acerca de una lista de cuestiones muy generales, que previamente se había confeccionado, y que les afectan e influyen en su modo de vivir. La conversación duró 90 minutos, siendo fluida y constante por lo que apenas tuvo que ser dirigida. El proceso de recopilación de la información fue por medio del registro magnetofónico. A partir de este diálogo, extrajimos nosotros un total de 66 ítems que conformaron la escala inicial siguiendo como criterio de inclusión en dicha escala la manifestación de situacio-

nes que fuesen comúnmente relevantes en sus vidas cotidianas. Se procuró que la redacción de cada uno de los ítems fuese lo más neutra posible, y que estos pudieran ser comprendidos por personas con escasa preparación cultural.

En una segunda fase, todos los instrumentos de medida expuestos en el epígrafe anterior, se administraron en un formato de cuadernillo a doble página (García, Aguilera, Castillo, 2011). Estos fueron rellenados por los participantes en su domicilio. Formando parte de ellos, se incluyó una hoja con instrucciones generales sobre el modo a proceder. El material se envió a través del correo postal. El franqueo de la carta de respuesta con el cuadernillo fue completamente gratuito para los miembros de la muestra. Las cartas contestadas se recogieron en un apartado de correos. En todo momento se prestó asistencia telefónica y/o por correo electrónico para explicar y aclarar cualquier duda o recelo acerca del procedimiento empleado así como del significado de los distintos cuestionarios.

En nuestro estudio se optó por el desarrollo una versión abreviada de la EED–LME que pudiera ser empleada en la población de lesionados medulares. Lo que se pretendió fue que nuestra disciplina pueda contar con un instrumento sencillo que aborde de forma fiable y válida la evaluación del estrés diario del lesionado medular. Para ello, se contabilizó la ocurrencia del suceso en sí, es decir, se unificaron todas las respuestas que iban desde 1 (*1 vez en los 2 últimos meses más o menos*) hasta 7 (*Es una condición presente en mi vida de forma habitual*) como contestadas afirmativamente (tuvieron lugar en mayor o menor medida). Aquéllos ítems que fueron contestados por un 50 % o más de los participantes formaron parte de la nueva versión de la EED–LME. Los ítems que cumplieron con el criterio fueron 29. De ellos, uno (ítem 42. Relaciones sexuales) había sido formulado de manera ambigua con la intención de que el sujeto no se sintiese invadido en su intimidad, por lo que las contestaciones bien pueden referirse al estrés producido por mantener interacciones sexuales, o bien al revés, al estrés generado por la ausencia de tales interacciones. Por ello fue descartado

del análisis cuantitativo posterior. El número de ítems definitivos para analizar fue de 28.

Esto no significa que los eventos excluidos no pertenezcan al constructo de *hassles* (daily stress) y que puedan ser considerados como formando parte del constructo de sucesos mayores, sino que, se trata de microeventos que, en nuestra muestra, no tienen una ocurrencia elevada.

Este estudio tuvo la aprobación del equipo de dirección de ASPAYM. Adicionalmente, se cumplieron con los principios subrayados en la Declaración de Helsinki (2010).

#### 5.1.2.4. Análisis de los datos

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa informático SPSS 21 y con el AMOS 21, ambos para Windows (IBM Corp., 2012). El nivel de significación se estableció en .95.

Se llevaron a cabo un análisis factorial exploratorio y posteriormente un análisis factorial confirmatorio de la EED–LME con la finalidad de verificar su validez de constructo. Para ello se empleó la misma muestra en ambos análisis. Por último, y para evaluar la validez concurrente de nuestra escala, se calcularon las correlaciones entre la puntuación total de la EED–LME–26 con las puntuaciones de la EES–R–LME, el CCV, el CPRE así como el consumo de analgésicos y antiespasmódicos. No se registraron datos perdidos.

#### 5.1.3. Resultados

El análisis de los datos obtenidos nos permitió establecer las correlaciones entre los 28 ítems seleccionados de la EED–LME. En la Tabla 5.2 se muestran dichas correlaciones.

**Tabla 5.2.** Matriz de correlaciones entre las 28 variables observables de la escala de estrés diario cuando se aplica a personas con una LME (EED–LME).

	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Item 25	Item 26	Item 27	Item 28
Item 1	.380	.338	.299	-.119	-.055	-.092	.144	.029	-.039	.297	.281	.048	.040	-.006	.005	.134	.021	-.069	.052	.145	-.084	.107	.127	.324	.059	.062	.123
Item 2		.295	.359	.131	.011	.161	.112	.075	.176	.368	.321	.221	.061	.171	.141	.205	.052	-.001	.076	.253	-.108	.102	.021	.172	.104	.043	.029
Item 3			.175	.006	-.075	.072	.149	.131	.197	.301	.273	.239	.212	.257	.009	.175	.162	-.096	-.109	.277	-.159	.023	.115	.286	.137	.087	.257
Item 4				.111	.073	-.046	.082	-.036	.047	.154	.120	.120	-.072	-.007	.153	.116	.020	.056	.022	.013	-.051	.057	-.057	.159	-.044	-.043	.004
Item 5					.573	.261	.102	.324	.233	.146	.018	-.097	-.079	.049	.159	.017	-.020	.135	.027	.058	-.040	.056	-.098	-.051	.161	.060	.101
Item 6						.435	.057	.238	.058	.123	.067	-.132	-.085	.087	.184	.106	-.025	.209	.158	.003	.009	.077	-.188	.067	.090	.021	.050
Item 7							-.114	.062	.008	.071	-.026	.118	.082	.070	.041	.105	-.080	-.041	.178	.125	.139	.103	-.109	.028	.185	.073	-.012
Item 8								.197	.279	.178	.206	-.084	.016	.092	.259	.262	.129	-.094	-.058	.137	-.066	-.072	.094	.269	.033	.205	.172
Item 9									.288	.231	.241	.058	-.066	.041	.049	-.028	-.008	-.012	.138	.089	-.176	-.052	.017	.135	-.035	.013	.148
Item 10										.194	.207	.184	.176	.040	.062	.195	.154	-.014	-.062	.197	-.212	-.085	-.038	.120	.106	.091	.048
Item 11											.767	.036	-.058	.330	.120	.162	.257	.032	.085	.130	-.144	.164	.180	.283	.189	.113	.323
Item 12												.094	-.018	.289	.268	.281	.266	.059	.041	.133	-.214	.131	.073	.320	.186	.160	.322
Item 13													.583	.233	.034	-.017	.042	-.009	-.069	.111	-.015	.146	.144	-.121	.221	.194	.043
Item 14														.390	.117	.137	.120	-.048	-.009	.353	.025	.127	.296	.082	.254	.188	.115
Item 15															.381	.398	.462	.162	.078	.186	-.061	.120	.365	.324	.483	.392	.442
Item 16																.468	.369	.289	.130	.040	.037	.140	.111	.262	.203	.390	.223
Item 17																	.516	.240	.175	.211	-.049	.033	.001	.453	.308	.376	.309
Item 18																		.236	.217	.176	-.086	.149	.192	.241	.291	.390	.223
Item 19																			.181	.012	.016	.190	.032	.049	.137	.189	.137
Item 20																				.183	.215	.170	-.068	.169	.068	.095	.161
Item 21																					-.089	-.040	.067	.281	.152	.135	.239
Item 22																						-.466	-.253	-.214	.099	.170	.068
Item 23																							.037	.027	.329	.273	.279
Item 24																								.196	.294	.245	.262
Item 25																									.223	.138	.369
Item 26																										.535	.525
Item 27																											.465

Primeramente, se aplicó un análisis factorial exploratorio (AFE) de la EED–LME con la puntuación de frecuencia. Los factores se extrajeron mediante el método de ejes principales y utilizando rotación varimax. Previo al análisis, computamos la pertinencia de aplicar un AFE a través de diferentes indicadores. Así, el determinante  $|R|$  de la matriz fue 0.000. El test de esfericidad de Bartlett obtuvo un  $\chi^2 = 970.085$  (grados de libertad = 378;  $p = < 0.001$ ). El índice de Kaiser–Meyer–Olkin de adecuación de la muestra (*KMO*) fue 0.685. Estos índices muestran la adecuación de aplicar un AFE a nuestros datos. En la Tabla 5.3 se exponen los resultados del análisis factorial exploratorio con indicación de los pesos factoriales. Señalar que no se dispone de un consenso estadístico sobre cómo ha de ser de alta la correlación o ponderación entre una variable y un factor. Por ello, adoptamos el criterio de  $\geq .30$  normalmente aceptado para soluciones ortogonales (Comrey, 1985). La estructura que se obtuvo se ajustó razonablemente con la estructura inicialmente esperada al hallarse áreas relativas a la movilidad, la salud, o de tipo social.

**Tabla 5.3.** Peso obtenido de cada ítem en cada factor en el análisis factorial exploratorio de la EED–LME utilizando el método de ejes principales con rotación varimax.

Ítems de la EED–LME agrupados por factor	fac. 1	fac. 2	fac. 3	fac. 4	fac. 5	fac. 6	fac. 7	fac. 8	fac. 9
<b>Factor 1: Movilidad urbana.</b>									
15. Problemas para transitar por la calle y acudir a un punto determinado por la existencia de obstáculos (desnivel lateral, cuesta empinada, rampa dificultosa, bordillos, escalones, etc.).	<b>.447*</b>	<b>.487</b>	.201	.050	.271	-.045	-.014	.170	-.047
16. Esquivar a la gente mientras transita por la calle.	<b>.653*</b>	.125	.027	.103	.009	.056	.131	-.046	.147
17. Desplazarse por el casco urbano –y llegar a estar cansado– con la silla de ruedas durante un intervalo amplio de tiempo.	<b>.709*</b>	.043	.047	-.036	.001	-.002	.136	<b>.390</b>	.172

**Tabla 5.3.** Continuación.

Ítems de la EED–LME agrupados por factor	fac. 1	fac. 2	fac. 3	fac. 4	fac. 5	fac. 6	fac. 7	fac. 8	fac. 9
18. Cruzar la calle por una zona no señalizada para ello (paso de peatones, semáforo, etc.).	<b>.576*</b>	.231	.199	-.112	.046	.009	-.058	.157	.083
19. Cruzar por un semáforo o un paso de peatones.	<b>.426*</b>	.058	.006	.146	-.016	.061	-.018	-.082	-.125
<b>Factor 2: Dificultades de uso y/o acceso a lugares públicos.</b>									
24. Encontrar transporte público adaptado para personas discapacitadas.	.046	<b>.603*</b>	.050	-.155	.142	-.208	.029	-.044	-.046
26. Aseos de locales públicos no adaptados (o mal adaptados) para minusválidos.	.259	<b>.565*</b>	.077	.145	.208	.249	-.019	.119	.023
27. Acceder a locales públicos (supermercados, restaurantes, bancos, cines, teatros, etc.).	<b>.420</b>	<b>.445*</b>	.008	.000	.141	<b>.302</b>	-.037	.031	.197
28 Dificultad para alcanzar productos situados en estanterías elevadas en supermercados.	.225	<b>.594*</b>	.224	.037	-.055	.225	-.007	.231	.154
<b>Factor 3: Autodesarrollo.</b>									
11. Tener dificultades para alcanzar sus propias metas de autorrealización.	.069	.191	<b>.832*</b>	.107	-.027	.010	.237	.068	.078
12. Sentir que no puede alcanzar a lo largo de su vida sus metas personales.	.214	.098	<b>.784*</b>	-.018	.008	-.029	.204	.068	.153
<b>Factor 4: Socialización.</b>									
5. Iniciar relaciones sociales.	.039	.070	.010	<b>.778*</b>	-.050	-.002	.046	-.151	.268
6. Mantener relaciones sociales.	.168	-.055	.043	<b>.778*</b>	-.122	.015	.008	.055	-.080
7. Acudir a actos u obligaciones sociales.	-.005	-.064	.005	<b>.484*</b>	.164	.159	-.016	.270	-.143
<b>Factor 5: Climatología.</b>									
13. Mal tiempo climatológico.	-.009	.078	.068	-.036	<b>.805*</b>	.072	.119	-.061	-.003
14. Calles mojadas o resbaladizas.	.084	.255	-.129	-.058	<b>.699*</b>	-.010	-.014	.197	.021

**Tabla 5.3.** Continuación.

Ítems de la EED–LME agrupados por factor	fac. 1	fac. 2	fac. 3	fac. 4	fac. 5	fac. 6	fac. 7	fac. 8	fac. 9
<b>Factor 6: Conducción.</b>									
22. Conducir un vehículo.	-.003	-.094	-.171	-.012	-.019	<b>.823*</b>	-.088	-.005	-.076
23. Encontrar un aparcamiento para el coche/vehículo adaptado apto para discapacitados.	.121	.208	.124	.068	.089	<b>.597*</b>	.110	-.072	-.122
<b>Factor 7: Cuidado de la salud.</b>									
1. Contratiempos por problemas de salud (resfriados, úlceras por presión, espasticidad, estreñimiento, alteraciones de la tensión, etc.).	-.093	.148	.160	-.148	-.060	.031	<b>.623*</b>	.196	.017
2. Preocupación ante posibles trastornos intestinales (aerofagia, vientre ligero, etc.).	.066	-.057	.247	.109	.213	.009	<b>.555*</b>	.146	.086
3. Fallos en el proceso de recolección de orina (en la bolsa–depósito, en el colector, en el pañal, o en la sonda).	-.063	.195	.213	-.036	.234	-.083	<b>.322*</b>	.282	.177
4. Molestias por tener que consumir medicación.	.120	-.097	.020	.059	.010	-.007	<b>.597*</b>	-.085	.028
<b>Factor 8: Silla de ruedas.</b>									
20. Cambiarse de asiento (de la silla al coche, o a la cama, al servicio, a otra silla, etc.).	.205	-.046	.076	.139	-.137	.240	-.013	<b>.282*</b>	-.119
21. Avería (pinchazos, rotura del respaldo...) de piezas y elementos de la silla de ruedas.	.034	.111	.042	.058	.214	-.040	.091	<b>.507*</b>	.158
25. Causar daños con la silla de ruedas en la propia vivienda o en la de un familiar/amigo (arañazos en las paredes o puertas, etc.).	.249	.287	.140	-.026	-.171	-.146	.280	<b>.475*</b>	.128

**Tabla 5.3.** Continuación.

Ítems de la EED–LME agrupados por factor	fac. 1	fac. 2	fac. 3	fac. 4	fac. 5	fac. 6	fac. 7	fac. 8	fac. 9
<b>Factor 9: Imagen social.</b>									
8. Sentirse molesto con la opinión que tienen los demás de usted y de su estado físico.	.132	.110	.045	-.076	-.109	-.043	.146	.076	<b>.595*</b>
9. Trato social estereotipado o inadecuado (de tipo paternalista, etc.).	-.083	.035	.259	<b>.311</b>	-.024	-.107	-.032	.067	<b>.321*</b>
10. Sentir desagrado con su propia apariencia física.	.070	-.082	.171	.143	.257	-.145	-.014	.091	<b>.532*</b>
% Varianza explicada	7.88	6.84	6.34	6.24	5.81	5.16	5.15	4.17	4.01
% Varianza acumulada	7.88	14.72	21.06	27.30	33.11	38.27	43.42	47.59	51.60

*Nota.* Los pesos más altos de los ítems en cada factor se presentan marcados con un asterisco y en negrita, formando, a su vez, las distintas subescalas de la nueva escala.

Los ítems cuyos pesos factoriales están marcados con un asterisco fueron incluidos en su correspondiente factor. En algunos casos, hubo ítems con una carga factorial menor que fueron distribuidos en otros factores. Para ello, se siguieron exclusivamente criterios empíricos. No obstante, su peso en el factor resultó significativo.

El valor global de fiabilidad obtenido mediante el estadístico alfa (Cronbach, 1951) de la EED–LME fue  $\alpha = 0.80$ . En la Tabla 5.4 se presentan estos valores para las distintas subescalas.

**Tabla 5.4.** Valores Alfa obtenidos para las 9 subescalas que forman la EED–LME.

Nombre de la subescala	Alfa ( $\alpha$ )
Movilidad urbana	0.73
Dificultades de uso y/o acceso a lugares públicos	0.72
Autodesarrollo	0.87
Socialización	0.69
Climatología	0.74
Conducción	0.64
Cuidado de la salud	0.64
Silla de ruedas	0.45
Imagen social	0.51

Sobre la base del análisis factorial exploratorio, se realizó un análisis factorial confirmatorio, el cual servirá como prueba de su validez de constructo. En la Figura 5.1, se ilustra un modelo de medida inicial en el que se reproducía los resultados obtenidos en nuestro análisis factorial exploratorio.

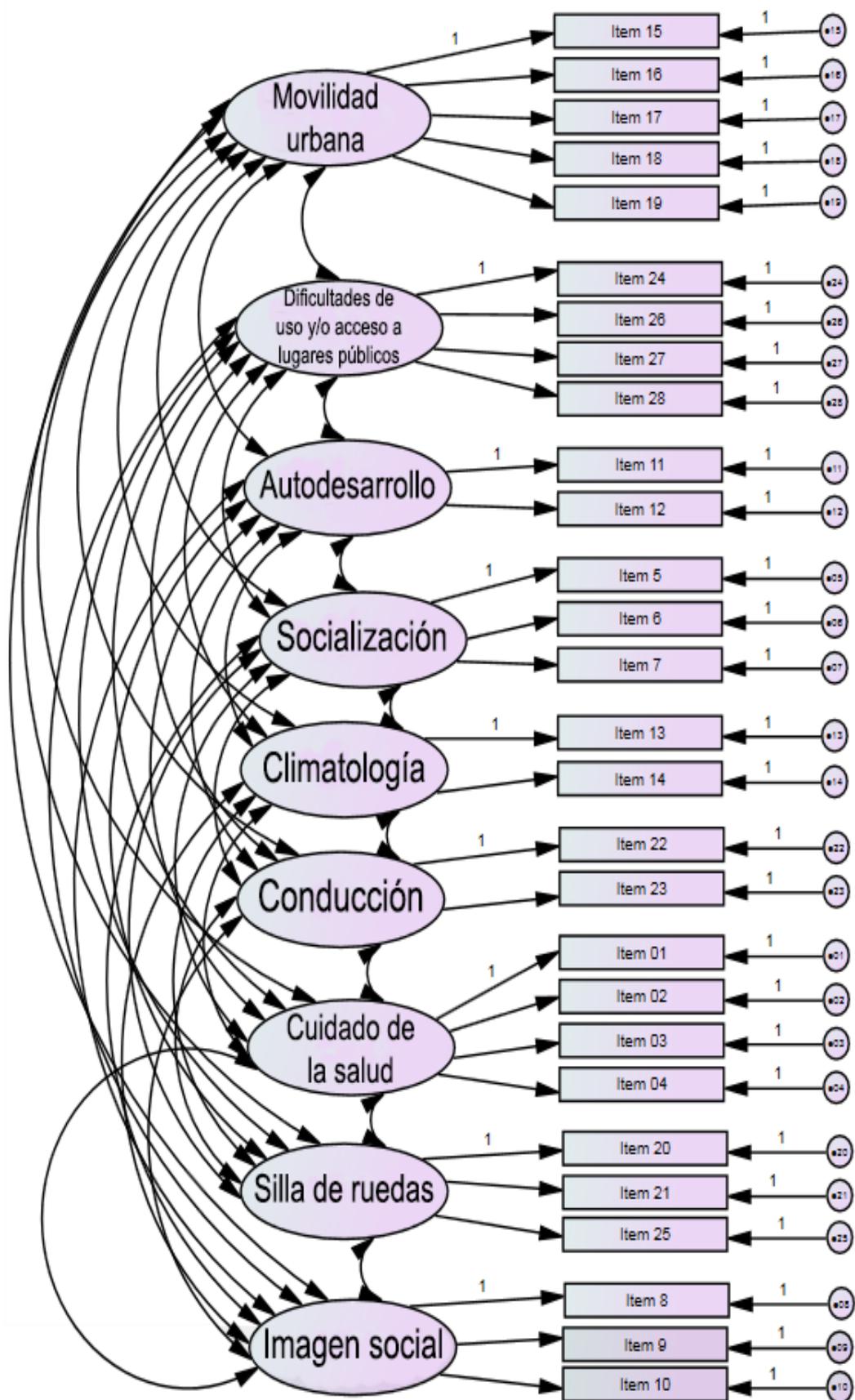


Figura 5.1. Modelo factorial confirmatorio inicial de la EED-LME.

El índice de ajuste del modelo inicial no fue aceptable ( $\chi^2 = 412.897$ , g.l. = 314,  $p < .001$ ) y, además, mostró varianzas negativas para los ítems 3 y 23 por lo que fue rechazado.

En la Figura 5.2, se ilustra un modelo jerárquico de medida desarrollado en base al anterior, así como los estimadores estandarizados obtenidos.

Los valores encontrados de los estadísticos de ajuste fueron:  $\chi^2 = 261.18$ , (g.l. = 293,  $p > .909$ ); CFI = 1.000; RMSEA = 0.000; NFI = 0.305; GFI = 0.807; PGFI = 0.673.

A partir de estos análisis, la dimensión 5 (Climatología) se eliminó al mostrarse en el AFC como la causante de las varianzas negativas y ajustar bien el modelo sin su inclusión. Por todo ello concluimos que la EED–LME se define por ocho variables latentes de primer orden y dos variables latentes de segundo orden y que nuestro test EED–LME las mide eficientemente mediante 26 ítems.

Como muestra de la validez concurrente de la EED–LME–26, se calcularon las correlaciones de esta escala con las variables de síntomas somáticos, calidad de vida, y *hardiness*, así como con el consumo de analgésicos y antiespasmódicos.

Probability = .909  
CFI = 1.000

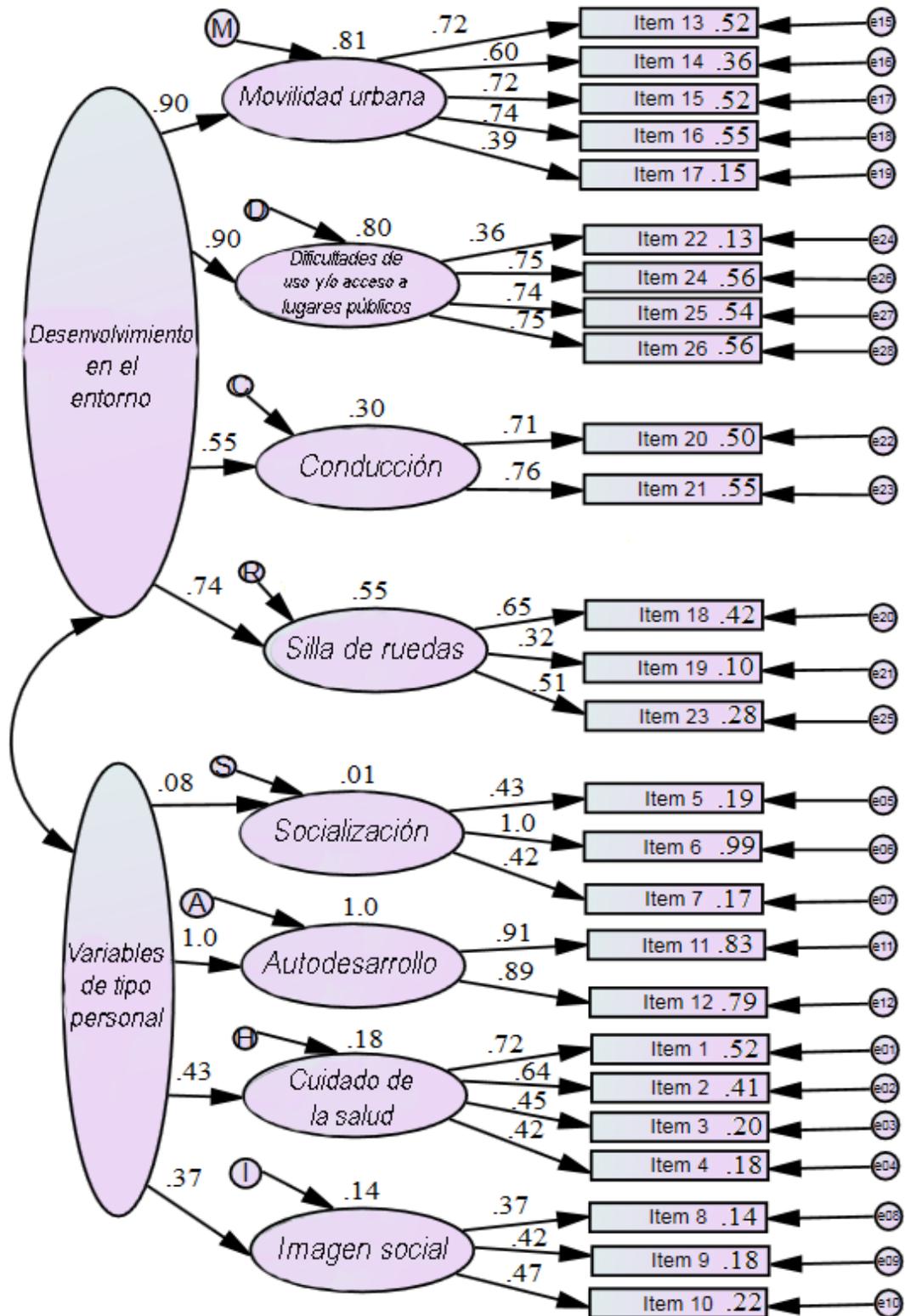


Figura 5.2. Modelo factorial confirmatorio definitivo de la EED-LME e indicadores de las estimaciones paramétricas halladas.

En la Tabla 5.5 se muestran los resultados obtenidos. Las tres escalas empleadas obtuvieron altos niveles de significación, pero no así el consumo de medicación.

**Tabla 5.5.** Correlaciones de la EED–LME–26 con la ESS–LME, el CCV, el CPRE, y con el consumo de analgésicos y antiespasmódicos.

	EED–LME–26
ESS–LME	.300*
CCV	–.306*
CPRE	–.283*
Nº de analgésicos consumidos a la semana	.144
Nº de antiespasmódicos consumidos al día	.080

*Nota 1.* \*  $p < 0.01$  (bilateral).

*Nota 2.* EED–LME–26 = Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal; ESS–LME = Escala de Síntomas Somáticos para la Lesión Medular Espinal; CCV = Cuestionario de Calidad de Vida; CPRE = Cuestionario de Personalidad Resistente al Estrés.

En la Tabla 5.6 se muestran los estadísticos de contraste  $t$  entre la EED–LME–26 con sexo, vivienda adaptada, uso o no de silla de ruedas y estado civil. Se empleó dicho estadístico al ser la opción de respuesta categórica y con sólo dos alternativas. Asimismo, en la Tabla 5.6 se presentan las *one–way* entre EED–LME–26 con tipo de lesión medular espinal, profesión anterior a la LME y actividad actual que desarrolla tras la LME. Se optó por este estadístico al ser la opción de respuesta categórica pero con múltiples alternativas de respuesta. Ninguna de estas medidas resultó ser estadísticamente significativa, aunque habría que tener en cuenta la variable estado civil de la persona en las valoraciones expresadas en la EED–LME–26.

**Tabla 5.6.** Estadístico de contraste  $t$  entre la EED–LME–26 con sexo, vivienda adaptada, uso o no de silla de ruedas y estado civil. Y estadístico  $F$  para los análisis de varianza one–way entre la EED–LME–26 con tipo de lesión medular espinal, profesión anterior a la lesión medular espinal y actividad actual tras la lesión medular espinal.

	$t$	Anova ( $F$ )	$p$
Sexo	– 0.062		.951
Vivienda adaptada	– 1.099		.274
Uso o no de silla de ruedas	1.079		.405
Estado civil	– 0.287		.775
Tipo de lesión medular espinal		0.832	.743
Profesión anterior a la lesión medular espinal		1.043	.450
Actividad actual tras la lesión medular espinal		1.197	.275

*Nota.* EED–LME–26 = Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal.

#### 5.1.4. Discusión

El presente trabajo se ha centrado en la elaboración y análisis psicométrico de una escala con la que poder medir el estrés diario en una población tan sensible a él como es la de lesionados medulares.

El agrupamiento de ítems, considerando sus saturaciones en los factores, se efectuó siguiendo criterios teóricos–racionales y de interpretabilidad. Más concretamente, los ítems se adscribieron a cada dimensión a partir de su peso más alto en un mismo factor. Algunos de ellos (ítems 9, 15, 17 y 27) saturaron de forma similar en más de uno, por lo que se aplicó dicho criterio de interpretabilidad, siempre y cuando la diferencia no fuese sustancial. El ítem 20 tuvo un peso algo inferior para su selección (0.282), pero, al igual que antes, se siguieron criterios teóricos–racionales y de interpretabilidad. La validez de contenido fue valorada por un grupo de expertos (quienes recibieron y calificaron la EED–LME–26) resultando aceptable.

El modelo definitivo de la EED–LME–26 consta de 8 dimensiones establecidas: Movilidad urbana, Dificultades de uso y/o acceso a lugares públicos, Autodesarrollo, Socialización, Conducción, Cuidado de la salud, Silla de ruedas e Imagen social.

Nuestra escala, presenta una elevada correlación con la ESS–LME y con el CCV. Por tanto, cuando el sujeto presenta un mayor nivel de *hassles*, manifiesta a su vez una frecuencia más elevada en la percepción de síntomas somáticos y un decremento en la valoración de su calidad de vida. Estos dos tipos de relación con los *hassles* son consonantes con estudios anteriores en el área de la salud (e.g., Beasley, Thompson, & Davidson, 2003; Degirolamo, 2004; Nooijen, Stam, Sluis, Valent, Twisk & Berg–Emons, 2017) y en el de calidad de vida (e.g., Ames, Wilson, Barnett, Njoh & Ottomanelli, 2017; Camacho, et al., 2002; Dunn, Whelton, & Sharpe, 2006; Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali, & Anisman, 2002; Sutton, Ottomanelli, Njoh, Barnett & Goetz, 2015; Wilson, Forchheimer, Heinemann, Warren & McCullumsmith, 2017). También se han aportado datos de la relación entre estrés diario y calidad de vida en la LME (e.g., Abrantes–Pais, Friedman, Lovallo, & Ross, 2007; Fekete, Wahrendorf, Reinhardt, Post & Siegrist, 2014; Heinemann & Rawal, 2005; Lasher, 2009; Lee & McCormick, 2006; Livneh & Martz, 2005; Matheis, Tulskey, & Matheis, 2006; Molton, Jensen, Nielson, Cardenas, & Ehde, 2008; Schöenberg, Reimitz, Jusyte, Maier, Badke & Hautzinger, 2014; Wollaars, Post, Van Asbeck, & Brand, 2007; Yorkston, Bamer, Johnson & Amtmann, 2012). Todo ello le otorga a nuestra escala una adecuada validez concurrente.

Adicionalmente, se ha hallado que la correlación entre *hardiness* y estrés diario en los lesionados medulares es significativa. Cuanto menor es el nivel de *hardiness* en un lesionado medular, mayor es la cantidad de estrés diario que sufre, lo cual también ha sido refrendado en otros trabajos (e.g., Elliott, Berry, Richards & Shewchuk, 2014; Greene & Nowack, 1995; Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Lusilla–Palacios et al., 2015; Maddi, 2007; Skirka, 1997; Wiebe, 1991).

Merece un comentario la ausencia de relación significativa (medida por medio de los análisis de correlación) entre el estrés diario (evaluado con la EED–LME–26) y la medida de consumo de medicación (analgésicos y antiespasmódicos) ya que en un principio podría parecer contra–intuitiva. Hubiera sido de esperar que un mayor consumo de analgésicos y antiespasmódicos fuese consecuencia de un mayor nivel de estrés diario. Pero los resultados no parecen confirmar esta relación ya que la correlación no alcanzó el nivel de significación. Esto no quiere decir que la salud objetiva no tenga un nexo de unión con la variable de estrés diario; puede estar sucediendo que la medida “consumo de medicación” no sea suficientemente sensible a las pequeñas oscilaciones del estrés diario, o que, en realidad, este tipo de medida no se relacione en absoluto con nuestra variable predictora (EED–LME–26). En cualquier caso, esta relación precisa de más investigación.

Entre las limitaciones de este estudio señalar que, aunque los datos ofrecidos para la creación y validación de la EED–LME–26 son positivos, el tamaño de la muestra fue por conveniencia ( $N = 105$ ), aunque con una tasa de repuesta de 16.9 % por lo que se ve afectada la generalización de los resultados así como la posible introducción de potenciales sesgos.

Otra limitación son los valores Alfa para las subescalas 6 (Conducción), 7 (Cuidado de la salud) (ambas con un  $\alpha = 0.64$ ) 8 (Silla de ruedas) ( $\alpha = 0.45$ ) y 9 (Imagen social) ( $\alpha = 0.51$ ) por lo que habría que llevar a cabo más estudios para dar una mayor validez a nuestra escala de cara a su uso eficaz en la población de lesionados medulares. Sería también interesante incluir en estos estudios variables como el *coping*, ya que su evaluación resultaría apropiada (Cassaretto & Chau, 2016) así como áreas familiares específicas (Río & Gutiérrez–Bermejo, 2015).

Otra cuestión a considerar es que según sean los objetivos de investigación y/o intervención, resultará más adecuado el empleo de la EED–LME, o bien su versión reducida, la EED–LME–26. Por ejemplo, si se deseara realizar una investigación del estrés diario en las personas lesionadas medulares que sufren depresión, resultaría más conveniente emplear la EED–LME para así disponer de una mayor y más variada información sobre *hassles*. Pero si lo que se pretende es medir en el ámbito clínico el estrés diario que un paciente con LME experimenta mientras se encuentra en estado de depresión, sería más adecuado aplicar la EED–LME–26.

## 5.2. Estudio 2

# CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS CON UNA LESIÓN MEDULAR ESPINAL

## RESUMEN

En este estudio se pretende evaluar el nivel de calidad de vida en las personas con una Lesión Medular Espinal. Para ello se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple mediante el método de selección de variables *hacia adelante*. El resultado de dicho análisis mostró que la calidad de vida en los participantes de nuestra muestra se asocia negativamente con la gravedad de la Lesión Medular Espinal, con una peor salud física, y con un incremento en la variable “consumo de analgésicos a la semana”. Por el contrario, hubo una correlación positiva con calidad de vida el que tengan un nivel alto de *hardiness* así como de apoyo social de amigos y la vivienda adaptada a su Lesión Medular Espinal. Estos resultados sugieren que sería adecuado realizar investigaciones más específicas y de mayor alcance sobre la calidad de vida en este tipo de población. Las personas con una Lesión Medular Espinal presentan un estilo de vida distinto al del resto de la población, por lo que su calidad de vida se ve afectada por ello. Cuanto mayor y más grave sea la Lesión Medular Espinal peor será su calidad de vida. Este estudio confirma esta aseveración.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Lesión Medular Espinal. Estrés diario. Bienestar. Salud.

### 5.2.1. Introducción

La *Lesión Medular Espinal* constituye un suceso vital mayor que conlleva importantes y permanentes cambios en la vida de la persona que la sufre (Richards, Kewman, & Pierce, 2002). Se trata de una interrupción de las vías neuronales que comunican el cerebro con el resto del organismo. Este cese de la señal nerviosa ocasiona una restricción de las funciones motoras, sensitivas y vegetativas en la parte corporal que queda por debajo de la lesión (Buckelew, Frank, Elliott, Chaney, & Hewett, 1991). Las consecuencias de una LME normalmente son muy importantes y severas. Además, afectan gravemente (y de forma generalmente irreversible) a las funciones y capacidades de los pacientes en toda su integridad. Todo ello provoca cambios importantes y necesarios en la vida de los individuos, que pasan bruscamente de un estado sano y autónomo a depender de otra persona (familiar, enfermero/a, cuidador/a). Con una LME se ven alteradas todas las expectativas vitales, se necesitan nuevas habilidades para poder adaptarse a la nueva situación y se modifica la relación del que la sufre con su entorno.

La LME se puede entender desde una doble perspectiva: inicialmente, como un suceso vital que modifica el tipo de vida que la persona va a llevar desde el momento de la lesión en adelante; y, posteriormente, como un problema crónico por el que el sujeto tiene que enfrentarse con pequeñas contrariedades de la vida diaria.

Como acontecimiento vital la LME supone una alteración del funcionamiento físico y psicológico enorme que casi siempre repercute negativamente en la Calidad de Vida (CV), tanto objetivamente como subjetivamente (Leduc & Lepage, 2002). Además, cabe esperar que a mayor gravedad y/o intensidad de la LME peor vaya a ser su CV.

Se podrían establecer tres fases bien definidas en la evolución personal de quien sufre una LME. La primera se referiría al momento y semanas posteriores a la LME. La segunda englobaría el periodo en el que la persona está ingresada en el hospital. Y una tercera fase sería cuando el lesionado medular hace su vida cotidiana ya fuera del hospital (Rueda, Aguado, & Alcedo, 2008).

Lógicamente, en la primera fase, la CV valorada por el afectado es muy negativa, pues supone una merma de facultades físicas, sociales y laborales repentina e inesperada.

Una vez superado el impacto inicial de la LME hay que adaptarse y acomodarse a las nuevas condiciones de vida, e irse preparando para integrarse y manejarse de nuevo en la comunidad. En este segundo estadio, la CV estaría en un nivel de indefinición, como de hecho ocurre en prácticamente todas las variables de la vida del lesionado medular.

Y por último, vivir el día a día en la sociedad y en su comunidad. La valoración de la CV en este tercer estadio de la LME es muy difícil ya que sus valores, previsiblemente, pueden variar notablemente dificultando encontrar instrumentos fiables. Si los indicadores objetivos señalados más arriba influyen sobre la estimación de la CV subjetiva, en el caso del lesionado medular cobran mayor significación si cabe en esta tercera fase.

Pero la CV del lesionado medular no sólo se ve afectada por el tipo, gravedad y tiempo transcurrido desde la LME, sino también por diversos factores (unos favorables y otros desfavorables). Entre los favorables, en este estudio nos hemos centrado en el *hardiness* y en el apoyo social (de familiares y amigos). Y entre los desfavorables, salud subjetiva y estrés diario.

La *calidad de vida* es un constructo cada vez más empleado en psicología al incluir en él distintos aspectos del bienestar personal. Éste es complejo y no se ha alcanzado un acuerdo general en su definición y conceptualización. Existen, no obstante, algunas definiciones que en mayor o menor grado confluyen en una misma dirección.

La evaluación de la CV se ha focalizado en la valoración que la persona hace de situaciones cotidianas. La salud por su parte tiene un papel fundamental en la definición de CV, influyendo en componentes tales como el trabajo, el ocio, la economía, la autonomía y las relaciones sociales entre otros. (Moreno & Ximénez, 1996; Riveros, Castro, & Lara-Tapia, 2009). La CV se podría interpretar desde una perspectiva dual que reflejase la incidencia de marcadores de bienestar “objetivos” y de indicadores “subjetivos” presentes en la experiencia del individuo (Rodríguez-Marín, Pastor, & López-Roig, 1993). Los indicadores objetivos se refieren a elementos presentes en el hábitat físico y social del sujeto: confort, riqueza, estado sentimental, calidad del medio ambiente, disponibilidad de servicios públicos, etc. Podría añadirse a este listado un componente emocional que consistiría en un sentimiento de satisfacción, un estado de ánimo positivo, y estaría formado por otros elementos de carácter psicológico y/o conductual (Catania et al., 2015; Rodríguez-Marín et al., 1993). Entre los indicadores objetivos externos cobran una enorme importancia las variables sociodemográficas. Las más relevantes serían: edad, sexo, nivel educativo, estatus y tipo de empleo, ingresos económicos, tipo y tamaño de vivienda, estatus marital y familiar, apoyo social, etc. (Cheng & Li, 2014; Hofmann, Wu, & Boettcher, 2014; Rodríguez-Marín et al., 1993).

Entre los indicadores subjetivos o personales se consideran la percepción de la salud, el involucrarse en actividades recreativas, la satisfacción general con la vida, la interacción social y las habilidades funcionales, entre otros (Fernández-Ballesteros, 1997; World Health Organization, WHO, 2002). Para poder evaluar los componentes subjetivos de la CV es necesario el empleo de autoinformes. En este tipo de indicadores juega un papel crucial el concepto de estado de salud,

siendo un factor determinante de la CV (Mishra, Scherer, Snyder, Geigle, & Gotay, 2014). También se ha encontrado en otros estudios que el individuo valora su salud como el factor nuclear para lograr acercarse a la “felicidad”. De esta forma, la salud se convierte en uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital. Por lo tanto, parece ser que la valoración subjetiva de la variable salud tiene una relación más estrecha con el bienestar personal que una valoración objetiva externa (Mishra et al., 2014).

Precisamente, dada la relevancia que la salud posee para la persona como un componente de su CV, implica que su deterioro constituye un suceso estresante que mina el bienestar. La enfermedad genera, en mayor o menor medida, un quebranto del comportamiento y modo de vida habitual del sujeto. Esto provoca una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que se conoce comúnmente como *situación estresante* y que coloca al individuo en la necesidad de hacerle frente para lograr reducirla o adaptarse a ella, modificándola, cambiando las circunstancias, o remodelando a la persona misma (Mishra et al., 2014).

Aún no existe un consenso generalizado sobre los componentes que estarían formando parte de la CV. Esto es debido en parte a que se ha tratado de evaluar en ámbitos muy diversos, tales como el bienestar global de una población, el desarrollo económico y social, el impacto de circunstancias como la pérdida de la salud, y la influencia de diferentes intervenciones, incluyendo las farmacológicas. Según cuál sea el contexto en el que se mida, la CV estaría conformada por variables objetivas, subjetivas y aquellas referidas a la propia evaluación del individuo. Así, la CV se constituye en una variable dinámica producto de un proceso de comparación constante en el que los criterios se relacionarían con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades (Riveros et al., 2009; Sánchez–Sosa & González–Celis, 2006). En general, la comunidad científica acepta los indicadores objetivos como especialmente aptos para obtener una evaluación de la CV en poblaciones generales, tales como los referidos a los aspectos políticos y sociales. Y por

otra parte, entrando a valorar situaciones específicas, es cuando los indicadores subjetivos permitirían valorar el impacto de estas situaciones de manera más completa. Dichas situaciones específicas incluiría, por supuesto, intervenciones en salud (Velarde–Jurado & Ávila–Figueroa, 2002).

En definitiva, se puede considerar la CV como una valoración subjetiva del grado en que se ha alcanzado la felicidad en un sentido de bienestar/malestar personal. Este juicio subjetivo se considera estrechamente conectado con determinados indicadores objetivos de tipo biológico, psicológico, conductual y social (Acquadro, Conway, Hareendran, & Aaronson, 2008; Guyatt & Schunemann, 2008). Estos indicadores objetivos referencian realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona (e.g., salud, comodidad, ingresos económicos, apoyo social) y elementos externos del sujeto (e.g., sexo, edad, estado civil, estatus laboral, vivienda, etc.) (Barriga, 1988; Benítez, 2016).

El *hardiness* (traducido al español, resistencia o dureza ante el estrés) es un factor de la personalidad, relativamente estable, que se manifiesta ante el estrés como una tendencia de orientación optimista. Implicaría tres conceptos: a) compromiso; b) desafío; y c) control (Khoshaba & Maddi, 2008; Kobasa, 1979). El *hardiness* comienza a desarrollarse en una etapa temprana de la vida de la persona. No obstante, puede entrenarse y moldearse bajo ciertas condiciones (Kelly, Matthews, & Bartone, 2014; Kobasa, 1979; Maddi & Kobasa, 1984). El *hardiness* constituiría, por tanto, un conjunto de actitudes o creencias por las cuales el individuo se siente implicado en sus actividades cotidianas, confía en su fortaleza y su seguridad para influir en las consecuencias de su conducta, y considera el cambio como una posibilidad para aprender y crecer en lo personal (Abdollahi, Abu–Talib, Yaacob, & Ismail, 2014a, 2014b, 2015; Kelly et al., 2014; Kobasa, 1979; Maddi & Kobasa, 1984; Orme & Kehoe, 2014; Tomassetti–Long, Nicholson, Madson, & Dahlen, 2015). El *hardiness* se ha relacionado con la CV indicando que cuando un sujeto tiene un nivel más elevado de aquél muestra disfrutar de una mayor CV (Evans, Pellizzari, Culbert, & Metzen, 1993).

El *apoyo social* se interpreta como una fuente de recursos sociales de la que dispone el individuo para enfrentarse a la situación estresante. Éste se obtendría del entorno familiar, de amigos y de otras redes sociales a disposición del sujeto (Goodwin, Cox, & Clara, 2006; Goodwin & Engstrom, 2002). Rodríguez–Marín (2002) refiere que el sistema de apoyo social es importante en sí mismo, pues protege la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo. Este autor añade que el apoyo aumenta las capacidades personales de sus componentes y promueve la consecución de sus metas vitales. Se ha encontrado que la valoración del individuo de un apoyo social abundante y de calidad se asocia a una percepción más positiva y completa de su CV (Hannigan, Edwards, & Burnard, 2004; Kogovšek & Ferligoj, 2004).

La *salud subjetiva* mide desde un plano personal la valoración de distintas áreas psicosomáticas relacionadas con la salud global. Ésta se suele medir con escalas de autoinforme (Watson & Pennebaker, 1989). Estos autores señalan la posibilidad de que este tipo de escalas reflejen, de manera ligera o moderadamente, la salud objetiva. El grado de correlación entre la salud subjetiva y objetiva dependería del tipo de escala que se utilice para su evaluación y con los criterios de salud que se contrasten. Independientemente de ello, se ha demostrado que un nivel alto de CV se relaciona positivamente con una valoración favorable de la salud, tanto objetiva como subjetivamente (Acquadro et al., 2008; Guyatt & Schunemann, 2007; Janssens, Gorter, Ketelaar, Kramer, & Holtslag, 2008; Rodríguez–Marín et al., 1993; Schneiderman, Ironson, & Siegel, 2005; Solans et al., 2008). Y a la inversa, un deterioro en la salud subjetiva se ha asociado con un descenso en el nivel de CV (Douma, Aaronson, Vasen, & Bleiker, 2008; Liem, Bosch, & Hunink, 2008; Palese et al., 2008; Upton, Lawford, & Eiser, 2008).

El *estrés diario o hassles* hace referencia a los pequeños contratiempos, vicisitudes o contrariedades que se dan de manera habitual en la vida del individuo y que le generan un nivel elevado de malestar (DeLongis, Lazarus, & Folkman, 1988; Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981; Sandín & Chorot, 2008; Sandín, Chorot, Santed, & Valiente, 2002). En diversos estudios

se ha encontrado que un descenso en *hassles* conlleva un mayor bienestar de la persona y que el aumento del estrés diario precipita un deterioro en la CV percibida (Camacho et al., 2002; Dunn, Whelton, & Sharpe, 2006; Randall, 2001; Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali, & Anisman, 2002).

El objetivo fundamental de este estudio es aportar una estimación de la CV en el lesionado medular en la tercera fase de la LME, es decir, cuando interactúa con su comunidad y socialmente. Asimismo, se analizan las relaciones de dos indicadores objetivos (consumo de analgésicos y antiespasmódicos), variables disposicionales (*hardiness*, apoyo social de familiares y amigos, y tipo de lesión medular espinal), variables sociodemográficas (sexo, adaptación de la vivienda, estado civil, uso o no de silla de ruedas, profesión, personas de apoyo, edad, años transcurridos desde la LME, grado de discapacidad, e ingresos económicos), y, particularmente, salud subjetiva (síntomas somáticos) y estrés diario (*hassles*) con la CV.

## 5.2.2. Método

### 5.2.2.1. Participantes

Para participar en este estudio se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión. Concretamente, y puesto que el estudio se centra en la CV del lesionado medular en la tercera fase, los participantes no podían encontrarse ingresados en hospitales o clínicas como resultado de sufrir una LME en fechas recientes al momento de medida. Esta restricción se debe a que, lógicamente, no han experimentado todavía los diversos factores y elementos específicos extra-hospitalarios que entraña dicha lesión. Para poder garantizar que las personas que formasen parte de la muestra se situaban en este tercer estadio, y por lo tanto cumplían con este requisito, se les suministró los cuestionarios a todas aquellas que ya habían sido dadas de alta en el hospital, enviándose dichos cuestionarios a su lugar de residencia a través del correo postal. Por una cuestión parecida tampoco se incluyeron en el estudio a aquellos lesionados

medulares que estuviesen internados en centros de la tercera edad o en residencias. Otro criterio de exclusión fue ser mayor de dieciocho años debido a las características particulares de los ítems de los cuestionarios.

Inicialmente, se remitieron los cuestionarios a 621 lesionados medulares adscritos a la Federación Nacional Aspaym (Asociación de Paraplégicos y Personas con Gran Discapacidad Física), vía correo postal, pidiéndoles que participasen voluntariamente en nuestro estudio. Se les explicaba, también, las características de la investigación (procedimiento, metas, molestias, beneficios, posibles riesgos y derechos). Tras todo este proceso, 105 personas lesionadas medulares nos remitieron rellenos la totalidad de los cuestionarios que se les envió en el estudio.

Por ello, el número definitivo de personas lesionadas medulares que conformaron la muestra fue  $N = 105$ . La proporción de hombres fue del 69.5 %, y de mujeres del 30.5 %. La edad se situó entre los 19 y 73 años ( $M = 42.36$ ;  $DT = 11.02$ ), y el rango de años transcurridos desde el inicio de la LME estuvo entre 1 y 66 años ( $M = 16.54$ ;  $DT = 12.61$ ). En el primer apartado de la sección de Resultados (5.2.3.1. Estadísticos descriptivos de la muestra) se exponen con mayor amplitud los datos más relevantes de nuestra muestra de estudio.

#### 5.2.2.2. Instrumentos

*Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)* (Ruiz & Baca, 1993). Con esta escala se evalúa el grado de bienestar subjetivo de la persona con relación a aspectos diversos y circunstancias de la vida cotidiana. Consta de 35 ítems, más una escala extra (con otros 4) para aquellas personas que tienen o viven en pareja. En el cuestionario se pide a los sujetos que valoren, en el momento en el que se les encuesta, la influencia de distintas situaciones habituales sobre su calidad de vida. Los datos se obtienen por medio de una escala tipo Likert, donde 1 es igual a nada y 5 igual a mucho. Los resultados psicométricos obtenidos por sus autores acerca de la fiabilidad y validez son muy adecuados (Ruiz & Baca, 1993).

Por la particular situación provocada por la LME en la población de estudio, el desarrollo de una actividad laboral se encuentra muy limitado, cuando no resulta inexistente, ya que una mayoría o está desempleada o es pensionista. Esta situación se reflejó claramente en los resultados obtenidos en nuestra muestra cuando se revisaron las respuestas a los 8 primeros ítems del CCV referidos a elementos sustanciales del ámbito laboral. Estos 8 ítems no fueron cumplimentados por 33 sujetos, siendo esta cifra el 31.4 % de la muestra total. Por tanto, se optó por eliminar del análisis de los datos dos subescalas del CCV que incluían ítems de actividad laboral, así como recalcular la puntuación final global en el CCV. Las subescalas retiradas del análisis fueron: “satisfacción general” y “tiempo libre o ausencia de sobrecarga laboral”. La fiabilidad obtenida para este nuevo cálculo nuestro fue de  $\alpha = 0.93$ . Tampoco se incluyeron los resultados obtenidos con la escala adicional de 4 ítems para personas con pareja, tal y como aconsejan los propios autores, por ser esta una muestra mixta. Según Ruiz y Baca (1993), es recomendable no contabilizar los ítems relativos a la “relación de pareja” ya que la puntuación en la subescala “apoyo social” y la puntuación total en el CCV acabarían siendo engañosas, al contabilizar 4 ítems más que las personas sin pareja.

*Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal (EED-LME-26)* (Angulo, Santed, Sandín & Reales, submitted). Se trata de una herramienta con la que se describe situaciones variadas, más o menos habituales, que la persona con LME tiene que enfrentar en su vida cotidiana, con mayor o menor esfuerzo y que, en potencia, pueden generarle malestar. En las instrucciones de la misma se le solicita al lesionado medular que marque y valore la alternativa que mejor refleje la frecuencia con la que afronta cada una de dichas situaciones, así como la intensidad de malestar (a nivel psicológico) que le provoca, en el intervalo temporal que incluye los dos meses anteriores a la contestación del formulario. A tal efecto se utilizan dos escalas tipo Likert. Con la primera, se evalúa la frecuencia con que se da la situación [ $0_a-0_b = 0_a$  – No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses: la he evitado porque me supone una dificultad (e.g., evito

hacerlo, otros lo hacen por mí, etc.);  $0_b$  – No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses (pero no porque yo la evite), 1 = 1 vez en los 2 últimos meses más o menos, 2 = 2 veces en los 2 últimos meses más o menos, 3 = 2 veces al mes más o menos, 4 = 1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes), 5 = De 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes), 6 = Se presenta en mi vida casi a diario, y 7 = es una condición presente en mi vida de forma habitual]. La opción de respuesta “ $0_a-0_b$ ” se emplea con una doble alternativa sobre la no ocurrencia del acontecimiento. Por un lado,  $0_a$  hace referencia a la ausencia de la situación potencialmente estresante al suponer una dificultad real y objetiva de que la persona pueda abordarla y la evita (e.g., hacer la cama para el caso de un tetrapléjico). Y, por otro,  $0_b$  alude a que el evento que se pretende medir no ha ocurrido durante el intervalo de tiempo que se referencia (e.g., hacer una gestión en la oficina del banco). También se evaluó el grado o intensidad de malestar psicológico que tales situaciones han provocado en el encuestado en el período de referencia (0 = nada de malestar y 10 = malestar extremo).

*Escala de Síntomas Somáticos para la Lesión Medular Espinal (ESS–LME)* (Angulo, Santed, Sandín & Reales, submitted). La *Escala de Síntomas Somáticos–Revisada (ESS–R)* fue elaborada por Sandín y Chorot (vid. Sandín, Valiente, & Chorot, 2008). El objetivo de esta escala es obtener una valoración de la salud física relativa a los sistemas somatofisiológicos más importantes, desde criterios exclusivamente empíricos, partiendo de los síntomas que normalmente se dan en los diversos trastornos que afectan a los sistemas del organismo humano. La escala original consta de 80 ítems, más una subescala adicional formada por 10 ítems específicos para mujeres. Diversos trabajos han proporcionado datos relativos a la bondad psicométrica de la ESS, bien de su validez (Lozano, 1994) o de su fiabilidad (vid. Sandín et al., 2008).

Para nuestro estudio la ESS-R se reelaboró adaptándola a la población de lesionados medulares. La versión final estuvo conformada por 48 ítems y la hemos denominado ESS-LME. Los 42 ítems restantes de la escala original han sido eliminados de esta nueva versión porque no se ajustan a la singular problemática de los lesionados medulares (e.g., debido al tipo de información que se les requiere, referencia a zonas del cuerpo o por preguntar por actividades invalidadas) y por ello no podían ser respondidas adecuadamente. De los 48 ítems finales, 2 de ellos se modificaron en su enunciado para que se adaptasen a las características de nuestra población. A través de la ESS-LME se registraron puntuaciones globales de frecuencia y de intensidad de la sintomatología somática (similares a las obtenidas con el EED-LME). Se utilizaron dos escalas tipo Likert, una para medir la frecuencia de las *síntomas somáticos* [0 = no me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses, 1 = 1 vez en los 2 últimos meses más o menos, 2 = 2 veces en los 2 últimos meses más o menos, 3 = 2 veces al mes más o menos, 4 = 1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes), 5 = De 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes), 6 = Se presenta en mi vida casi a diario, y 7 = es un síntoma presente en mi vida de forma habitual], y otra para registrar la intensidad del malestar psicológico que le han provocado (0 = nada de malestar y 10 = malestar extremo). Se solicitó a los participantes que contestasen cómo les influyó cada una de las *manifestaciones somáticas* indicadas, en el intervalo de los dos últimos meses. La fiabilidad de la puntuación total para esta escala fue de  $\alpha = 0.88$ . La correlación con la EED-LME fue  $r = 0.30$  ( $p < 0.01$ ), con el CCV  $r = -0.47$  ( $p < 0.01$ ), y con el CPRE (Cuestionario de Personalidad Resistente al Estrés, ver más abajo)  $r = -0.29$  ( $p < 0.01$ ).

*Cuestionario de Personalidad Resistente al Estrés (CPRE)* (Bermúdez, 1997). Una persona resistente (*hardiness*) es aquella que posee un alto grado de compromiso, experimenta las situaciones estresantes como retos y no de manera amenazante, y que se auto-percibe con suficiente control interno como para hacer frente a distintas circunstancias complejas (Kobasa, 1979). El CPRE mide estas características por medio de 20 ítems. En las instrucciones se le solicita al participante que marque el grado en que cada una de dichas variables describe su modo habitual de pensar, sentir y/o comportarse. A tal fin, se emplea una escala tipo Likert (0 = nada en absoluto y 4 = completamente).

El CPRE muestra una fiabilidad adecuada en nuestra muestra de estudio ( $\alpha = 0.87$ ). En relación con su validez concurrente, obtuvimos unas correlaciones con la EED-LME,  $r = -0.28$  ( $p < 0.01$ ) y con la ESS-LME de  $r = -0.29$  ( $p < 0.01$ ) todas ellas estadísticamente significativas.

*Escala de Apoyo Social (SS-B)* (Sandín, Valiente, & Chorot, 2008). Este cuestionario mide el grado de apoyo social que la propia persona percibe tener. Se le solicita que lo estime en dos ámbitos concretos, el familiar y el de los amigos, de forma independiente. La medida se toma con una escala tipo Likert (0 = nadie haría esto por mí y 4 = la mayoría de mis familiares o amigos harían esto).

En nuestra muestra de estudio, la SS-B mostró tener índices de fiabilidad adecuados tanto para familiares ( $\alpha = 0.98$ ) como para amigos ( $\alpha = 0.99$ ). La validez concurrente se evaluó a través de las correlaciones del apoyo social de los familiares con EED-LME ( $r = -0.08$ ;  $p = 0.42$ ) y ESS-LME ( $r = -0.09$ ;  $p = 0.37$ ) y del apoyo social de amigos con EED-LME ( $r = -0.17$ ;  $p = 0.09$ ) y ESS-LME ( $r = -0.10$ ;  $p = 0.30$ ).

*Consumo de medicación.* Con esta medida se pretende disponer de un indicador objetivo sobre la sintomatología que se asocia con la LME. Para su evaluación se registró la cantidad de analgésicos y antiespasmódicos (en número de grageas) ingeridos por los participantes durante el período de los dos últimos meses. La unidad temporal de medida fue diferente para ambas. Los analgésicos se contabilizaron por su ingesta a la semana durante ese intervalo de medida mientras que los antiespasmódicos en el consumo diario de grageas, igualmente en esos dos meses.

En el entorno clínico se utiliza principalmente este método de registro del consumo de ambas medicinas aunque desde la perspectiva de su relación con salud y CV, los dos medicamentos influirían en la misma dirección.

Adicionalmente, se recopiló información específica del sujeto lesionado medular en las siguientes variables: fecha de nacimiento, sexo, estado civil (tanto con pareja como sin ella), profesión anterior a la LME (si la hubiese), tipo de lesión medular espinal (paraparesia, paraplejia, tetraparesia, tetraplejia), año en que tuvo lugar la lesión, grado de discapacidad (medido en tanto por ciento), uso de silla de ruedas (si o no), cantidad y grado de personas de apoyo, vivienda adaptada (si o no) y nivel de ingresos económicos de la unidad familiar.

En la Tabla 5.7 se presentan las medias, desviaciones típicas y coeficientes Alfa de Cronbach (1951) obtenidos en este estudio para estos instrumentos, globalmente y según el sexo.

**Tabla 5.7.** Media, desviación típica y coeficiente Alfa para los cuestionarios CCV, EDD–LME–26, ESS–LME, CPRE y SS–B (familia y amigos).

	Sexo						
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Alfa</i> ( $\alpha$ )	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
				<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
CCV	87.76	18.47	.93	87.15	16.80	89.16	22.03
EDD–LME–26	72.87	25.79	.79	72.92	26.78	72.75	23.79
ESS–LME	52.77	31.72	.88	53.14	30.24	51.94	35.37
CPRE	59.54	10.28	.87	59.32	10.20	60.06	10.62
SS–B familia	137.20	37.28	.99	133.26	38.17	146.19	34.03
SS–B amigos	112.70	43.83	.99	110.97	43.93	116.63	44.03

*Nota 1.* *M* = Media; *DT* = Desviación Típica.

*Nota 2.* CCV = Cuestionario de Calidad de Vida; EED–LME–26 = Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal; ESS–LME = Escala de Síntomas Somáticos para la Lesión Medular Espinal; CPRE = Cuestionario de Personalidad Resistente al Estrés; SS–B = Escala de Apoyo Social.

### 5.2.2.3. Diseño y procedimiento

Este estudio utilizó un diseño transversal en el cual se recopiló información de personas con una LME durante un período de dos meses previos a la recepción de la carta y los cuestionarios. Todos los instrumentos de medida, expuestos en el anterior epígrafe, se administraron en un formato de cuadernillo a doble página. Estos fueron rellenados por los participantes en su domicilio. Adicionalmente, se adjuntó junto a este cuadernillo una hoja con instrucciones generales sobre el modo a proceder. Todo el material se envió a través del correo postal. El franqueo de la carta de respuesta con el cuadernillo fue completamente gratuito para los miembros de la muestra. Las cartas contestadas se recogieron en un apartado de

correos. En todo momento se prestó asistencia telefónica y/o por correo electrónico para la explicación y aclaración de cualquier duda.

Este estudio tuvo la aprobación del equipo de dirección de ASPAYM. Adicionalmente, se cumplieron con los principios subrayados en la Declaración de Helsinki (2010).

### 5.2.3. Resultados

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa informático SPSS 21 para Windows (IBM Corp., 2012).

#### 5.2.3.1. Estadísticos descriptivos de la muestra

La edad de los participantes osciló entre 19 y 73 años ( $M = 42.36$ ;  $DT = 11.02$ ). Para la variable años transcurridos desde la LME el rango se situó entre 1 y 66 años ( $M = 16.54$ ;  $DT = 12.61$ ). En relación a la variable grado de discapacidad el rango se distribuyó entre el 33 % y el 100 % ( $M = 80.21$  %;  $DT = 9.44$ ).

La proporción de lesionados medulares masculinos en nuestra muestra era más del doble que los femeninos, llegando a representar casi  $\frac{3}{4}$  del total de la muestra ( $n = 73$ ; 69.5 %) frente al de mujeres ( $n = 32$ ; 30.5 %). El tipo de lesión medular se repartió de la siguiente forma: paraparesia ( $n = 12$ ; 11.4 %); paraplejía ( $n = 56$ ; 53.3 %); tetraparesia ( $n = 7$ ; 6.7 %); y tetraplejía ( $n = 26$ ; 24.8 %); no respondieron a esta pregunta ( $n = 4$ ; 3.8 %). El número de lesiones medulares espinales incompletas (paraparesia y tetraparesia) no alcanzó el 20 % de participantes en el estudio, siendo además muy destacable el hecho de que más de la mitad de los lesionados eran parapléjicos.

En cuanto al uso o no de silla de ruedas, fue muy alto el porcentaje de sujetos que la utilizan de manera permanente ( $n = 99$ ; 94.3 %) (hecho lógico, pues es una consecuencia normalmente inherente a la propia lesión medular) frente a los que no la usan ( $n = 6$ ; 5.7 %).

En relación a la adaptación o no del hogar a las nuevas necesidades del lesionado medular, se observa el dato de que los que ya lo tienen acondicionado son muchos ( $n = 86$ ; 81.9 %) frente a los que no ( $n = 19$ ; 18.1 %). Esto supone haber superado los problemas económicos y de tiempo que estas obras conllevan, o bien haberse trasladado a otra vivienda previamente adaptada.

Respecto del estado civil de los encuestados, destaca que casi la mitad de los participantes ( $n = 46$ ; 43.8 %) están casados y que algo más de un tercio de la muestra ( $n = 42$ ; 40.0 %) no tiene pareja. En este último grupo, de las 42 personas sin pareja sólo 6 (5.8 %) la han tenido en algún momento (separados, divorciados y viudos, que, en el momento de la recogida de datos, se encontraban sin pareja). Por otra parte, un total de 17 encuestados (16.2 %) conviven con otra persona (sin vínculo matrimonial).

El nivel de ingresos económicos se evaluó en euros, estableciéndose como criterio lo ganado mensualmente por el núcleo familiar; es decir, no sólo el lesionado medular (pensión y/o empleo), sino también padres, cónyuge e hijos que convivan con ellos, si los hubiere. Cabe señalar que más de la mitad de las familias de los participantes en la investigación ( $n = 57$ ; 54.3 %) tienen una capacidad económica menor a 1000 € al mes, y algo más de la cuarta parte ( $n = 28$ ; 26.7 %) disponen de una renta algo más elevada, entre 1000 y 3000 € al mes. Este dato está claramente en consonancia con el alto grado de desempleo después de una LME. Por encima de los 3000 € al mes fueron los ingresos de una pequeña proporción de familias con un LME a cargo ( $n = 12$ ; 11.4 %). No respondieron a esta cuestión un total de 8 participantes (7.6 %).

Sobre la asistencia de que dispone el lesionado medular para ayuda personal o de apoyo, se da la circunstancia de que casi tres de cada cuatro participantes en esta investigación ( $n = 78$ ; 74.3 %) pueden disponer de una o más personas que le proporcionen esta compañía y/o ayuda física/psicológica de forma habitual, mientras que es más reducida la cifra de los discapacitados que tienen poco apoyo ( $n = 18$ ; 17.1 %) o ninguno ( $n = 9$ ; 8.6 %). Debemos señalar que la

ausencia de personal de apoyo no indica la inexistencia de una necesidad de éste por parte del sujeto. En la Tabla 5.8 se muestra un resumen de estos estadísticos descriptivos.

**Tabla 5.8.** Número y porcentaje de participantes por sexo, vivienda adaptada, uso o no de silla de ruedas, estado civil, tipo de lesión medular espinal, nivel de ingresos económicos, y cantidad y grado de personas de apoyo.

		<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo	Hombre	73	69.5
	Mujer	32	30.5
Vivienda adaptada	Sí	86	81.9
	No	19	18.1
Uso o no de silla de ruedas	Permanentemente	99	94.3
	No la usan	6	5.7
Estado civil	Con pareja	63	60.0
	Sin pareja	42	40.0
Tipo de lesión medular espinal	Paraparesia	12	11.4
	Paraplejia	56	53.3
	Tetraparesia	7	6.7
	Tetraplejia	26	24.8
Nivel de ingresos económicos	< 1000 €	57	54.3
	1000 – 3000 €	28	26.7
	> 3000 €	12	11.4

**Tabla 5.8.** Continuación.

		<i>N</i>	%
Cantidad y grado de personas de apoyo	Ningún apoyo	9	8.6
	Poco apoyo	18	17.1
	Bastante apoyo	33	31.4
	Apoyo completo	45	42.9

### 5.2.3.2. Relación de las variables sociodemográficas con calidad de vida

Se llevaron a cabo una serie de análisis estadísticos *t*-tests, y *one-way* entre las variables sociodemográficas, EED-LME-26, ESS-LME, CPRE con la variable calidad de vida medida mediante el CCV como variable dependiente.

En la Tabla 5.9 se presentan todos los resultados obtenidos en CV con las variables categóricas del estudio.

**Tabla 5.9.** Diferencias en calidad de vida en función del sexo, vivienda adaptada, uso o no de sillas de ruedas, estado civil, tipo de lesión medular espinal, profesión, y cantidad y grado de personas de apoyo.

		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t/F</i>	<i>CCV</i>
Sexo	Hombre	87.15	16.92	<i>t</i>	-.506
	Mujer	89.16	22.03		
Vivienda adaptada	Sí	90.71	16.75	<i>t</i>	3.551**
	No	75.25	20.55		
Uso o no de silla de ruedas	Permanentemente	87.62	18.88	<i>t</i>	-.288
	No la usan	89.71	11.94		

**Tabla 5.9.** Continuación.

		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t/F</i>	<i>CCV</i>
Estado civil	Con pareja	93.68	14.76	<i>t</i>	1.290
	Sin pareja	75.60	18.89		
Tipo de lesión medular espinal	Paraparesia	95.67	10.72	<i>F</i>	3.182*
	Paraplejia	90.93	16.86		
	Tetraparesia	85.43	24.21		
	Tetraplejia	79.96	19.07		
Profesión	Sin actividad	79.46	19.28	<i>F</i>	1.106
	Funcionario	101.27	9.49		
	Actividades post-licenciado	86.00	9.90		
	Actividades sin licenciatura universitaria	97.50	15.61		
	Educación (profesor – estudiante)	88.09	19.72		
	Colaboración con una asociación	99.12	10.65		
	Ama de casa	104.00	9.90		
	Servicios	75.67	8.39		
	Arte	94.25	9.22		
Cantidad y grado de personas de apoyo	Ningún apoyo	90.25	22.76	<i>F</i>	3.062*
	Poco apoyo	79.78	22.00		
	Bastante apoyo	83.88	16.74		
	Apoyo completo	93.09	16.17		

*Nota 1.* *CCV = Cuestionario de Calidad de Vida. Se utilizó una t cuando la variable era dicotómica y una F cuando la variable tenía más de dos niveles.*

*Nota 2.* \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de CV entre los sujetos que tienen la vivienda adaptada y los que no la tienen ( $t = 3.551$ ;  $p < 0.01$ ) siendo la media de CV para el caso de los sujetos con vivienda adaptada de 90.71 (DT = 16.75) y para los que no tienen adaptada la vivienda de 75.25 (DT = 20.55). Este resultado subraya la importancia para la CV que tiene el disponer de una vivienda adaptada.

En segundo lugar los análisis *one-way* mostraron diferencias estadísticamente significativas en CV entre los diferentes tipos de lesión medular espinal ( $F = 3.182$ ;  $p < 0.05$ ) siendo la media de CV para las personas con paraparesia de  $M = 95.67$ , con paraplejia  $M = 90.93$ , con tetraparesia  $M = 85.43$  y con tetraplejia  $M = 79.96$ . La media de CV para tetraplejia fue significativamente diferente a de paraparesia ( $p = .048$ ) mientras que fue ligeramente significativa de paraplejia ( $p = .054$ ). No resultaron significativas el resto de comparaciones.

Este tipo de análisis también indica que la disposición y grado de personas de apoyo fue estadísticamente significativa ( $F = 3.062$ ;  $p < 0.05$ ) siendo las medias para las opciones: ningún apoyo  $M = 90.25$ ; poco apoyo  $M = 79.78$ ; bastante apoyo  $M = 83.88$ ; apoyo completo  $M = 93.09$ . Únicamente fue significativa la diferencia en CV entre los participantes con apoyo completo y con poco apoyo ( $p = .045$ ).

#### 5.2.3.3. Modelo explicativo–predictivo de la calidad de vida

A continuación se calculó la correlación entre CV con estrés diario (EED–LME–26), síntomas somáticos (ESS–LME), *hardiness* (CPRE), apoyo social de familia y amigos (SS–B), nº de analgésicos consumidos a la semana, nº de antiespasmódicos consumidos al día, sexo, vivienda adaptada, uso o no de sillas de ruedas, estado civil, tipo de lesión medular espinal, edad, años desde la lesión medular espinal, grado de discapacidad y nivel de ingresos económicos. Los resultados se muestran en la Tabla 5.10.

**Tabla 5.10.** Correlaciones de Pearson entre calidad de vida y el resto de variables: estrés diario, síntomas somáticos, *hardiness*, apoyo social de familia y amigos, medicación consumida (nº de analgésicos a la semana y nº de antiespasmódicos al día), sexo, vivienda adaptada, uso o no de sillas de ruedas, estado civil, tipo de lesión medular espinal, edad, años desde la lesión medular espinal, grado de discapacidad y nivel de ingresos económicos.

		CCV
	EED-LME-26	-.314**
	ESS-LME	-.456***
	CPRE	.506***
Escala de apoyo social	SS-B familia	.270**
	SS-B amigos	.441***
Medicación consumida	Nº de analgésicos a la semana	-.288**
	Nº de antiespasmódicos al día	-.084
Sexo	Hombre – Mujer	.050
Vivienda adaptada	Sí – No	.330**
Uso o no de silla de ruedas	Permanentemente – No la usan	.028
Estado civil	Con – Sin pareja	-.053
Tipo de lesión medular espinal	Paraparesia	.151
	Paraplejia	.165
	Tetraparesia	-.044
	Tetraplejia	-.274**

### 5.10. Continuación.

	CCV
Edad	-.012
Años desde la lesión medular espinal	.205*
Grado de discapacidad	-.249*
Nivel de ingresos económicos	.168

*Nota 1. CCV = Cuestionario de Calidad de Vida; EED–LME–26 = Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal; ESS–LME = Escala de Síntomas Somáticos para la Lesión Medular Espinal; CPRE = Cuestionario de Personalidad Resistente al Estrés; SS–B = Escala de Apoyo Social.*

*Nota 2. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .*

La CV mostró correlaciones estadísticamente significativas y negativas con la EED–LME–26 ( $r = -0.314$ ;  $p < 0.001$ ), la ESS–LME ( $r = -0.456$ ;  $p < 0.001$ ), el consumo de analgésicos a la semana ( $r = -0.288$ ;  $p = 0.004$ ) y el grado de discapacidad ( $r = -0.249$ ;  $p = 0.025$ ), mientras que lo fue de manera positiva con la CPRE ( $r = 0.506$ ;  $p < 0.001$ ), la SS–B de familia ( $r = 0.270$ ;  $p = 0.005$ ), la SS–B de amigos ( $r = 0.441$ ;  $p < 0.001$ ), vivienda adaptada ( $r = 0.330$ ;  $p = 0.001$ ), tetraplejia ( $r = 0.274$ ;  $p = 0.006$ ) y años transcurridos desde la LME ( $r = 0.205$ ;  $p = 0.038$ ).

A continuación, y de cara a realizar un análisis de regresión múltiple se evaluó los supuestos estadísticos críticos para la regresión múltiple. Se encontraron dos variables con un sesgo problemático (SS–B familia y nivel de ingresos económicos) las cuales se transformaron para lograr la normalidad (Leech, Barrett, & Morgan, 2005). No se halló multi–colinealidad en las correlaciones entre las variables predictivas (ninguna superó el valor crítico de 0.50), siendo los estadísticos FIV apropiados. El supuesto de linealidad en las relaciones entre dichas variables predictivas se evaluó mediante el estudio del gráfico de

dispersión de los valores de los residuos, según el cual en su trazabilidad no apareció ningún patrón en la trama.

Para que las variable tipo de lesión medular espinal pudiera analizarse como posible predictor de CV se procedió a una nueva operacionalización de ésta (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003). Dado que, cada variable nominal de  $k$  categorías debe dar lugar a  $k-1$  nuevas variables dicotómicas, se consideró que la categoría que tenga todos los valores a 0 en estas  $k-1$  nuevas variables será la categoría de referencia; es decir, la categoría en relación a la cual se interpretarán los resultados que se obtengan para la variable nominal que corresponda.

Así, el tipo de lesión medular espinal, que consta de cuatro tipos (paraparesia, paraplejia, tetraparesia y tetraplejia), se crearon tres variables (C1, C2, y C3) siendo paraparesia la categoría de referencia (Figura 5.3).

	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>
Paraparesia	0	0	0
Paraplejia	1	0	0
Tetraparesia	0	1	0
Tetraplejia	0	0	1

*Figura 5.3.* Categorías creadas para tipo de lesión medular espinal de cara a la realización de un análisis de regresión múltiple.

Las variables de sexo, vivienda adaptada, uso o no de silla de ruedas y estado civil al ser dicotómicas no tuvieron que ser modificadas. Sexo se operativizó como 0 hombre y 1 mujer. Vivienda adaptada, 0 no y 1 sí. Uso o no de silla de ruedas, 0 no la usan y 1 permanentemente. Y estado civil 0 sin pareja y 1 con pareja.

Seguidamente, se llevó a cabo dicho análisis de regresión múltiple, utilizando la variable calidad de vida como criterio, y como variables predictoras la totalidad de las puntuaciones en los cuestionarios y restantes datos sociodemográficos, salvo fecha de nacimiento y nivel de ingresos económicos. El modelo de regresión escogido fue *hacia adelante (forward)*. Hubo 24 casos que tuvieron datos *missing*. Para evitar la pérdida de tales datos se utilizó el método de imputación a la media de valores perdidos.

El análisis de regresión dio como resultado un modelo en el que se incluyó, por este orden: CPRE, SS-B amigos, ESS-LME, vivienda adaptada, tetraplejía, cantidad y grado de personas de apoyo, y cantidad de analgésicos consumidos a la semana. Quedaron fuera del modelo EED-LME-26, SS-B familia, estado civil, los restantes tipos de lesión medular espinal (paraparesia, paraplejía, tetraparesia), uso o no de silla de ruedas, cantidad de antiespasmódicos consumidos al día, años desde la lesión, grado de discapacidad y sexo.

Este modelo (obtenido del análisis de regresión) predijo significativamente la CV [ $F(7, 97) = 21.971$ ;  $MC_{error} = 141.384$ ;  $p < .001$ ;  $R^2_{ajustada} = 0.585$ ]. Los coeficientes beta, que se presentan en la Tabla 5.11, indican que CPRE es la variable que más contribuye a la predicción de CV seguido de SS-B amigos, ESS-LME y vivienda adaptada. La cantidad de analgésicos consumidos a la semana tiene una aportación significativa menor. El dato de que  $R^2_{ajustada}$  alcance un valor de 0.585 nos indica que el 58.5 % de la varianza en CV es explicada por este modelo, en el último paso del proceso estadístico llevado a cabo. Según Cohen (1988) este es un gran efecto.

**Tabla 5.11.** Análisis de regresión (método hacia adelante o *forward*) para calidad de vida como variable criterio con las variables predictoras que resultaron significativas: CPRE, SS-B amigos, ESS-LME, vivienda adaptada, tetraplejía, cantidad y grado de personas de apoyo, y nº de analgésicos consumidos a la semana ( $n = 105$ ).

Variable	B	Error típico de B	<i>B</i>	<i>t</i>	p
CPRE	.619	.123	.345	5.035	.001**
SS-B amigos	.123	.028	.291	4.433	.001**
ESS-LME	-.102	.042	-.175	-2.396	.018*
Vivienda adaptada	12.531	3.246	2.68	3.861	.001**
Tetraplejía	-8.857	2.815	-.211	-3.146	.002**
Cantidad y grado de personas de apoyo	3.738	1.254	.192	2.980	.004**
Nº de analgésicos a la semana	-.238	.084	-.189	-2.846	.005**

*Nota 1.* CPRE = Cuestionario de Personalidad Resistente al Estrés; SS-B amigos = Escala de Apoyo Social; ESS-LME = Escala de Síntomas Somáticos para la Lesión Medular Espinal.

*Nota 2.* \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

#### 5.2.4. Discusión

A continuación se valorará cada variable introducida en nuestro modelo de regresión por orden de contribución al resultado del análisis de regresión múltiple.

De los análisis realizados se desprende que la personalidad resistente al estrés o *hardiness* se relaciona positivamente con CV, lo cual parece lógico ya que la variable *hardiness* mediría la capacidad de la persona para resistir la posible influencia del estrés sobre su vida en general. Estos datos se corresponden con los obtenidos en estudios donde se abordan estos dos conceptos (e.g., Aubi, Teimory, & Nayveri, 2010). Asimismo la personalidad resistente al estrés fue la primera variable que entró en el modelo de regresión por lo que su influencia resulta fundamental en la valoración de la CV.

El apoyo social, tanto de familiares como de amigos, también se relaciona positivamente con CV. Sin embargo, parece ser que para la persona con una LME el apoyo de amigos es bastante más relevante que el de familiares, como se desprende del modelo de regresión. Es probable que el lesionado medular dé por necesario y lógico el soporte que ofrece la familia y valore en mayor medida la contribución que otorgan los amigos. Esta circunstancia necesita de mayor investigación y estudio.

Aún así, un mayor apoyo por parte de la familia y de los amigos protegería al lesionado medular frente a los factores externos que pueden minar la CV de éste. En este sentido, se han llevado estudios en otros sectores de la población que confirmarían esta línea argumental planteada por nosotros (e.g., Yao, Zheng, & Fan, 2015).

La correlación entre CV y síntomas somáticos fue estadísticamente significativa en el sentido de que a mayor cantidad de síntomas somáticos menor es el nivel percibido de CV. Este dato es lógico ya que los problemas de salud alteran el ritmo normal de vida, generando disfunciones (Krause, Bombardier & Carter, 2008; Overholser & Schubert, 1993; Richardson & Richards, 2008; Wood–Dauphinée & Exner, 2002).

Las personas con una LME que tenían su vivienda adaptada a su problemática mostraron un nivel más alto en CV auto–percibida. Estos datos están en consonancia con otros estudios donde se abordan la experiencia personal en viviendas de distinta categoría (e.g., Drake & Herbert, 2015). Esta circunstancia es coherente con la idea de que vivir en unas condiciones compatibles con la LME naturalmente proporcionará una mejor CV. Nuestro modelo de regresión le otorga bastante influencia a esta variable por lo que ha de ser tenida en cuenta a la hora de promocionar una mejor CV en la persona con una LME.

El análisis de diferencias de medias determinó que a mayor incapacidad provocada por la LME el nivel de CV decrecía, comparando los cuatro tipos de lesión medular espinal propuestos. Estos datos se han refrendado en otros estudios (e.g., Erosa, Berry, Elliott, Underhill, & Fine, 2014; Sutton, Ottomanelli, Njoh, Barnett, & Goetz, 2015). De los cuatro tipos de lesión medular considerados, el modelo de regresión muestra que la tetraplejía sería la que más afectaría a la CV, pero las tres categorías restantes no muestran efectos significativos sobre la CV. Como cabría esperar, tener una menor discapacidad redundaría en una mejor CV pues siempre el alcance de una discapacidad supone un quebranto relativo del bienestar de la persona.

La cantidad y grado de personas de apoyo muestra que cuanto más alto es este valor mayor es la apreciación de la CV manifestada por la persona con una LME. Este dato es consonante con los obtenidos en otros estudios (Barclay, McDonald, Lentin & Bourke–Taylor, 2016; Chun & Lee, 2013; Dyck et al. 2016; Keegan, Chan, Ditchman & Chiu, 2012; Lucke, Martínez, Méndez & Arévalo–Flechas, 2013). También hay estudios generales que muestran resultados que se dirigen en esta misma dirección (Hu et al., 2016; Kratz, Sander, Brickell, Lange, & Carlozzi, 2017; Navarta–Sánchez et al., 2016; Thai, Barnhart, Cagle, & Smith, 2016).

Un consumo elevado de analgésicos también se asocia con un nivel de CV menor. Este resultado también es coherente puesto que el consumo de los analgésicos va unido a un síntoma (físico o psicológico) de malestar. Estos datos están en consonancia con otros estudios donde también se ha abordado este tipo de relación (e.g., Gómez–Beldarrain, Anton–Ladislao, Aguirre–Larracochea, Oroz, & García–Moncó, 2015; Tiggelman, van de Ven, van Schayck, & Engels, 2015). Sin embargo, su contribución al modelo de regresión fue limitada. Comentar, por otra parte, que el consumo de antiespasmódicos no resulta estadísticamente significativo, aunque parece mostrarse una tendencia a una peor CV conforme su consumo es mayor. Esta tendencia parece lógica pues

la espasticidad es un fenómeno incómodo y desagradable asociado a una peor CV. Pero no obstante, no resulta significativa.

Se ha obtenido una correlación entre CV y estrés diario estadísticamente significativa en el sentido de que a mayor estrés diario menor es el nivel percibido de CV. Este dato es lógico ya que el estrés (a nivel general o a nivel de estresores diarios) es una variable que altera el ritmo normal de vida, generando disfunciones (Wood–Dauphinée & Exner, 2002). Sin embargo, no entró en el modelo de regresión, por lo que no mostró ningún resultado en este sentido. Esta circunstancia podría deberse al tamaño de nuestra muestra (N = 105) o a algún otro factor no controlado, por lo que sería adecuado realizar más análisis con otras muestras y de mayor tamaño.

El estado civil no mostró tener una influencia estadísticamente significativa en CV. No obstante, del análisis se desprende que, como era de esperar, la ausencia del cónyuge genera un displacer que se ve reflejado en una peor CV. Llama la atención el hecho de que el lesionado medular no manifiesta mejor CV al tener pareja, cuando cabría esperar que ésta fuese un apoyo importante y básico. Puede que lo que ocurra es que dé por sentado el bienestar que le proporcione la compañía de ésta. O puede que no le proporcione ni bienestar ni malestar y por ello no se refleje en el análisis. Este punto resultaría también interesante investigarlo más exhaustivamente.

No se hallaron resultados estadísticamente significativos en las relaciones de la CV con el sexo de la persona con LME, la edad, el uso o no de silla de ruedas, la profesión que desempeñaba el sujeto antes de sufrir la LME, ni el nivel de ingresos económicos mensuales de la unidad familiar. Estos datos están en consonancia con otros estudios realizados sobre algunas de estas materias (e.g., Dantas, 2016; Gattino, Rollero, & De Piccoli, 2015; Gsellmeier, Cochram, & Dauenhauer, 2015). Tampoco entraron a formar parte en el modelo de regresión.

Parece natural que el sexo de la persona con LME no afecte a la CV pues los trastornos físicos, psicosociales y de salud que genera una LME son similares para hombres y mujeres.

La edad presentó una relación negativa con CV por la que cuanto mayor era la persona con una LME peor valorado era su bienestar. Sin embargo, dicha relación no fue estadísticamente significativa por lo que parece que envejecer no influye demasiado en la CV percibida.

El grado de discapacidad es un factor de medida externo con el que se determina el alcance de la discapacidad. Éste fue relevante en los análisis siendo la correlación negativa con CV (a mayor grado de discapacidad peor es la valoración de la CV).

El uso o no de la silla de ruedas resulta de interés particular al no proporcionar asociaciones estadísticamente significativas con CV. No parece que la incomodidad que supone las limitaciones evidentes que conlleva su utilización pese más que la posibilidad que le brinda al lesionado medular de poder desplazarse y realizar una variedad de actividades. Sería conveniente realizar estudios en mayor profundidad sobre esta variable para comprenderla mejor.

El paso del tiempo (años transcurridos desde la lesión medular espinal) es otro elemento que juega a favor de una mejor adaptación al entorno. El hecho del simple paso del tiempo permite ir asimilando e interiorizando la nueva situación vital. Pero tampoco parece ser una variable determinante en la valoración de la CV.

Por otra parte, la profesión que se desempeñaba antes de la LME no modifica la percepción de la CV personal, lo cual puede deberse a múltiples factores, como que el lesionado medular siga realizando ese mismo trabajo, que tenga una buena indemnización (en caso de accidente laboral o de otro tipo) y no esté preocupado desde un punto de vista económico, que no tuviese especial apego a la profesión, que lo considere parte del pasado, etc.

De todo este estudio puede derivarse que para mejorar la CV de una persona con una LME puede resultar útil: Trabajar en terapia cognitivo conductual su personalidad y el manejo de las situaciones estresantes, orientarle en el desarrollo de nuevas relaciones sociales y profundizar en las que ya tiene, mejorar el apoyo de familia y de su pareja, si la tuviese, fomentar e informar al paciente sobre las ayudas sociales para adaptar la vivienda, así como los trámites para pedir un préstamo bancario para tal fin, proporcionar al sujeto con lesión medular espinal habilidades físicas alternativas para enfrentarse a los problemas derivados de su discapacidad, prevenir en el área de la salud posibles trastornos físicos que le puedan llevar a consumir más analgésicos o medicación en general, e informarle sobre actividades profesionales, sociales y/o lúdicas para emplear el tiempo de ocio.

Es necesario recordar que en este estudio el número de personas con una LME fue limitado (N = 105) con lo que los resultados y conclusiones derivadas de él tienen que ser consideradas con sus limitaciones. Asimismo, al tratarse de datos obtenidos en un estudio transversal únicamente nos proporcionan una imagen fija del momento en el que se tomaron las medidas en la muestra y por ello sería conveniente realizar estudios longitudinales. Es necesario, asimismo, realizar análisis más en profundidad acerca de la relación entre CV con estrés diario y síntomas somáticos, entre otras variables, así como valorar la evolución de la CV en estudios longitudinales. Esto último resulta también conveniente para poder ser capaces de proporcionar futuras posibles líneas de actuación terapéutica y clínica, tal y como también proponen Dorstyn, Mathias y Denson (2011), quienes concluyen en su meta-análisis que la terapia cognitivo conductual es una herramienta útil para tal efecto. En este último sentido, es importante cuidar y mejorar la salud general del lesionado medular así como proporcionarle un ambiente físico adaptado a su discapacidad, que no resulte agresivo o excluyente y en el que el lesionado medular se pueda integrar física, laboral y socialmente. Todo ello redundará en una mejor CV de estas personas.



## 6. Conclusiones generales

A continuación se hará una exposición general de las conclusiones a las que se ha llegado en cada uno de los dos estudios presentados más arriba, así como de las posibles líneas de investigación a desarrollar a partir de los resultados obtenidos en esta Tesis.

### 6.1. Estrés diario en el ámbito de la lesión de medula espinal

El primer estudio se ha centrado en la elaboración y análisis psicométrico de una escala con la que poder medir el estrés diario en una población como es la de lesionados medulares.

El modelo definitivo de la EED–LME–26 consta de un total de 8 dimensiones establecidas, a saber: Movilidad urbana, Dificultades de uso y/o acceso a lugares públicos, Autodesarrollo, Socialización, Conducción, Cuidado de la salud, Silla de ruedas e Imagen social.

Los índices de fiabilidad hallados por medio del alfa de Cronbach (1951), para la EED–LME–26 y para las subescalas que la conforma, muestran un nivel de consistencia interna adecuado, indicando una homogeneidad óptima y generalización a su universo de ítems similares.

El análisis factorial confirmatorio muestra que la EED–LME–26 es adecuada para la medida del estrés diario en la LME, dando validez a su estructura.

La EED–LME–26, presenta una correlación elevada con la ESS–LME y con el CCV de tal manera que cuando el sujeto presenta un mayor nivel de estrés diario, manifiesta a su vez una frecuencia más elevada en la percepción subjetiva de síntomas somáticos y un decremento en la valoración de la calidad de vida personal.

La correlación de la EED–LME–26 con CPRE nos indica que cuando el nivel de *hardiness* (medido con el CPRE) en un lesionado medular es mayor, la cantidad de estrés diario (evaluado con la EED–LME–26) que manifiesta sufrir se aminora.

La EED–LME–26 presentó correlaciones con el consumo de analgésicos a la semana y con el consumo de antiespasmódicos al día que mostraron no ser estadísticamente significativas. Por tanto, se puede interpretar que su medida no se relaciona con el estrés diario. Esto no significa que la salud objetiva no tenga relación con la variable *hassles*; lo que puede estar sucediendo es que la medida “consumo de medicación” no sea lo suficientemente sensible a las pequeñas variaciones del estrés diario. También es posible que ocurra que esta clase particular de medida no represente a esta variable predictora (EED–LME–26). De cualquier manera, este tipo de afirmaciones precisan de investigación adicional en el futuro.

Los resultados muestran que la relación entre la EED–LME–26 y sexo es determinante en el impacto del estrés diario. Sin embargo, no sucede igual en la relación de la EED–LME–26 con la variable vivienda adaptada. Resulta inicialmente sorprendente este último dato pero hay que tener presente que una alta proporción de nuestra muestra ya dispone de un hogar acondicionado a sus necesidades como lesionados medulares.

Se calculó también la influencia de la EED–LME–26 con estado civil, tipo de lesión medular, uso o no de silla de ruedas, profesión anterior a la lesión medular espinal, y actividad actual tras la lesión medular espinal. Las variables tipo de lesión medular, uso o no de silla de ruedas y profesión anterior a la lesión medular espinal resultaron ser sensibles a la medida con la EED–LME–26 pero no las otras dos restantes (estado civil y actividad actual tras la lesión medular espinal). Por ello hay que prestar atención a la influencia del tipo de lesión medular (a mayor gravedad más estrés diario), a la inminente necesidad del uso de silla de ruedas (e.g., sensibilizar acerca de las ciudades poco adaptadas

al uso de éstas) y a la profesión anterior a la lesión medular espinal (parece que hay una añoranza del trabajo que se tenía y que ya no se puede desempeñar).

A modo de conclusión, señalar que aunque los datos ofrecidos para la creación y validación de la EED–LME–26 son muy positivos, el número de participantes que completaron el cuadernillo de evaluación fue limitado ( $N = 105$ ).

También debe tenerse presente que en base a cuáles sean los objetivos de investigación y/o intervención que se pretendan, será más pertinente el empleo de la EED–LME, o bien su versión reducida, la EED–LME–26. A modo de ejemplo, si se quiere realizar un estudio sobre la influencia del estrés diario en personas con una lesión medular espinal y que además sufren de depresión, resultaría más adecuado emplear la EED–LME para así disponer de una mayor cantidad de información sobre *hassles*. Pero si se pretende iniciar una investigación en el ámbito clínico, u obtener información acerca del estrés diario que un paciente con lesión medular espinal presenta mientras se halla en un estado de depresión, sería más conveniente aplicar la EED–LME–26.

## 6.2. Calidad de vida en la lesión medular espinal

En este segundo estudio se evaluó la relación entre una medida de calidad de vida global (medido con el CCV [Ruiz & Baca, 1993]) con estrés diario (EED–LME–26 [Angulo, Santed, Sandín & Reales, submitted]), síntomas somáticos (ESS–LME [Angulo, Santed, Sandín & Reales, submitted]), consumo de medicación (nº de analgésicos a la semana y nº de antiespasmódicos al día), personalidad resistente al estrés o *hardiness* (CPRE [Bermúdez, 1997]), apoyo social (SS–B [Sandín, Valiente, & Chorot, 2008]) y variables sociodemográficas (sexo, vivienda adaptada, uso o no de silla de ruedas, estado civil, tipo de lesión medular espinal, profesión anterior a la LME, cantidad y grado de personas de apoyo, edad, años transcurridos desde la LME, grado de discapacidad, y nivel de ingresos económicos), siempre en personas con una LME.

La correlación entre calidad de vida y estrés diario fue estadísticamente significativa, y en la dirección de que a mayor número de *hassles* menor nivel percibido de calidad de vida, lo cual es un resultado esperado.

La correlación entre calidad de vida y síntomas somáticos resultó ser estadísticamente significativa. Como ocurre con el anterior dato, es lógico que los problemas de salud alteren el ritmo normal de vida generando disfunciones, por lo que es también esperado.

La relación entre calidad de vida con nº de analgésicos consumidos a la semana y nº de antiespasmódicos consumidos al día mostró que un consumo elevado de analgésicos se asocia con un nivel de calidad de vida menor, aunque el de antiespasmódicos no parece influir en aquella. El resultado obtenido en el consumo de analgésicos es coherente puesto que su utilización va unida a un síntoma (físico o psicológico) de malestar. Es más inesperado que la ingesta de antiespasmódicos no influya estadísticamente en la valoración subjetiva del bienestar personal. Normalmente, su uso se produce para reducir una incomodidad, como son los espasmos, y que en nuestra muestra (sorprendentemente y a tenor de los datos que se obtuvieron) no estaba muy presente.

La relación entre calidad de vida y *hardiness* mide la capacidad de la persona para resistir la posible influencia del estrés sobre su vida y bienestar en general, siendo dicha relación estadísticamente significativa.

Se calcularon los índices de correlación de calidad de vida con apoyo social de familiares y amigos. Se halló que un mayor apoyo social protege al lesionado medular frente a los factores externos que pueden minar la calidad de vida de éste.

La relación entre calidad de vida y sexo no refleja, a partir de nuestros cálculos, la existencia de una relación significativa entre ambas variables. Es decir, no influye el tipo de género de la persona en su valoración de su bienestar, lo cual no resulta sorprendente.

El dato de la relación entre calidad de vida y vivienda adaptada indica que las personas con una LME que tienen su casa acondicionada a su problemática mostraron un nivel más alto en calidad de vida auto-percibida, siendo este dato estadísticamente significativo.

La calidad de vida mostró con estado civil que el hecho de tener o no una relación de pareja no supone un mayor bienestar de la persona con una LME. Es llamativo este dato pues tener una pareja tendría que redundar en su bienestar, pero no resultó ser así, a tenor de nuestros resultados. Esta relación entre las variables de calidad de vida y estado civil merece estudios exclusivos y análisis más profundos pues supone una relación inesperada, según, de nuevo, nuestros datos.

Se determinó la relación entre calidad de vida y tipo de lesión medular espinal en el sentido de que, a mayor incapacidad provocada por la LME el nivel de calidad de vida decrecía, comparando los cuatro tipos de lesión medular espinal (paraparesia, paraplejia, tetraparesia y tetraplejia).

La relación entre calidad de vida y uso o no de silla de ruedas indicó que la necesidad de usar permanentemente la silla de ruedas no afecta al bienestar del lesionado medular. Es posible que este dato sea así porque el impacto inicial de su empleo se haya normalizado y ya no modifica la percepción de la persona.

La relación entre calidad de vida y profesión anterior a la lesión medular espinal no modifica la percepción de su bienestar personal, lo cual se puede deber a numerosos factores, tales como que siga desempeñando ese mismo trabajo, que tenga una indemnización adecuada a sus nuevas necesidades después de la LME (en caso de accidente laboral o de otro tipo) y, por tanto, no tenga que estar preocupado desde un punto de vista económico, que lo considere parte del pasado, que no tuviese especial apego a la profesión, etc.

Calidad de vida junto a disposición y grado de personas de apoyo mostró que la posibilidad de tener personas de apoyo influiría positivamente en CV siendo mayor ésta cuanto más completo y estrecho es el apoyo que recibe la persona con una LME.

La relación entre calidad de vida y edad resultó no ser estadísticamente significativa, por lo cual podemos afirmar que la variable edad en personas con una LME no es determinante en la percepción de su bienestar.

De la correlación entre calidad de vida y años transcurridos desde la lesión medular espinal se deduce que el transcurrir del tiempo es un elemento que juega a favor de una mayor calidad de vida. El hecho de ir asimilando e interiorizando la nueva situación vital hace que la persona con una LME se vaya adaptando y acostumbrando a ella.

La correlación de calidad de vida con grado de discapacidad muestra que cuanto mayor es la magnitud de la segunda variable menor es la calidad de vida de la persona evaluada, lo cual es consonante con la realidad.

Calidad de vida y nivel de ingresos económicos mensuales de la unidad familiar presentaron una correlación estadísticamente no significativa. Resulta interesante el hecho de que esta variable no influya en CV pues muchas de las personas con una LME viven de su pensión y ésta suele ser limitada. Es necesario realizar más investigaciones y con mayor profundidad sobre esta variable.

El análisis de regresión dio como resultado un modelo en el que se incluyó, por este orden: CPRE, SS-B amigos, ESS-LME, vivienda adaptada, tetraplejia, cantidad y grado de personas de apoyo, y cantidad de analgésicos consumidos a la semana. Quedaron fuera del modelo EED-LME-26, SS-B familia, estado civil, los restantes tipos de lesión medular espinal (paraparesia, paraplejia, tetraparesia), uso o no de silla de ruedas, cantidad de antiespasmódicos consumidos al día, años desde la lesión, grado de discapacidad y sexo. De este análisis se puede determinar que el *hardiness* (CPRE) es una variable de personalidad

fundamental, por delante incluso de la lesión medular espinal, a la hora de valorar la calidad de vida del lesionado medular. Pero resulta más llamativo el hecho de que la variable estrés diario, entre otras, no contribuya a la explicación de la varianza de calidad de vida.

Es necesario volver a recordar que nuestro número de participantes en la muestra fue limitado ( $N = 105$ ) con lo que estos resultados y conclusiones han de ser tomados con cautela. Asimismo, al ser datos obtenidos para un estudio transversal dan una imagen fija del momento en el que se recopiló toda esta información en la muestra, por lo que resulta indicado llevar a cabo estudios longitudinales. Resultaría conveniente llevar a cabo análisis más en profundidad acerca de la relación entre calidad de vida con estrés diario y síntomas somáticos. También debería abordarse la evolución de calidad de vida en general, también en estudios longitudinales. Esto último, sería conveniente con el fin de ser capaces de proporcionar futuras posibles líneas de actuación terapéutica y clínica.

Por último, es importante proporcionar al lesionado medular un ambiente físico adaptado a su discapacidad, que no sea agresivo o excluyente y en el que pueda integrarse a nivel físico, laboral y social. Todo ello redundará en una mayor y mejor calidad de vida de este colectivo.



## BIBLIOGRAFÍA

- Abdollahi, A., Abu-Talib, M., Yaacob, S. N., & Ismail, Z. (2014a). Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*, 789–796.
- Abdollahi, A., Abu-Talib, M., Yaacob, S. N., & Ismail, Z. (2014b). Problem-solving skills and hardiness as protective factors against stress in Iranian nurses. *Issues in Mental Health Nursing, 35*, 100–107.  
doi: 10.3109/01612840.2013.843621
- Abdollahi, A., Abu-Talib, M., Yaacob, S. N., & Ismail, Z. (2015). Problem-solving skills appraisal mediates hardiness and suicidal ideation among Malaysian undergraduate students. *Plos One, 10*, 1–14.  
doi: 10.1371/journal.pone.0122222
- Abrantes-Pais, F. de N., Friedman, J. K., Lovallo, W. R., & Ross, E. D. (2007). Psychological or physiological: Why are tetraplegic patients content. *Neurology, 69*, 261–267.  
doi: 10.1212/01.wnl.0000262763.66023.be
- Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., & Aaronson, N. (2008). Literature review of methods to translate health-related Quality of Life Questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value in Health, 11*, 509–521.  
doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x
- Affleck, G., Tennen, H., & Apter, A. (2001). Optimism, pessimism, and daily life with chronic illness. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice*, (pp. 147–168). Washington, DC: American Psychological Association.  
doi: 10.1037/10385-007

- Åhlin, J., Ericson–Lidman, E., Eriksson, S., Norberg, A., & Strandberg, G. (2013). Longitudinal relationships between stress of conscience and concepts of importance. *Nursing Ethics*, 20, 927–942.  
doi: 10.1177/0969733013484487
- Akada, T. (2010). Nurse Teacher’s Stress Scale (NTSS): Reliability and validity. *Shinrigaku Kenkyu*, 81, 158–166.  
doi: 10.4992/jjpsy.81.158
- Alfred, Hammer & Good, (2014). Male student veterans: Hardiness, psychological well–being, and masculine norms. *Psychology of Men & Masculinity*, 15, 95–99.  
doi: 10.1037/a0031450
- Almeida, D. M., Wethington, E., & Kessler, R. C. (2002). The Daily Inventory of Stressful Events: An interview–based approach for measuring daily stressors. *Assessment*, 9, 41–55.  
doi: 10.1177/1073191102091006
- Alonso, J., Antó, J. M., & Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80, 704–708.  
doi: 10.2105/AJPH.80.6.704
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del ‘SF–36 Health Survey’: Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771–776.
- Álvarez–Icaza, M. A., Gómez–Maqueo, E. L., & Patiño, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, 27, 18–25.
- Ames, H., Wilson, C., Barnett, S. D., Njoh, E., & Ottomanelli, L. (2017). Does functional motor incomplete (AIS D) spinal cord injury confer unanticipated challenges? *Rehabilitation Psychology*, 62, 401–406.  
doi: 10.1037/rep0000146

- Angulo, S. M., Santed, M. A., Sandín, B., & Reales, J. M. (submitted). *Estructura factorial y fiabilidad de la Escala de Estrés Diario para la Lesión Medular Espinal (EED-LME-26)*.
- Aubi, S., Teimory, S., & Nayveri, M. (2010). Hardiness, quality of life and well-being. *Journal of Iranian Psychologists*, *6*, 353–360.
- Axelrod, S. R., Widiger, T. A., Trull, T. J., & Corbitt, E. M. (1997). Relations of Five-Factor Model antagonism facets with personality disorder symptomatology. *Journal of Personality Assessment*, *69*, 297–313.  
doi: 10.1207/s15327752jpa6902\_4
- Badoux-Levy, A., & Robin, M. (2002). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de 'stressuers de la vie quotidienne': Version française révisée de l'hassles scale. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *56*, 64–72.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191–215.  
doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Barclay, L., McDonald, R., Lentin, P., & Bourke-Taylor, H. (2016). Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, *63*, 19–28.  
doi: 10.1111/1440-1630.12241
- Barile, J. P., Edwards, V. J., Dhingra, S. S., & Thompson, W. W. (2015). Associations among county-level social determinants of health, child maltreatment, and emotional support on health-related quality of life in adulthood. *Psychology of Violence*, *5*, 183–191.  
doi: 10.1037/a0038202
- Barriga, S. (1988). *Los indicadores del bienestar*. En J. Rodríguez-Marín (Comp.), Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad, (pp. 175–190). Barcelona: PPU.
- Barry, J. (2011). Review of health psychology: Topics in applied psychology. *Psychology Teaching Review*, *17*, 94–95.

- Barth, J., Schneider, S., & von Kanel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 72*, 229–238.  
doi: 10.1097/PSY.0b013e3181d01611
- Bartone, P. T. (1989). Predictors of stress-related illness in city bus drivers. *Journal of Occupational Medicine, 31*, 657–663.  
doi: 10.1097/00043764-198908000-00008
- Bartone, P. T. (1999). Hardiness protects against war-related stress in Army Reserve forces. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51*, 72–82.  
doi: 10.1037/1061-4087.51.2.72
- Bartone, P. T. (2000). Hardiness as a resiliency factor for United States Force in the Gulf War. En J. M. Violanti, D. Paton & C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 115–133). Springfield, IL: C. Thomas.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in responses to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences, 34*, 77–95.  
doi: 10.1016/S0191-8869(02)00027-2
- Benavente, A., Palazón, R., Tamayo, R., Morán, E., Alaejos, J., & Alcaraz, A. (2003). Assessment of disability in spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation, 25*, 1065–1070.  
doi: 10.1080/0963828031000137775
- Benítez, I. (2016). La evaluación de la calidad de vida: Retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles del Psicólogo, 37*, 69–73.
- Bergman, M. A. (2004). Quality of life after spinal cord injury. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65*, 1021.
- Bermúdez, J. (1997). *La personalidad*. Madrid: Aguilar.
- Blankstein, K. R., Flett, G. L., & Koledin, S. (1991). The Brief College Student Hassles Scale: Development, validation, and relation with pessimism. *Journal of College Student Development, 32*, 258–264.

- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology, 16*, 691–706.  
doi: 10.1002/pon.1208
- Bramston, P., & Bostock, J. (1994). Measuring perceived stress in people with intellectual disabilities: The development of a new scale. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 19*, 149–157.
- Bramwell, S. T., Masuda, M., Wagner, N. N., & Holesmes, T. H. (1975). Psychosocial factors in athletic injuries: Development and application of the Social and Athletic Readjustment Rating Scale (SARRS). *Journal of Human Stress, 1*, 6–20.  
doi: 10.1080/0097840X.1975.9940404
- Brantley, P. J., Cocke, T. B., Jones, G. N., & Goreczny, A. J. (1988). The Daily Stress Inventory: Validity and effect of repeated administration. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 10*, 75–81.  
doi: 10.1007/BF00962987
- Brantley, P. J., Waggoner, C. D., Jones, G. N., & Rappaport, N. B. (1987). A daily stress inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Behavioral Medicine, 10*, 61–74.  
doi: 10.1007/BF00845128
- Brewin, B. J., Renwick, R., & Schormans, A. F. (2008). Parental perspectives of the quality of life in school environments for children with Asperger syndrome. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 23*, 242–252.  
doi: 10.1177/1088357608322997
- Buckelew, S. P., Frank, R. G., Elliott, T. R., Chaney, J., & Hewett, J. (1991). Adjustment to spinal cord injury: Stage theory revisited. *Paraplegia, 29*, 125–130.  
doi: 10.1038/sc.1991.17
- Burgess, A. F., & Gutstein, S. E. (2007). Quality of life for people with autism: Raising the standard for evaluating successful outcomes. *Child and Adolescent Mental Health, 12*, 80–86.  
doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00432.x

- Burman, E. (2012). Social change and human development: Concept and results edited by R. K. Silbereisen and X. Chen. *British Journal of Psychology*, *103*, 574–576.  
doi: 10.1111/j.2044-8295.2012.02130.x
- Byrne, D. (1964). The repression–sensitization as a dimension of personality. En B. A. Maher (Ed.). *Progress in experimental personality research*, (vol. I, pp. 169–220). Nueva York: Academic Press.
- Camacho, F., Anderson, R. T., Bell, R. A., Goff, D. C. Jr., Duren–Winfield, V., Doss, D. D., & Balkrishnan, R. (2002). Investigating correlates of health related quality of life in a low–income sample of patients with diabetes. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, *11*, 783–796.  
doi: 10.1023/A:1020858102483
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. Nueva York: Norton.  
doi: 10.1097/00000441-193212000-00028
- Cantrell, M. A. (2007). Health–related quality of life in childhood cancer: State of the science. *Oncology Nursing Forum*, *34*, 103–111.  
doi: 10.1188/07.ONF.103-111
- Carbelo B. (2003). El humor en la Universidad. *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza*, *52*, 125–130.
- Carbelo B. (2005). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud*. Barcelona: Editorial Masson.
- Carbonaro, D. A., Friend, T. H., Dellmeier G. R., & L. C., Nuti, (1992). Behavioral and physiological responses of dairy goats to food thwarting. *Physiological Behaviour*, *51*, 303–308.  
doi: 10.1016/0031-9384(92)90145-R
- Carroll, A. (2008). On improving the quality of life and learning outcomes of students with disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, *55*, 201–203.  
doi: 10.1080/10349120802268289

- Carver, C. S., & Gaines, J. G. (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 449–462.  
doi: 10.1007/BF01175355
- Carver, C. S., & Glass, D. C. (1978). Coronary-prone behavior pattern and interpersonal aggression. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, 361–366.  
doi: 10.1037/0022-3514.36.4.361
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism and self-regulation. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice*, (pp. 31–51). Washington: American Psychological Association.  
doi: 10.1037/10385-002
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879–889.  
doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Cassaretto, M., & Chau, C. (2016). Stress coping: Adaptation of the Questionnaire COPE in university's students of Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 42*, 95–109.  
doi: 10.21865/RIDEP42\_95
- Catania, G., Beccaro, M., Costantini, M., Ugolini, D., De Silvestri, A., Bagnasco, A., & Sasso, L. (2015). Effectiveness of complex interventions focused on quality-of-life assessment to improve palliative care patients' outcomes: A systematic review. *Palliative Medicine, 29*, 5–21.  
doi: 10.1177/0269216314539718
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1109–1120.  
doi: 10.1037/0022-3514.74.4.1109
- Chang, E. C. (2001). Introduction: Optimism and pessimism and moving beyond the most fundamental question. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice*, (pp. 4–12). Washington: American Psychological Association.

- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 23*, 433–440.  
doi: 10.1016/S0191-8869(97)80009-8
- Cheng, C., & Li, A. Y-I. (2014). Internet Addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17*, 755–760.  
doi: 10.1089/cyber.2014.0317
- Chun, S., & Lee, Y. (2013). ‘I am just thankful’: The experience of gratitude following traumatic spinal cord injury. *An International, Multidisciplinary Journal, 35*, 11–19.
- Coetzee, M., & Harry, N. (2015). Gender and hardiness as predictors of career adaptability: An exploratory study among Black call centre agents. *South African Journal of Psychology, 45*, 81–92.  
doi: 10.1177/0081246314546346
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2<sup>nd</sup> ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences (3<sup>rd</sup> ed.)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cohen, S., & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. En R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*, (pp. 235–283). Nueva York: Wiley.
- Cohen, S., Sharma, T., Acquaviva, K., Peterson, R. A., Patel, S. S., & Kimmel, P. L. (2007). Social support and chronic kidney disease: An update. *Advances in Chronic Kidney Disease, 14*, 335–344.  
doi: 10.1053/j.ackd.2007.04.007
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310–357.  
doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310

- Comrey, A. L. (1985). *Manual de análisis factorial*. Madrid: Cátedra.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. Inc. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, *40*, 19–28.  
doi: 10.1037/0003-066X.40.1.19
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, *55*, 299–316.  
doi: 10.1111/j.1467-6494.1987.tb00438.x
- Cox, T. (1978). *Stress*. Nueva York: MacMillan.  
doi: 10.1007/978-1-349-15953-6
- Cox, T., & Mackay, C. J. (1981). A transactional approach to occupational stress. En J. Corlett & J. Richardson (Eds.), *Stress, productivity and work design*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Cramer, J. A., & Spilker, B. (1998). *Quality of life pharmacoeconomics: An introduction* (pp. 1–48). Philadelphia: Lippincott–Raven.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*, 297–334.  
doi: 10.1007/BF02310555
- Cross, M. R. (2003). The relationship between trauma history, daily hassles, and physical symptoms. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *63* (9-B), pp. 4364.
- Dantas, R. A. A. (2016). Stress and quality of life of medical doctors: How to improve this relation at the workspace. En A. M. Rossi, J. A. Meurs, & P. L. Perrewé (Eds.), *Stress and quality of working life: Interpersonal and occupation-based stress*, (pp. 73–89). Chicago: Information Age Publishing.

- Dantzer, R., & Mormede, P. (1983). Stress in farm animals: A need for reevaluation. *Journal of Animal Science*, *57*, 6–18.  
doi: 10.2527/jas1983.5716
- De Jong, G. M., Timmerman, I. G. H., & Emmelkamp, P. M. G. (1996). The Survey of Recent Life Experiences: A psychometric evaluation. *Journal of Behavioral Medicine*, *19*, 529–542.  
doi: 10.1007/BF01904902
- Degirolamo, S. (2004). A comparison of daily hassles and occupational stress as correlated with coping and burnout among nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *65*, 3135.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, *1*, 119–136.  
doi: 10.1037/0278-6133.1.2.119
- DeLongis, A., Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 486–495.  
doi: 10.1037/0022-3514.54.3.486
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *124*, 197–229.  
doi: 10.1037/0033-2909.124.2.197
- DiPietro, J. A., Ghera, M. M., Costigan, K., & Hawkins, M. (2004). Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *25*, 189–201.  
doi: 10.1080/01674820400017830
- Dobkin, P. L., Pihl, R. O., & Breault, C. (1991). Validation of the Derogatis Stress Profile using laboratory and real world data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *56*, 185–196.  
doi: 10.1159/000288555

- Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P., Dodson, M., & Shrout, P. E. (1984). Symptoms, hassles, social supports and life events: Problem of confounded measures. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 222–230.  
doi: 10.1037/0021-843X.93.2.222
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., & Dohrenwend, B. P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: The PERI Life Events Scale. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 205–229.  
doi: 10.2307/2136536
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., & Dohrenwend, B. P. (1982). The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale. En L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, (pp. 332–363). Nueva York: The Free Press.
- Dohrenwend, B. P., & Shrout, P. E. (1985). “Hassles” in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist, 40*, 780–785.  
doi: 10.1037/0003-066X.40.7.780
- Dorstyn, D., Mathias, J., & Denson, L. (2011). Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology, 16*, 374–391.  
doi: 10.1177/1359105310379063
- Douma, K. F. L., Aaronson, N. K., Vasen, H. F. A., & Bleiker, E. M. A. (2008). Psychosocial issues in genetic testing for familial adenomatous polyposis: A review of the literature. *Psycho-Oncology, 17*, 737–745.  
doi: 10.1002/pon.1357
- Drake, G., & Herbert, J. L. (2015). Leaving a licensed boarding house: Transcending trans-institutionalization with person-centred transitions. *Disability & Society, 30*, 583–596.  
doi: 10.1080/09687599.2015.1037952

- Dumont, M., Tarabulsky, G. M., Gagnon, J., Tessier, R., & Provost, M. (1998). Validation française d'un inventaire de micro-stressueurs de la vie quotidienne : Combinaison du 'Daily Hassles Scale' et du 'Uplifts Scale'. *International Journal of Psychology, 33*, 57–71.  
doi: 10.1080/002075998400619
- Dunn, J. C., Whelton, W. J., & Sharpe, D. (2006). Maladaptive perfectionism, hassles, coping, and psychological distress in university professors. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 511–523.  
doi: 10.1037/0022-0167.53.4.511
- Dyck, D. G., Weeks, D. L., Gross, S., Lederhos Smith, C., Lott, H. A., Wallace, A. J., & Wood, S. M. (2016). Comparison of two psycho-educational family group interventions for improving psycho-social outcomes in persons with spinal cord injury and their caregivers: A randomized-controlled trial of multi-family group intervention versus an active education control condition. *BMC Psychology, 4*.  
doi: 10.1186/s40359-016-0145-0
- Edwards, M. E. (1991). Stress and health in the social world. *PsycCRITIQUES, 36*, 702–703.  
doi: 10.1037/030059
- Elder, R., Wollin, J., & Härtel, C. (2003). Hassles and uplifts associated with caring for people with cognitive impairment in community settings. *International Journal of Mental Health Nursing, 12*, 271–278.  
doi: 10.1046/j.1447-0349.2003.t01-5-.x
- Elliott, T. R., Berry, J. W., Richards, J. S., & Shewchuk, R. M. (2014). Resilience in the initial year of caregiving for a family member with a traumatic spinal cord injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 1072–1086.  
doi: 10.1037/a0037593
- Ensel, W. M., & Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior, 32*, 321–341.  
doi: 10.2307/2137101

- Erosa, N. A., Berry, J. W., Elliott, T. R., Underhill, A. T., & Fine, P. R. (2014). Predicting quality of life 5 years after medical discharge for traumatic spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology, 19*, 688–700.  
doi: 10.1111/bjhp.12063
- Espinoza, S. Y., (2014). Latino families in therapy by C. J. Falicov. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work: Innovation in Theory, Research & Practice, 23*, 168–170.  
doi: 10.1080/15313204.2014.903138
- Evans, D. R., Pellizzari, J. R., Culbert, B. J., & Metzen, M. E. (1993). Personality, marital, and occupational factors associated with quality of life. *Journal of Clinical Psychology, 49*, 477–485.  
doi: 10.1002/1097-4679(199307)49:4%3C477::AID-JCLP2270490404%3E3.0.CO;2-N
- Falconer, P. (2007). The influence of environmental factors on the social inclusion and psychological well-being of persons with spinal cord injury. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67*, 5029.
- Falk, S. A. (1995). Validation of a stress scale for Asian American college students and variables related to their perceptions of stress. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences, 56*, 1708.
- Fekete, C., Wahrendorf, M., Reinhardt, J. D., Post, M. W. M., & Siegrist, J. (2014). Work stress and quality of life in persons with disabilities from four European countries: The case of spinal cord injury. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 23*, 1661–1671.  
doi: 10.1007/s11136-013-0610-7
- Felix-Ortiz, M. (2004). The power of optimism—when the therapist isn't pessimistic. *PsycCRITIQUES, 49*, 635–639.  
doi: 10.1037/004830

- Fernández, E., & Bermúdez, J. (1999). Estructura factorial del optimismo y pesimismo. *Boletín de Psicología*, *63*, 7–26.
- Fernández, E., & Bermúdez, J. (2001). Pesimismo defensivo, optimismo y dificultad de la tarea: Un análisis del papel de las expectativas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *54*, 371–388.
- Fernández, J. A., Rancaño, J. & Hernández, R. (1999). Psychometric properties of the spanish version of the questionnaire PLC–PECVEC for life quality profile in the chronically ill. *Psicothema*, *11*, 293–303.
- Fernández–Ballesteros, R. (1997). Quality of life: Concept and assessment. En J. G. Adair, D. Belanger & K. L. Dion (Eds.). *Advances in psychological Science, social, personal and cultural aspects 1*, 387–406. Montreal: Psychological Press.
- Ferrans, C.E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, *17*, 15–21.
- Ferraro, F. R. (2008). This is your brain–This is your brain on adolescence. *PsycCRITIQUES*, [Review–Book].  
doi: 10.1037/a0010469
- Feuerstein, M., Labbé, E. E., & Kuczmierczyk, A. R. (1986). *Health psychology: A psychobiological perspective*. Nueva York: Plenum Press.  
doi: 10.1007/978-1-4899-0562-8
- Fierro, A. (1996). El conocimiento de sí mismo. En A. Fierro (Comp.). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Fillion; L., Kohn, P., Gagnon, P., Van Wijk, M., & Cunningham, A. (2001). The Inventory of Recent Life Experiences for Cancer patients (IRLE–C): A decontaminated measure of cancer–based hassles. *Psychology & Health*, *16*, 443–459.  
doi: 10.1080/08870440108405518
- Franks, B. D. (1994). What is stress? *Quest*, *46*, 1–7.  
doi: 10.1080/00336297.1994.10484106

- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, *169*, 1286–1296.  
doi: 10.1001/jama.1959.03000290012005
- Fry, P. S. (1989). Mediators of stress in older adults: Conceptual and integrative frameworks. *Canadian Psychology*, *30*, 636–649.  
doi: 10.1037/h0079837
- Gale, C. R., Batty, G. D., & Deary, I. J. (2008). Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: The 1970 British Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, *70*, 397–403.  
doi: 10.1097/PSY.0b013e31816a719e
- García Sánchez, J., Aguilera Terrats, J. R., & Castillo Rosas, A. (2011). Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. *Odiseo, revista electrónica de pedagogía*, *8* (16). Recuperado el {27 de Noviembre de 2018} de <http://www.odiseo.com.mx/2011/8-16/garcia-aguilera-castillo-guia-construccion-escalas-actitud.html>
- Gattino, S., Rollero, C., & De Piccoli, N. (2015). The influence of coping strategies on quality of life from a gender perspective. *Applied Research in Quality of Life*, *10*, 689–701.  
doi: 10.1007/s11482-014-9348-9
- Gerber, F., Baud, M. A., Giroud, M., & Carminati, G. G. (2008). Quality of life of adults with pervasive developmental disorders and intellectual disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *38*, 1654–1665.  
doi: 10.1007/s10803-008-0547-9
- Giaquinto, S., & Ring, H. (2007). Return to work in selected disabilities. *Disability and Rehabilitation*, *29*, 1313–1316.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J. F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S., & Vázquez, L. (2008). Autoeficacia para el afrontamiento del estrés en una muestra adulta española. *Ansiedad y Estrés*, *14*, 13–29.

- Gómez-Beldarrain, M., Anton-Ladislao, A., Aguirre-Larracochea, U., Oroz, I., & García-Moncó, J. C. (2015). Low cognitive reserve is associated with chronic migraine with medication overuse and poor quality of life. *Cephalalgia*, *35*, 683–691.  
doi: 10.1177/0333102414553822
- Goodwin, R. D., Cox, B. J., & Clara, I. (2006). Neuroticism and physical disorders among adults in the community: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*, 229–238.  
doi: 10.1007/s10865-006-9048-5
- Goodwin, R., & Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, *32*, 325–332.  
doi: 10.1017/S0033291701005104
- Goverover, Y., Chiaravalloti, N., Gaudino-Goering, E., Moore, N., & DeLuca, J. (2009). The relationship among performance of instrumental activities of daily living, self-report of quality of life, and self-awareness of functional status in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, *54*, 60–68.  
doi: 10.1037/a0014556
- Greene, R. L., & Nowack, K. M. (1995). Hassles, hardiness and absenteeism: Results of a 3-year longitudinal study. *Work & Stress*, *9*, 448–462.  
doi: 10.1080/02678379508256892
- Gross, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2006). Review essay: Gender, categories, and science-as-usual: A critical reading of gender and PTSD. *Violence Against Women*, *12*, 393–406.  
doi: 10.1177/1077801206287306
- Gsellmeier, K., Cochram, L. J., & Dauenhauer, J. (2015). The impact of marital status and gender on leisure values of older adults. *Activities, Adaptation & Aging*, *39*, 183–199.  
doi: 10.1080/01924788.2015.1063316

- Guyatt, G., & Schunemann, H. (2007). How can quality of life researchers make their work more useful to health workers and their patients? *Quality of Life Research*, *16*, 1097–1105.  
doi: 10.1007/s11136-007-9223-3
- Hamaideh, S., Al-Magaireh, D., Abu-Farsakh, B., & Al-Omari, H. (2014). Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*, 455–465.  
doi: 10.1111/jpm.12112
- Hampton, N. Z. (2004). Subjective well-being among people with spinal cord injuries: The role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *48*, 31–37.  
doi: 10.1177/00343552040480010401
- Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, *13*, 235–245.  
doi: 10.1080/09638230410001700871
- Harkness, K. L., & Monroe, S. M. (2016). The assessment and measurement of adult life stress: Basic premises, operational principles, and design requirements. *Journal of Abnormal Psychology*, *125*, 727–745.  
doi: 10.1037/abn0000178
- Haynes, S. G., Feinleib, M., & Kannel, W. B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: III Eight-year incidence of coronary disease. *American Journal of Epidemiology*, *111*, 37–58.
- Haynes, S. G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M., & Kannel, W. B. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: I Methods and risk factors. *American Journal of Epidemiology*, *107*, 362–383.
- Heinemann, A. W., & Rawal, P. H. (2005). Spinal cord injury. En H. H. Zaretsky, E. F. Richter, III, & M. G. Eisenberg (Eds.), *Medical aspects of disability: A handbook for the rehabilitation professional*, (3<sup>rd</sup> ed., pp. 611–647). Nueva York: Springer Publishing Company.

- Heron, E. A., Bryan, C. J., Dougherty, C. A., & Chapman, W. G. (2013). Military mental health: The role of daily hassles while deployed. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*, 1035–1039.  
doi: 10.1097/NMD.0000000000000058
- Hinkle, L. E. (1974). The concept of “stress” in the biological and social sciences. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 5*, 335–357.  
doi: 10.2190/91DK-NKAD-1XP0-Y4RG
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513–524.  
doi: 10.1037/0003-066X.44.3.513
- Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive–behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta–analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 375–391.  
doi: 10.1037/a0035491
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 946–966.  
doi: 10.1037/0022-3514.52.5.946
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 909–917.  
doi: 10.1037/0022-3514.58.5.909
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4–year structural model. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 31–38.  
doi: 10.1037/0021-843X.100.1.31
- Holden, L., Lee, C., Hockey, R., Ware, R. S., & Dobson, A. J. (2015). Longitudinal analysis of relationships between social support and general health in an Australian population cohort of young women. *Quality of Life Research, 24*, 485–492.  
doi: 10.1007/s11136-014-0774-9

- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213–218.  
doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Holt–Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta–analytic review. *PLoS Medicine, 7*, e1000316.  
doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Hou, WL., Chen, CE., Liu, HY, Lai, YY., Lee, HC., Lee, NY., Chang, CM., Chen, PL., Ko, WC., Shu, BC., & Ko, NY. (2014). Mediating effects of social support on depression and quality of life among patients with HIV infection in Taiwan. *AIDS Care, 26*, 996–1003.  
doi: 10.1080/09540121.2013.873764
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology, 14*, 293–318.  
doi: 10.1146/annurev.so.14.080188.001453
- Hu, X., Dolansky, M. A., Su, Y., Hu, X., Qu, M., & Zhou, L. (2016). Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies, 62*, 11–21.  
doi: 10.1037/t06571-000
- Hurst, M. W., Jenkins, C. D., & Rose, R. M. (1978). The assessment of life change stress: A comparative and methodological inquiry. *Psychosomatic Medicine, 40*, 126–141.  
doi: 10.1097/00006842-197803000-00005
- Hystad, S. W., Olsen, O. K., Espevik, R., & Säfvenbom, R. (2015). On the stability of psychological hardiness: A three–year longitudinal study. *Military Psychology, 27*, 155–168.  
doi: 10.1037/mil0000069
- IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.

- Ibrahim, N., Teo, S., Che Din, N., Halim, A., & Ismail, R. (2015). The role of personality and social support in health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *Plos One*, 10, 1–11.  
doi: 10.1371/journal.pone.0129015
- Janssens, L., Gorter, J. W., Ketelaar, M., Kramer, W. L. M., & Holtslag, H. R. (2008). Health-related quality-of-life measures for long-term follow-up in children after major trauma. *Quality of Life Research*, 17, 701–713.  
doi: 10.1007/s11136-008-9339-0
- Jemmott, J. B. (1987). Social motives and susceptibility to disease: Stalking individual differences in health risks. *Journal of Personality*, 55, 267–298.  
doi: 10.1111/j.1467-6494.1987.tb00437.x
- Johnsen, B. H., Bartone, P., Sandvik, A. M., Gjeldnes, R., Morken, A. M., Hystad, S. W., & Stornæs, A. V. (2013). Psychological hardiness predicts success in a Norwegian Armed Forces Border Patrol selection course. *International Journal of Selection and Assessment*, 21, 368–375.  
doi: 10.1111/ijsa.12046
- Jones, G. N., & Brantley, P. J. (1989). *The Weekly Stress Inventory*. Manual no publicado (véase Mosley y cols., 1996).
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparaison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1–39.  
doi: 10.1007/BF00844845
- Kanner, A. D., Feldman, S. S., Weinberger, D. A., & Ford, M. (1987). Uplifts, hassles, and adaptational outcomes in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 7, 371–394.  
doi: 10.1177/0272431687074002
- Kedas, A. M. (1992). Gerontological uplift and hassle scales: Instrument development. *Dissertation Abstracts International*, 53, 2099.

- Keegan, J. P., Chan, F., Ditchman, N., & Chiu, C. (2012). Predictive ability of Pender's Health Promotion Model for physical activity and exercise in people with spinal cord injury: A hierarchical regression analysis. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 56*, 34–47.  
doi: 10.1177/0034355212440732
- Kelly, D. R., Matthews, M. D., & Bartone, P. T. (2014). Grit and hardiness as predictors of performance among West Point cadets. *Military Psychology, 26*, 327–342.  
doi: 10.1037/mil0000050
- Kennedy, P., Lowe, R., Grey, N., & Short, E. (1995). Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross-sectional analysis of coping strategies. *British Journal of Clinical Psychology, 34*, 627–639.  
doi: 10.1111/j.2044-8260.1995.tb01496.x
- Khoshaba, D. M., & Maddi, S. R. (2008). *HardiTraining: Managing Stressful Change*, 4<sup>a</sup> ed. Hardiness Institute, Newport Beach, CA.
- Kinney, J. M., & Stephens, M. P. (1989). Caregiving Hassles Scale: Assessing the daily hassles of caring for a family member with dementia. *Gerontologist, 29*, 328–332.  
doi: 10.1093/geront/29.3.328
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1–11.  
doi: 10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 168–177.  
doi: 10.1037/0022-3514.42.1.168
- Kogovšek, T., & Ferligoj, A. (2004). The quality of measurement of personal support subnetworks. *Quality & Quantity, 38*, 517–532.  
doi: 10.1007/s11135-005-2178-y
- Kohn, P. M., Lafreniere, K., & Gurevich, M. (1990). The Inventory of College Students' Recent Life Experiences: A decontaminated hassles scale for a special population. *Journal of Behavioral Medicine, 13*, 619–630.  
doi: 10.1007/BF00844738

- Kohn, P. M., & Macdonald, J. E. (1992). The Survey of Recent Life Experiences: A decontaminated hassles scale for adults. *Journal of Behavioral Medicine, 15*, 221–236.  
doi: 10.1007/BF00848327
- Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57B*, 87–94.  
doi: 10.1093/geronb/57.1.P87
- Kratz, A. L., Sander, A. M., Brickell, T. A., Lange, R. T., & Carlozzi, N. E. (2017). Traumatic brain injury caregivers: A qualitative analysis of spouse and parent perspectives on quality of life. *Neuropsychological Rehabilitation, 27*, 16–37.  
doi: 10.1080/09602011.2015.1051056
- Krause, J. S., Bombardier, C., & Carter, R. E. (2008). Assessment of depressive symptoms during inpatient rehabilitation for spinal cord injury: Is there an underlying somatic factor when using the PHQ? *Rehabilitation Psychology, 53*, 513–520.  
doi: 10.1037/a0013354
- Krause, J. S., Broderick, L. E., & Broyles, J. (2004). Subjective well-being among African-Americans with spinal cord injury: An exploratory study between men y women. *NeuroRehabilitation, 19*, 81–89.
- Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine, 63*, 910–916.  
doi: 10.1097/00006842-200111000-00009
- LaRue, A., Bank, L., Jarvik, L., & Hetland, M. (1979). Health in old age. How do physicians' ratings and self-ratings compare? *Journal of Gerontology, 34*, 687–691.  
doi: 10.1093/geronj/34.5.687
- Lasher, E. J. (2009). An investigation of quality of life, job satisfaction, and the return to work related experiences of women with spinal cord injury. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences, 69*, 3043.

- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw–Hill.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory–Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*, *1*, 3–13.  
doi: 10.1207/s15327965pli0101\_1
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 234–247.  
doi: 10.1097/00006842-199305000-00002
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, *38*, 245–254.  
doi: 10.1037/0003-066X.38.3.245
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures. *American Psychologist*, *40*, 770–779.  
doi: 10.1037/0003-066X.40.7.770
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company. Versión española: Estrés y procesos cognitivos (1986), Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986a). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. En M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.) *Dynamics of stress. Physiological, psychological and social perspectives*, (pp. 63–80). Nueva York: Plenum Press.  
doi: 10.1007/978-1-4684-5122-1\_4
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986b). Reply to Cohen. *American Psychologist*, *41*, 718–719.  
doi: 10.1037/0003-066X.41.6.718
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, *1*, 141–169.  
doi: 10.1037/0003-066X.41.6.718
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1989). *Manual for the hassles and uplifts scales*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.

- LeBlanc, A. J., Frost, D. M., & Wight, R. G. (2015). Minority stress and stress proliferation among same-sex and other marginalized couples. *Journal of Marriage and Family, 77*, 40–59.  
doi: 10.1111/jomf.12160
- Leduc, B. E., & Lepage, Y. (2002). Health-related quality of life after spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal, 24*, 196–202.  
doi: 10.1080/09638280110067603
- Lee, Y., & McCormick, B. P. (2006). Examining the role of self-monitoring and social leisure in the life quality of individuals with spinal cord injury. *Journal of Leisure Research, 38*, 1–19.
- Leech, N., Barnett, K. C., & Morgan, G. A. (2005). *SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation (2<sup>nd</sup> ed.)*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leung, J., Pachana, N. A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology, 23*, 1014–1020.  
doi: 10.1002/pon.3523
- Liem, Y. S., Bosch, J. L., & Hunink, M. G. M. (2008). Preference-based quality of life of patients on renal replacement therapy: A systematic review and meta-analysis. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 11*, 733–741.  
doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00308.x
- Lin, K. M. (2004). Review of virtuous transcendence: Holistic self-cultivation and self-healing in elderly Korean immigrants. *Transcultural Psychiatry, 41*, 296–298.
- Linn, M. (1985). Global Assessment of Recent Stress (GARS) scale. *International Journal of Psychiatry Medicine, 19*, 273–287.
- Linn, B. S., & Linn, M. W. (1980). Objective and self-assessed health in the old and very old. *Social Science and Medicine, 14*, 311–315.

- Livneh, H., & Martz, E. (2005). Psychosocial adaptation to spinal cord injury: A dimensional perspective. *Psychological Reports, 97*, 577–586.  
doi: 10.2466/PR0.97.6.577-586
- Lizán, L., & Reig, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: La versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria, 2*, 75–85.
- Locatelli, S. M., Etingen, B., Miskevics, S., & LaVela, S. L. (2017). Effect of the environment on participation in spinal cord injuries/disorders: The mediating impact of resilience, grief, and self-efficacy. *Rehabilitation Psychology, 62*, 334–344.  
doi: 10.1037/rep0000153
- López, M. P., García, M. E. A., & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: Diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema, 18*, 584–590.
- Lozano, M. (1994). *Una operacionalización conductual de la impulsividad. Estudio longitudinal y de alguna de sus implicaciones comportamentales*. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Lucke, K. T., Coccia, H., Goode, J. S., & Lucke, J. F. (2004). Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 13*, 97–110.  
doi: 10.1023/B:QURE.0000015284.95515.17
- Lucke, K. T., Martínez, H., Méndez, T. B., & Arévalo–Flechas, L. C. (2013). Resolving to go forward: The experience of Latino/Hispanic family caregivers. *Qualitative Health Research, 23*, 218–230.  
doi: 10.1177/1049732312468062
- Lund, M. L., Nordlund, A., Bernspång, B., & Lexell, J. (2007). Perceived participation and problems in participation are determinants of life satisfaction in people with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation, 29*, 1417–1422.  
doi: 10.1080/09638280601029068

- Lusilla–Palacios, P., Castellano–Tejedor, C., Ramírez–Garcerán, L., Navarro–Sanchís, J. A., Rodríguez–Urrutia, A., Parramon–Puig, G., Valero–Ventura, S., & Cuxart–Fina, A. (2015). Training professionals' communication and motivation skills to improve spinal cord injury patients' satisfaction and clinical outcomes: Study protocol of the ESPELMA trial. *Journal of Health Psychology, 20*, 1357–1368.  
doi: 10.1177/1359105313512351
- Ma, L., Li, Y., Wang, J., Zhu, H., Yang, W., Cao, R., Quian, Y., & Feng, M. (2015). Quality of life is related to social support in elderly osteoporosis patients in a Chinese population. *Plos One, 10*, e0127849.  
doi: 10.1371/journal.pone.0127849
- Maddi, S. R. (2004). Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology, 44*, 279–298.  
doi: 10.1177/0022167804266101
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology, 1*, 160–168.  
doi: 10.1080/17439760600619609
- Maddi, S. R. (2007). Relevance of hardiness assessment and training to the military context. *Military Psychology, 19*, 61–70.  
doi: 10.1080/08995600701323301
- Maddi, S. R., & Kobasa, S. C. (1984). *The hardy executive*. Homewood, IL: Dow Jones–Irwin.
- Maddox, G. L., & Douglas, E. B. (1973). Self–assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health and Social Behavior, 14*, 87–93.  
doi: 10.2307/2136940
- Martínez–Correa, A., Reyes Del Paso, G. A., García–León, A. & González–Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema, 18*, 66–72.
- Mason, J. W. (1968). Organization of psychoendocrine mechanisms. *Psychosomatic Medicine, 30*, 565–808.

- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of 'non-specificity' in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323–333.  
doi: 10.1016/0022-3956(71)90028-8
- Matheis, E. N., Tulsy, D. S., & Matheis, R. J. (2006). The relation between spirituality and quality of life among individuals with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 51, 265–271.  
doi: 10.1037/0090-5550.51.3.265
- Matud, M. P. (2004). Autoestima en la mujer: Un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 22, 129–140.
- Maybery, D., Maybery, M., Bresnan, R., Croft, B., Graham, R., Macaulay, J., McQualter, S., Mitchell, E., Sherwell, K., & Szakacs, E. (2002). Responding to daily event questionnaires: The influence of the order of hassle and uplift scales. *Stress and Health*, 18, 19–26.  
doi: 10.1002/smi.915
- Maybery, D. J., Neale, J., Arentz, A., & Jones-Ellis, J. (2007). The negative event scale: Measuring frequency and intensity of adult hassles. *Anxiety Stress Coping*, 20, 163–176.  
doi: 10.1080/10615800701217654
- McCarthy, D. E. (2007). Postadolescent diversity: Counseling, psychotherapy, and program development in college mental health. *PsycCRITIQUES*, 52, [Review-Book].  
doi: 10.1037/a0008022
- McClelland, D. C. (1975). *Power: The inner experience*. Nueva York: Irvington (Halsted Press/Wiley).
- McClelland, D. C. (1979). Inhibited power motivation and high blood pressure in men. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 182–190.  
doi: 10.1037/0021-843X.88.2.182
- McCullough, G. C. (2003). Life satisfaction of adolescents with learning disabilities. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63, 3480.

- McNally, R. J., Hatch, J. P., Cedillos, E. M., Luethcke, C. A., Baker, M. T., Peterson, A. L., & Litz, B. T. (2011). Does the repressor coping style predict lower posttraumatic stress symptoms? *Military Medicine, 176*, 752–756.  
doi: 10.7205/MILMED-D-10-00429
- McVicar, A., Ravalier, J.M., & Greenwood, C. (2014). Biology of stress revisited: Intracellular mechanisms and the conceptualization of stress. *Stress Health, 30*, 272–279.  
doi: 10.1002/smi.2508
- Meery, L., & Hyunsook, C. (1997). Development of adolescent University Entrance Examination Stress Scale. *Korean Journal of Developmental Psychology, 10*, 144–154.
- Meltzer, J., & Hochstim, J. (1970). Reliability and validity of survey data on physical health. *Public Health Reports, 85*, 1075–1086.  
doi: 10.2307/4594048
- Miller, D. B., & Townsend, A. (2005). Urban hassles as chronic stressors and adolescent mental health: The Urban Hassles Index. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 5*, 85–94.  
doi: 10.1093/brief-treatment/mhi004
- Miller, S. M. (2008). The effect of frequency and type of internet use on perceived social support and sense of well-being in individuals with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 51*, 148–158.  
doi: 10.1177/0034355207311315
- Miller, S., & Miller, R. L. (1991). An exploration of daily hassles for persons with severe psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 14*, 39–51.  
doi: 10.1037/h0099415
- Mishra, S. I., Scherer, R. W., Snyder, C., Geigle, P., & Gotay, C. (2014). Are exercise programs effective for improving health-related quality of life among cancer survivors? A systematic review and meta-analysis. *Oncology Nursing Forum, 41*, 326–342.  
doi: 10.1188/14.ONF.E326-E342

- Molton, I. R., Jensen, M. P., Nielson, W., Cardenas, D., & Ehde, D. M. (2008). A preliminary evaluation of the motivational model of pain self-management in persons with spinal cord injury-related pain. *The Journal of Pain, 9*, 606–612.  
doi: 10.1016/j.jpain.2008.01.338
- Montt, M. E., & Chávez, F. U. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental, 19*, 30–35.
- Moos, R. H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment, 4*, 133–158.
- Moos, R. H. (2008). Active ingredients of substance use-focused self-help groups. *Addiction, 103*, 387–396.  
doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02111.x
- Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la Calidad de vida. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo, & C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Mosley, T. H., Payne, T. J., Plaud, J. J., Johnson, C. A., Wittrock, D. A., Seville, J. L., Penzien, D. B., & Rodríguez, G. (1996). Psychometric properties of the Weekly Stress Inventory (WSI): Extension to a patient sample with coronary heart disease. *Journal of Behavioral Medicine, 19*, 273–287.  
doi: 10.1007/BF01857769
- Mossakowski K. N. (2015). Disadvantaged family background and depression among young adults in the United States: The roles of chronic stress and self-esteem. *Stress Health, 31*, 52–62.  
doi: 10.1002/smi.2526
- Motl, R. W., McAuley, E., Snook, E. M., & Gliottoni, R. C. (2009). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychology, Health & Medicine, 14*, 111–124.  
doi: 10.1080/13548500802241902

- Navarta-Sánchez, M. V., Senosiain García, J. M., Riverol, M., Ursúa Sesma, M. E., Díaz de Cerio, Ayesa, S., Anaut Bravo, S., Caparrós Civera, N., & Portillo, M. C. (2016). Factors influencing psychosocial adjustment and quality of life in Parkinson and informal caregivers. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, *25*, 1959–1968.  
doi: 10.1007/s11136-015-1220-3
- Neugebauer, E., Lefering, R., Bouillon, B., Bullinger, M., & Wood-Dauphinee, S. (2002). Quality of life after multiple trauma. Aim and scope of the conference. *Restorative Neurology and Neuroscience*, *20*, 87–92.
- Ng, T. W., Sorensen, K. L., & Eby, L. T. (2006). Locus of control at work: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, *27*, 1057–1087.  
doi: 10.1002/job.416
- Nixon, A. E., Mazzola, J. J., Bauer, J., Krueger, J. R., & Spector, P. E. (2011). Can work make you sick? A meta-analysis of the relations between job stressors and physical symptoms. *Work & Stress*, *25*, 1–22.  
doi: 10.1080/02678373.2011.569175
- Nooijen, C. F. J., Stam, H. J., Sluis, T., Valent, L., Twisk, J., & van den Berg-Emons, R., J. G. (2017). A behavioral intervention promoting physical activity in people with subacute spinal cord injury: Secondary effects on health, social participation and quality of life. *Clinical Rehabilitation*, *31*, 772–780.  
doi: 10.1177/0269215516657581
- Norris, F. H., & Murrell, S. A. (1984). Protective function of resources related to life events, global stress, and depression in older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, *25*, 424–437.  
doi: 10.2307/2136380
- Orme, G. J., & Kehoe, E. J. (2014). Hardiness as a predictor of mental health and well-being of Australian Army Reservists on and after stability operations. *Military Medicine*, *179*, 404–412.  
doi: 10.7205/MILMED-D-13-00390

- Osman, A., Barrios, F. X., Longnecker, J., & Osman, J. R. (1994). Validation of the Inventory of College Students' Recent Life Experiences in an American college sample. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 856–863.  
doi: 10.1002/1097-4679(199411)50:6%3C856::AID-JCLP2270500607%3E3.0.CO;2-C
- Overholser, J. C., & Schubert, D. S. (1993). Depression in patients with spinal cord injuries: A synthesis of cognitive and somatic processes. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues, 12*, 172–183.  
doi: 10.1007/BF02686822
- Palese, A., Lamanna, F., Di Monte, C., Calligaris, S., Doretto, M., & Criveller, M. (2008). Quality of life in patients with right- or left-sided brain tumours: Literature review. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 1403–1410.  
doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02182.x
- Pan, J. Y., Yue, X., & Chan, C. L. W. (2010). Development and validation of the acculturative hassles scale for chinese students (AHSCS): An example of mainland chinese university students in Hong Kong. *Psychologia: An International Journal of Psychological Sciences, 53*, 163–178.  
doi: 10.2117/psysoc.2010.163
- Park, C. L., & Gaffey, A. E. (2007). Relationships between psychosocial factors and health behavior change in cancer survivors: An integrative review. *Annals of Behavioral Medicine, 34*, 115–134.  
doi: 10.1007/BF02872667
- Patel, S. S., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2005). Psychosocial factors in patients with chronic disease: Impact of social support on end-stage renal disease. *Seminars in Dialysis, 18*, 98–102.  
doi: 10.1111/j.1525-139X.2005.18203.x
- Pearce, N. J. M., Sanson-Fisher, R., & Campbell, H. S. (2008). Measuring quality of life in cancer survivors: A methodological review of existing scales. *Psycho-Oncology, 17*, 629–640.  
doi: 10.1002/pon.1281

- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *30*, 241–256.  
doi: 10.2307/2136956
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. Nueva York: Springer–Verlag.  
doi: 10.1007/978-1-4613-8196-9
- Perrin, P. B., Panyavin, I., Morlett Paredes, A., Aguayo, A., Macias, M. A., Rabago, B., Fulton Picot, S. J., & Arango–Lasprilla, J. C. (2015). A disproportionate burden of care: Gender differences in mental health, health–related quality of life, and social support in mexican multiple sclerosis caregivers. *Behavioural Neurology*, *2015*, 1–9.  
doi: 10.1155/2015/283958
- Pett, M. A., & Johnson, M. J. M. (2005). Development and psychometric evaluation of the Revised University Student Hassles Scale. *Educational and Psychological Measurement*, *65*, 984–1010.  
doi: 10.1177/0013164405275661
- Pires, R., Araújo–Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Maternal and Child Health Journal*, *18*, 789–800.  
doi: 10.1007/s10995-013-1303-0
- Plantiga, L. D., Fink, N. E., Harrington–Leverly, R., Finkelstein, F. O., Hebah, N., Powe, N. R., & Jaar, B. G. (2010). Association of social support with outcomes in incident dialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *5*, 1480–1488.  
doi: 10.2215/CJN.01240210
- Polo, A., Hernández, J. M., & Pozo, C. (1996). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, *2*, 159–172.
- Post, M. W. M., Ros, W. J. G., & Schrijvers, A. J. P. (1999). Impact of social support on health status and life satisfaction in people with a spinal cord injury. *Psychology & Health*, *14*, 679–695.  
doi: 10.1080/08870449908410757

- Praeger, S. (2008). Applying findings to practice. *The Journal of School Nursing, 24*, 335–337.  
doi: 10.1177/1059840508322383
- Putzke, J. D., Richards, J. S., Hicken, B. L., & DeVivo, M. J. (2002). Interference due to pain following spinal cord injury: Important predictors and impact on quality of life. *Pain, 100*, 231–242.  
doi: 10.1016/S0304-3959(02)00069-6
- Rahe, R. H. (1975). Epidemiological studies of life change and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 6*, 133–146.  
doi: 10.2190/JGRJ-KUMG-GKKA-HBGE
- Räikkönen, K., Mathews, K. A., Flory, J. D., & Owens, J. F. (1999). Effects of hostility on ambulatory blood pressure and mood during daily living in healthy adults. *Health Psychology, 18*, 44–53.  
doi: 10.1037/0278-6133.18.1.44
- Randall, D. L. (2001). The relationship between stress, coping resources, and quality of life. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62*, 2497.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine, 37*, 239–256.  
doi: 10.1007/s12160-009-9111-x
- Ravindran, A. V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders, 71*, 121–130.  
doi: 10.1016/S0165-0327(01)00389-5
- Richards, J. S., Kewman, D. G., & Pierce, C. A. (2002). Spinal cord injury. En R. G. Frank & T. R. Elliott (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology*, (pp. 11–27). Washington D. C.: American Psychological Association.
- Río, C. J., & Gutiérrez–Bermejo, B. (2015). Analysis of the parenting stress index–short form on parents of children with intellectual disabilities with the Rasch Model. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación –e Avaliação Psicológica, 39*, 68–76.

- Riveros, A., Castro, C. G., & Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41*, 291–304.
- Robles Ortega, H., Marfil, N., Reyes del Paso, G. (1995). Hostilidad, patrón de conducta tipo A y reactividad cardíaca. *Estudios de Psicología, 53*, 65–88.
- Rodríguez-Marín, J. (2002). Apoyo social y salud. En *Guía de estudio y bibliografía básica módulo psicología, salud y enfermedad. Maestría psicología de la salud*, (pp. 94–103). Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A., & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema, 5*, 349–372.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Strauss, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 ½ years. *Journal of the American Medical Association, 233*, 872–877.  
doi: 10.1001/jama.233.8.872
- Rueda, M. B., Aguado, A. L., & Alcedo, M. A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Psychosocial Intervention, 17*, 109–124.
- Rueda, B., & Pérez-García, A. M. (2007). Estudio de la alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12*, 105–116.
- Rueda, B., Pérez-García, A. M., Sanjuán, P., & Ruiz, M. A. (2006). Relación entre alexitimia y hostilidad: ¿Una asociación influida por el malestar psicológico? *Análisis y Modificación de Conducta, 32*, 263–286.
- Ruiz, M. A., & Baca, E. (1993). Design and validation of the “Quality of Life Questionnaire” (Cuestionario de Calidad de Vida, CCV). *European Journal of Psychological Assessment, 9*, 19–32.

- Rüsch, N., Schulz, D., Valerius, G., Steil, R., Bohus, M., & Schmahl, C. (2011). Disgust and implicit self-concept in women with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261, 369–376.  
doi: 10.1007/s00406-010-0174-2
- Saitzyk, A. R. (2015). Women in combat: The great debate. *PsycCRITIQUES*, 60, [Review-Book].  
doi: 10.1037/a0039930
- Salonen, P., Rantanen, A., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., Huhtala, H., & Kaunonen, M. (2014). The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer: A longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23, 274–283.  
doi: 10.1111/ecc.12153
- Sánchez-Sosa, J. J., & González-Celis, A. L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo, *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 473–491). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sandín B. (2008). El estrés. En A. Belloch, B., Sandín, & F., Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 2*, (pp. 3–42). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1987). *Escala de Síntomas Somáticos ESS*. Madrid: Universidad Nacional de Educación Distancia (UNED) (no publicado).
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). Evaluación del estrés psicosocial. En G. Buela-Casal & V. E. Caballo (Comps.), *Evaluación en psicología clínica*. Madrid: Siglo XXI.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1996). Evaluación del estrés psicosocial. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo & J. C. Sierra (Eds.), *Evaluación en psicología clínica*, (pp. 619–656). Madrid: Siglo XXI.
- Sandín, B., Chorot, P., & Santed, M. A. (1992). *Escala SRLE de Kohn-Macdonald*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Sandín, B., Chorot, P., & Santed, M. A. (1999a). El estrés diario. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*, (pp. 81–99). Madrid: Klinik.

- Sandín, B., Chorot, P., & Santed, M. A. (1999b). Evaluación del estrés diario. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*, (pp. 101–114). Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (2002). Estrés y salud: Relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad. *Ansiedad y Estrés*, 8, 73-87.
- Sandín, B., Santed, M. A., Chorot, P., & Valiente, R. (1996). Alexitimia, afecto positivo y negativo, y reactividad al estrés: Relaciones con sintomatología somática y enfermedad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 435–460.
- Sandín, B., Valiente, R. M., & Chorot, P. (2008). Instrumentos para la evaluación del estrés psicosocial: material de apoyo. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*, (pp. 267–346). Madrid: Klinik.
- Sandvik, A. M., Bartone, P. T., Hystad, S. W., Philips, T. M., Thayer J. F., & Johnsen, B. H. (2013). Psychological hardiness predicts neuroimmunological responses to stress. *Psychology, Health & Medicine*, 18, 705–713.  
doi: 10.1080/13548506.2013.772304
- Sanjuán, P., Pérez-García, A. M., Bermúdez, J., & Sánchez-Elvira, A. (2000). Hostilidad y reactividad cardiovascular en tareas físicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 673–691.
- Santed, M. A. (1995). *Estrés y salud: Evaluación psicométrica del estrés diario*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid (no publicado).
- Santed, M. A., Chorot, P., & Sandín, B. (1991). *Cuestionario de Estrés Diario (CED)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Santed, M. A., Sandín, B., & Chorot P. (1996). Cuestionario de Estrés Diario (CED): Validez de constructo y el problema de la confusión de medidas. *Boletín de Psicología*, 51, 45–70.

- Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P., Olmedo, & M., García–Campayo, J. (2003). The role of negative and positive affectivity on perceived stress–subjective health relationships. *Acta Neuropsychiatrica*, *15*, 199–216.  
doi: 10.1034/j.1601-5215.2003.00036.x
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*, 219–247.  
doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well–being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, *55*, 169–210.  
doi: 10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well–being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 201–228.  
doi: 10.1007/BF01173489
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self–mastery, and self–esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 1063–1078.  
doi: 10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism and psychological well–being. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice*, (pp. 189–216). Washington: American Psychological Association.  
doi: 10.1037/10385-009
- Schelly, D. (2008). Problems associated with choice and quality of life for an individual with intellectual disability: A personal assistant’s reflexive ethnography. *Disability & Society*, *23*, 719–732.  
doi: 10.1080/09687590802469206

- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 607–628.  
doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141
- Schönenberg, M., Reimitz, M., Jusyte, A., Maier, D., Badke, A., & Hautzinger, M. (2014). Depression, posttraumatic stress, and risk factors following spinal cord injury. *International Journal of Behavioral Medicine, 21*, 169–176.  
doi: 10.1007/s12529-012-9284-8
- Schulz, R., & Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1162–1172.  
doi: 10.1037/0022-3514.48.5.1162
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería, 9*, 9–21.
- Searle, A., & Bennett, P. (2001). Psychological factors and inflammatory bowel disease: A review of a decade of literature. *Psychology and Health Medicine, 6*, 121–135.  
doi: 10.1080/13548500120035382
- Seiffge-Krenke, I. (2007, febrero). *Stress, coping and depression*. Ponencia presentada en el Postgrado de Investigación en Procesos Básicos e Intervención en Psicología de la Salud, bienio 2006–2008, Universidad de Málaga, España.
- Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Aprenda optimismo*. Barcelona: DeBolsillo.
- Seligman, M. E. P. (2005). *Niños optimistas*. Barcelona: DeBolsillo.
- Selye, H. (1954). *Stress*. Barcelona: Científico Médica. (Publicación original: 1950).
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril. (Publicación original: 1956).

- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present, and future. En C. L. Cooper (Ed.), *Stress research: issues for the eighties*, (pp. 1–20). Nueva York: Wiley & Sons.
- Shnek, Z. M., Foley, F. W., LaRocca, N. G., Gordon, W. A., DeLuca, J., Schwartzman, H. G., Halper, J., Lennox, S. & Irvine, J. (1997). Helplessness, self-efficacy, cognitive distortions, and depression in multiple sclerosis and spinal cord injury. *Annals of Behavioral Medicine*, *19*, 287–294.  
doi: 10.1007/BF02892293
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Silva, M. T. A., Franceschini, A. C. T., Manrique-Saade, E. A., Carvalhal, L. G., & Kameyama, M. (2008). Escala hassles & uplifts: Versão em português. *Estudios de Psicologia*, *25*, 91–100.  
doi: 10.1590/S0103-166X2008000100009
- Skirka, N. (1997). The relationship of hardiness, sense of coherence, sports participation, and gender to perceived stress and psychological symptoms among college students. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, *58*, 0120.
- Smith, T. W., & Anderson, N. B. (1986). Models of personality and disease: An interactional approach to Type A behavior and cardiovascular risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, *6*, 1166–1173.  
doi: 10.1037/0022-3514.50.6.1166
- Smith, C. A., Wallston, K. A., & Dwyer, K. A. (1995). On babies and bathwater: Disease impact and negative affectivity in the self-reports of persons with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, *14*, 64–73.  
doi: 10.1037/0278-6133.14.1.64

- Solans, M., Pane, S., Estrada, M. D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., Alonso, J., & Rajmil, L. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: A systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *11*, 742–764.  
doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x
- Solberg, V. S., Hale, J. B., & Villarreal, P. (1993). Development of the College Stress Inventory for use with Hispanic populations: A confirmatory analytic approach. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *15*, 490–497.  
doi: 10.1177/07399863930154004
- Spector, P. E., Zapf, D., Chen, P. Y., & Frese, M. (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: Don't throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behavior*, *21*, 79–95.  
doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(200002)21:1%3C79::AID-JOB964%3E3.0.CO;2-G
- Spinelli, M. (2010). Review of modern management of perinatal psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *167*, 480–481.  
doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09101410
- Steele, R. (1977). Power motivation, activation, and inspirational speeches. *Journal of Personality*, *45*, 53–64.  
doi: 10.1111/j.1467-6494.1977.tb00592.x
- Step toe, A. (1991). The links between stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, *35*, 633–644.  
doi: 10.1016/0022-3999(91)90113-3
- Stevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J., & Gregory, W. M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, *57*, 109–112.  
doi: 10.1038/bjc.1988.20

- Strack, S., Carver, C. S., & Blaney, P. H. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: The role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 579–584.  
doi: 10.1037/0022-3514.53.3.579
- Suls, J. (1991). Control and health. *PsycCRITIQUES*, *36*, 756–757.  
doi: 10.1037/030138
- Sutton, B. S., Ottomanelli, L., Njoh, E., Barnett, S. D., & Goetz, L. L. (2015). The impact of social support at home on health-related quality of life among veterans with spinal cord injury participating in a supported employment program. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, *24*, 1741–1747.  
doi: 10.1007/s11136-014-0912-4
- Tak, L. M., Riese, H., Geertruida, H. B., Manoharan, A., Iris, C. K., & Judith, G. M. (2009). As good as it gets? A meta-analysis and systematic review of methodological quality of heart rate variability studies in functional somatic disorders. *Biological Psychology*, *82*, 101–110.  
doi: 10.1016/j.biopsycho.2009.05.002
- Taylor, S. E., & Aspinwall, L. G. (1996). Mediating and moderating processes in psychosocial stress: Appraisal, coping, resistance, and vulnerability. En H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Perspectives on structure, theory, life-course and methods*, (pp. 71–110). Nueva York: Academic Press.
- Taylor, S. E., Helgeson, V. S., Reed, G. M., & Skokan, L. A. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues*, *47*, 91–109.  
doi: 10.1111/j.1540-4560.1991.tb01836.x
- Thai, J. N., Barnhart, C. E., Cagle, J., & Smith, A. K. (2016). ‘It just consumes your life’: Quality of life for informal caregivers of diverse older adults with late-life disability. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, *33*, 644–650.  
doi: 10.1037/t25467-000

- Thakkar, R. R. (2002). Daily stressors and physical health in women with and without a history of sexual abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (8-B), pp. 3817.
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89–101.  
doi: 10.1037/0033-2909.90.1.89
- Thompson, S. C., & Schlehofer, M. M. (2008). The many sides of control motivation: Motives for high, low, and illusory control. En J. Y. Shah & W. L. Gardner (Eds.), *Handbook of motivation science*, (pp. 41–56). Nueva York: The Guilford Press.
- Tomassetti–Long, V. J., Nicholson, B. C., Madson, M. B., & Dahlen, E. R. (2015). Hardiness, parenting stress, and PTSD symptomatology in U.S. Afghanistan/Iraq era veteran fathers. *Psychology of Men & Masculinity*, 16, 239–245.  
doi: 10.1037/a0037307
- Travis, S. S., Bernard, M. A., McAuley, W. J., Thornton, M., & Kole, T. (2003). Development of the family caregiver medication administration hassles scale. *Gerontologist*, 43, 360–368.  
doi: 10.1093/geront/43.3.360
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández, F. J., Escobar, M., Maldonado, E. F., & Muñoz, A. M. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21, 598–603.
- Turner, J. B., Kessler, R. C., & House, J. S. (1991). Factors facilitating adjustment to unemployment: Implications for interventions. *American Journal of Community Psychology*, 19, 521–542.  
doi: 10.1007/BF00937990
- Untas, A., Thumma, J., Rasclé, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A. A., Fukuhara, S., Akizawa, T., Morgenstern, H., Robinson, B. M., Pisoni, R. L. & Combe, C. (2011). The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6, 142–152.

- Upton, P., Lawford, J., & Eiser, C. (2008). Parent–child agreement across child health–related quality of life instruments: A review of the literature. *Quality of Life Research, 17*, 895–913.  
doi: 10.1007/s11136-008-9350-5
- Van Crujisen, N., Jaspers, J. P. C., Van de Wiel, H. B. M., Wit, H. P., & Albers, F. W. J. (2006). Psychological assessment of patients with Menière’s disease. *International Journal of Audiology, 45*, 496–502.  
doi: 10.1080/14992020600753239
- Vealey, R. S. (1986). Conceptualization of sport–confidence and competitive orientation: Preliminary investigation and instrument development. *Journal of Sport Psychology, 8*, 221–246.  
doi: 10.1123/jsp.8.3.221
- Velarde–Jurado, E., & Ávila–Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México, 44*, 349–361.  
doi: 10.1590/S0036-36342002000400009
- Vingerhoets, A. (1985). *Psychosocial stress: An experimental approach*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Vingerhoets, A. J. J. M., Ratliff–Crain, J., Jabaaij, L., Menges, L. J., & Baum, A. (1996a). Self–reported stressors, symptoms complaints and psychobiological functioning I. Cardiovascular stress reactivity. *Journal of Psychosomatic Research, 40*, 177–190.  
doi: 10.1016/0022-3999(95)00516-1
- Vingerhoets, A. J. J. M., Ratliff–Crain, J., Jabaaij, L., Menges, L. J., & Baum, A. (1996b). Self–reported stressors, symptoms complaints and psychobiological functioning II. Psychoneuroendocrine variables *Journal of Psychosomatic Research, 40*, 191–203.  
doi: 10.1016/0022-3999(95)00528-5
- Vinokurov, A., Trickett, E. J., & Birman, D. (2002). Acculturative hassles and immigrant adolescents: A life–domain assessment for Soviet Jewish refugees. *Journal of Social Psychology, 142*, 425–445.  
doi: 10.1080/00224540209603910

- Wagner, B. M., Compas, B. E., & Howell, D. C. (1988). Daily and major life events: A test of an interactive model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology, 16*, 189–205.  
doi: 10.1007/BF00912522
- Wang, Q., Bowling, N. A., & Eschleman, K. J. (2010). A meta-analytic examination of work and general locus of control. *Journal of Applied Psychology, 95*, 761–768.  
doi: 10.1037/a0017707
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234–254.  
doi: 10.1037/0033-295X.96.2.234
- Weiss, J. M. (1971). Effects of coping behavior in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 1*, 1–14.  
doi: 10.1037/h0031583
- Whisman, M. A., & Kwon, P. (1993). Life stress and dysphoria: The role of self-esteem and hopelessness. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1054–1060.  
doi: 10.1037/0022-3514.65.5.1054
- Wiebe, D. J. (1991). Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 89–99.  
doi: 10.1037/0022-3514.60.1.89
- Wijnberg, M., Lagerwey, M. D., Applegate, B., & Reding, K. (2006). Development of the Hassles of Environmental Poverty instrument: HOEP. *Journal of Social Service Research, 32*, 173–193.  
doi: 10.1300/J079v32n03\_10
- Williams, D. G. (1992). Dispositional optimism, neuroticism, and extraversion. *Personality and Individual Differences, 13*, 475–477.  
doi: 10.1016/0191-8869(92)90076-2

- Wilson, C. S., Forchheimer, M., Heinemann, A. W., Warren, A. M., & McCullumsmith, C. (2017). Assessment of the relationship of spiritual well-being to depression and quality of life for persons with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, *39*, 491–496.  
doi: 10.3109/09638288.2016.1152600
- Winter, D. G. (1973a). *The power motive*. Nueva York: Free Press.
- Winter, D. G. (1973b). The need for power. En McClelland, D. C. & Steele, R. S. (Eds.), *Human Motivation: A Book of Readings* (pp. 279–286). Nueva Jersey: General Learning Press.
- Wittkower, E. D., Gingras, G., Mergler, L., Wigdor, B., & Lepine, M. A. (1954). A combined psychosocial study of spinal cord lesions. *Canadian Medical Association Journal*, *71*, 109–145.
- Wollaars, M. M., Post, M. W. M., Van Asbeck, F. W. A., & Brand, N. (2007). Spinal cord injury pain: The influence of psychologic factors and impact on quality of life. *Journal of Pain*, *23*, 383–391.
- Wood–Dauphinée, S., Exner, G., & the SCI Consensus Group. (2002). Quality of life in patients with spinal cord injury—basic issues, assessment, and recommendations. *Restorative Neurology and Neuroscience*, *20*, 135–149.
- Worden, J. W., & Sobel, H. J. (1978). Ego strength and psychosocial adaptation to cancer. *Psychosomatic Medicine*, *40*, 585–592.  
doi: 10.1097/00006842-197812000-00001
- World Health Organization, WHO. (2002). *The world health report 2002, reducing risks, promoting healthy life* (pp. 81–92). Ginebra, Suiza: The author.
- World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects.  
Recuperado de <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.  
Accessed October 14, 2010.

- Wright, M., Creed, P. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2010). The development and initial validation of a Brief Daily Hassles Scale suitable for use with adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 26*, 217–223.  
doi: 10.1027/1015-5759/a000029.
- Wu, L. J., Wang, J. N., & Qi, X. D. (2015). A meta-analysis of the relationship between humor style and mental health. *Chinese Mental Health Journal, 29*, 74–79.
- Yao, T., Zheng, Q., & Fan, X. (2015). The impact of online social support on patients' quality of life and the moderating role of social exclusion. *Journal of Service Research, 18*, 369–383.  
doi: 10.1177/1094670515583271
- Yasuda, S., Wehman, P., Targett, P., Cifu, D. X., & West, M. (2002). Return to work after spinal cord injury: A review of recent research. *NeuroRehabilitation, 17*, 177–186.
- Yorkston, K. M., Bamer, A., Johnson, K., & Amtmann, D. (2012). Satisfaction with participation in multiple sclerosis and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal, 34*, 747–753.  
doi: 10.3109/09638288.2011.619615
- Zautra, A. J., Guarnaccia, C. A., & Dohrenwend, B. P. (1986). Measuring small life events. *American Journal of Community Psychology, 14*, 629–655.  
doi: 10.1007/BF00931340
- Zemel, B. M., Muqeem, T., Brown, E. V., Goulão, M., Urban, M. W., Tymanskyj, S. R., Lepore, A. C., & Covarrubias, M. (2017). Calcineurin dysregulation underlies spinal cord injury-induced K<sup>+</sup> channel dysfunction in DRG neurons. *The Journal of Neuroscience, 37*, 8256–8272.  
doi: 10.1523/JNEUROSCI.0434-17.2017
- Zohar, D. (1997). Predicting burnout with a hassle-based measure of role demands. *Journal of Organizational Behavior, 18*, 101–115.  
doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(199703)18:2%3C101::AID-JOB788%3E3.0.CO;2-Y

## ANEXOS

### Anexo 1

#### **INSTRUCCIONES GENERALES**

Como se os comenta en la carta de presentación, estamos llevando a cabo una investigación sobre las situaciones cotidianas estresantes en la vida del Lesionado Medular. En tal investigación os vamos a pedir que rellenéis este cuadernillo en 6 ocasiones distintas. Comprendemos el esfuerzo que supone cumplimentar tantos cuestionarios pero lo requiere la finalidad de esta investigación.

Si podéis colaborar en cada una de ellas, por favor, rellenad vuestros datos acerca de la *Calle, Nº, Piso, C.P., Población y Provincia*. Si por el contrario, no podéis participar, dejad en blanco los apartados enumerados anteriormente.

Es importante que contestéis a todos los cuestionarios que os entregamos y que lo hagáis con total sinceridad. En Psicología no hay respuestas buenas o malas, sólo distintas formas de pensar y de vivenciar las cosas.

También es fundamental que rellenéis todos los cuestionarios antes del día -- **de** --- **de** ---- (--/--/--). No obstante, si por cualquier motivo os retrasáis o no podéis contestarlos antes de este día, por favor, sed sinceros y poned la fecha verdadera en que lo hacéis.

Os recordamos que todos vuestros datos personales, así como vuestras contestaciones a los cuestionarios de este cuadernillo serán tratados de forma confidencial y anónima, no revelándose ninguno de tales datos (de forma individual) a los medios de comunicación, y usándose todos ellos de manera conjunta: El colectivo de personas con una Lesión Medular Espinal.



## Anexo 2

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre y Apellidos (sólo iniciales): ..... Fecha de hoy:

Fecha de nacimiento:     Sexo:  Hombre  Mujer

Estado civil:

Sin pareja:  Soltero  Separado  Divorciado  Viudo

Con pareja:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

Profesión anterior a su lesión medular espinal: .....

Actividad que desarrolla en la actualidad: .....

Tipo de lesión medular: .....

Año en que se produjo la lesión: ..... Grado de discapacidad: .....

Usa silla de ruedas:  Sí  No

Calle: ..... Nº: ..... Piso: ..... C. P.: .....

Población: ..... Provincia: .....

Persona/s de apoyo (rodee con un círculo la opción que mejor refleje su situación actual):	A	B	C	D
	<i>No tengo ningún apoyo</i>	<i>Tengo persona/s que me presta/n poco apoyo</i>	<i>Tengo persona/s que me apoya/n bastante</i>	<i>Tengo persona/s que me apoya/n completamente</i>

¿Está adaptada su vivienda a su problemática?

Sí  No

¿Con cuántos ingresos al mes cuenta la unidad familiar? (la respuesta a esta cuestión es, claro está, voluntaria, pero agradeceríamos su contestación por su relevancia para el estudio)

Menos de 1.000 €.

Entre 1.000 y 3.000 €.

Más de 3.000 €.

¿Qué servicios, en general, presta su ciudad a los lesionados medulares? (marque aquellas casillas que corresponda)

Taxis adaptados para silla de ruedas.

Autobuses accesibles para silla de ruedas.

Rampas.

Rebajes de las aceras en los pasos de peatones.

Otros (especifíquelos por favor). .....



## Anexo 3

### EED-LME

A continuación se presenta un listado de situaciones, más o menos frecuentes, que probablemente usted tiene que afrontar en su vida cotidiana con más o menos dificultad y malestar. Por favor, lea cada una de dichas situaciones y rodee con un círculo el número que mejor refleje la *frecuencia con que usted se ha enfrentado a cada una de ellas últimamente*, así como el *grado o intensidad de malestar psicológico total que le han producido*. Sirvan como ejemplos las siguientes situaciones:

	FRECUENCIA	INTENSIDAD DE MALESTAR
Tener una discusión con el jefe en el trabajo .....	0. <u>0<sub>b</sub></u> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 <u>10</u>
Obligación de usar la silla de ruedas.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 <u>4</u> 5 6 7	0 1 2 3 4 5 <u>6</u> 7 8 9 10

Nombre y Apellidos: .....

Fecha:

<p><b>FRECUENCIA</b></p> <p>0<sub>a</sub> No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses: la he evitado porque me supone una dificultad (e.g., evito hacerlo, otros lo hacen por mí, etc.).</p> <p>0<sub>b</sub> No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses (pero no porque yo la evite).</p> <p>1 1 vez en los 2 últimos meses más o menos.</p> <p>2 2 veces en los 2 últimos meses más o menos.</p> <p>3 2 veces al mes más o menos.</p> <p>4 1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes).</p> <p>5 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes).</p> <p>6 Se presenta en mi vida casi a diario.</p> <p>7 Es una condición presente en mi vida de forma habitual.</p> <p><b>INTENSIDAD DE MALESTAR</b></p> <p>0 _____ 10</p> <p>Nada de malestar <span style="float: right;">Malestar extremo</span></p>
--

	FRECUENCIA	INTENSIDAD DE MALESTAR
1. Dificultades económicas .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*2. Contratiempos por problemas de salud (resfriados, úlceras por presión, espasticidad, estreñimiento, alteraciones de la tensión, etc.).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*3. Preocupación ante posibles trastornos intestinales (aerofagia, vientre ligero, etc.).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*4. Fallos en el proceso de recolección de orina (en la bolsa –depósito, en el colector, en el pañal, o en la sonda).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*5. Molestias por tener que consumir medicación .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Ser hospitalizado.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Sentimientos de inconformidad con el nivel de estudios alcanzados.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Dificultad (o imposibilidad) para estudiar en un centro de enseñanza (por falta de ayuda/s, inexistencia de centros adecuados, etc.).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### FRECUENCIA

- 0<sub>a</sub> No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses: la he evitado porque me supone una dificultad (e.g., evito hacerlo, otros lo hacen por mí, etc.).
- 0<sub>b</sub> No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses (pero no porque yo la evite).
- 1 1 vez en los 2 últimos meses más o menos.
- 2 2 veces en los 2 últimos meses más o menos.
- 3 2 veces al mes más o menos.
- 4 1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes).
- 5 De 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes).
- 6 Se presenta en mi vida casi a diario.
- 7 Es una condición presente en mi vida de forma habitual.

### INTENSIDAD DE MALESTAR



	FRECUENCIA	INTENSIDAD DE MALESTAR
9. Insatisfacción con el tipo o categoría de trabajo que desarrolla.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Cansancio debido a la actividad laboral .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Actividad laboral poco gratificante .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. No conseguir trabajo .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Pocas, en general, actividades gratificantes.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Aislamiento social.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*15. Iniciar relaciones sociales .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*16. Mantener relaciones sociales.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*17. Acudir a actos u obligaciones sociales .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Indecisión para establecer una conversación .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*19. Sentirse molesto con la opinión que tienen los demás de usted y de su estado físico .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. Sentirse tratado socialmente como un ser inferior.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*21. Trato social estereotipado o inadecuado (de tipo paternalista, etc.)..	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. Que terceras personas interpreten que su problema físico personal está asociado con otros tipos de trastornos (déficit mental, sordera, etc.) .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. Sentirse rechazado socialmente.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*24. Sentir desagrado con su propia apariencia física .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*25. Tener dificultades para alcanzar sus propias metas de autorrealización.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*26. Sentir que no puede alcanzar a lo largo de su vida sus metas personales .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
27. Mal tiempo climatológico .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28. Calles mojadas o resbaladizas .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*29. Problemas para transitar por la calle y acudir a un punto determinado por la existencia de obstáculos (desnivel lateral, cuesta empinada, rampa dificultosa, bordillos, escalones, etc.).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*30. Esquivar a la gente mientras transita por una calle.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*31. Desplazarse por el casco urbano –y llegar a estar cansado– con la silla de ruedas durante un intervalo amplio de tiempo.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*32. Cruzar la calle por una zona no señalizada para ello (paso de peatones, semáforo, etc.).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*33. Cruzar por un semáforo o un paso de peatones .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*34. Cambiarse de asiento (de la silla al coche, o a la cama, al servicio, a otra silla, etc.).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
35. Uso obligatorio de una silla de ruedas distinta a la habitual .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**FRECUENCIA**

- 0<sub>a</sub> No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses: la he evitado porque me supone una dificultad (e.g., evito hacerlo, otros lo hacen por mí, etc.).
- 0<sub>b</sub> No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses (pero no porque yo la evite).
- 1 1 vez en los 2 últimos meses más o menos.
- 2 2 veces en los 2 últimos meses más o menos.
- 3 2 veces al mes más o menos.
- 4 1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes).
- 5 De 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes).
- 6 Se presenta en mi vida casi a diario.
- 7 Es una condición presente en mi vida de forma habitual.

**INTENSIDAD DE MALESTAR**



	FRECUENCIA	INTENSIDAD DE MALESTAR
*36. Avería (pinchazos, rotura del respaldo...) de piezas y elementos de la silla de ruedas.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
37. Avería (pinchazos, batería descargada...) del coche/vehículo adaptado.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*38. Conducir un vehículo.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*39. Encontrar un aparcamiento para el coche/vehículo adaptado apto para discapacitados.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*40. Encontrar transporte público adaptado para personas discapacitadas.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
41. Viajar en un medio de transporte (autobús, tren, avión, etc.).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
42. Relaciones sexuales.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
43. Convivir (y poder tener conflictos) con la pareja (novio/a, esposo/a).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
44. Convivir (y poder tener conflictos) con los padres.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
45. Convivir (y poder tener conflictos) con otros familiares.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
46. Conflictos con amigos íntimos.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
47. Conflictos con la comunidad de vecinos.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
48. Vivienda pequeña o poco espaciosa.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
49. Dificultad para desplazarse con la silla de ruedas por la vivienda....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*50. Causar daños con la silla de ruedas en la propia vivienda o en la de un familiar/amigo (arañazos en las paredes o puertas, etc.).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
51. Realizar obras en la vivienda.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
52. Permanecer solo en la casa durante un período de tiempo.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
53. Tener que lavar la ropa a mano.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
54. Tener que planchar la ropa.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
55. Hacer la/s cama/s.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
56. Tener que cocinar la comida.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
57. Falta de intimidad.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
58. Dificultades para asearse en casa.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*59. Aseos de locales públicos no adaptados (o mal adaptados) para minusválidos.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*60. Acceder a locales públicos (supermercados, restaurantes, bancos, cines, teatros, etc.).....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
61. Negociar un crédito bancario.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
*62. Dificultad para alcanzar productos situados en estanterías elevadas en supermercados.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
63. Uso de utensilios ortopédicos para la ejecución de actividades cotidianas.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**FRECUENCIA**

- 0<sub>a</sub> No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses: la he evitado porque me supone una dificultad (e.g., evito hacerlo, otros lo hacen por mí, etc.).
- 0<sub>b</sub> No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses (pero no porque yo la evite).
- 1 1 vez en los 2 últimos meses más o menos.
- 2 2 veces en los 2 últimos meses más o menos.
- 3 2 veces al mes más o menos.
- 4 1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes).
- 5 De 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes).
- 6 Se presenta en mi vida casi a diario.
- 7 Es una condición presente en mi vida de forma habitual.

**INTENSIDAD DE MALESTAR**



	FRECUENCIA	INTENSIDAD DE MALESTAR
64. Ayuda de terceros para poder comer o beber .....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
65. Dificultad para escribir.....	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
66. Problemas de dicción a consecuencia de la lesión medular espinal..	0 <sub>a</sub> 0 <sub>b</sub> 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Nota: Los ítems marcados con un asterisco (\*) se seleccionaron para la formación de la nueva escala EED-LME-26.*

Cuántos analgésicos (*aspirina, gelocatil, etc.*) ha tomado **a la semana** (de promedio) en los últimos 2 meses (indique también el nombre del medicamento, por favor):

.....

.....

Cuántos antiespasmódicos (*lioresal, valium, etc.*) ha tomado **al día** (de promedio) en los últimos 2 meses (indique también el nombre del medicamento, por favor):

.....

.....

## Anexo 4

### ESS-LME

A continuación se indica una lista de manifestaciones somáticas que suelen ser más o menos frecuentes en la gente. Por favor, lea cada una de dichas manifestaciones y rodee con un círculo el número que mejor refleje la **frecuencia con que usted ha tenido cada síntoma de la lista durante estos 2 últimos meses**, así como el **grado o intensidad de malestar con que se han producido**. No deje ningún enunciado de la lista sin contestar.

<b>FRECUENCIA</b>	
0	No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses.
1	1 vez en los 2 últimos meses más o menos.
2	2 veces en los 2 últimos meses más o menos.
3	2 veces al mes más o menos.
4	1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes).
5	De 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes).
6	Se presenta en mi vida casi a diario.
7	Es un síntoma presente en mi vida de forma habitual.
<b>INTENSIDAD DE MALESTAR</b>	
0	10
Nada de malestar	Malestar extremo

	FRECUENCIA	INTENSIDAD DE MALESTAR
1. Catarros o resfriados comunes .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Molestias o sensación de malestar en el estómago .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Mareos .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Picores en la nariz de tipo alérgico .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Fiebre .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Taquicardias.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Dolores abdominales (por ejemplo, “dolor de tripa”).....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Dolores de espalda .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Necesidad de orinar con más frecuencia de lo habitual .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Sensaciones de opresión o molestias en el pecho .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. Sensaciones de ahogo o falta de respiración.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Visión borrosa (manchas, destellos, etc.) .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Dolor en la nuca o zona cervical .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Erupciones en la piel (enrojecimiento, sarpullidos, ronchas, etc.) ...	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Ligero dolor en el pecho al iniciar algún esfuerzo físico.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Tos repetitiva .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. Náuseas o sensación de vómitos .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Vértigos .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. Gripe .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuertes .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21. Acidez de estómago .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. Molestias en oídos (dolor, zumbido, etc.).....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. Estornudos repetitivos.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24. Bulto o verruga nuevos o que reaparecen.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25. Síncope (desmayo, desfallecimiento).....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26. Sensaciones de adormecimiento en brazos .....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**FRECUENCIA**

- 0 No me ha surgido ninguna vez en los 2 últimos meses.
- 1 1 vez en los 2 últimos meses más o menos.
- 2 2 veces en los 2 últimos meses más o menos.
- 3 2 veces al mes más o menos.
- 4 1 vez a la semana más o menos (de 3 a 5 veces al mes).
- 5 De 2 a 4 veces a la semana (de 8 a 16 veces al mes).
- 6 Se presenta en mi vida casi a diario.
- 7 Es un síntoma presente en mi vida de forma habitual.

**INTENSIDAD DE MALESTAR**

	FRECUENCIA	INTENSIDAD DE MALESTAR
27. Fibroma o tumor nuevos o que reaparecen.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28. Necesidad de tomar medicinas para reducir la tensión arterial.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29. Dolor de garganta.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
30. Vómitos.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
31. Visión doble o deformada.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
32. Dolor en las articulaciones (en manos, hombros, etc.).....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
33. Sensación general de debilidad.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
34. Dolor en el pecho.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
35. Diarrea.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
36. Dolores musculares.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
37. Sensaciones de picor o escozor en la piel.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
38. Sangre en la orina.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
39. Cansancio o fatiga sin causa aparente.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
40. Necesidad de hacer dieta para reducir la tensión arterial.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
41. Respiración dificultosa acompañada de ruidos (por ejemplo, silbidos).....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
42. Gastritis.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
43. Picores en los ojos, de tipo alérgico.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
44. Estado general de baja energía.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
45. Tensión arterial ligeramente alta.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
46. Tos acompañada de flemas.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
47. Dolor de estómago.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
48. Granos en la piel nuevos o que reaparecen.....	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Anexo 5

### CCV

**INSTRUCCIONES.**– A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana. En cada pregunta rodee con un círculo aquel número (1: nada; 2: poco; 3: algo; 4: bastante; 5: mucho) que refleje mejor su situación personal en este momento.

	NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. ¿Disfruta Vd. con el trabajo que realiza?.....	1	2	3	4	5
2. ¿Está Vd. contento con la manera en que realiza su trabajo? .....	1	2	3	4	5
3. ¿Le deja el trabajo suficiente tiempo libre para otras cosas que desea hacer?	1	2	3	4	5
4. ¿Está Vd. contento con su ambiente de trabajo?.....	1	2	3	4	5
5. ¿Le impiden los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar de su tiempo libre? .....	1	2	3	4	5
6. ¿Termina Vd. su jornada laboral tan cansado que sólo le apetece descansar?	1	2	3	4	5
7. ¿El trabajo que Vd. hace le provoca un permanente estado de tensión? .....	1	2	3	4	5
8. ¿Le desborda en la actualidad su trabajo? .....	1	2	3	4	5
9. ¿Se siente Vd. con buena salud? .....	1	2	3	4	5
10. ¿Se siente Vd. con suficiente energía para hacer su vida diaria?.....	1	2	3	4	5
11. ¿Se siente Vd. fracasado?.....	1	2	3	4	5
12. ¿Se siente Vd. inquieto o angustiado?.....	1	2	3	4	5
13. ¿Tiene Vd. preocupaciones que le impiden o dificultan descansar o dormir?	1	2	3	4	5
14. ¿Tiene Vd. insomnio o dificultades importantes para conciliar el sueño? .....	1	2	3	4	5
15. ¿Se siente Vd. cansado la mayor parte del día?.....	1	2	3	4	5
16. ¿Está Vd. satisfecho con su estado actual de salud?.....	1	2	3	4	5
17. ¿Cree Vd. que va alcanzando lo que se propone en la vida? .....	1	2	3	4	5
18. ¿Cree Vd. que la vida le va dando lo que espera? .....	1	2	3	4	5
19. ¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de las cosas que desea? .....	1	2	3	4	5
20. ¿Mantiene Vd. relaciones satisfactorias con las personas que convive?.....	1	2	3	4	5
21. ¿Siente Vd. que le quieren las personas que le importan? .....	1	2	3	4	5
22. ¿Tiene Vd. buenas relaciones con su familia?.....	1	2	3	4	5
23. ¿Tiene Vd. amigos con los que contar en caso necesario? .....	1	2	3	4	5
24. ¿Cree que tiene a quien recurrir cuando necesita la compañía o el apoyo de alguien?.....	1	2	3	4	5
25. ¿Debería tener relaciones sexuales más satisfactorias o si no tiene relaciones le gustaría tenerlas? .....	1	2	3	4	5
26. ¿Tiene Vd. con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?.....	1	2	3	4	5
27. ¿Está Vd. satisfecho con los amigos que tiene?.....	1	2	3	4	5
28. ¿Le satisface la vida social que hace? .....	1	2	3	4	5
29. ¿Tiene Vd. tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día?.....	1	2	3	4	5
30. ¿Tiene Vd. posibilidades de desarrollar sus aficiones?.....	1	2	3	4	5
31. ¿Considera Vd. agradable la vida que hace? .....	1	2	3	4	5
32. ¿Considera Vd. interesante la vida que hace?.....	1	2	3	4	5
33. ¿Está Vd. satisfecho con la vida que lleva? .....	1	2	3	4	5
34. ¿Está Vd. satisfecho con el dinero de que dispone? .....	1	2	3	4	5
35. ¿Está Vd. satisfecho con su forma de ser?.....	1	2	3	4	5

(SÓLO CONTESTAR PERSONAS CON PAREJA)

36. ¿Está Vd. satisfecho con su pareja?.....	1	2	3	4	5
37. ¿Le atrae físicamente su pareja?.....	1	2	3	4	5
38. ¿Le satisface su pareja sus deseos y necesidades sexuales?.....	1	2	3	4	5
39. ¿Está satisfecho con la familia que tiene (pareja e hijos)?.....	1	2	3	4	5



## Anexo 6

### SS-B

**INSTRUCCIONES.**— La gente suele ayudarse entre sí de formas muy diversas. Suponiendo que Ud. tuviera algún tipo de problema (por ejemplo, estar en mal estado, necesitar ayuda para algún consejo o guía), *¿con qué probabilidad* sus *familiares* y *amigos* le ayudarían a través de las formas específicas que se indican a continuación? Trate de basar las contestaciones en su experiencia pasada con sus familiares y amigos. Rodee con un círculo, en cada ítem, el número que mejor describa la ayuda que, a su juicio, le aportarían sus familiares y amigos respectivamente, de acuerdo con su experiencia personal. Utilice el siguiente criterio para seleccionar los números de cada ítem:

0	1	2	3	4
<i>Nadie haría esto por mí</i>	<i>Alguien podría hacer esto por mí</i>	<i>Algún familiar o amigo probablemente haría esto</i>	<i>Algún familiar o amigo ciertamente haría esto</i>	<i>La mayoría de mis familiares o amigos harían esto</i>

	FAMILIARES					AMIGOS				
1. Me sugerirían hacer algo, como que me olvidase de mis problemas .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. Me visitarían, o tendrían atenciones conmigo .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. Me consolarían si estuviera preocupado.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. Me llevarían a dar un paseo si lo necesitase .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. Comerían o cenarían conmigo.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. Cuidarían durante un momento de mis pertenencias personales.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. Me prestarían un coche si necesitara uno .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. Bromearían o sugerirían hacer algo para animarme .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. Me acompañarían a ver alguna película o concierto.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. Me sugerirían cómo averiguar más acerca del problema.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. Me ayudarían con alguna gestión o tarea de envergadura .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. Me escucharían si necesitara hablar de mis sentimientos .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. Lo pasarían bien conmigo .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. Pagarían mi almuerzo (comida) si estuviera “sin blanca” .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. Me sugerirían cómo poder hacer algo .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. Me infundirían ánimos para hacer algo difícil.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. Me darían consejos sobre qué hacer .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. Charlarían conmigo.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. Me ayudarían a comprender lo que debía hacer .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. Me demostrarían que comprendían la forma de sentirme.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. Me comprarían bebida si estuviera escaso de dinero.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. Me ayudarían a decidir qué hacer.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. Me darían un abrazo, o me mostrarían de alguna otra forma su interés por mí .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. Me llamarían para ver cómo me va .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25. Me ayudarían a comprender cuál era el “tejemaneje” .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
26. Me ayudarían en alguna compra necesaria .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
27. No emitirían juicios críticos sobre mí.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
28. Me indicarían con quien hablar para ayudarme.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29. Me prestarían dinero durante un período indefinido.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
30. Estarían simpáticos conmigo si me encontrase preocupado o en mal estado.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
31. No me fallarían (me serían fieles) en un momento decisivo.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32. Me comprarían ropa si estuviera escaso de dinero .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33. Me hablarían acerca de las posibilidades y opciones disponibles.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
34. Si lo necesitase, me prestarían herramientas, equipos o aparatos .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
35. Me darían razones sobre lo que debería o no debería hacer.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
<i>Nadie haría esto por mí</i>	<i>Alguien podría hacer esto por mí</i>	<i>Algún familiar o amigo probablemente haría esto</i>	<i>Algún familiar o amigo ciertamente haría esto</i>	<i>La mayoría de mis familiares o amigos harían esto</i>

	FAMILIARES					AMIGOS				
36. Me mostrarían afecto .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
37. Me indicarían cómo hacer algo que yo no supiese hacer.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
38. Me traerían pequeños presentes o cosas que necesitase.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
39. Me dirían cuál es la mejor forma de conseguir hacer algo .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
40. Hablarían con otras personas para arreglar algo por mí.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
41. Me prestarían dinero y querrían que “me olvidara de ello” .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
42. Me dirían qué hacer.....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
43. Me ofrecerían un sitio en el que estar durante un rato .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
44. Me ayudarían a pensar sobre el problema .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
45. Me prestarían una notable suma de dinero (como la equivalente a una mensualidad o a una hipoteca) .....	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

## Anexo 7

### CPRE

**INSTRUCCIONES.**– Lea cada frase y marque el número en la escala de la derecha, que mejor indique el grado en que la frase describe su modo habitual de sentir, pensar y/o comportarse.

Escala:            1 = Nada en absoluto            4 = Completamente

1. Sé que si me esfuerzo lo suficiente, puedo conseguir lo que deseo .....	1	2	3	4
2. No me molesta tener que cambiar algo que he planificado previamente .....	1	2	3	4
3. La mayoría de las cosas se pueden lograr si uno se lo propone .....	1	2	3	4
4. No me importa interrumpir lo que estoy haciendo para atender a algo imprevisto .....	1	2	3	4
5. Es maravilloso sentirse con libertad y capacidad para hacer muchas cosas .....	1	2	3	4
6. Creo que de cualquier experiencia, por mala que sea, se puede sacar siempre algo bueno.....	1	2	3	4
7. Creo que un cierto nivel de incertidumbre da interés a la vida .....	1	2	3	4
8. Me siento contento de la mayoría de las cosas que he hecho en la vida .....	1	2	3	4
9. El introducir cambios en la rutina diaria me ayuda a mantener el interés y hacer las cosas mejor .....	1	2	3	4
10. Rara vez pienso que algo de lo que me sucede se debe enteramente al destino .....	1	2	3	4
11. La vida está llena de oportunidades para aprender cosas nuevas .....	1	2	3	4
12. Tarde o temprano los méritos de cada uno son reconocidos .....	1	2	3	4
13. Lo que hoy soy y tengo, lo debo a mi esfuerzo personal .....	1	2	3	4
14. Me entusiasmo fácilmente con cualquier actividad que emprendo.....	1	2	3	4
15. Creo que nunca hay una única solución a los problemas.....	1	2	3	4
16. Soy de los que piensan que en gran medida uno se labra su propio destino .....	1	2	3	4
17. Cuando me comprometo a algo me entrego plenamente .....	1	2	3	4
18. Todos los problemas tienen solución si uno está dispuesto a encontrarla .....	1	2	3	4
19. Apelar a la mala suerte es recurso de incompetentes.....	1	2	3	4
20. Conocer mis puntos fuertes y débiles me permite planificar mi futuro.....	1	2	3	4