



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)

**DEPRESIÓN Y OTRAS VARIABLES PSICOLÓGICAS
EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA LESIÓN
MEDULAR**

AUTORA: M^a DEL MAR GONZÁLEZ NORIEGA

DIRECTOR: ANTONIO-LEÓN AGUADO DÍAZ

CODIRECTOR: MIGUEL ÁNGEL VERDUGO ALONSO

2014

DEDICATORIA

A mi amor y compañero en la vida y a mis hijos por ser mi estímulo diario

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	5
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE FIGURAS.....	12
ÍNDICE DE SIGLAS.....	13
AGRADECIMIENTOS.....	17
PRESENTACION.....	19

PARTE I: REVISIÓN TEÓRICA

INTRODUCCIÓN DE LA REVISIÓN TEÓRICA.....	24
CAPÍTULO 1 LA LESIÓN MEDULAR (LM) Y EL PROCESO DE ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA	
1.1.- INTRODUCCIÓN.....	27
1.2.- DESCRIPCIÓN Y TIPOLOGÍA DE LA LM.....	27
1.3.- DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LA ADAPTACIÓN A LA LM.....	37
1.3.1.- El modelo de las etapas y la adaptación a la LM	41
1.3.2.- El modelo de las diferencias individuales y la adaptación a la LM.....	50
1.4.- RESUMEN.....	55
CAPÍTULO 2 LA DEPRESIÓN: ASPECTOS CONCEPTUALES Y EPIDEMIOLOGÍAS	
2.1.- INTRODUCCIÓN.....	57
2.2.- LA DEPRESIÓN: CONCEPTO Y MODELOS.....	57
2.3.- EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.....	67
2.3.1.- Prevalencia de la depresión en la población general.....	67
2.3.2.- Prevalencia de la depresión en la población con enfermedad crónica.....	70
2.4.- RESUMEN.....	74
CAPÍTULO 3 LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM	
3.1.- INTRODUCCIÓN.....	77
3.2.- DEPRESIÓN Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN LM.....	78
3.3.- DEPRESIÓN Y VARIABLES CLÍNICAS Y DE SALUD EN LM.....	84
3.3.1.- Depresión y aspectos clínicos de la LM	84
3.3.2.- Depresión y actividad física y/o deportiva.....	95
3.3.3.- Depresión y psicopatología premórbida.....	96
3.4.- DEPRESIÓN Y VARIABLES PSICOSOCIALES EN LM.....	99

	3.4.1.- Depresión y comorbilidad	99
	3.4.2.- Depresión y afrontamiento	102
	3.4.3.- Depresión, locus de control y estilos atribucionales	106
	3.4.4.- Depresión y otras variables de personalidad	108
	3.4.5.- Depresión y apoyo social	110
	3.4.6.- El tratamiento de la depresión	114
	3.5.- DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LM.....	117
	3.6.- RESUMEN.....	121
CAPÍTULO 4	EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM	
	4.1.- INTRODUCCIÓN.....	125
	4.2.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN.....	125
	4.2.1.- Autoinformes para la medición de la presencia y la gravedad de la depresión	126
	4.2.2.- Escalas de depresión incluidas en cuestionarios psicopatológicos genéricos.....	134
	4.2.3.- La entrevista en el diagnóstico de la depresión.....	140
	4.3.- PROBLEMAS METODOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN EN LM.....	143
	4.3.1.- Limitaciones relacionadas con las muestras.....	144
	4.3.2.- Problemas en el diseño y la metodología de estudio.....	148
	4.3.3.- Deficiencias en la evaluación de la depresión.....	153
	4.4.- RESUMEN.....	158
	RESUMEN DE LA REVISIÓN TEÓRICA.....	161
	PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN SOBRE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM.....	167
	 PARTE II: TRABAJO EMPÍRICO	
	INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO EMPÍRICO.....	170
CAPÍTULO 5	PLANTEAMIENTO Y REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	
	5.1.- INTRODUCCIÓN.....	173
	5.2.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....	173
	5.2.1.- Objetivos generales y específicos	174
	5.2.2.- Hipótesis.....	175
	5.3.- MÉTODO.....	177
	5.3.1.- Procedimiento.....	177
	5.3.2.- Participantes.....	179
	5.3.3.- Instrumentos de evaluación.....	184

	5.3.4.- Variables del estudio.....	188
CAPÍTULO 6	RESULTADOS	
	6.1.- INTRODUCCIÓN.....	193
	6.2.- ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS..	194
	6.3.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM.....	195
	6.4.- ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	197
	6.5.- ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM SEGÚN LAS VARIABLES DE INTEGRACIÓN SOCIAL	209
	6.6.- ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	224
	6.7.- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM Y LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS.....	228
	6.8.- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM Y CALIDAD DE VIDA.....	239
CAPÍTULO 7	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	243
CAPÍTULO 8	CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE FUTURO.....	259
	REFERENCIAS.....	263
	ANEXO: Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares.....	293

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Clasificaciones de la LM
Tabla 2	Niveles de funcionamiento en la LM
Tabla 3	Metas de rehabilitación para tetraplejias completas
Tabla 4	Metas de rehabilitación para paraplejias completas
Tabla 5	Clasificación etiológica de la LM en España
Tabla 6	Distribución etiológica de la LM traumática en España
Tabla 7	Estudios preempíricos sobre las reacciones psicológicas a la LM
Tabla 8	Estudios preempíricos sobre las etapas del proceso de adaptación a la LM
Tabla 9	Estudios empíricos sobre la prevalencia de la depresión tras la LM
Tabla 10	Estudios empíricos sobre la prevalencia de la depresión mayor tras la LM
Tabla 11	Variables analizadas en el proceso de adaptación a la LM
Tabla 12	Los trastornos afectivos según los principales sistemas clasificatorios
Tabla 13	Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor
Tabla 14	Criterios diagnósticos del trastorno distímico
Tabla 15	Criterios diagnósticos del trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad
Tabla 16	Prevalencia de la depresión en España
Tabla 17	Prevalencia de los trastornos afectivos según el sexo (porcentajes)
Tabla 18	Prevalencia de la depresión en enfermedades crónicas
Tabla 19	Estudios transversales que no avalan el efecto del tiempo transcurrido tras la LM en la depresión
Tabla 20	Estudios transversales que sí avalan el efecto del tiempo transcurrido tras la LM en la depresión
Tabla 21	Estudios longitudinales que no demuestran la relación entre la depresión y el tiempo transcurrido tras la LM
Tabla 22	Eficacia de los tratamientos de la depresión en personas con LM
Tabla 23	Estrategias de evaluación de la depresión
Tabla 24	Autoinformes específicos empleados en la evaluación de la depresión en LM

Tabla 25	Autoinformes genéricos empleados en la evaluación de la depresión en personas con LM
Tabla 26	Entrevistas para el diagnóstico de la depresión en el estudio de la LM
Tabla 27	Estudios que emplean muestras aleatorizadas
Tabla 28	Empleo de grupos de control en el estudio de la depresión en personas con LM
Tabla 29	Estudios sobre la eficacia de los tratamientos de la depresión en personas con LM
Tabla 30	Estudios sobre el efecto de otros tratamientos en la depresión en personas con LM
Tabla 31	El uso de la regresión múltiple en el estudio de la depresión en personas con LM
Tabla 32	Instrumentos de depresión validados en personas con LM
Tabla 33	Índices de severidad de los autoinformes sobre depresión
Tabla 34	Características de la muestra según el sexo
Tabla 35.1	Características de la muestra según el estado civil
Tabla 35.2	Características de la muestra según el estado civil, agrupado en dos categorías
Tabla 36	Características de la muestra según el nivel de estudios
Tabla 37	Características de la muestra según el nivel de la lesión
Tabla 38	Características de la muestra según las causas de los reingresos
Tabla 39	Índices de fiabilidad de las escalas psicológicas
Tabla 40	Estudio de fiabilidad de las dimensiones del Inventario de Depresión de Beck
Tabla 41	Estadísticos descriptivos del BDI
Tabla 42	Estadísticos descriptivos del BDI según el sexo
Tabla 43	Estadísticos descriptivos del BDI según la edad
Tabla 44	Estadísticos descriptivos del BDI según la edad en el momento de la LM
Tabla 45	Estadísticos descriptivos del BDI según el nivel académico
Tabla 46	Comparación de medias del BDI según el nivel académico
Tabla 47	Estadísticos descriptivos del BDI según el nivel profesional
Tabla 48	Comparación de medias del BDI según el nivel profesional
Tabla 49	Estadísticos descriptivos según la ocupación

Tabla 50	Comparación de medias del BDI según la ocupación
Tabla 51	Estadísticos descriptivos del BDI según el estado civil
Tabla 52	Estadísticos descriptivos del BDI según la convivencia
Tabla 53	Estadísticos descriptivos del BDI según los problemas familiares
Tabla 54	Estadísticos descriptivos del BDI según consecuencias de la LM en la relación de pareja
Tabla 55	Comparación de medias del BDI según las consecuencias de la LM en la relación de pareja
Tabla 56	Estadísticos descriptivos del BDI según la motivación laboral
Tabla 57	Comparación de medias del BDI según la motivación laboral
Tabla 58	Estadísticos descriptivos del BDI según la satisfacción laboral
Tabla 59	Estadísticos descriptivos del BDI según los problemas relacionados con la discapacidad
Tabla 60	Estadísticos descriptivos del BDI según accesibilidad de la vivienda
Tabla 61	Estadísticos descriptivos del BDI según las actividades de ocio
Tabla 62	Comparación de medias del BDI según las actividades de ocio
Tabla 63	Estadísticos descriptivos del BDI según el tipo de LM
Tabla 64	Estadísticos descriptivos del BDI según la causa de la LM
Tabla 65	Estadísticos descriptivos del BDI según las causas de los reingresos
Tabla 66	Estadísticos descriptivos del BDI según los años transcurridos tras la LM
Tabla 67	Correlaciones entre el DBI y las variables de personalidad
Tabla 68	Correlaciones entre el DBI y las dimensiones del MAE
Tabla 69	Correlaciones entre el DBI y las dimensiones del LOCUS
Tabla 70	Correlaciones entre el DBI y los factores de segundo orden del Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Actuales
Tabla 71	Factores de primer orden del Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Actuales
Tabla 72	Correlaciones negativas entre el DBI y los factores de primer orden del Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Actuales
Tabla 73	Correlaciones entre el DBI y los factores de segundo orden del Cuestionario Rememoración de Estrategias de Afrontamiento

Tabla 74	Factores de primer orden del Cuestionario Rememoración de Estrategias de Afrontamiento
Tabla 75	Correlaciones entre el BDI y los factores de primer orden del Cuestionario Rememoración Estrategias de Afrontamiento
Tabla 76	Matriz de correlaciones parciales incluidas en el análisis de regresión
Tabla 77	Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso de la depresión según la personalidad, el locus de control y las estrategias de afrontamiento actual
Tabla 78	Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso de la CV según la personalidad, las estrategias de afrontamiento actual y la depresión

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1 Gráfica de porcentajes según con quién residen
- Figura 2 Gráfica de cajas de las puntuaciones del BDI
- Figura 3 Gráfica de cajas de las puntuaciones del BDI según el sexo
- Figura 4 Gráfica de medias del BDI según la edad
- Figura 5 Gráfica de medias del BDI según el nivel de estudios
- Figura 6 Gráfica de medias del BDI según el nivel profesional
- Figura 7 Gráfica de medias del BDI según la ocupacional
- Figura 8 Gráfica de cajas de las puntuaciones BDI según las consecuencias de la LM en la relación de pareja
- Figura 9 Gráfica de medias del BDI según los problemas relacionados con la discapacidad
- Figura 10 Gráfica de medias del BDI según la accesibilidad a la vivienda

ÍNDICE DE SIGLAS

AC	Adjective Checklist
AMEB	Asociación Madrileña de Espina Bífida
ANOVA	Análisis de la varianza
APA	American Psychological Association
APA	American Psychiatric Association
ASPAYM	Asociación de Paraplégicos y Grandes Minusválidos
AVD	Actividades de la vida diaria
BDI	Beck Depression Inventory
BQWB-AF	Berne Questionnaire of Well-Being – Adult Form
BSI	Brief Symptom Inventory
C	Cervical
CBA – QD	Depression Questionnaire of the Cognitive Behavioral Assessment
CDM	Clinical Depression Measure
CESD	Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale
CESD-20	Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale – 20 items version
CHART	Craig Handicap Assessment and Reporting Technique
CIE-9	Clasificación Internacional de Enfermedades novena edición
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición
CV	Calidad de vida
D	Dorsal
DDM	Diagnóstico de depresión mayor
DE	Desviación típica
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DISSA	Diagnostic Interview Schedule Self-Administered
DACL	Depression Adjective Checklist
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scale – 21 items version
DBSA	Depression and Bipolar Support Alliance
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – cuarta edición texto revisado
DSM – III	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – tercera edición
DSM – III-R	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – tercera edición revisada
E-N	Cuestionario de Extraversión y Neuroticismo
EDRS	Emergency Depression Rating Scale
EEUU	Estados Unidos
EMELM	Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares
ESEMeD	Estudio Epidemiológico Europeo sobre los Trastornos Mentales
GC	Grupo de control
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HRSD	Hamilton Rating Scale for Depression

IDD	Inventory to Diagnose Depression
IC	Intervalo de confianza
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISSI	Entrevista de Apoyo Social
L	Lumbar
LI	Límite inferior
LM	Lesión medular
LS	Límite superior
LSI	Life Satisfaction Index
LSQ	Life Satisfaction Questionnaire
LUCAM	Cuestionario de Locus de Control
M	Media
MAACL	Multiple Affect Adjective Checklist
MAACL-R	Multiple Affect Adjective Checklist- Revised
MADRS	Montgomery Asberg Depression Rating Scale
MAE	Cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución
MANOVA	Análisis multivariado de la varianza
MAP	Multidimensional Adjustment Profile
MEDS	Medically-Based Emotional Distress Scale
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MMPI-D	Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Depression Scale
NAC	Needs Assessment Checklist
NEO-PI	Inventario de Personalidad NEO
NSCISC	National Spinal Cord Injury Statistical Centre
OAHMQ	Older Adult Health and Mood Questionnaire
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9 items version
POMS	Profile of Mood States
QD	Depression Questionnaire of the Behavioral Assessment
QL	Quality of Life
QOL	Measure of Quality of Life
RDC	Research Diagnostic Criteria
RIDI	Reactions to Impairment and Disability Inventory
S	Sacro
SAC	Stress Appraisal Coping Model
SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
SCID	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
SCID-IP	Structured Clinical Interview for DSM Disorders – Inpatient version

SCL-90	Symptom Checklist – 90 items
SCL-90-R	Symptom Checklist – 90 items – Revised
SDS	The Zung Self-Rating Depression Scale
SEREM	Servicio de Rehabilitación de Minusválidos
SE	Error Típico
SF-36	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey
SIP	Sickness Impact Profile
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SQLP	Subjective Quality of Life Profile
STAI	State-trait Anxiety Inventory
SWLS	Satisfaction With Life Scales
T	Torácica
TCC	Terapia Cognitiva Conductual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WMH-CIDI	Composite International Diagnostic Interview
WOC	Ways of Coping-Revised Questionnaire

AGRADECIMIENTOS

El estudio de investigación que se presenta a continuación no hubiera sido posible sin la participación y colaboración de distintas personas a lo largo de la elaboración de la misma.

En primer lugar, agradezco a mis directores de tesis, Antonio León Aguado Díaz y Miguel Ángel Verdugo Alonso, el tiempo y el esfuerzo dedicado, gracias por todo el conocimiento transmitido, gracias por todas las orientaciones y asesoramiento que han logrado que mi incursión en el ámbito de la investigación en psicología fuera una aventura soñada que ahora se hace realidad. Pero sobre todo quiero agradecer su capacidad humana para entender los momentos de desaliento, las ansiedades e inseguridades y conseguir que finalmente la aventura llegue a su fin.

En segundo lugar, quiero agradecer a todas aquellas entidades y personas que, estando en la sombra, hacen que la investigación que presento sea una realidad. Personas con lesión medular (LM) que desinteresadamente han abierto las puertas de su intimidad para permitir ampliar el conocimiento sobre su propia realidad, a sabiendas de que muchos somos los que solicitamos su colaboración.

En tercer lugar, a los miembros del equipo de investigación del profesor Aguado quiere agradecer su apoyo incondicional, sus ánimos y muestras de apoyo así como su colaboración activa siempre que ha sido necesaria para revisar entrevistas, aclarar datos, etc. Sin vosotros sin duda el camino hubiera sido largo y tedioso.

En último lugar, pero ocupando lo más profundo de mi corazón, mi más sincera gratitud hacia todas las personas que me rodean, mi familia y amigos. David, gracias, gracias por ser mi compañero de vida, por darme ánimos siempre y creer en mí. María y Mauricio, mis hijos, vosotros habéis dado sentido a este trabajo de investigación demostrándome que la discapacidad, como dice el profesor Aguado, es compatible con la felicidad. A toda mi familia, especialmente a mis padres, por servir de soporte y colaboración para encontrar esos momentos de “encierro” que permitieron la materialización de este trabajo.

A todos, de todo corazón, gracias.

PRESENTACIÓN

La investigación que se presenta a continuación analiza una variable clásica en psicología de la rehabilitación, la *depresión*, en el proceso de adaptación psicológica a la discapacidad adquirida tras la *lesión medular* (LM). Así, su propósito principal es conocer la prevalencia de la depresión en la población de personas con LM, en concreto en 149 personas con LM procedentes de dos Comunidades Autónomas: Asturias y Madrid; identificar el comportamiento de dicha variable, la depresión, en relación con otras variables socio-demográficas, clínicas, de salud y psicológicas; así como su incidencia en la adaptación psicológica a la LM a corto y largo plazo. También tiene como objetivo comprobar las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación de la depresión en personas con LM.

Este trabajo empírico forma parte de una línea de investigación más amplia llevada a cabo por el profesor Dr. Antonio León Aguado Díaz, Profesor Titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, y su equipo, especializado en psicología de la rehabilitación, cuyo interés fundamental es el análisis de los aspectos psicológicos que acompañan al proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida y, en mayor medida, en las personas que adquieren una LM. Se pretende, desde los estudios del equipo, ofertar un modelo teórico válido de adaptación a la LM que recoja las principales variables psicológicas intervinientes, desde la perspectiva del modelo de adaptación psicológica a la discapacidad centrado en las diferencias individuales. Su máximo interés es ofrecer un conocimiento útil para los profesionales de la rehabilitación a través de la creación de modelos, estrategias y repuestas psicológicas eficaces a incorporar en los servicios y programas de rehabilitación global y multidisciplinar para personas con LM. Algunas de las variables sobre las que este equipo de investigación centra sus estudios son: las estrategias de afrontamiento, la incidencia del sexo en la adaptación, el locus de control, y la que es objeto de estudio en la presente investigación: la depresión.

Además de lo anterior el equipo de investigación demuestra un profundo interés por los aspectos metodológicos y técnicos de la evaluación de las variables psicológicas implicadas en el proceso de adaptación a la LM. No en vano, entre las aportaciones empíricas, fruto de la trayectoria investigadora del equipo del profesor Aguado, cabe destacar la construcción y validación en 1994 de una Escala

Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares (EMELM) que permite recoger información de las distintas variables intervinientes en el proceso de adaptación y rehabilitación de dicho colectivo. En este instrumento se recogen, de forma global, los siguientes datos: clínicos, médicos y de funcionalidad, información sobre fisioterapia, actividades de la vida diaria y cuidados de enfermería, datos de integración social, del entorno, psicológicos y de calidad de vida (CV). Para esta última dimensión, la psicológica, se incorporan cuestionarios de locus de control, estrategias de afrontamiento, motivación, extraversión, neuroticismo y, de la variable objeto del presente estudio, la depresión.

Será precisamente en la validación de la EMELM en la que la doctoranda que presenta el trabajo de investigación tiene el honor de participar y que permite un primer acercamiento, personal y profesional, a las personas con LM. Es ese contacto con las personas con LM lo que despierta su interés por conocer el proceso psicológico de adaptación a la LM y la profundización en el conocimiento del estado de ánimo asociado a la adquisición de dicha discapacidad, motivando así el inicio de la investigación que se presenta.

Para estudiar la depresión y otras variables psicológicas implicadas en el proceso de adaptación psicológica a la LM se estructura la presente tesis en dos partes claramente diferenciadas, en una primera parte de la misma se ofrece una aproximación al conocimiento teórico sobre el tema a estudiar y en una segunda se ofrece el estudio empírico realizado.

Así, en la parte teórica un primer aspecto abordado son las personas objeto de estudio, aquellas que han adquirido una LM. En este apartado se ofrecen datos tanto en lo que se refiere a su número y características de su salud, como al proceso psicológico de adaptación, para lo que se analizan las principales aportaciones de los dos modelos teóricos que se dedican a su estudio, el modelo de las etapas y el de las diferencias individuales. Un segundo aspecto abordado, en esta parte teórica, es la principal variable psicológica a estudiar, la depresión, ofreciendo un análisis de los modelos teóricos que estudian los trastornos del estado de ánimo, así como una revisión de los criterios diagnósticos con especial énfasis en significar las dificultades de aplicación de dichos criterios en personas con enfermedades crónicas y/o discapacidades físicas como la que es objeto de estudio en la presente tesis, las personas con LM. Un tercer tema

objeto de revisión en este marco teórico es el conocimiento existente sobre la presencia de depresión en el proceso psicológico de adaptación a la LM desde una perspectiva multidimensional, para ello se analiza la documentación científica existente sobre la relación de la depresión con otras variables tanto clínicas y de salud, como socio-demográficas o psico-sociales. En un cuarto y último apartado, y en línea con los intereses del equipo de investigación del que parte la tesis, se ofrece una revisión de la evaluación de la depresión en personas con LM a través del análisis de los principales instrumentos de diagnóstico de este trastorno del estado de ánimo, analizando a su vez su adecuación y uso en personas con LM. En esa misma dirección de interés por los aspectos metodológicos, se ofrece una síntesis de las principales limitaciones metodológicas identificadas en el campo de la adaptación psicológica a la LM, con especial interés de aquellas referidas a la evaluación, y que limitan el conocimiento científico sobre el tema.

En una segunda parte de la tesis, se contempla el trabajo empírico desde el que se ofrece, primeramente, una introducción al planteamiento y realización del trabajo de campo. En este apartado se enumeran los objetivos e hipótesis del estudio así como el método, para lo que se describe el instrumento de evaluación empleado, la EMELM antes mencionada y todas las subescalas que la comprenden. También se describe el procedimiento de muestreo y se detallan las características de la muestra así se realiza una definición de las variables sometidas a estudio. En el segundo apartado de la parte empírica se ofrecen los resultados de los análisis estadísticos tanto en cuanto al estudio de fiabilidad de las escalas empleadas, para comprobar su adecuación en personas con LM, como los análisis descriptivos y multivariados entre la depresión y el resto de las variables objeto de estudio. En un tercer apartado se ofrece la discusión de los resultados comprobando sus sinergias con los resultados encontrados en la bibliografía previamente analizada. Seguidamente, y para finalizar esta segunda parte de la tesis, se sintetizan, a modo de desenlace, las principales conclusiones obtenidas y se indican las aplicaciones clínicas y prácticas que se derivan de las mismas, realizando algunas sugerencias de mejora para futuras investigaciones.

PARTE I:
REVISIÓN TEÓRICA

INTRODUCCIÓN DE LA REVISIÓN TEÓRICA

La revisión teórica del presente estudio se divide en cuatro capítulos, en el primero de ellos se describen brevemente las características de la discapacidad sobre la que se centra el estudio, la lesión medular (LM). Se ofrece una breve aproximación a su definición, se muestran los datos epidemiológicos y etiológicos, y se detallan los tipos de LMs existentes, enumerando las secuelas producidas por la lesión y otros aspectos de salud secundarios a la misma. En este primer capítulo sobre las personas con LM también se ofrece un acercamiento al conocimiento del proceso de adaptación psicológica a la LM desde los dos modelos que lo estudian, el de las etapas y el de las diferencias individuales. A través de dicho análisis se evidencian las limitaciones del modelo de las etapas para explicar el proceso de adaptación en general, y la presencia y el papel de la depresión en particular, que justifican la elección del modelo de las diferencias individuales como paradigma teórico de la investigación.

En el segundo capítulo se realiza una breve aproximación a la variable depresión a través de describir dicha enfermedad psicológica, así como de detallar sus criterios diagnósticos tanto para la población general como para la población con enfermedades crónicas, identificando así las dificultades en el diagnóstico diferencial de algunos síntomas somáticos en esta última población. También se ofrecen los datos epidemiológicos de la depresión tanto en la población general como en población con enfermedad crónica con el objeto de comprobar si hay una mayor prevalencia en las personas con LM.

En el tercer capítulo se analiza el estado de la cuestión referido a la depresión en la población a estudiar, las personas con LM, revisando si existe relación probada empíricamente entre la presencia de la depresión y las variables socio-demográficas como la edad, el sexo, el nivel académico, etc. En la misma dirección se analizan los resultados de las publicaciones sobre el papel que tienen las variables clínicas de la LM (como pueden ser el tipo y la altura de la lesión, el tiempo desde la lesión o su etiología) y de la salud de las personas que lo padecen (como son las secuelas urológicas de la LM, la psicopatología premórbida o los niveles de independencia funcional) en la presencia de depresión. A continuación se analizan las conclusiones de la literatura sobre la presencia de la depresión en las personas con LM y su relación con las características psicosociales entre las que se incluyen: la morbilidad clínica de

trastornos psicológicos, como pueden ser la ansiedad y el stres post-traumático; las características de personalidad; la presencia y/o ausencia de apoyo social, todo ello en relación al proceso psicológico de adaptación a la discapacidad. Por último, para finalizar el tercer capítulo, se hace una revisión de las publicaciones sobre el estudio de la CV en personas que han adquirido una LM y su relación con la depresión.

Dado el interés del equipo de investigación del profesor Aguado, desde el que se impulsa la presente tesis, por la evaluación de los aspectos psicológicos en las personas con LM, así como el interés por identificar las limitaciones metodológicas que dificultan el conocimiento real del proceso de adaptación psicológica a la LM, se dedica el cuarto y último capítulo de la revisión teórica a ofrecer una reflexión sobre las dos cuestiones. Así, se revisa el proceso de evaluación de la depresión en personas con LM analizando los instrumentos más frecuentemente utilizados en la literatura científica, identificando sus capacidades diagnósticas y valorando tanto su uso como su adecuación para personas con LM. También se ofrece un análisis de las principales deficiencias metodológicas de las publicaciones empíricas que limitan o constriñen el conocimiento sobre el papel de la depresión en el proceso de adaptación, desde la psicología de la rehabilitación.

CAPÍTULO 1.-

LA LESIÓN MEDULAR (LM) Y EL PROCESO DE ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA

1.1.- INTRODUCCIÓN

El trabajo de revisión comienza con un acercamiento al conocimiento de la discapacidad objeto de la presente tesis: la LM, realizando una descripción de la patología, indicando sus principales secuelas médicas, los datos referidos al número de personas afectadas y mostrando algunas de las clasificaciones más frecuentemente utilizadas. Además de lo anterior, se dedica un apartado a profundizar sobre las implicaciones psicológicas que tiene la adquisición de la LM a través de analizar los dos principales modelos que se han interesado por su estudio: el modelo de las etapas y el de las diferencias individuales. Este apartado será la antesala del estudio ya que desde los dos modelos a analizar, que han abordado la dimensión psicológica del proceso de adaptación a la LM, la depresión ha sido una de las variables más estudiadas.

1.2.- DESCRIPCIÓN Y TIPOLOGÍA DE LA LM

La lesión medular es una discapacidad física sin afectación cerebral (Aguado y Alcedo, 1995) resultado de una lesión o daño de la médula espinal. Las principales secuelas de una LM se relacionan con limitaciones en el control motor voluntario por debajo de la lesión y por tanto en la movilidad, de ahí que siempre haya sido identificada como una discapacidad motora. Sin embargo, unida a las limitaciones producidas en el aparato locomotor, la LM puede verse acompañada de otras secuelas de muy diversa índole, entre las más citadas en la bibliografía se encuentran las siguientes: dificultades en la sensibilidad cutánea; problemas en el control de esfínteres intestinal y vesical, pudiendo éste último desembocar en deficiencias renales y vesicales (infecciones renales y de orina, ureterohidronefrosis, litiasis, etc.) que pueden llegar a constituirse como un deterioro renal permanente; dificultades respiratorias (en las lesiones más altas); problemas de circulación sanguínea; dificultades sexuales relacionadas con problemas en la erección y eyaculación en el hombre y alteraciones en la sensibilidad tanto en hombres como en mujeres; alteraciones hormonales;

ulceraciones de la piel relacionadas con la falta de sensibilidad cutánea; osteoporosis secundaria a la inmovilización; etc. Se puede considerar que la LM engloba la afectación de muchos sistemas y órganos cuya función puede verse comprometida de forma permanente.

Ahora bien, pese a que la LM es una discapacidad física es importante tener en cuenta, en el abordaje profesional, los posibles efectos psicológicos que la adquisición de esta discapacidad puede tener. Por ello no cabe una propuesta de intervención sobre la persona con LM que sólo se atenga a la secuelas biológicas-orgánicas de la misma, es importante incorporar el análisis de aquellas dimensiones personales y sociales que pueden facilitar o dificultar la adaptación a una nueva vida, tal y como analizaremos en el subapartado 1.3.

La definición de la LM más aceptada y recogida en la bibliografía es la aportada por Brucker (1983):

Una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión. El daño puede implicar ausencia del control motor voluntario de los músculos esqueléticos, pérdida de sensación y pérdida de función autonómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad de daño neural residual (p.285).

Tal y como se observa en la definición, existen dos aspectos claves que determinan las características de la LM, por un lado el nivel o altura a la que se localiza la lesión a través de la columna vertebral y, por otra, la naturaleza de la lesión según la cantidad de tejido afectado.

Existen distintos tipos de LMs según el criterio empleado para su clasificación. En la tabla 1 aparecen recogidos aquellos tipos de LMs mencionados en la bibliografía más frecuentemente.

Tabla 1

Clasificaciones de la LM

Criterio de clasificación	Naturaleza de la afectación
Extensión de la lesión	Completa Incompleta
Altura de la lesión	Paraplejia Tetraplejia Pentaplejia
Naturaleza del tejido nervioso	Médula Raíces Vasos
Síntomas musculares	Espástica Flácida

Nota: LM = lesión medular. Elaborada en base a la clasificación de Bravo (1987).

Si atendemos a la primera de ellas, es decir a la clasificación de las LMs según la **extensión de la lesión**, se identifican dos tipos de LMs: *completa* e *incompleta*. Por lo que se refiere a las LMs *completas*, se pueden entender como aquellas en las que "*la médula resulta totalmente dañada*" (Aguado y Alcedo, 1995, p.164) o como "*la que se acompaña de pérdida de sensibilidad (pinchazo, toque o roce) y de la actividad motora en los segmentos sacros más bajos (S4/S5)*" (Kirshblum y O'Connor, 1996, p.22). En cuanto a las lesiones *incompletas* se definen como aquellas en las que la lesión es parcial, quiere decirse que sólo se ha dañado la mitad de la médula o una porción de ella (Aguado y Alcedo, 1995) o como lo definen Kirshblum y O'Connor, (1996, p.22) "*la que mantiene preservación motora (voluntaria y de contracción de esfínter anal) y sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión incluyendo los segmentos sacros más bajos (S4/S5)*". A las personas que padecen este tipo de LM se les diagnostica de *paraparesia* o *tetraparesia*. A lo anterior hay que añadir que puede darse una LM completa en el área motora e incompleta en la sensitiva (no tiene motilidad pero si sensibilidad) o incompleta motora y completa sensitiva (tiene movilidad y no sensibilidad). Aunque ambas son posibles es más frecuente que se produzca la primera de ellas.

La segunda clasificación, recogida en la tabla 1, se refiere al **nivel o altura de la lesión** a lo largo de la columna vertebral. Se denomina *paraplejia* a lesiones completas en las áreas torácica, lumbar o sacra y sus secuelas motoras/sensitivas sólo

afectan a las extremidades inferiores. Se denomina *tetraplejia* cuando existe una lesión cervical completa que afecta tanto a las extremidades inferiores como superiores. Por último se refieren a *pentaplejia* cuando la lesión es tan alta que limita el control motor de las cuatro extremidades y del cuello. Es importante anotar que se utiliza usualmente el término paraplejia para referirse a toda persona con LM independientemente de la altura de la lesión (Castro y Bravo, 1993).

Bravo (1987) establece una tercera clasificación de las LMs en función de la **naturaleza del tejido nervioso** afectado. Por un lado las *lesiones en la médula* y sus células (las neuronas) darán lugar a lesiones irreversibles por el carácter no regenerativo de las mismas. Por otro lado las *lesiones en las raíces nerviosas*, con un mejor pronóstico dado que son susceptibles de regeneración, aunque lo hagan con gran lentitud. *Los vasos sanguíneos* igualmente pueden dar lugar a daños en aquellas zonas medulares donde irrigue. Lesiones completas flácidas se pueden dar cuando el vaso sanguíneo afectado es de cierta importancia.

La cuarta y última forma de clasificar las LMs es según los **síntomas musculares** secundarios. Así, la LM *espástica* se caracteriza por presentar unos músculos duros y que requieren mucho esfuerzo para producir movilizaciones, además suele ir acompañada de movimientos reflejos intensos provocados por estímulos en la región inferior a la LM. La LM *flácida*, por su parte, se caracteriza por tener una musculatura blanda, que no es difícil de movilizar ni tiene reflejos, si bien corre un mayor riesgo, a la larga, de padecer atrofia muscular.

Como ya se comentó anteriormente, la LM se caracteriza por ser una patología permanente y multi-sistémica, esto es, asociada a la presencia de múltiples problemas físicos, algunos de los cuales enumeramos a continuación (Kirshblum y O'Connor, 1996; Lindemann, 1981):

- *limitaciones en la movilidad y en las actividades de la vida diaria*: comer, asearse, vestirse, bañarse, movilidad en la cama, cambio de apoyos, transferencias, marcha, conducir, etc.;
- *dificultades en el control vesical*: no se produce un control voluntario de la micción aumentando el riesgo de infecciones del tracto urinario y del riñón,

que, de darse de forma continuada, pueden producir deterioro renal permanente;

- *dificultades en el control intestinal*: al igual que en el control de la evacuación vesical, la eliminación fecal no se produce de forma voluntaria y controlada, se manifiesta el intestino neurógeno provocando incontinencia o estreñimiento crónico;
- *ulceraciones por decúbito*: asociadas a la falta de movilidad y pérdida de sensibilidad por debajo del nivel de la lesión;
- *osteoporosis*: la falta de apoyo en extremidades inferiores para la marcha provoca la descalcificación ósea, los huesos se vuelven más susceptibles a las fracturas;
- *contracturas musculares*: más presentes en las LMs espásticas;
- *problemas ortostáticos*: asociados con problemas del equilibrio, presencia de cefaleas y mareos;
- *disreflexia / arreflexia autonómica*: las alteraciones en el sistema nervioso autónomo provocan la presencia sudoración, aumento de la presión sanguínea, deficiencias en la regulación térmica, etc.;
- *problemas de sexualidad*: dificultades en la erección y eyaculación en los hombres y falta o ausencia de sensibilidad tanto en hombres como en mujeres;
- *infecciones respiratorias*: más frecuentemente en la tetraplejia;
- *siringomielia pos-traumática*: la aparición, después de la LM, de cavidades quísticas en la médula que empeoran el cuadro clínico de la misma, pudiendo asociarse a la aparición de dolor y un aumento de la espasticidad;
- *osificación heterotópica*: es la formación de hueso en zonas de tejido blando no relacionadas con el esqueleto;
- *fenómenos tromboembólicos*: aparición de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.

Es importante matizar, al hilo de las manifestaciones clínicas enumeradas, que ni se dan todas en todas las personas con LM ni se dan con la misma intensidad. La

aparición y gravedad de las patologías físicas secundarias a la LM se asocia con dos aspectos ya introducidos con anterioridad por un lado la altura de la lesión - cuanto más alta sea la lesión a lo largo de la médula mayores serán las secuelas - y por otro lado la cantidad de tejido neurológico dañado, así las LMs completas presentan mayores secuelas que las LMs incompletas (Jubala y Brenes, 1988). Todo lo anterior nos pone en antecedentes de la gran variabilidad de los niveles funcionales de las personas con LM. Así, a modo de ejemplo se ofrece en la tabla 2 una breve revisión de los niveles funcionales de la lesión medular, tal y como lo plantearon Lindemann (1981) o Jubala y Brenes (1988) según el nivel y tipo de la misma.

Tabla 2

Niveles de funcionamiento en la LM

Nivel	Tipo	Funcionamiento
C1-C2	Pentaplejía	Sin movilidad desde la cabeza; Silla de ruedas y respiración asistida
C3	Pentaplejía	Similar a C1-2 con alguna movilidad del hombro; Silla de ruedas eléctrica con control de cabeza; Respirador portátil
C4	Tetraplejía	Paralización desde miembros superiores; Control de la respiración; Silla de ruedas eléctrica
C5	Tetraplejía	Movimiento en hombro y bíceps; Capacidad respiratoria reducida; Total dependencia; Silla de ruedas eléctrica con control manual
C7	Tetraplejía	Capacidad respiratoria reducida; Dependencia casi total; Silla de ruedas; Cierta uso de manos y brazos con ayuda
C8-T1	Paraplejía	Capacidad respiratoria reducida; Dependencia parcial; Silla de ruedas; Conducción de coche con control manual; Cierta uso de los dedos
T1	Paraplejía	Capacidad respiratoria reducida; Independencia, silla de ruedas; Conducción de coche con control manual
T7	Paraplejía	Independencia; Silla de ruedas; Conducción de coche con control manual
L4	Paraplejía	Completa independencia; Caminar con aparatos; Conducción de coches con control manual

Nota: LM = lesión medular; C =cervical; T = torácica; L = lumbar. Elaborada según la propuesta de Lindemann (1981) y Jubala y Brenes (1988).

Kirshblum y O'Connor (1996) ofrecen las siguientes metas a conseguir en la rehabilitación de personas con LMs completas, centradas en: las actividades de la vida diaria; posibilidad de movilidad y habilidades para la evacuación, diferenciando entre las personas con tetraplejía (tabla 3) y con paraplejía (tabla 4).

Tabla 3

Metas de rehabilitación para tetraplejas completas

	C3-C4	C5	C6	C7	C8
Comer	Capaz	Independiente con entrenamiento	Independiente con equipo	Independiente	Independiente
Asearse	Dependiente	Independiente con entrenamiento	Independiente con equipo	Independiente con equipo	Independiente
Vestirse	Dependiente	Ayuda	Independiente con ayuda	Independiente con equipo	Independiente
Bañarse	Dependiente	Dependiente	Independiente con equipo	Independiente con equipo	Independiente
Movilidad cama	Dependiente	Ayuda con equipo	Independiente	Independiente	Independiente
Cambio apoyos	Dependiente manual Independiente monitorizado	Ayuda	Independiente	Independiente	Independiente
Transferir	Dependiente	Ayuda	Ayuda	Independiente	Independiente
Silla ruedas	Independiente monitorizado	Independiente monitorizado	Independiente manual	Independiente	Independiente
Conducir	Incapaz	Incapaz	Adaptada	Control manual o adaptada	Control manual o adaptada
Defecación – Micción	Dependiente	Dependiente	D:Independiente M: asistido	Independiente	Independiente

Nota: C = cervical; D = defecación; M = micción. Elaborada según la propuesta de Kirshblum y O'Connor (1996).

Tabla 4

Metas de rehabilitación para paraplejas completas

	D2-D10	D11-L2	L3-S3
AVD	Independiente	Independiente	Independiente
Defecación -Micción	Independiente	Independiente	Independiente
Transferencia	Independiente	Independiente	Independiente
Marcha	Sólo como ejercicio	Posible con ortesis en casa	Marcha en comunidad
Ortesis	Aparato alto bilateral con muletas o andador	Aparato alto-bajo con muletas	Aparato bajo con muletas

Nota: D = dorsal; L = lumbar; S = sacro; AVD = actividades de la vida diaria (comer, asearse, vestirse, bañarse). Elaborada según la propuesta de Kirshblum y O'Connor (1996).

Por lo que se refiere a las causas de la LM, su **etiología** es muy variada pudiendo diferenciarse, según el momento de la adquisición, entre las que son *congénitas* (como las provocadas por defectos del tubo neural como la espina bífida en su tipología mielomeningocele) y las que son *adquiridas*. Las LMs adquiridas a su vez se pueden diferenciar en dos tipos: aquellas que se adquieren de forma traumática: accidentes de tráfico, laborales y deportivos; caídas, lesiones por arma blanca, etc.; aquellas que son secundarias a una enfermedad: crecimiento de tumores tanto dentro como fuera de la médula, la pérdida de la arquitectura vertebral por enfermedades degenerativas, coágulos sanguíneos externos, isquemia secundaria a un proceso quirúrgico, alteraciones en la irrigación sanguínea derivada de malformaciones arteriovenosas, etc. (Bravo, 1987; Jubala y Brenes, 1988).

Si bien existen distintos patrones etiológicos según los países debido, probablemente, a diferencias socio-culturales, sin embargo existe una coincidencia en todos ellos: el mayor porcentaje de LM tiene un origen traumático, en torno al 75% del total de las LMs, frente a las causadas por una enfermedad (Aguado y Alcedo, 1995; Fabregat, 2007; Franceschini, Di Clemente, Rampello, Nora, y Spizzichino, 2003; Mazaira, 1987; Ones, Yilmaz, Beydogan, Gultekin, y Caglar, 2007).

Por lo que respecta a las cifras sobre etiología de la LM en España en la tabla 5 se muestran los datos aportados por Curcoll (1999) donde se comprueba que en nuestro

país la causa más frecuente de LM es la traumática y, a su vez, la que se adquiere tras padecer un accidente de tráfico.

Tabla 5
Clasificación etiológica de la LM en España

Tipología	Total %	Etiología	%
Traumática	81.5	Accidente tráfico	43.7
		Accidente fortuito	19.0
		Accidente laboral	11.3
		Otros traumatismos	7.5
Por enfermedad	18.5		

Nota: LM = lesión medular. Elaborada según los datos publicados por Curcoll (1999).

Un estudio realizado entre 2008 y 2009 sobre las personas con LM traumática describe los porcentajes etiológicos que se recogen en la tabla 6.

Tabla 6
Distribución etiológica de la LM traumática en España

Etiología	Sexo	N	%	Total %
Accidente tráfico	♂	2616	28.0	36.5
	♀	797	8.5	
Otros accidentes	♂	4274	45.7	63.3
	♀	1651	17.6	
Total		9338	100	

Nota: LM = lesión medular. Elaborada según los datos publicados por Pérez et al. (2010).

Esta distribución española es similar a la de otros países como por ejemplo EEUU donde, según los datos aportados por el National Spinal Cord Injury Statistical Centre (NSCISC, 2008), el 42% de las LMs se debieron a accidentes de tráfico, el 27.5% a caídas, el 15.3% a conductas violentas, el 7.4% a accidentes deportivos y el 8.1% a causa desconocida. Similares distribuciones etiológicas se contemplan para países como Irlanda o Turquía (O'Connor y Murray, 2006; Ones et al., 2007). Datos indicativos de las diferencias socio-culturales en el origen de la LM son los presentados por Cisneros y Hurtado (2003) para el país de México según los cuales el 50.5% de las

LMs traumáticas adquiridas se deben a una caída relacionada con tareas laborales y/o ocupacionales, el 34.5% a un accidente de tráfico y el 15% a una agresión.

En cuanto a los **datos epidemiológicos**, cuántas personas en España tienen una LM, tan solo podemos hablar de *estimaciones aproximativas* debido a motivos tan variados como los apuntados por Aguado y Alcedo (1990): disparidad en las publicaciones (calidad, adecuación del diseño, categorías de clasificación, instrumentación, elaboración de análisis, exposición de resultados, etc.); la falta de unificación de términos y criterios respecto a los colectivos; la diversidad de organismos e instituciones que realizan estudios epidemiológicos; las distintas finalidades de los mismos; y la ausencia de un censo.

Los datos de **incidencia** de la LM para España se estiman en *20 personas con LM al año por millón de habitantes* (Aguado y Alcedo, 1995; Mazaira, 1987, 2004) lo que supone unos 911 casos nuevos cada año. Estas tasas de incidencia son similares a las obtenidas en Portugal, 15 a 20 casos nuevos por millón de habitantes (Carvalho de, Andrade, Tavares, y Sarmiento de Freitas, 1998). En la revisión de Wyndaele y Wyndaele (2006), sobre estudios epidemiológicos de la LM, se identifican tasas de incidencia que oscilan entre 10.4 y 40.2 casos nuevos al año por millón de habitantes según el país y la fuente de procedencia del estudio.

Recientemente, en España se realiza un estudio para estimar la incidencia y mortalidad anual hospitalaria por lesión medular traumática (Pérez et al., 2010). Se incluyen, para la estimación de la incidencia, todos los casos nuevos ingresos registrados entre los años 2000 y 2008 con diagnóstico de LM traumática, sin tener en cuenta los reingresos y los ingresos programados para revisión o cirugía. Los datos evidencian que 9352 ingresos se deben a lesión medular, siendo la tasa incidencia de 24 casos nuevos por millón de habitantes (tasa estandarizada por edad 35.6 por millón de hombres y 12.4 por millón de mujeres).

Por lo que se refiere a la **prevalencia**, se alude a las estimaciones de Aguado y Alcedo (1990) basadas en los datos previamente publicados por el SEREM (Servicio de Rehabilitación de Minusválidos) y el INE (Instituto Nacional de Estadística), que cifran en 30.000 las personas con LM en España.

Estos datos epidemiológicos no son baladíes, el colectivo de personas con discapacidad asociada a la LM es grande, al igual que lo es el número de personas al año que adquieren dicha discapacidad, alrededor de mil. Por ello el interés por seguir profundizando en el conocimiento de cómo las personas se enfrentan y se adaptan a esta discapacidad no deja de ser un interés científico con claras aplicaciones prácticas.

1.3.- DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LA ADAPTACIÓN A LA LM

Tal y como se apunta en el apartado anterior, la LM es una discapacidad que se adquiere en la mayoría de las ocasiones de forma traumática y que a las secuelas físicas secundarias hay que añadirle un cambio sustancial en la vida de la persona que la padece, requiriendo un proceso psicológico de adaptación. Las personas con LM tienen que enfrentarse a su discapacidad, asociada a la presencia de movilidad reducida, a nuevos roles sociales y/o profesionales y a nuevas experiencias en su vida cotidiana como los programas de rehabilitación y la incorporación de actividades de autocuidado para el tratamiento y manejo de las secuelas de la LM (manejo de la silla de ruedas o muletas, realización de transferencias, técnicas de vaciado vesical e intestinal, etc.). Además de lo anterior se requiere de la adaptación física del entorno, tanto en el domicilio como en el vehículo o en el puesto de trabajo. Es por ello que la psicología de la rehabilitación ha tenido un especial interés por analizar qué variables psicológicas inciden en la adaptación a este trascendental cambio en la vida de la persona que adquiere una LM y determinar cómo median en su proceso de adaptación y rehabilitación.

Sin embargo, el interés por el estudio de las variables psicológicas que median en el proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida en general, y de la LM en particular, no ha sido una constante a lo largo de la historia. En un primer momento, cuando se inician los trabajos de rehabilitación de las personas con LM, el objetivo era exclusivamente médico-funcional, esto es, los tratamientos iban dirigidos a restablecer las funciones físicas alteradas u optimizar las mismas desde un enfoque físico-somático-funcional (Aguado, 1995), olvidando la evaluación e intervención de los aspectos psicológicos que mediaban en el curso de la rehabilitación.

Posteriormente, el concepto de rehabilitación se amplía, superando un modelo organicista e incorporando en el proceso de evaluación e intervención las variables

psicológicas y sociales (Aguado, 1995; Moragas, 1974; Wright, 1980). Así, desde 1982, Rehabilitación Internacional propone en su *Carta para los 80* la siguiente definición de rehabilitación:

La rehabilitación (o habilitación) es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse dentro de la sociedad (tomado de Aguado y Alcedo, 1994, p.14).

En la actualidad se tiene una clara concepción multidimensional del proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad, entendiéndose que éste debe ser integral y por tanto abordar las dimensiones físicas, psicológicas y sociales (Wood-Dauphineé, et al., 2002) tal y como se contempla en el artículo 23 de las *Normas Uniformes Sobre Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad* aprobadas por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1993 (ONU, 1993):

La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional (p.8).

En la misma dirección la ONU en *La Convención de Derechos de Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo* (aprobadas el 13 de diciembre de 2006) deja constancia el carácter multidimensional de la rehabilitación y su clara vinculación con la inclusión en la comunidad cuando en artículo 26 - Habilidad y Rehabilitación establece:

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

Por lo que se refiere a la de las personas con LM, algunas teorías psicológicas demandaron un cambio conceptual en el modelo rehabilitador al considerar que las consecuencias de la LM no eran sólo de naturaleza física (distorsiones del sueño, alteraciones del apetito y la digestión, tensión muscular, dolor, infecciones, etc.), sino que coexistían con otras más propiamente psicológicas como ansiedad y depresión, problemas en el razonamiento, el juicio y la concentración, evitación del problema, preocupación sobre el problema, ira, vergüenza, culpabilidad, etc. (Hammell, 1992) uniéndose a ese concepto de rehabilitación integral o global y alejándose de un modelo eminentemente médico, se da cabida al abordaje psicológico en el proceso de rehabilitación.

Será a partir de ese cambio conceptual cuando los objetivos de las unidades o centros de rehabilitación para personas con LM dejaron de orientarse exclusivamente a prevenir la muerte o la discapacidad del recién lesionado, una vez logradas altas tasas de supervivencia, y se dirigieron también a facilitar una recuperación funcional, una independencia personal, la reintegración en la comunidad, la mejora de la salud relacionada con la CV, así como la búsqueda de una alta satisfacción personal a lo largo del tiempo (Wood-Dauphinée et al., 2002). Con este paradigma la rehabilitación se comienza a diseñar desde un modelo bio-psico-social y, por tanto, a aglutinar a todos los profesionales necesarios para que la persona con discapacidad, y por ende las personas con LM, se desarrollen al máximo de cara al empleo y a las actividades de la vida diaria logrando la mayor integración en la comunidad (Verdugo, 1999).

En este nuevo enfoque de la rehabilitación se consideran de vital importancia las aportaciones que, desde la *psicología de la rehabilitación*, se realizan en relación a las variables o dimensiones psicológicas que inciden y participan en dicho proceso. Esta disciplina, la psicología de la rehabilitación, es entendida como aquella cuyo "*campo propio, específico y preferente de actuación lo constituyen los aspectos psicológicos intervinientes en el proceso de rehabilitación*" (Aguado y Alcedo, 1994) y que además no sólo se centra en favorecer la adaptación de la persona a su discapacidad, sino que promueve la participación y la inserción activa de la persona en la comunidad (Verdugo, 1999). La psicología de la rehabilitación es definida por la División 22 de la American Psychological Association (APA) como un área de especialización, dentro de la psicología, que se centra en el estudio y aplicación de los conocimientos e instrumentos psicológicos en beneficio de las personas con discapacidad o condiciones de enfermedad crónica con el propósito de maximizar su salud y el bienestar, la independencia y autodirección, habilidades funcionales y los roles de participación social a lo largo de la vida.

Con un propósito de clarificar aún más la disciplina de la psicología de la rehabilitación, desde la que se enmarca la presente tesis, se considera oportuno citar las aportaciones que realizan Scherer, Blair, Banks, Brucker, Corrigan y Wegener (2004) sobre la misma:

Los psicólogos de la rehabilitación son aquellos que proveen servicios de asistencia clínica o de asesoramiento en afrontamiento y adaptación a

lesiones crónicas, traumáticas o congénitas o enfermedades que pueden resultar en una gran variedad de discapacidades físicas, sensoriales, neurocognitivas, emocionales y del desarrollo. Estas pueden incluir (aunque no se limitan a): lesiones medulares; lesiones cerebrales; infartos; amputaciones; desórdenes neuromusculares... Los psicólogos de la rehabilitación proveen servicios con el propósito de incrementar el funcionamiento y reducir la discapacidad, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación social... La meta de la psicología de la rehabilitación es asistir al individuo (y aquellos otros significativos que están implicados en la planificación del tratamiento y proporcionan así mismo apoyo) para construir un funcionamiento físico, psíquico e interpersonal óptimo ... Los psicólogos de la rehabilitación ven a la persona holísticamente, y han de procurar oportunidades para el funcionamiento individual máximo así como para el funcionamiento y la participación en relaciones sociales, actividades sociales, educación, empleo y la comunidad (pp.801-802).

Una vez introducida la importancia de la psicología de la rehabilitación en la rehabilitación integral de las personas con LM, se ofrece en las siguientes líneas un breve recorrido histórico por los *modelos* explicativos que, desde dicha disciplina, han orientado el abordaje psicológico en el proceso de adaptación a la LM. Se han de conocer estos modelos ya que a través de ellos se explica cómo se entiende el fenómeno de la rehabilitación de las personas con discapacidad, así como también los instrumentos para evaluarla y tratarla.

La mayoría de los estudiosos del proceso de rehabilitación de las personas con LM coinciden en identificar la existencia de dos modelos en el análisis e investigación de dicho proceso de forma sustancialmente diferente, el *modelo de las etapas* y el *de las diferencias individuales*, (Aguado, 1990; Aguado y Alcedo, 1994; Brucker, 1983; Elliott y Umlauf, 1995; Frank, Van Valin y Elliott, 1987; Hammell, 1992). Interesa sobremanera hacer un pequeño análisis de las principales aportaciones de estos modelos ya que ambos han considerado la depresión, variable objeto de estudio en la presente investigación, como una dimensión presente y relevante en el proceso de adaptación a la LM, aunque con significado y peso diferente. No en vano de todas las variables psicológicas que aparecen en la bibliografía sobre la adaptación a la LM, la depresión

ha sido la que ha recibido una mayor atención (Elliott y Frank, 1996; Skinner, Armstrong y Rich, 2003; Rueda y Aguado, 2003).

1.3.1.- El modelo de las etapas y la adaptación a la LM

El primer modelo que se analiza se denomina el *modelo de las etapas* y fue el predominante en los años iniciales de la psicología de la rehabilitación. Este enfoque partía del postulado de la existencia de una serie de etapas o fases psicológicas universales y necesarias para llegar a la adaptación de una discapacidad física adquirida (Aguado, 1990; Cushman y Dijkers, 1991; Hammell, 1992; Boekamp, Overholser y Schubert, 1996; Rueda y Aguado, 2003) derivado de las concepciones psicoanalíticas del estudio de la pérdida (Elliott y Frank, 1996). Variables psicológicas como la ansiedad, la depresión, la reacción psicótica, la indiferencia, la reacción psicopática, la dependencia, los pensamientos autísticos, la frustración, la negación, etc., se estudiaron bien como etapas propias del proceso de adaptación a la LM o bien como reacciones psicológicas a la adquisición de la LM (Frank et al., 1987). El propósito de los estudios, enmarcados en este modelo, era meramente descriptivo, ya que los autores sólo buscaban describir las reacciones o fases que participaban en la adaptación a la LM y no predecir su incidencia en el proceso de rehabilitación o promover intervenciones para la mejora del mismo. En todos los estudios procedentes del modelo de las etapas, tanto si perseguían identificar las características de personalidad específicas del colectivo de personas con LM como los que pretendían identificar las reacciones psicológicas a la LM, el objetivo era meramente descriptivo y subyacía la idea de homogeneidad de las personas con LM y de su proceso de adaptación (Aguado y Alcedo, 1994).

En la tabla 7 se recogen las propuestas sobre *reacciones psicológicas* a la LM basadas en estudios preempíricos derivados de este *modelo de las etapas*. Todos los autores recogidos en la dicha tabla identifican la *depresión* como una *reacción psicológica* a la LM, entendida incluso como una reacción necesaria para un adecuado proceso de adaptación.

Tabla 7

Estudios preempíricos sobre las reacciones psicológicas a la LM

Autores	Reacciones psicológicas a la LM
Nagler (1950)	<p><u>7 reacciones psicológicas</u> Ansiedad y depresión reactiva; reacción psicótica; indiferencia; reacción a la tetraplejia y reacción psicopática; reacción de dependencia; normal. No existe secuencia en estas reacciones</p>
Mueller (1962)	<p><u>4 reacciones psicológicas</u> Depresión temporal, dependencia, pensamiento autístico y frustración No existe secuencia en estas reacciones (existen diferencias individuales según la personalidad previa a la lesión)</p>
Siller (1969)	<p>La depresión es una reacción necesaria a la LM. Cuando no aparece es por negación del paciente y se asocia a una mala adaptación</p>
O'Conner y Leitner (1971)	<p><u>6 reacciones psicológicas</u> Ensoñaciones, depresión, indecisión, pasividad, pensamientos irrealistas y expresión emocional inmadura.</p>
Burnham y Werner (1979)	<p><u>6 reacciones psicológicas</u> Regresión, dependencia, aflicción, ira, depresión, indefensión e inadecuación. No existe secuencia en estas reacciones.</p>

Nota: LM = lesión medular. Elaborada según Frank et al. (1987).

En otra línea de investigación, amparada por el mismo modelo, se publican trabajos que reconocen la existencia de etapas o fases, y no meras reacciones psicológicas, experimentadas tras la adquisición de la LM (tabla 8). La mayoría de las etapas propuestas utilizan constructos provenientes de las teorías psicodinámicas de la personalidad y de las aportaciones de las experiencias clínicas y anecdóticas (estudios de caso) de los propios investigadores, y no de estudios de carácter empírico (Cushman y Dijkers, 1991; Frank et al., 1987).

Tabla 8

Estudios preempíricos sobre las etapas del proceso de adaptación a la LM

Autores	Etapas de Adaptación a la LM
Guttman (1976)	<u>Dos etapas:</u> - Shock - Realización (ansiedad, depresión y pena) No establece períodos de tiempo
Mueller y Thompson (1950)	<u>Tres fases:</u> - Fase aguda: shock y afecto depresivo (seis meses) - Fase convalecencia: conducta defensiva, frustración y necesidad de apoyo (siguientes tres meses) - Fase de vida normal: adaptación Aluden a importancia de la personalidad previa a la lesión
Litin (1975)	<u>Tres fases:</u> - Fase aguda: poca reacción emocional - Fase crónica: depresión - Fase crónica última: dependencia emocional
Pepper (1977)	<u>Tres etapas psicosociales</u> (no especifica)
Stewart (1977)	<u>Tres procesos:</u> - Negación: proceso adaptativo - Depresión : proceso adaptativo - Restitución: participación en actividades sociales y laborales
Weller y Miller (1977)	<u>Cuatro etapas:</u> Shock; negación; ira y depresión Varían en cuanto al tiempo y el orden de aparición. No todos los LM experimentan todas El retraso de procesos de pena indica maladaptación
Rigoni (1977)	<u>Cuatro fases:</u> - Preshock - Shock: negación - Reconocimiento: necesidad de apoyo, ansiedad y depresión - Adaptación: integración de autoconcepto No especifican el tiempo de las fases
Peter (1975)	<u>Cuatro fases:</u> - Shock: desorganización del pensamiento, pánico y ansiedad - Negación: - Reconocimiento: ansiedad, culpabilidad y depresión - Adaptación: integración de autoconcepto No especifican el tiempo de las fases
Hohmann (1975)	<u>Cuatro períodos:</u> - Negación: 3 semanas - dos meses - Depresión : retirada y hostilidad internalizada y externalizada - Sentimiento de dependencia: retirada de la rehabilitación - Vuelta a la personalidad previa a la lesión
Tucker (1980)	<u>Cinco etapas:</u> - Depresión severa : proceso adaptativo - Ira - Confusión - Retirada - Aceptación

Nota: LM = lesión medular. Elaborada según Frank et al. (1987).

Si bien los estudios, recogidos en las tablas 7 y 8, no coinciden ni en el número de las reacciones/etapas que configuran el proceso de adaptación ni en el tiempo de duración de las mismas, sin embargo, si se observa la unanimidad al considerar la *depresión como necesaria en el proceso de adaptación*. Este hecho permite reconocer la depresión como una variable psicológica que se relaciona con la adaptación a la LM desde los inicios de su estudio. Tanto es así, que a raíz de estos estudios publicados, ya desde los años 40, se empieza a considerar que la depresión es una *reacción universal, normal y necesaria* a la LM. Los autores que apoyan esta idea asumen que todas las personas que adquieren una LM padecen y/o han de padecer una depresión (Mueller, 1962; Siller, 1969), la consideran una fase inevitable y que, según este *modelo de las etapas*, acontece tras la superación de la fase de negación. Autores como Nagler, Siller y Hohman (1975) mantienen que la ausencia de esa "necesaria" depresión tras la LM está asociada a procesos de negación de la severidad de la discapacidad, de no reconocimiento emocional de la pérdida y por tanto auguran una mala adaptación a la LM. Esto es, los autores del modelo de las etapas consideran la presencia de depresión como un *indicador* de la buena adaptación a la LM (Bas, Gala y Díaz, 1994; Boekamp et al., 1996; Overholser y Schubert, 1993).

La consideración del fenómeno de la depresión como paso necesario para la adaptación a la LM no se cuestiona, en la práctica profesional en las clínicas de rehabilitación, hasta finales de los años 80 (Elliott y Frank, 1996) momento en el que el modelo de las etapas, y su visión de la depresión como un proceso previo y necesario a la adaptación psicológica a la LM, se somete a muchas críticas. Publicaciones como las que realizan Frank et al. (1987), Aguado (1990), Craig, Hancock, Dickson, Martin y Chang (1990), Hammell (1992) y Elliott y Frank (1996) critican los estudios anteriores por su falta de justificación teórica, los acusan de basarse en las opiniones clínicas del personal de rehabilitación y de no existir investigaciones con el suficiente rigor empírico que fundamente las aportaciones del *modelo de las etapas*.

En esa dirección Overholser y Schubert (1993) realizan una revisión de la literatura científica con el propósito de identificar las limitaciones y carencias metodológicas de los estudios sobre la depresión en personas con LM publicados bajo el modelo de las etapas. El análisis de esta literatura permite comprobar carencias en el

método de estudio que limita el poder explicativo de estas investigaciones, como por ejemplo el hecho de que muy pocos estudios utilicen diseños longitudinales para comprobar la evolución de las etapas, o el uso de muestras demasiado pequeñas que no permiten la generalización de los resultados. Además de lo anterior identifican errores en el estudio de la depresión como son, en primer lugar, que los datos ofrecidos no permiten estimar si se trataba de un estado afectivo temporal o un estado depresivo que se mantiene a lo largo de la vida de la persona con LM. En segundo lugar que la inclusión de síntomas somáticos para diagnosticar la presencia de depresión puede no ser adecuado en poblaciones con enfermedades crónicas como la LM ya que pueden confundirse con los síntomas propios de su enfermedad (problemas de sueño, pérdida de peso, etc.). En tercer lugar, Overholser y Schubert les critican por no tener en cuenta otras variables cognitivas relacionadas con la depresión en poblaciones con LM como la desesperanza, la ausencia de planes de futuro, la baja autoestima e inadecuadas estrategias de afrontamiento, pudiendo ser estas dimensiones mejores predictores de la presencia de depresión, en población con problemas físicos, que los síntomas somáticos.

En la misma línea de comprobar la adecuación o no de los estudios publicados al amparo del modelo de las etapas, Bas et al. (1994) realizan una revisión teórica cuyo propósito es conocer si las investigaciones de naturaleza empírica publicadas a partir de los años 80 validan o, por el contrario, refutan las afirmaciones del modelo de las etapas en relación a la presencia de depresión en personas que han adquirido una LM. Para ello intentan esclarecer, a través de dicha revisión, las siguientes cuestiones: ¿es la depresión una consecuencia inevitable tras la LM?; ¿manifestar aflicción en los primeros momentos es señal de confrontación a la misma y un paso necesario para el proceso rehabilitador?; ¿es necesario sufrir depresión en la fase aguda o posteriormente?; ¿es lo mismo aflicción que depresión? Tras el análisis de las investigaciones llegan a las siguientes conclusiones, en primer lugar, las investigaciones publicadas a partir de los años 80 sobre personas con LM demuestran que sólo porcentajes bajos de población, en torno al 20%, experimentan síntomas depresivos medidos con pruebas diagnósticas estandarizadas. Estos datos contrastan con los estudios de los años 50 y 60 que estiman, en base a juicios clínicos, que la mayoría de las personas con LM manifiestan sintomatología depresiva. En segundo lugar, al contrario de los postulados previos donde se entiende que la depresión se relaciona con un mejor ajuste a la LM, la investigación empírica demuestra que aquellas personas con LM que padecen episodios

depresivos se adaptan peor a la LM ya que tienen un mayor riesgo de desarrollar una nueva depresión, sufren mayor número de hospitalizaciones, perciben peor su discapacidad, tienen menos autoestima, etc. En tercer lugar, no encuentran evidencia empírica de que las personas que no padecen sintomatología depresiva en los primeros momentos tras la LM lo manifiesten a largo plazo. Por el contrario, sí evidencian que la ausencia de depresión se relaciona más con variables potenciadoras de la adaptación (adecuadas estrategias de afrontamiento, alta autoestima, habilidades de negociación y de resolución de problemas) que con procesos de negación de la LM y por tanto se les atribuye a estas variables una función protectora del estado afectivo deprimido.

De toda la revisión y de su análisis, Bas et al. (1994) concluyen que no existen reacciones universales a la LM, y que por tanto la depresión no es una reacción necesaria y universal tras la adquisición de una LM y que de aparecer supone una limitación para el adecuado proceso de adaptación psicológica. Plantean que, para evitar la “profecía autocumplida” entre los profesionales sanitarios de los servicios de rehabilitación, se debe enfocar el proceso de adaptación de forma individualizada en cada caso y se deben utilizar instrumentos de medición con mayor fuerza descriptiva, conductual y fisiológica, esto es, se debe analizar y tener en cuenta aquellas variables que modulan el impacto de la discapacidad (sentimiento de capacidad y orientación a meta /problema; redes de apoyo social; problemas psicosociales; profecía autocumplida de los profesionales sanitarios; características de las personas con LM; gravedad de la discapacidad; momento de estudio: corto o largo plazo; sentimiento de responsabilidad en la adquisición de la LM: características de personalidad premórbida; estilos atribucionales y estrategias de afrontamiento).

Las publicaciones empíricas editadas con posterioridad a la fecha de la revisión de Bas et al. (1994) siguen ofreciendo resultados que demuestran los errores en la concepción de la depresión según el modelo de las etapas. Así, frente a la *hipótesis de necesidad de padecer una depresión* tras la adquisición de una LM para llegar a una buena adaptación psicológica, los estudios entre 1994 y 2008 demuestran que la depresión no se da en todas las personas con LM. Las cifras de incidencia de depresión varían entre el 5 y el 47% de la población con LM, tal y como se puede observar en la tabla 9. Estos abrumadores resultados indican, coincidiendo con los datos aportados por Bas et al., que la depresión no es un estado psicológico inevitable.

Tabla 9

Estudios empíricos sobre la prevalencia de la depresión tras la LM

Autor	Fecha	N	Momento evaluación	Instrumento	%
Bombardier et al.	2004	849	No detalla	PHQ-9	11.4
Dryden et al.	2004	233	6 años tras la lesión	CIE-9	27.5
Dryden et al.	2005	201	6 años tras la lesión	Diagnóstico “base de datos”	28.9
Kalpakjian y Albright	2006	585 ♀ 585 ♂	1 año tras la lesión 5 años tras la lesión	PHQ	17.5 20
Kemp y Krause	1999	177	14.5 años tras la lesión	OAHMQ	41
Kishi et al.	1994	60	Hospitalización 6 meses después	HRSD DSM-III	30
Krause et al.	1999	97	12.4 años tras la lesión	OAHMQ	47
Krause et al.	2000	1391	9.7 años tras la lesión	OAHMQ	48
Lude t al.	2005	85 (I) 71 (A y S)	6 meses tras la lesión	BDI BQWB/AF	32 27
Migliorini et al.	2008	443	19.2 años tras la lesión	DASS-21	37
Nair et al.	2005	297	No datos	No datos	38
Radnitz et al.	1996	125	No específica el momento	SCID	29
Rathore et al.	2007	187	Admisión y 10 semanas	BDI	5.8
Rintala et al.	2005	165 ♂	16 años	CESD	45
Woolrich et al.	2006	963	19.5 años tras la lesión	HADS	20.8

Nota: LM= lesión medular; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; OAHMQ = Older Adult Health and Mood Questionnaire; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression ; DSM-III = Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión tercera; BDI = Beck Depression Inventory; BQWB/AF = Berne Questionnaire of Well-Being Adult Form; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scale – 21 ítems; SCID = Structured Clinical Interview for DSM Disorders; CESD = Center for Epidemiologic Studies – Depression; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; I = ingleses; A = alemanes; S =suizos.

La variación en las cifras de incidencia de la depresión en LM es una constante en el estudio de esta variable debido a factores de diversa índole: a) los instrumentos empleados en los estudios difieren en naturaleza y capacidad diagnóstica, así en unos casos los datos comparados son obtenidos a través de instrumentos genéricos del estado

de ánimo (tabla 9) mientras que en otros lo son a través de herramientas para el diagnóstico de una depresión mayor (tabla 10) y por ello sus resultados no deben ser comparados, tal y como revisaremos en el capítulo cuatro; b) la heterogeneidad de las muestras poblacionales utilizadas tanto en cuanto al número de sujetos estudiados, desde muestras con poco más de 60 sujetos a muestras con más de mil, como a características como el sexo o el tipo de LM; c) el momento de la evaluación tras la adquisición de la lesión, unos son evaluados en la fase aguda tras la adquisición de la LM, en los inicios de la hospitalización, mientras que a otros se les valora muchos años tras la adquisición de la misma. De lo que no cabe duda, pese a la diversidad de los resultados, es que los datos empíricos avalan la consideración de la depresión como algo no necesario y no universal tras la LM.

Tabla 10

Estudios empíricos sobre la prevalencia de la depresión mayor tras la LM

Autor	N	Momento Evaluación	Instrumento.	%
Clay et al.	133	Hospitalizado	IDD, DSM-III R	12.8
Federoff et al.	55	Hospitalizado	DSM-III	21.8
Frank et al.	32	Todos	DSM-III	37.5
Frank et al.	132	Hospitalizado	IDD, DSM-III R	9.8
Fullerton et al.	30	Hospitalizado	SADS / RDC	30
Judd et al.	84	Hospitalizado	HRSD, DSM-III	10.7
Judd and Brown	227	Hospitalizado	DSM-III	13.7
MacDonald et al.	53	Alta	CDM (RDC)	15
Tate et al.	30	Hospitalizado	DSM-III R	23.3

Nota: IDD = Inventory to diagnose depression; DSM-III-R = Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición Revisada; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; RDC = Research Diagnostic criteria; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; CDM = Clinical Depression Measure. Adaptada de "Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: implications for screening" por C. Bombardier, J. Richards, J. Krause, D. Tulsy y D. Tate, 2004, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(11), 1754.

Por todo lo anterior se puede concluir que el modelo de las etapas no es adecuado para aportar datos esclarecedores sobre la presencia y relación de la depresión con el proceso de adaptación a la LM. Este modelo no encaja con las teorías modernas de la depresión; no ofrece un acuerdo sobre la existencia, secuencia y duración de las etapas entre las que identifica la depresión; no atiende a otras variables como la

personalidad pre-mórbida o la situación de la persona tras la lesión; está basado prioritariamente en juicios clínicos sin un marco teórico convincente y comprobable; y, además de lo anterior, los estudios empíricos, lejos de apoyar esta tesis, ofrecen resultados contrarios al modelo de las etapas en general y en particular a la presencia de depresión como etapa que facilita la adaptación (Bas et al., 1994; Boekamp et al., 1996; Elliott y Frank, 1996; MacDonald, Nielson y Cameron, 1987; Overholser y Schubert, 1993; Trieschmann, 1992).

1.3.2.- El modelo de las diferencias individuales y la adaptación a la LM

El modelo de las diferencias individuales surge ante la incapacidad del *modelo de las etapas* de explicar la adaptación psicológica a la LM a través de etapas sucesivas y necesarias. La psicología de la rehabilitación tomará una nueva dirección con el propósito de identificar los factores psicológicos y sociales que inciden, positiva y negativamente, en el *proceso de adaptación* para permitir no sólo predecirlo sino promover cambios a través de propuestas rehabilitadoras integrales. Esta nueva dirección en el estudio de la adaptación a la LM se enmarca dentro del *modelo* denominado de las *diferencias individuales*.

Desde este *modelo* se niega la existencia de un proceso de adaptación homogéneo a la LM y caracterizado por la existencia de etapas de adaptación sucesivas (Aguado, 1990; Aguado y Alcedo, 1994). Por su parte, el modelo de las diferencias individuales defiende la existencia de un proceso de adaptación a la LM individualizado y específico, según las características propias del sujeto en distintas variables personales (demográficas, personalidad, afrontamiento, locus de control, etc.) y del entorno (hospitalario, familiar, comunitario, etc.). El objetivo de la psicología de la rehabilitación, según sus principios teóricos, será delimitar qué factores psicológicos y sociales inciden en el proceso de rehabilitación, concretar en qué medida están presentes en la persona con LM a tratar y establecer cómo ajustar el proceso de rehabilitación al mismo.

Martz, Linveh, Priebe, Wuermsler y Ottomanelli (2005) proponen una clasificación de las investigaciones actuales sobre el proceso de adaptación a la LM amparadas bajo el modelo de las diferencias individuales. Proponen la existencia de tres tipos de estudios según las variables con las que se relacione el proceso de adaptación:

por un lado los estudios que analizan su relación con las variables personales y sociales previas a la LM; por otro lado los que relacionan el proceso de adaptación a la LM con las variables intervinientes durante dicho proceso; y en tercer lugar los estudios que analizan las variables predictoras de los resultados del proceso de adaptación (tabla 11).

La aparición de este nuevo modelo de estudio de la adaptación a la LM no reduce el interés por el análisis del papel de la depresión en este proceso. Si bien los estudios empíricos han demostrado que la depresión no es una consecuencia inevitable de la LM y que de existir no favorece el proceso de rehabilitación (Elliott y Frank, 1996; Faber, 2005; Kennedy y Rogers, 2000; Österåker y Levi, 2005), también indican que la probabilidad de padecer depresión en personas con LM es 4 veces mayor que la de la población general y la ratio de suicidios 5 veces mayor (Hartkopp, Brønnum-Hansen, Seidenschnur y Biering-Sørensen, 1998), por lo que identificar qué causa depresión tras la LM sigue teniendo unos claros beneficios aplicados al tratamiento rehabilitador de las personas con LM.

Tabla 11

Variables analizadas en el proceso de adaptación a la LM

Situación previa	Durante proceso	Resultados adaptación
Estatus biológico y psicológico previo	Reacciones psicológicas (depresión , ansiedad, negación)	Calidad de vida (salud, laboral, social, recreativas, etc.)
Condiciones ambientales (sociales, económicas...)	Variables de personalidad, locus de control, autoestima, valoración cognitiva y estrategias de afrontamiento	Satisfacción percibida
Inherentes a la LM (tipo, causa, severidad, limitaciones funcionales)	Características ambientales (barreras arquitectónicas y sociales, apoyo social)	Índices de adaptación psicológica (ansiedad y depresión)

Nota: *Elaborada según la propuesta de Martz et al. (2005).*

Se plantea, por tanto, necesario mantener el interés por estudiar la depresión en LM, pero desde un nuevo enfoque de adaptación a la discapacidad donde se ofrezcan datos fiables y válidos de su presencia, su repercusión en el proceso de adaptación, las variables personales y sociales que hacen a la persona que adquiere una LM vulnerable para desarrollar una depresión o bien los factores protectores. En este contexto la

evaluación de dicha variable es un tema central, al que se dedica un capítulo específico posteriormente.

Desde este modelo comienza a reflejarse un interés por la adaptación a la LM, no sólo en cuanto a su dimensión psicológica sino también social (Frank et al., 1987 y Trieschmann, 1992), y por entender la depresión en relación con múltiples problemas ambientales, sociales y de salud a los que la persona con LM tiene que hacer frente (pobreza, barreras arquitectónicas, desempleo,...) y las dificultades de afrontamiento hacia los mismos (Kemp, Kahan, Krause, Adkins y Nava, 2004). Desde este nuevo marco se considera necesario identificar aquellos factores biológicos, psicológicos y sociales que, en cada caso individual, inciden en el proceso de adaptación a la LM facilitándolo o dificultándolo, así como identificar qué factores facilitan o precipitan la depresión en personas con LM y en qué medida la presencia de este trastorno dificulta el proceso de rehabilitación.

El estudio de la depresión adquiere, desde este enfoque, una gran relevancia pero con un propósito diferente a los estudios enmarcados en el modelo de las etapas. Desde el nuevo paradigma de las diferencias individuales los estudios se dirigen a comprobar en qué medida la depresión en personas con LM es un indicador de adaptación a la LM y cómo se relaciona con otras variables psicológicas. Así, se estudia si existen variables personales o sociales asociadas a un mayor riesgo de padecer una depresión, o si por el contrario otras variables psicológicas pueden ser consideradas protectoras, y previenen la aparición de la depresión en la población con LM.

Son los estudios posteriores a los años 90 los que ofertan una nueva perspectiva de estudio de la depresión, entendida como una variable que nos permite valorar el *impacto psicológico* de la LM (Craig, Hancock y Dickson, 1994a; Hancock, Craig, Dickson, Chang y Martin, 1993; Kennedy y Rogers, 2000; Kishi et al., 1994 y 1995; Scivoletto, Petrelli, Di Lucente y Castellano, 1997), se analiza como una *dimensión en el continuo de calidad de vida* (Kemp y Krause, 1999), e incluso considera que su presencia debe ser medida en términos de *deficiencia* y con posibilidad de multiplicar los efectos de la discapacidad provocada por una LM (Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman y Young, 1993).

Boekamp et al. (1996) ofrecen un marco de análisis multidimensional de la presencia de depresión en personas con LM según el modelo de las diferencias

individuales. En su propuesta recogen todos los factores que pueden incidir en el riesgo de desarrollar depresión tras la LM. Estos autores plantean que tras la LM existen factores biomédicos asociados a la lesión (la presencia de dolor crónico y la frecuencia de acontecimientos vitales estresantes) que pueden incrementar en una persona el riesgo de padecer una depresión con la mediación de otros factores psicológicos y sociales. Todos ellos se detallan a continuación:

Factores biomédicos: La alteración del eje tiroideo-hipotalámico-pituitario puede aumentar la vulnerabilidad a la depresión en algunos pacientes con LM.

Dolor: La presencia de dolor se asocia frecuentemente a mayor sintomatología depresiva, ya que se produce una mayor atención a las sensaciones corporales internas de malestar. Por otro lado, los relajantes musculares, que se utilizan para el tratamiento de la espasticidad, pueden reducir las estimaciones tanto del dolor como de los síntomas depresivos y por tanto ofrecer estimaciones infravaloradas de la presencia real de sintomatología depresiva en este grupo.

Acontecimientos vitales estresantes: Los acontecimientos vitales traumáticos que son indeseables, incontrolables, inesperados y severos tienen más probabilidad de provocar una depresión. Así los acontecimientos vitales estresantes que rodean a la LM tanto en la adquisición (accidente laboral, accidente de tráfico, pérdida de un ser querido, etc.), como en la fase aguda (hospitalización, intervenciones quirúrgicas, inmovilizaciones, rehabilitación) y en la crónica (divorcio, aislamiento social, disminución de las interacciones sociales, obstáculos en los desplazamientos, pérdida del trabajo, dificultades económicas, etc.) pueden llevar a la persona a sentimientos de desesperanza que le hagan más vulnerable a la depresión.

Estrategias de afrontamiento mal-adaptativas: Las personas que utilizan estrategias de afrontamiento que reflejan fatalismo y desesperanza, pensamientos fantasiosos, locus de control externo, o dependencia interpersonal, tienen más probabilidades de manifestar una depresión que aquellos cuyos estrategias de afrontamiento se dirigen a la autoconfianza, sensación de control personal sobre los eventos negativos y la reestructuración cognitiva.

Apoyo social limitado: El apoyo social se considera un factor protector frente a la depresión tras la LM. Si bien es cierto que en ocasiones la relación entre mala

red de apoyo social y mayores niveles de depresión se puede interpretar como consecuencia de la visión negativa y pesimista de todo cuanto les ocurre, incluidas las relaciones sociales.

Conflictos familiares: Cambios en las funciones, roles y expectativas familiares son frecuentes tras la aparición de la LM en un miembro de la familia. En ocasiones el cónyuge se convierte en el/la cuidador/a principal de la persona con LM. En otras ocasiones la independencia de los padres se tiene que posponer tras la adquisición de una LM. Todo ello puede llegar a plantear conflictos en la familia. Malas estrategias de adaptación de la familia a la nueva situación pueden provocar una peor adaptación a la discapacidad y mayores niveles de depresión. Los modos en los que las familias se enfrentan al estrés son muy variados. Mejoran los procesos de adaptación en aquellas familias donde existen buenos canales de comunicación.

Desde este enfoque Boekamp et al. (1996) ofrecen una tesis dual que pone el acento en aquellos aspectos psico-fisiológicos y sociales que pueden incidir en la aparición o no de la depresión tras la LM. Indican la necesidad de realizar un análisis individual de cada caso para identificar factores contribuyentes o protectores de la depresión, que ayudarían a prevenir la aparición de la misma y a dirigir los tratamientos en el proceso de rehabilitación.

En resumen, en un primer momento la psicología de la rehabilitación se centra en estudiar los aspectos psicológicos concomitantes a la aparición de la LM desde un prisma de patologización de las secuelas, esto es, tratar de delimitar qué consecuencias psicopatológicas siguen a la adquisición de la LM o bien intentan identificar qué tipo de personalidad específica y propia caracteriza a las personas con discapacidad física adquirida. Ese primer momento está dominado por la existencia del denominado *modelo de las etapas*, desde el que la depresión se considera como una etapa o reacción necesaria para asegurar la adaptación psicológica a la discapacidad física. En un segundo momento, que llega hasta nuestros días, la psicología de la rehabilitación pretende despatologizar el proceso de adaptación a la LM e investigar, por un lado, qué consecuencias individuales tiene la adquisición de una LM y, por otro, identificar qué variables psicológicas y sociales se relacionan con la adaptación a la LM, cómo correlacionan entre ellas y cómo su inclusión en el proceso de rehabilitación optimiza el

proceso de adaptación individual a la LM. Desde este nuevo marco teórico, *el modelo de las diferencias individuales*, la depresión no se considera como un acontecimiento inevitable tras la LM y menos aún como una reacción psicológica favorecedora del proceso de adaptación. En suma podemos afirmar que, a pesar del cambio de modelo, sigue existiendo un gran interés por el estudio de la depresión como variable determinante en el proceso de adaptación psicológica a la LM, aunque se haga desde la perspectiva del análisis individual, intentando esclarecer qué variables pueden aumentar el riesgo de que una persona con LM adquiriera una depresión y cuales, por el contrario, lo protegen. Así, es de gran relevancia utilizar métodos e instrumentos fiables de evaluación de la depresión en personas con LM para poderla diagnosticar adecuadamente.

1.4.- RESUMEN

En este primer apartado, se ofrece un acercamiento a una discapacidad física adquirida que produce importantes cambios en la vida de la persona que la padece, la LM. Se muestran las principales secuelas físicas que origina y se reivindica su carácter multisistémico, haciendo notar las repercusiones que su adquisición puede tener en todas las dimensiones de la persona, tanto biológicas como psicológicas y sociales. Se ofrecen datos sobre el número de personas afectadas por esta discapacidad, así como de la frecuencia de su aparición (alrededor de 1000 casos anuales) y su origen, en la mayoría de los casos adquirido y traumático (principalmente en la edad adulta tras un accidente de tráfico). Es esta última característica, tener un origen traumático, la que suscita el interés de la psicología, y más concretamente de la psicología de la rehabilitación, por estudiar el impacto psicológico que esta adquisición tiene y analizar su proceso psicológico de adaptación.

En un segundo apartado se hace una incursión en la dimensión psicológica del proceso de adaptación a la LM, a través del análisis los dos modelos teóricos desde los que se ha realizado su estudio. Por un lado el *modelo de las etapas*, que describe el proceso de adaptación a la LM como la sucesión de etapas y/o reacciones psicológicas necesarias y universales y entre las que se identifica siempre la depresión como necesaria y saludable para la rehabilitación de las personas con LM. Por otro lado, el *modelo de las diferencias individuales*, que partiendo de estudios empíricos, identifica

el proceso de adaptación a la LM como un proceso individual en el que median variables de distinta naturaleza: personales (físicas y psicológicas, previas y posteriores a la LM) y sociales (apoyo social, inserción en la comunidad, etc.). Este nuevo marco de estudio de la adaptación a la LM no reconoce ni la universalidad de la depresión ni su necesidad para el adecuado proceso de rehabilitación, sin embargo considera necesario continuar con el estudio de la depresión con el objeto de identificar qué variables se relacionan con la presencia de dicho estado psicológico y qué consecuencias negativas tiene su presencia para la rehabilitación.

Este análisis pone de manifiesto el interés que la depresión en las personas con LM suscita desde los dos modelos y la importancia que se le concede en el estudio de la adaptación psicológica a la LM. Si bien el primer modelo identifica la depresión como un proceso natural, universal y necesario para adaptarse a la LM, el segundo, aun reconociendo la alta frecuencia de la depresión entre las personas con LM y lejos de identificarlo como una variable predictora de adaptación psicológica, trata de identificar qué otras variables personales o sociales inciden en su aparición y estudia las repercusiones que la presencia de dicha enfermedad psicológica tiene a corto y largo plazo en el proceso de rehabilitación.

Una vez introducida la discapacidad objeto de estudio, la LM, y tras analizar su definición, tipología, sus principales secuelas y las dimensiones psicológicas del proceso de adaptación a la misma, se continúa esta parte teórica con el análisis de la principal variable psicológica objeto de estudio en el presente trabajo, la depresión.

CAPÍTULO 2.-

LA DEPRESIÓN: ASPECTOS CONCEPTUALES Y EPIDEMIOLÓGICOS

2.1.- INTRODUCCIÓN

En este segundo apartado se analiza la variable psicológica objeto de estudio en relación con la LM: la depresión. Para ello se examina el concepto de depresión, enmarcándolo dentro de los trastornos del estado de ánimo, se revisan las principales clasificaciones y modelos de estudio, haciendo especial hincapié en el diagnóstico de esta patología en poblaciones con enfermedades físicas crónicas. Además, se analizan los datos epidemiológicos referidos a este trastorno, tanto en población general como en poblaciones con enfermedades crónicas, y más concretamente en la LM.

2.2.- LA DEPRESIÓN: CONCEPTO Y MODELOS

La depresión es una reacción emocional que habitualmente puede ser experimentada en forma de tristeza, desilusión o pena (Hopko, Lejuez, Armento y Bare, 2004). A menudo estos sentimientos pueden aparecer cuando una persona se enfrenta a experiencias negativas o estresantes, sin necesariamente padecer lo que se denomina como una depresión clínica o una alteración del estado de ánimo (Saranson y Saranson, 2006). Por ello lo importante es determinar qué factores hacen que esa experiencia de sentimientos afectivos negativos llegue a convertirse en un trastorno depresivo y hace necesario diferenciar las manifestaciones de sentimientos de tristeza y las manifestaciones patológicas que evidencian la presencia de un trastorno del estado de ánimo (Vázquez y Sanz, 2009).

La depresión, de naturaleza clínica, es una patología que se incluye dentro de los *desórdenes del humor, del estado de ánimo o trastornos afectivos*. Dentro de estos se diferencia entre los trastornos depresivos, los trastornos bipolares y otros trastornos afectivos; si bien en palabras de Vallejo (2000), la naturaleza y los límites de todos estos trastornos relacionados con el estado afectivo aún no están suficientemente perfilados.

Para diagnosticar una depresión clínica es necesario identificar la presencia de varios síntomas, no sólo un estado de ánimo bajo, así como diferenciarla de estados de ánimo deprimidos asociados a otros trastornos (esquizofrenia), a síndromes afectivos orgánicos o a trastornos transitorios, como los trastornos de ajuste, el duelo normal, las reacciones normales a estresores, etc. (Vázquez y Sanz, 2009). Es por ello que en los trastornos del estado afectivo es esencial identificar cuándo una reacción afectiva es normal (estado afectivo deprimido) y cuándo ésta es patológica y nos enfrentamos a una depresión clínica.

Los trastornos depresivos se caracterizan por la experiencia de estados disfóricos y/o eufóricos que se desvían de forma significativa de las normas sociales creando malestar psicológico y limitaciones en el funcionamiento (Hopko et al., 2004). Existen múltiples clasificaciones de los trastornos depresivos aludiendo a si es – endógeno / exógeno-reactivo; si es psicótico / neurótico; si es unipolar / bipolar; si es primario / secundario-. Sin embargo, las clasificaciones más utilizadas son las taxonómicas consensuadas como las contempladas en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR, American Psychiatric Association - APA, 2003)* y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; CIE-10, Organización Mundial de la Salud, OMS 1996)* (tabla 12). Desde estos sistemas clasificatorios se agrupan a personas bajo un mismo diagnóstico o categoría diagnóstica por la similitud en la manifestación de síntomas.

Tabla 12

Los trastornos afectivos según los principales sistemas clasificatorios

DSM-IV-TR	CIE-10
Trastornos del Estado de Ánimo	Trastornos del Humor (afectivos) F30
Episodio Afectivos:	
Episodio de Depresión Mayor	Episodio Maniaco (F30)
Episodio Maniaco / Mixto / hipomaniaco	Trastorno Bipolar (F31)
Trastornos Afectivos:	Episodios Depresivos (F32)
Trastorno de Depresión Mayor	Trastorno Depresivo Recurrente (F33)
Trastorno Distímico	Trastornos del Humor (afectivos) Persistentes (F34)
Trastorno Bipolar I	Ciclotimia
Trastorno Bipolar II	Distimia
Trastorno Ciclotímico	Otros Trastornos del Humor (afectivos) persistentes
Trastorno Bipolar no especificado	Otros Trastornos del Humor
Trastorno de Estado de Ánimo debido a Enfermedad Médica	Trastorno del Humor (afectivo) sin Especificación
Trastorno del Estado de Ánimo Inducido por Sustancias	
Trastorno del Estado de Ánimo no Especificado	

Nota: DSM-IV-TR = Manual Diagnóstico y Estadístico de las Trastornos Mentales, cuarta edición Revisada; CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición.

Así, el DSM-IV-TR distingue, dentro de los trastornos del estado de ánimo, entre trastornos depresivos y trastornos bipolares. Considera que los desórdenes depresivos son un subconjunto de desórdenes del humor entre los que se encuentra la depresión mayor (única o recidivante), la distimia y los desórdenes depresivos no especificados. Además, este sistema de clasificación diferencia entre los *episodios depresivos* y los *trastornos depresivos*, por ejemplo el *episodio depresivo mayor* y el *trastorno depresivo mayor*. Para establecer un diagnóstico diferencial entre un estado afectivo deprimido y un trastorno depresivo establecen criterios de gravedad tanto temporales (el tiempo que duran dichos sentimientos negativos) como de incidencia vital (las limitaciones que dicha experiencia limita el funcionamiento diario, esto es impacto vital).

Por lo que se refiere al *episodio depresivo mayor* se establece que, para su diagnóstico, la persona tiene que manifestar, durante al menos dos semanas, un estado afectivo deprimido o pérdida de interés o placer por casi todas las actividades, además de cuatro síntomas de entre los siguientes (cambios en el apetito o peso, en el sueño y la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultades cognitivas: pensar, buscar soluciones, concentración; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida). Estos síntomas deben estar presentes la

mayor parte del día durante dos semanas consecutivas. Todo lo anterior se acompaña de malestar psicológico en el desempeño de sus ocupaciones diarias, que se desatienden o suponen un gran esfuerzo. Se estima que la manifestación de episodios depresivos mayores es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se entiende que la mayoría de los episodios depresivos mayores se superan en torno a los 4 meses remitiendo la totalidad o la mayoría de los síntomas. En algunos casos se puede llegar a cronificar el episodio superando una permanencia sintomática por encima de los 2 años.

Es relevante apuntar que desde el DSM-IV-TR (APA, 2003) se alude específicamente a la *dificultad de diagnosticar un episodio depresivo mayor en sujetos con enfermedades crónicas*, ya que los síntomas somáticos que permiten el diagnóstico de una depresión (pérdida de apetito, alteraciones del sueño, alteraciones sexuales, etc.) pueden deberse al propio proceso de enfermedad y no a la depresión. Esta limitación también se identifica en la literatura sobre diagnóstico de depresión en personas con LM, tal y como se analizará en apartados posteriores, y por tanto ponen el acento en la necesidad de realizar adecuados diagnósticos diferenciales que eviten los falsos positivos en el diagnóstico de la depresión en personas con enfermedades crónicas en general y con LM en particular.

A continuación, en la tabla 13 se muestran los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el diagnóstico del *episodio de depresión mayor* resaltando aquellos que pueden ser identificados erróneamente por las propias secuelas de la enfermedad y aludiendo a la necesidad de que esa sintomatología no pueda ser atribuida a enfermedades crónicas, tal y como se recoge en el apartado D.

Tabla 13

Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, cada día según lo indica el propio sujeto (ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (ej. llanto)
 - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 - (3) **Pérdida importante de peso** sin hacer régimen o aumento de peso (ej. un cambio de más de 5% del peso corporal en 1 mes), o **pérdida o aumento del apetito** casi cada día
 - (4) **Insomnio o hipersomnia** cada día
 - (5) **Agitación o enlentecimiento psicomotores** casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 - (6) **Fatiga o pérdida de energía** casi cada día
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 - (8) **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse**, o indecisión, casi cada día (ya sea de atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. **Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (ejs. una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ej. hipotiroidismo).**
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ej. por la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.
-

Nota: las negritas son nuestras referidas a síntomas que pueden ser secundarios a la LM. Adaptada de “DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” por APA, 2003, *Masson*, pp. 398-399.

Por lo que se refiere a los trastornos depresivos el DSM-IV-TR (APA, 2003) diferencia entre varios tipos de trastornos del estado de ánimo.

En primer lugar, el **trastorno de depresión mayor** se identifica con la pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades al menos durante las dos últimas semanas. Se puede dar a través del diagnóstico de un episodio depresivo único o bien con episodios recurrentes. Se estima que la incidencia de mortalidad en personas con trastorno depresivo mayor está en torno al 15% y se refiere específicamente a que la presencia de un trastorno depresivo mayor concomitante a una enfermedad médica complica el pronóstico de la misma, lo cual justifica su análisis y estudio en poblaciones con esta condición de salud como el caso que nos ocupa, la LM. Se considera que la prevalencia de este trastorno está entre el 10-25% para las mujeres y entre el 5-12% para los hombres (APA, 2003) y no parece relacionarse con otras variables

demográficas diferentes al sexo (edad, raza, nivel de estudios, ingresos económicos y estado civil).

En segundo lugar, la *distimia* es descrita como el trastorno depresivo de naturaleza crónica, donde la persona experimenta humor depresivo la mayoría de los días, al menos durante dos años, sin períodos libres de síntomas superiores a 2 meses y sin existir un episodio de depresión mayor. Las personas que lo padecen se suelen describir como tristes o desanimados. Unido a la tristeza aparecen síntomas de: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (tabla 14). De nuevo hay que aludir a la dificultad de diferenciar si esa sintomatología es debida a la distimia en poblaciones con enfermedades físicas crónicas como la LM y, tal y como ya se ha comentado en el trastorno de depresión mayor. Por ello el sistema de clasificación aludido no recomienda diagnosticar este trastorno si se estima que los síntomas pueden deberse a una enfermedad médica (apartado G). También se considera para la distimia que la mujer es población de riesgo frente a los hombres (2:1) y las tasas de prevalencia se sitúan en el 6%. Su mayor diferenciación con el trastorno de depresión mayor es la constancia de sus síntomas y la ausencia de períodos con actividad normal.

Tabla 14

Criterios diagnósticos del trastorno distímico

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas
 - (1) **Pérdida o aumento de apetito**
 - (2) **Insomnio o hipersomnias**
 - (3) **Falta de energía o fatiga**
 - (4) Baja autoestima
 - (5) **Dificultades para concentrarse** o para tomar decisiones
 - (6) Sentimientos de desesperanza
- C. Durante el período de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración; por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para un diagnóstico ciclotímico
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. **Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejs. una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (ej. hipotiroidismo).**
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano o (antes de los 21 años) **Inicio tardío** (a los 21 años o con posterioridad)

Especificar si: **Con síntomas atípicos**

Nota: las negritas son nuestras referidas a síntomas que pueden ser secundarios a la LM. Adaptada de “DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” por APA, 2003, *Masson*, pp. 426-427.

En tercer lugar, la categoría de *otros trastornos depresivos* se utiliza para aquellas personas que experimentan sintomatología depresiva pero no coinciden con los criterios diagnósticos de la depresión mayor ni la distimia, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Dentro de esta categoría se incluyen el trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor (episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos con menos de 5 ítems de los exigidos en el trastorno de depresión mayor), trastorno depresivo breve recidivante, trastorno depresivo psicótico en la esquizofrenia, episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, y otros no especificados.

Tabla 15

Criterios diagnósticos del trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad

-
- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizado por uno (o ambos) de los siguientes estados:
 - (1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
 - (2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
 - B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que **la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica**
 - C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej. un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica)
 - D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium
 - E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- Calificación basada en tipo:
- .32 Con síntomas depresivos:** si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor
 - .32 con episodio similar al depresivo mayor:** si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D)
 - .30 con síntomas maníacos:** si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable
 - .33 con síntomas mixtos:** si hay tantos síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine
-

Nota: las negritas son nuestras referidas a síntomas que pueden ser secundarios a la LM. Adaptada de “DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” por APA, 2003, *Masson*, pp. 452-453.

Además de los anteriores el DSM-IV-TR (APA, 2003), a diferencia de sus versiones previas, también incluye el *trastorno de estado de ánimo debido a una enfermedad médica* (tabla 15). En este diagnóstico se entiende que debe existir un efecto fisiológico de la enfermedad médica que se relacione de forma directa con la alteración del estado de ánimo. El estado depresivo del paciente no se explica mejor por otro diagnóstico como el de *trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido*, que identifica el estado deprimido como una respuesta al estrés psicológico producido por padecer una enfermedad médica, por el contrario tiene que existir una mediación fisiológica entre la enfermedad médica y la manifestación del afecto deprimido. No existe evidencia de distribución por sexo en este diagnóstico. Parece existir una mayor incidencia de suicidio cuando se relaciona el trastorno depresivo con una enfermedad médica crónica, incurable y dolorosa (APA, 2003).

Por su parte el CIE-10 (López-Ibor, 1992), en su capítulo V referido a los trastornos mentales y del comportamiento, prefiere referirse a los trastornos del humor (afectivos), frente a la denominación de estados de ánimo utilizada por el DSM-IV-TR (tabla 12). Se incluyen dentro de esta categoría (F3) los siguientes tipos: episodio maniaco, trastorno bipolar, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente,

trastorno del humor (afectivo) persistente, otros trastornos del humor (afectivos), trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

Por lo que se refiere a los *episodios depresivos* (F32) diferencia su tipología según la gravedad: leve y moderada (con o sin síntomas somáticos) y grave (con o sin síntomas psicóticos); y se requiere para su diagnóstico que la sintomatología (humor depresivo, pérdida de interés y vitalidad, disminución de atención, etc.) se prolongue al menos dos semanas. En el caso de existir más de un episodio depresivo, sin períodos de manía, el diagnóstico debe ser *trastorno depresivo recurrente* (F33). Al igual que ocurre en los episodios depresivos el CIE-10 permite diagnosticar tipología del *trastorno depresivo recurrente* según su gravedad (leve, moderada y severa) y además según existan síntomas somáticos o no para los dos primeros y síntomas psicóticos o no para el tercero.

Otro diagnóstico recogido por el CIE-10 en la categoría de los trastornos del humor es el *trastorno del humor persistente* (F34), dentro del que se contemplan los siguientes tipos: *ciclotimia* (inestabilidad persistente del estado de ánimo con periodos de euforia leves que no podrían ser diagnosticados como manía); *distimia* (depresión crónica que permite desarrollar las actividades de la vida diaria pero con gran esfuerzo); *otros* (no cumplen los criterios de gravedad de la ciclotimia o la distimia pero sus sintomatología es clínicamente significativa).

Las últimas categorías ofrecidas por este sistema clasificatorio se refieren a *otros trastornos del humor* (afectivos) sean estos aislados o recurrentes y *trastorno del humor sin especificación*.

En cuanto a las diferencias identificadas entre los dos sistemas diagnósticos cabe destacar la no inclusión en el CIE-10 de trastornos depresivos debidos a enfermedades crónicas, que tan importante es para favorecer el diagnóstico diferencial en poblaciones como la que es objeto de estudio, las personas con LM.

Finalmente, y una vez analizados los posibles diagnósticos propios de los trastornos depresivos, se puede concluir que su sintomatología podría agruparse en cinco categorías (Vázquez y Sanz, 2009). La primera de ellas se refiere a los síntomas anímicos: al predominio de sentimientos negativos (pena, tristeza, abatimiento, pesadumbre, irritabilidad e incluso incapacidad para sentir) frente a los sentimientos o

emociones positivas (felicidad, alegría, esperanza, etc.). La segunda aludiría a los síntomas motivacionales y conductuales: descenso acusado de la actividad, desde actividades básicas como levantarse, vestirse y asearse, hasta otras actividades familiares y profesionales, unidas a la imposibilidad de tomar decisiones y hacer elecciones. La tercera incorporaría los síntomas cognitivos: múltiples procesos cognitivos como procesos de percepción, atención y memoria pueden verse afectados limitando seriamente el funcionamiento cognitivo de la persona con trastorno depresivo. A esto puede unirse la presencia de alteraciones en el proceso de pensamiento en cuanto a la velocidad (manifestando torpeza y lentitud ideatoria), a la fluidez (pensamientos circulares y reiterativos) y el contenido (pensamientos muy limitados de contenido y asociados a temas referidos a la culpa, la incapacidad, la auto-infravaloración, etc.). La cuarta categoría introduciría los síntomas físicos: los problemas relacionados con el sueño (insomnio o hipersomnias), la fatiga, la falta de apetito, las alteraciones sexuales (desde la disminución del deseo sexual a las dificultades en la erección), alteraciones viscerales (vómitos, estreñimiento) y presencia de dolores, siendo precisamente estos síntomas físicos los que requieren un diagnóstico diferencial en los pacientes con enfermedades orgánicas de base como la LM. Y la quinta agruparía los síntomas interpersonales: dificultades en el inicio y mantenimiento de relaciones sociales que van desde una falta de interés por establecer relaciones hasta el claro rechazo a mantener contactos con otras personas.

Si bien todos estos síntomas, en sus distintas modalidades, están presentes en los trastornos de estado de ánimo o del humor analizados, se acusa a los sistemas actuales de diagnóstico de centrarse en exceso en ellos para la realización del diagnóstico y de utilizar, poco o nada, los datos fisiológicos y bioquímicos relacionados con el proceso depresivo (López-Ibor, 1992) y que ayudarían notablemente a identificar cuando una depresión se debe a una condición médica que altere los mismos y que por tanto permitiría un diagnóstico más certero en el caso de las personas con enfermedades crónicas.

Una vez analizados los trastornos depresivos, identificados como un conjunto de posibles diagnósticos de alteraciones del estado del ánimo, así como identificada la presencia de síntomas dudosos en el diagnóstico de poblaciones con enfermedades físicas crónicas, se ofrecen las cifras de incidencia y prevalencia de estos trastornos en

la población general y, a su vez, en la población con discapacidades y/o enfermedades físicas, y con mayor interés en las personas con LM, con el objeto de comprobar si en las poblaciones médicas la prevalencia de los trastornos depresivos es mayor.

2.3.- EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Una vez definida la variable objeto de estudio, la depresión, se muestran los datos sobre el número de personas que padecen este trastorno en la población general y se comparan con los datos de depresión en poblaciones con enfermedades físicas, y más concretamente en las personas con LM.

2.3.1.- Prevalencia de la depresión en la población general

Se considera que los trastornos del estado del ánimo son los trastornos mentales más comunes, junto con el abuso de sustancia tóxicas y los trastornos de ansiedad (Vázquez y Sanz, 2009), llegando los datos de prevalencia a evidenciar que el 21% de la población mundial ha padecido algún trastorno depresivo a lo largo de su vida (Kessler et al., 2007), si bien hay que tomar estos datos con cierta prudencia dadas las diferencias existentes en las cifras obtenidas en los distintos países, diferencias cuyas causas hoy se desconocen con exactitud.

En nuestro país se estiman cifras de *prevalencia de la depresión en la población general* del 20% procedentes de estudios de diferente naturaleza, centrados en poblaciones muy específicas y poco representativas de la población general (Gabilondo et al., 2010).

Datos más rigurosos y fiables, sobre el número de personas que en España padecen un trastorno del estado de ánimo, son los ofrecidos por el Proyecto Estudio Epidemiológico Europeo sobre los Trastornos Mentales (ESEMeD). Se trata del primer estudio epidemiológico transnacional basado en la comunidad referido a las enfermedades mentales (Gabilondo et al., 2010). Este proyecto en España cuenta con una muestra representativa de la población general (5.437 adultos no institucionalizados), obtenida a través de muestreo estratificado, a la que se evalúa entre 2000 y 2001 a través del Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI), entrevista altamente estructurada que recoge información de la presencia del trastorno junto con información sobre la discapacidad y la CV, el uso de servicios, los

tratamientos psicofarmacológicos y los factores de riesgo, siguiendo los criterios diagnósticos del CIE-10 y el DSM-IV-TR. Además, con el fin de comprobar la fiabilidad de la entrevista, se realiza una reevaluación clínica sobre una muestra de las personas entrevistadas por medio de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders, SCID) y de diversos cuestionarios de gravedad clínica, entre los que cabe destacar el Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). El objetivo es evaluar la concordancia de los diagnósticos de la WMH-CIDI con una entrevista clínica, estudiar las razones de las discrepancias cuando estas existan y, finalmente, evaluar la gravedad clínica de los trastornos diagnosticados en la entrevista domiciliaria. Los resultados obtenidos indican que el 11.4% han padecido algún trastorno depresivo a lo largo de su vida y que un 4.3% lo han padecido en el último año (Gabilondo et al., 2010; Haro et al., 2006). Los datos referidos al porcentaje de prevalencia según el trastorno del estado de ánimo se ofrecen en la tabla 16.

Tabla 16

Prevalencia de la depresión en España

Trastornos del Estado de Ánimo	%
Episodio de Depresión Mayor	
En algún momento de su vida	10.5
En el último año	3.9
Distimia	3.65

Nota: elaborada según los datos de Haro et al. (2006).

Además de los datos de prevalencia de la depresión en la población general, el proyecto ESEMeD ofrece otros datos de especial significación como son los referidos a los factores considerados de riesgo en la presencia de los trastornos afectivos entre los que se destacan: la ocupación, el sexo y la edad. Por lo que se refiere a la ocupación se concluye que las personas de baja por enfermedad o maternidad, los desempleados y quienes presentan una discapacidad- incapacidad, presentan trastornos afectivos en mayor medida que las personas con empleo remunerado. En cuanto al sexo, el estudio concluye que las mujeres tienen una tasa de prevalencia mucho mayor que los varones en el diagnóstico de depresión, tal y como se aprecia en la tabla 17, y que confirma los datos aportados en la literatura científica con anterioridad donde se establece que las

mujeres son hasta dos veces más propensas a padecer este trastorno (López-Ibor, 1992; Vázquez y Sanz, 2009), si bien estas diferencias en la prevalencia según la variable sexo no se observan en los trastornos bipolares del estado de ánimo (Saranson y Saranson, 2006). Por lo que se refiere a la edad de inicio de los trastornos del estado de ánimo se sitúa en torno a los 40 años por lo que se considera un trastorno de inicio tardío frente a otras enfermedades mentales como las fobias, el consumo de alcohol o los trastornos de ansiedad, cuyo comienzo se sitúa en los inicios de la edad adulta. Si bien estos datos coinciden con investigaciones previas hay que añadir que en el caso de las mujeres la edad de inicio desciende hasta los 20-29 años de edad.

Se considera oportuno analizar todos estos datos referidos a la prevalencia de los trastornos afectivos/del estado de ánimo ya que permiten comprobar en qué medida difieren de los documentados en poblaciones con LM, tal y como se detalla con posterioridad.

Tabla 17

Prevalencia de los trastornos afectivos según el sexo (porcentajes)

	Hombres	Mujeres
Prevalencia de Vida		
Episodio Depresión Mayor	6.29	14.47
Distimia	1.85	5.29
Cualquier Trastorno Afectivo	6.71	15.85
Prevalencia al Año		
Episodio Depresión Mayor	2.15	5.62
Distimia	0.52	2.38
Cualquier Trastorno Afectivo	2.33	6.25

Nota: elaborada en base a Haro et al. (2006).

El proyecto ESEMeD (Bernet y otros investigadores del proyecto ESEMeD, 2009) también ofrecen datos de la prevalencia de los trastornos depresivos en 6 países europeos. En estos datos se observan ciertas diferencias en cuanto a la presencia del episodio de depresión mayor a la largo de la vida según el país (España el 12.13%; Bélgica el 14.7%; Francia el 22.18%; Alemania el 10.37%; Italia el 9.4%; Países Bajos el 19.85%). En EEUU los datos referidos a la prevalencia de algún trastorno afectivo en población adulta es del 10% (Saranson y Saranson, 2006).

Una vez analizados los datos de prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en la población general, se estima conveniente analizar los datos de prevalencia de estos trastornos en poblaciones con enfermedades físicas crónicas y en especial en personas con LM, por ser ésta la población objeto de estudio en la presente tesis, ya que se ha considerado que el padecimiento de una enfermedad crónica es una situación de vulnerabilidad para padecer un trastorno depresivo y los datos refieren una alta coexistencia de depresión y enfermedades crónicas (Evans et al., 2005) y/o discapacidad (Mazzoni, Boiko, Katon y Russo, 2007).

2.3.2.- Prevalencia de la depresión en la población con enfermedad crónica

Muchas son las *enfermedades físicas crónicas* que han sido estudiadas en relación a la presencia de depresión observándose que los porcentajes de *prevalencia* son, en su mayoría, superiores a los obtenidos en la población general, tal y como se refleja en la tabla 18.

Tabla 18

Prevalencia de la depresión en enfermedades crónicas

Enfermedad Crónica	%
Parkinson	4-75
Dolor	30-54
Alzheimer	30-50
Epilepsia recurrente	22-55
Diabetes	26
Cáncer	22-29
Enfermedades cardiacas	20
Esclerosis múltiple	15-50
VIH	5-20

Nota: elaborada en base a los datos publicados por Davidson et al. (2006); Evans et al. (2005); Feinstein y Feinstein (2001); Minden y Schiffer (1991).

En la revisión realizada por Katon (2003) de los estudios publicados entre 1992 y 2003, sobre prevalencia e incidencia de depresión mayor en pacientes con enfermedades crónicas, se identifica que las patologías neurológicas como el Parkinson, los accidentes cerebrovasculares o la esclerosis múltiple tienen una incidencia más alta de trastornos afectivos. Katon concluye que las enfermedades neurológicas pueden tener

una relación directa con el circuito neurológico que regula los estados de humor, pudiéndose tratar en ese caso de una depresión debida a una enfermedad médica.

Si bien los datos parecen indicar que existe una mayor prevalencia de depresión en personas con enfermedades crónicas de muy distinta naturaleza, sin embargo, se considera vital realizar un análisis que permita entender el fenómeno de dicha coexistencia aclarando como mínimo tres aspectos:

En primer lugar, es necesario identificar si se trata de una depresión clínica tras la adquisición de una enfermedad crónica o bien de un mero estado afectivo deprimido, propio de la situación estresante y novedosa que las personas con enfermedades deben enfrentar: procesos de hospitalización, inmobilizaciones, intervenciones quirúrgicas, etc.

En segundo lugar, es necesario no confundir los síntomas vegetativos propios de la enfermedad crónica con evidencias sintomatológicas propias de la depresión, tal y como se ha analizado en el apartado anterior sobre el riesgo de confundir síntomas y obtener una sobrevaloración de la tasas de depresión por falsos positivos. Un análisis sobre la evaluación de la depresión en las personas con LM, que permita diferenciar síntomas propios de la LM de los síntomas vegetativos de la depresión, ha merecido una revisión y análisis específico en el capítulo 4.

En tercer lugar, en caso de concluir que se trata de un trastorno depresivo, se requiere un diagnóstico diferencial que permita verificar si se trata de una depresión clínica primaria en sus distintas modalidades (episodio depresivo mayor, distimia, etc.) o el trastorno afectivo es consecuencia directa y sintomatológica de la afectación médica, y por tanto el diagnóstico más adecuado es el de trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad, tal y como contempla el DSM-IV-TR (APA, 2003). Para esto último se recomienda comprobar criterios referidos a que exista una simultaneidad temporal de la enfermedad orgánica y el inicio de los síntomas; que se dé una correspondencia entre mejora de la enfermedad y mejora de la sintomatología depresiva; y por último, que exista la posibilidad real de que la enfermedad orgánica afecte a estructuras implicadas en los trastornos afectivos tal y como sospecha Katon (2003) y Vázquez y Sanz (2009).

Además de los datos de prevalencia mostrados, muchos estudios han querido analizar la relación entre la depresión y el curso y evolución de las enfermedades físicas crónicas, esto es no sólo comprobar la presencia de la depresión sino validar los efectos negativos que ésta tiene sobre el curso de la propia enfermedad física. Así la Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA) organiza en 2002 una conferencia en Washington con el propósito de valorar la comorbilidad y efectos de la depresión en poblaciones con enfermedades crónicas. Se aportan datos concluyentes respecto al aumento de la mortalidad de las personas con enfermedad cardíaca, enfermedad cerebro-vascular, cáncer, VIH que cursan una depresión (Evans y Charney, 2003; Evans et al., 2005; Simon, 2003).

Otros estudios también han identificado una relación entre presencia de depresión y peor curso de la enfermedad crónica. Así, en la enfermedad de **colon irritable**, Fernández y Álvarez (2002) identifican que un 6.45% de casos padecen depresión, valorados a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias (HADS). La depresión en dicho estudio correlaciona con peor CV, peor percepción de salud y peor evolución de la enfermedad, existiendo una relación inversa entre depresión y apoyo social.

También se ha relacionado la presencia de la depresión con limitaciones en la CV, merma en la realización de actividades de la vida diaria, acelerando ésta la necesidad de institucionalización y comprometiendo la capacidad cognitiva en personas con **Parkinson o Alzheimer** (Evans y Charney, 2003).

Por su parte Katon (2003), en el estudio mencionado con anterioridad, también quiere analizar la asociación de estos desórdenes afectivos con: el aumento de los síntomas, la limitación funcional, las conductas poco saludables y las adherencias a los regímenes de autocuidado (dieta, ejercicio), la satisfacción con los cuidados, la mortalidad y, posibles mecanismos patofisiológicos que pueden empeorar el curso de la enfermedad. Los resultados son concluyentes, la presencia de depresión disminuye la adherencia a los tratamientos, aumenta la percepción de los síntomas de la propia enfermedad (**lesiones cerebrales, patologías intestinales, hepatitis C, diabetes**), aumenta las limitaciones funcionales de la persona, empeora la satisfacción de las personas con los tratamientos médicos y merma la estimación de CV. No se obtienen,

por otro lado, datos concluyentes con respecto a la relación entre depresión en personas con enfermedades crónicas y mortalidad.

En 2007, Katon, Lin y Kroenke también realizan una revisión de la literatura publicada entre 1996 y 2006 (en inglés y con muestras superiores a 100 sujetos) para valorar la comorbilidad de depresión y ansiedad, y sus efectos, en otras enfermedades crónicas como la **artritis reumatoide, osteoartritis, enfermedades coronarias, diabetes y enfermedades pulmonares y respiratorias como el asma**. Los datos, de nuevo, confirman la idea de que las personas con enfermedades crónicas y depresión manifiestan mayor índice de sintomatología de su enfermedad que los que no padecen trastornos depresivos o ansiedad, sin aludir a criterios de causalidad.

También en estudios específicos de **diabetes** se identifica que la comorbilidad con depresión se asocia a una menor adherencia al consumo de glucosa, al menor control de la misma, a una mayor presencia de complicaciones micro y macrovasculares e incluso la muerte (Katon et al., 2008).

En las mujeres que cursan **cáncer de pecho** y manifiestan depresión (con una comorbilidad de entre el 10 y el 25%) se comprueba que padecen una amplificación de los síntomas físicos, aumentan las limitaciones funcionales y disminuye la adherencia al tratamiento (Fann et al., 2008)

Con respecto a la relación entre discapacidad y depresión comórbida a enfermedades físicas crónicas, Simon, Von Korff, Rutter y Peterson (2001) y Simon (2003) la estudian en 409 sujetos, de los cuales 197 no tienen enfermedad crónica y 212 padece alguna de las siguientes enfermedades: **diabetes, obstrucción crónica pulmonar o enfermedad isquémica del corazón**. Identifican que la depresión y la enfermedad física crónica producen patrones diferentes y más significativos de discapacidad, esto es la comorbilidad crea un peso adicional en la discapacidad.

En último lugar se ofrecen los datos referidos a la **frecuencia de la depresión** en la población objeto de análisis en el presente trabajo, **las personas con LM**. Los datos indican que existe un riesgo 4 veces mayor de padecer una depresión (o estado deprimido) comparados con la población general (Hartkopp et al., 1998). Sin embargo, los datos ofrecidos por la literatura científica son, tal y como se evidencia en el capítulo anterior, cuanto menos confusos. Los porcentajes de incidencia que aparecen en los

estudios son muy variados, desde una prevalencia del 5% aportada por Rathore et al. (2007) hasta el 47% ofrecida por Krause et al. (1999), tal como se puede apreciar en la tabla 9, si bien estos datos descienden cuando se especifica que el diagnóstico se refiere a una depresión mayor (tabla 10). En todo caso, en la mayoría de los estudios las cifras varían entre el 20 y 30 % de prevalencia de depresión tras la LM, indicando que no es un estado universal tras la adquisición de la LM, tal y como postula el *modelo de las etapas* revisado con anterioridad.

Todos los resultados anteriores permiten llegar a varias conclusiones: en primer lugar, se demuestra que las personas con LM, y con otras enfermedades crónicas, son más vulnerables a padecer una depresión que la población general, sin embargo no se ha demostrado que esto sea una consecuencia universal y que afecte a todas las personas con enfermedades crónica y/o LM, y lo haga de la misma manera. En segundo lugar, la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial, por el solapamiento de sintomatología física, en las personas con enfermedades crónicas para identificar tempranamente la presencia de una alteración del estado del ánimo que pueda conllevar un agravamiento o empeoramiento de su enfermedad (Lewis, 2003) y su toma en consideración en el curso de la rehabilitación.

2.4.- RESUMEN

En este apartado se ofrece la aproximación teórica a la principal variable psicológica objeto de estudio, detallando qué es la depresión y cuántas personas la padecen tanto en la población general como en poblaciones con enfermedades físicas.

Así, en primer lugar se identifica la depresión como un trastorno del estado afectivo o del humor, con un carácter clínico, que lo hace diferenciarse de procesos de pena o duelo que se pueden presentar comúnmente en las personas ante situaciones vitales estresantes o incómodas, como las que pueden vivirse en la adquisición traumática de una LM y que por tanto pueden conllevar falsos positivos en el diagnóstico de la depresión en las personas con la citada discapacidad.

Además, se profundiza en los distintos trastornos depresivos existentes según su severidad, tiempo de duración o sintomatología en función de las dos principales clasificaciones de los trastornos mentales, el DSM-IV-TR y el CIE-10. Aprovechando el

análisis de los criterios diagnósticos recogidos en estas clasificaciones se evidencia la necesidad de realizar verdaderos diagnósticos diferenciales entre el mero estado de humor deprimido, la presencia de un trastorno depresivo primario y el diagnóstico de trastorno depresivo debido a enfermedades crónicas como la LM.

En segundo lugar se describe la prevalencia de los trastornos depresivos en la población general, en torno al 20%, con una tasa mayor en mujeres, y se comparan estos datos con las poblaciones con enfermedades crónicas (artritis reumatoide, cáncer, diabetes, asma, etc.), identificando una mayor prevalencia de trastornos depresivos en éstas últimas, en torno al 30%, y asemejando sus datos de prevalencia a los encontrados en poblaciones con LM. Se identifican, así mismo, los efectos negativos que la depresión tiene en el curso y tratamiento de las enfermedades crónicas.

Una vez se ha profundizado sobre la variable psicológica de la depresión se procede a revisar, en el siguiente apartado, la literatura científica en cuanto a su presencia y su papel en el proceso de adaptación a la LM, así como a la relación con otras variables clínicas y psico-sociales.

CAPÍTULO 3.-

LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM

3.1.- INTRODUCCIÓN

Hasta el momento se han analizado las dos dimensiones principales a estudiar en estudio que se presenta, por un lado las personas con LM y por otro lado la depresión. En el actual capítulo se revisa la literatura científica referente a *la depresión en el proceso de rehabilitación de las personas con LM*.

La depresión es la variable psicológica más estudiada en el proceso de adaptación a la LM, muestra de ello es la abundancia bibliográfica sobre el tema. Los resultados obtenidos en la búsqueda de literatura científica en las bases de datos Medline y PsycINFO lo evidencian. Tras introducir como palabras claves “*depression*” y “*spinal cord injury*” se obtienen 260 artículos en el Medline y 184 en el PsycINFO. Tras realizarse una primera exploración de los estudios aparecidos en las bases de datos, se excluyen de la revisión final aquellos artículos cuya muestra se centra en animales, utilizan el término “*depression*” para referirse a aspectos biológicos (p.ej. depresión de la fuerza muscular en personas con LM), analizan la depresión exclusivamente en familiares o cuidadores de personas con LM o bien son estudios de caso. Por el contrario, se incluyen en la revisión todas aquellas investigaciones que realizan estudios teóricos o empíricos de la depresión en LM, bien analizando su presencia en el proceso de adaptación, bien relacionando la depresión con otras variables concomitantes a la LM, o bien revisando los instrumentos de evaluación que se utilizan para el diagnóstico de la depresión o el estado afectivo deprimido en las personas con LM. Son 154 los trabajos de investigación que finalmente se incorporan a la fundamentación teórica del presente trabajo con el propósito de esclarecer la presencia y papel de la depresión en el proceso de rehabilitación de las personas que han adquirido una LM con el fin de ofrecer conclusiones al respecto que tengan un impacto en los programas de rehabilitación y tratamiento de la mencionada población.

A lo largo de las siguientes páginas se brinda una síntesis y análisis de las conclusiones de la literatura científica revisada. En un primer apartado se incluyen aquellas investigaciones que analizan la relación entre depresión y variables socio-

demográficas como la edad, el sexo, el país de procedencia o la raza. En un segundo apartado se incorporan los resultados de la investigación sobre la relación entre depresión y variables clínicas y de salud como el dolor crónico, la capacidad funcional, la incontinencia vesical e intestinal y la actividad física y deportiva en personas con LM. En el tercer apartado se ofrecen los principales resultados sobre la relación entre la depresión y las variables psicosociales como el afrontamiento, el locus de control, la personalidad, la autoestima, el apoyo social, etc. En un cuarto y último apartado se analiza la relación entre depresión y CV en personas con LM.

3.2.- DEPRESIÓN Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN LM

Para esclarecer cómo se produce el proceso de adaptación a la LM, el impacto psicológico en la persona que la padece, así como identificar qué variables se relacionan con una mejor o peor adaptación psicológica, muchos autores han estudiado la relación entre la presencia de la depresión y las características socio-demográficas de las muestras como el sexo, la edad, la edad de adquisición, el estado civil, etc.

Por lo que se refiere a los estudios sobre la variable **sexo** los datos obtenidos son, cuanto menos, contradictorios. Si bien la mayoría de las investigaciones no han encontrado relación entre el sexo y la mayor o menor presencia de depresión tras la adquisición de la LM (Bombardier et al., 2004; Craig, Hancock y Dickson, 1994b; Elliott, Herrick, Witty, Godshall y Spruell, 1992; García, 2006; Kalpakjian y Albright, 2006; Kennedy, Duff, Evans y Beedie, 2003; Kennedy et al. 2000; Krause, Kemp y Coker, 2000; Mingliorini et al., 2008; Norrbrink, Hulting y Lundeberg, 2005; Richards, 1986; Scivoletto et al., 1997; Woolrich et al., 2006), otras han encontrado una relación positiva entre los niveles de depresión y el sexo femenino (Krause, Brotherton, Morrisette, Newman y Karakostas, 2007; Oh, Shin, Paik, Yoo y Ku, 2006).

Por su relevancia, se detallan los resultados del estudio realizado por Kalpakjian y Albright (2006) cuyo propósito es describir la prevalencia y severidad de los síntomas de una probable depresión mayor, y otros desórdenes depresivos, comparando los índices de prevalencia entre mujeres con LM ($n = 585$) con los de un grupo control de hombres ($n = 585$) también con LM. Se identifica que el 7.9% de las mujeres cumple los criterios para el diagnóstico de una depresión mayor y el 9.7% de otro desorden depresivo. En el caso de los hombres el 9.9 y 10.3% se cumplen los

criterios de depresión mayor u otros desórdenes depresivos respectivamente. No se encuentran diferencias significativas en ambos grupos, hombres y mujeres, ni en la prevalencia de depresión ni de desórdenes depresivos (17.6% para las mujeres y 20.2% para los hombres). Tampoco Migliorini et al. (2008) encuentran diferencias significativas en depresión según el sexo en una muestra de 443 personas con LM tras 19 años de la lesión. Sin embargo, sí descubren que las mujeres con LM tienen una mayor probabilidad o riesgo de padecer depresión que la población general de mujeres. En el estudio de Woolrich et al. (2006) realizado sobre 963 personas con LM ya veteranos no se identifican diferencias significativas en la variable depresión comparando el grupo de hombres con el de mujeres, aunque sí hallan diferencias en ansiedad con puntuaciones más elevadas en esta variable en el grupo femenino.

Por lo que se refiere a aquellos estudios que sí encuentran diferencias en la presencia de depresión según el sexo, cabe destacar el de Oh et al. (2006) en el que se comprueba, en una muestra de 102 sujetos con LM (68 hombres y 34 mujeres), que las mujeres con LM tienen 3.8 veces más probabilidad de padecer depresión que los hombres con LM. También en un estudio de 1.545 personas con LM (con un promedio de 15.5 años tras la lesión), Krause et al. (2007) hallan una relación positiva entre severidad de la depresión, medida a través del Older Adult Health and Mood Questionnaire (OAHMQ), y el sexo, siendo mayor el índice de severidad para las mujeres. Además de lo anterior Hartkopp et al. (1998) localizan mayores niveles de suicidio en la muestra de personas con LM en función del sexo, con mayor ratio en el caso de las mujeres.

De los datos anteriores se puede concluir que si bien el sexo no predispone, de manera significativa, a padecer una depresión tras la LM sí que parece haber variables concomitantes que pueden poner a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad al malestar emocional. No se han de olvidar los datos referidos a la población general mostrados en el capítulo anterior que indican que las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer trastornos depresivos de naturaleza no bipolar (APA, 2003).

Por lo que se refiere a los estudios que relacionan la **edad** con la depresión tras la LM, se pueden diferenciar dos tipos de estudios: por un lado aquellos estudios que tratan de identificar si la adaptación psicológica a la LM (entendida como ausencia de ansiedad y depresión) es mejor en las personas que adquieren la LM a edades más

tempranas y, por otro lado, aquellos estudios que tratan de identificar variaciones en la depresión según la edad cronológica de la muestra en el momento del estudio, independientemente de la edad de la adquisición de la LM (Martz et al., 2005).

En cuanto al primer tipo de estudios, algunos resultados indican que existe un menor impacto psicológico, en términos de depresión, cuanto más joven es la persona que la adquiere; es decir, que las personas que adquieren la LM a edades más tempranas se adaptan mejor a su discapacidad (Galvin y Godfrey, 2001) aunque, al igual que ocurre en los estudios sobre la variable sexo, estos resultados no son unánimes en todas las investigaciones.

Krause, Kemp y Coker (2000) comprueban, en una muestra de 1.391 personas con LM, que el porcentaje de personas con puntuaciones clínicas en depresión aumenta con la edad cronológica de los sujetos y también con la edad de adquisición de la lesión. En el estudio realizado por Kennedy, Lowe, Grey y Short (1995) la edad de adquisición de la LM correlaciona negativamente con depresión en el grupo en fase aguda (seis semanas tras la lesión) pero positivamente en el grupo ya dado de alta (con un promedio de siete años desde la lesión). Estos resultados afianzan la hipótesis de que las poblaciones más jóvenes se adaptan mejor a la LM, exceptuando en el primer momento tras la lesión donde parece que el impacto psicológico sería mayor que para las personas de más edad.

Por lo que se refiere al segundo tipo de estudios, aquellos que tratan de identificar comportamientos diferentes de las puntuaciones en depresión según la edad de la muestra, al margen de la edad de adquisición de la LM, los resultados tampoco son unísonos ni concluyentes. Bombardier et al. (2004) localizan que las ratios más altas de depresión mayor se hallan en poblaciones entre 25 y 49 años (15%), frente a los mayores de esta edad (8.7%) o menores (6.5%). Por el contrario, muchos otros estudios no encuentran relación entre la edad de la muestra en el momento del estudio y la depresión cuando ésta se estudia independientemente de la edad a la que se adquiere la lesión (Buckelew, Frank, Elliott, Chaney y Hewett, 1991; Chung, Preveza, Papandreu y Prevezas, 2006; Craig et al., 1994a; Davidoff et al., 1990; Elliott et al. 1992; Kennedy et al., 2003; Scivoletto et al., 1997). En el estudio de Chung et al. (2006) se comparan tres grupos de personas con LM: un grupo formado por jóvenes menores de 40 años, otros cuyas edades oscilaban entre 40 y 60 años, y otro grupo de mayores de 60, en las

variables de estrés post-traumático, salud (incluida la dimensión de depresión) y locus de control. Los resultados no muestran diferencias inter-grupo en la variable depresión, es decir, no existen diferencias significativas en la manifestación de la depresión atendiendo a la edad. Por su parte, Oh et al. (2006) identifican en una muestra de 102 personas con LM que el grupo más joven, aquel con menos de 50 años de edad, obtiene puntuaciones más bajas en depresión que el grupo de personas con LM mayores de 50 años, siendo estos resultados contrarios a los obtenidos por McColl y Skinner (1996), en cuya investigación concluyen que las personas con LM de mayor edad tenían niveles de depresión menores.

A tenor de los resultados anteriores no se puede considerar la edad como una variable predictora de depresión tras la LM, por lo menos no de forma independiente. Si bien hay que apuntar que estos resultados pueden deberse a no haber tenido en cuenta el momento de evaluación (fase aguda o crónica) y por tanto deben ser tomados con precaución.

La mayoría de los estudios sobre la dimensión psicológica del proceso de adaptación a la LM se realizan en EEUU y varios son los autores que tratan de identificar diferencias en la presencia de la depresión según la **raza, etnia y/u origen**. Al igual que en el caso del sexo y la edad, existen datos a favor y en contra de relacionar depresión y raza y/o origen de las personas con LM.

Así, Krause et al. (1999) estudian la presencia de depresión en una muestra de 97 personas de origen indio-americano con LM. Los resultados de su estudio indican que el 53% de la muestra (con un promedio de 12.4 años tras la lesión) no está deprimida, el 27% manifiesta sintomatología depresiva y el 20% puede padecer una depresión mayor. Los índices de depresión totales, 47%, exceden los encontrados por otros autores en personas caucásicas, afro-americanas y latinas. En el análisis correlacional hallan que la depresión se relaciona con las siguientes variables: número de actividades abandonadas en el último mes por problemas de salud, abandonar la casa en pocas ocasiones, consumir alcohol muchos días al mes, tener más sucesos tristes, recibir menos asistencia personal y recibir mayor asistencia material. También Kemp y Krause (1999), en un estudio con 177 personas con LM, obtienen diferencias significativas en las puntuaciones de depresión según la raza. Así, las personas de raza hispana obtienen puntuaciones significativamente más altas en depresión que los de raza

blanca o negra. En ambos estudios los autores relacionan estas diferencias con la situación social y económica de las distintas razas entendidas como el acceso a recursos, las redes de apoyo social, etc., y no tanto a considerarse que exista mayor vulnerabilidad a la depresión como una característica propia del origen y/o raza.

Contrariamente, Bombardier et al. (2004) no identifican diferencias en el diagnóstico de depresión mayor en su muestra ($N = 849$) según la raza, categorizada como blancos y no blancos.

En otra línea de estudio, algunas investigaciones tratan de comprobar si la presencia de la depresión tras la LM varía según los distintos **países**, esto es, quieren comprobar si las diferencias culturales inciden en el proceso de adaptación a la LM (Saravanan, Manigandan, Macaden, Tharion y Bhattacharji, 2001). Así, Lude et al., en 2005, comparan los resultados en pruebas de depresión obtenidos por población inglesa (85 personas con LM) y población suiza y alemana (71 personas con LM), transcurridos seis meses después de la lesión. Encuentran que hay una cierta tendencia a mostrar puntuaciones más altas en depresión en la muestra inglesa frente a la suiza y alemana, si bien las diferencias entre los grupos no son significativas. Estos datos, en todo caso, no se pueden considerar concluyentes ya que se emplean en el estudio instrumentos de medida de la depresión diferentes para cada muestra estudiada, por un lado el Beck Depression Inventory (BDI) y por otro el Berne Questionnaire of Well-Being Adult Form (BQWB-AF). Ambos instrumentos miden el mismo constructo, depresión y humor depresivo, pero en grado diferente, por ello, para asemejar los resultados en las dos muestras los autores establecen un punto de corte para el diagnóstico de depresión diferente al que la propia prueba establece. Todo lo anterior sugiere utilizar los datos del estudio con mucha prudencia.

En un estudio posterior, realizado por Kennedy, Lude y Taylor (2006) sí se hallan diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad y depresión, utilizando el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), entre las personas con LM procedentes de cuatro países europeos (171 alemanes, 44 austriacos, 27 suizos y 108 ingleses). Los resultados evidencian, de nuevo, que los ingleses con LM son los que tienen puntuaciones más altas en ansiedad y depresión.

Otra variable que se analiza en relación a la depresión en el proceso de adaptación psicológica a la LM es la **ocupación laboral**. En la investigación

desarrollada por Woolrich et al. (2006) se obtienen puntuaciones de depresión y ansiedad significativamente más altas para el grupo de personas con LM desempleados frente al grupo con empleo, siendo estos datos coincidentes con los obtenidos por el grupo ESEMeD para la población general (Gabilondo et al., 2010; Haro et al., 2006). También Scivoletto et al. (1997) identifican puntuaciones significativamente más altas en depresión en las personas con LM desempleadas de su muestra. Si bien cabe decir que no se tienen datos que analicen si la relación entre depresión y no acceso al empleo se asocia con los problemas derivados de los bajos ingresos y la inseguridad económica o con aspectos psicosociales relacionados con la inserción social como el sentimiento de competencia o la disponibilidad de apoyo social en el contexto laboral.

El **estado civil** es otra de las variables demográficas que suscita interés en cuanto a su relación con la aparición de depresión en personas con LM. Holicky y Charlifue (1999) estudian las puntuaciones obtenidas por 225 personas con LM en instrumentos de medida de depresión, satisfacción de vida, integración social y calidad de vida, con el objetivo de comprobar si existen diferencias en dichas variables según están casados o no (solteros, viudos, separados o divorciados). Si bien las puntuaciones más bajas en depresión y más altas en bienestar psicológico, satisfacción de vida y CV percibida las obtienen el grupo de personas con LM casadas, sólo son significativas las diferencias en las dos últimas variables. Es decir, no identifican relación entre depresión y estado civil en las personas con LM.

En otra dirección Chan, Lee y Lieh-Mak (2000) exploran los niveles de depresión de las mujeres y sus maridos con LM para comprobar si existen diferencias en sus puntuaciones en función de que la lesión sea previa o posterior al matrimonio. Evalúan a 66 personas con LM y 40 parejas con el BDI. Los resultados evidencian que las personas con LM casadas antes de la lesión están significativamente más deprimidas que el grupo casado después de la misma. Estos resultados no se replican en los cónyuges, las puntuaciones en el BDI no difieren significativamente comparando los dos grupos, casados antes o después de la lesión. Curiosamente, a pesar de las altas puntuaciones en depresión las puntuaciones en satisfacción de su vida son relativamente altas también. Similares resultados obtienen Bombardier et al. (2004) cuando comparan los niveles de depresión según el estado civil en el momento de la lesión. Comprueban que los niveles de depresión más bajos se presentan en las personas que están solteras

cuando adquieren la lesión y más altos en aquellas que están casadas, viudas, divorciadas o separadas. Por su parte Kalpakjian y Albright (2006), en una muestra de 585 mujeres con LM, constatan que las mujeres con LM divorciadas tienen una probabilidad 3.4 veces mayor de desarrollar depresión mayor. Esta relación, sin embargo, no la encuentran en la muestra de hombres con LM que utilizan como grupo control, lo que indica que el estado civil tendría una relación diferente con depresión tras la LM según el sexo.

De todo lo analizado con anterioridad se puede concluir que es más lo que queda por descubrir que lo que ya se sabe en cuanto a la incidencia de las variables socio-demográficas en la aparición o no de la depresión tras adquirir una LM, lo cual redundaría en la necesidad de seguir avanzando y profundizando en el conocimiento de la depresión en personas con LM.

3.3.- DEPRESIÓN Y VARIABLES CLÍNICAS Y DE SALUD EN LM

En el presente apartado se sintetizan los principales resultados de las investigaciones sobre la relación entre la depresión en personas con LM y variables relacionadas con la salud, tanto en lo relativo a aspectos clínicos propios de la LM (nivel de la lesión, condiciones secundarias, limitaciones funcionales, etc.) como a la existencia de psicopatología pre-mórbidas, es decir la presencia de trastornos psicopatológicos previos a la adquisición de la LM.

3.3.1.- Depresión y aspectos clínicos de la LM

Desde los primeros estudios sobre la reacción psicológica a la LM, enmarcados en el modelo de las etapas, hasta hoy existe un interés constante por identificar la relación entre depresión y las variables clínicas de la LM. Así, variables como el nivel y el tipo de la lesión, el tiempo transcurrido desde la lesión, o bien la presencia de problemas secundarios a la LM, como el dolor o los problemas de evacuación vesical, son repetidamente estudiados en la literatura científica. Por ello se considera oportuno dedicar un apartado a contemplar los resultados de la investigación sobre la relación entre la depresión y las variables físicas derivadas de la LM y otras condiciones de salud. En el mismo se abordan en primer lugar los resultados obtenidos por aquellas investigaciones cuyo objetivo es esclarecer la relación entre la depresión y las

características de la lesión como por ejemplo el tiempo desde la lesión, el nivel y el tipo de lesión o el nivel de funcionamiento. En segundo lugar se examinan aquellas situaciones de salud, secundarias a la LM, que puedan estar correlacionando con la presencia de depresión como son el dolor crónico, las dificultades en la evacuación, las úlceras por presión, la utilización de ortesis, etc.

El estudio de la relación entre el **tiempo transcurrido desde la adquisición de la lesión** y la depresión surge de un doble interés, por un lado comprobar si realmente existen etapas o fases a superar para adaptarse al proceso de rehabilitación, tal y como establece el modelo de las etapas, analizado en el capítulo primero. Por otro lado, comprobar si la depresión es una respuesta psicológica a la LM más propia de las fases iniciales, tras la adquisición de la LM, o bien es más propia de periodos más a largo plazo en el proceso de inserción en la comunidad.

Así, la literatura científica parece indicar que la presencia de malestar psicológico (ansiedad y depresión) no es inevitable tras la LM pero que, de aparecer, se mantiene constante a través del tiempo (Kennedy et al., 2003) alejándose de identificar períodos o momentos críticos.

Con el objeto de comprobar si el tiempo transcurrido tras la lesión puede considerarse como una variable predictora de depresión se han realizado dos tipos de estudio, los transversales, donde se evalúan grupos de personas con LM en distintos momentos del proceso de rehabilitación y se comparan sus puntuaciones en depresión, y los longitudinales cuyo objeto es comprobar si una muestra de persona con LM manifiesta cambios en la variable depresión a lo largo del tiempo.

Por lo que se refiere a los resultados de los primeros de ellos, los estudios transversales, algunos concluyen que la depresión no es un proceso que se relacione con una etapa o momento concreto de la adaptación ya que no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de la depresión según el tiempo transcurrido desde la LM, (tabla 19).

Tabla 19

Estudios transversales que no avalan el efecto del tiempo transcurrido tras la LM en la depresión

Autor	Instrumento	Momento de Evaluación	N
Buckelew et al. (1991)	SCL-90-R	G1: 3.6 años tras la LM G2: 1.7 años tras la LM	53 53
Cushman y Dijkers (1991)	DACL	G1: 1 semana tras la hospitalización G2: 2 semanas tras la hospitalización G3: 3 semanas tras la hospitalización	102
Elliott et al (1992)	IDD	1 - 40 años tras la LM	182
Judd et al. (1989)	BDI	Admisión, rehabilitación y Alta	71
Kennedy et al. (1995)	BDI	G1: 6 semanas tras la LM G2: 4-7 años tras la LM	41 30
Overholser et al. (1993)	SCL-90-R SDS	G1 : menos de 8 meses con LM G2 : más de 8 meses con LM	81

Nota: LM = lesión medular; SCL-90-R = Symptom Checklist – 90 – Revised; DACL = Depression Adjective Checklist; IDD = Inventory to Diagnose Depression; BDI = Beck Depression Inventory; SDS = Zung Self-Rating Depression Scale; G = grupo.

Por el contrario, otras publicaciones basadas igualmente en estudios transversales sí aportan datos que avalan la relación entre la depresión y el tiempo transcurrido desde la lesión (tabla 20) encontrando una relación significativa negativa entre el tiempo transcurrido tras la lesión y los niveles de depresión. Los resultados de estos estudios demuestran que los grupos con más años transcurridos tras la LM obtienen puntuaciones más bajas en las pruebas de depresión, es decir, que a medida que pasan los años disminuyen los niveles de depresión. No obstante, al no tratarse de estudios longitudinales, sino de cohortes, los autores no pueden descartar y/o controlar el efecto de otros factores que puedan estar incidiendo como el de la edad de los grupos, tal y como se ha analizado previamente en el apartado 3.2.

Tabla 20

Estudios transversales que sí avalan el efecto del tiempo transcurrido tras la LM en la depresión

Autor	Instrumento	Tiempo tras la LM	N	Resultados
Kalpakjian y Albright (2006)	PHQ-9	G1: 1 año	181	Mayor puntuación ($p<.05$) en depresión el G1 que el G3 y G6
		G2: 5 años	129	
		G3: 10 años	83	
		G4: 15 años	69	
		G5: 20 años	60	
		G6: 25 años	63	
Mingliorini et al. (2008)	DASS-21	De 1 a 66 años	443	Cada año disminuye el riesgo de depresión
Richardson y Richards (2008)	PHQ-9	G1: 1 año	682	Los G1 y 2 muestran puntuaciones más altas en depresión ($p<.05$)
		G2: 5 años	517	
		G3: 15 años	653	
		G4: 25 años	718	
Woolrich et al. (2006)	HADS	De 18 a 50 años	963	Relación negativa significativa: tiempo desde la LM y depresión

Nota: PHQ-9 = Patient Health Questionnaire – 9 items versión; DASS – 21 = Depression Anxiety Stress Scale – 21 items versión; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; G = grupo.

Datos, en cierta medida, discrepantes con todos los resultados anteriores son los ofrecidos por Krause, Kemp y Coker (2000). En su estudio identifican que las mayores tasas de depresión, en una amplia muestra de más de 1.000 sujetos con LM, las manifiestan el grupo en el que han pasado más años tras la lesión (26 años o más) y el grupo con menor tiempo transcurrido tras la lesión (de uno a cinco años). A tenor de estos resultados los autores defienden la existencia de dos períodos críticos para padecer depresión, en las fases iniciales de la adquisición y los períodos de mayor duración de la misma.

En la investigación realizada por Kishi et al. (1995) comparan las diferencias en el diagnóstico de depresión mayor en distintos momentos tras la adquisición de la LM (fase aguda y crónica) en 60 sujetos con LM. En sus resultados hallan correlaciones diferentes de la variable depresión según la fase en la que se encuentra la persona con LM. En la fase aguda hallan que la depresión mayor, además de ser más grave que en la fase crónica, está relacionada con la severidad de la discapacidad y con la historia premórbida de trastornos psiquiátricos, sugiriendo estos resultados una vulnerabilidad mayor a la depresión como forma de reaccionar a la LM. Sin embargo, en la fase

crónica la depresión mayor no se relaciona con la severidad de la discapacidad pero sí con la altura de la lesión (puntuaciones en depresión más altas en aquellas personas con lesiones más próximas al cerebro). Kishi et al., lejos de centrarse únicamente en la explicación temporal de la LM, entienden que esto se puede deber a determinantes biológicos como **cambios neuro-endocrinos** consecuentes a la lesión.

En cuanto a los resultados evidenciados por el segundo grupo de estudios, los estudios longitudinales, si bien poseen un mayor poder predictivo para analizar la incidencia de la variable tiempo en la presencia o no de depresión, de nuevo aparecen claras contradicciones.

Algunos estudios longitudinales comprueban que no existen cambios significativos en la depresión analizados a través de la variable tiempo (tabla 21), oscilando los períodos de seguimiento entre los 6 meses y los 10 años. Estos estudios concluyen que los sujetos que se muestran deprimidos en las primeras evaluaciones se muestran deprimidos en las últimas y que aquellos que no muestran síntomas clínicos de depresión en las primeras evaluaciones tampoco lo hacen en las últimas. Si bien en estos estudios no se observan cambios en los niveles de depresión sí se perciben cambios en la sintomatología con el transcurso del tiempo: en un primer momento existen mayores síntomas somáticos y conductuales, mientras que durante el seguimiento los síntomas más prevalentes son los afectivos y cognitivos (Reidy y Caplan, 1994).

Tabla 21

Estudios longitudinales que no demuestran la relación entre la depresión y el tiempo transcurrido tras la LM

Autor	Instrumento	Seguimiento	N
Craig et al. (1994a)	BDI	2 años	41
Dryden et al. (2005)	Informes clínicos	De 1.2 a 6 años	201
Hancock et al. (1993)	BDI	6 meses	41
Kennedy et al. (2000)	BDI	2 años tras el alta	87
Österåker y Levi (2005)	BDI	6 meses tras el alta	36
Pollard y Kennedy (2007)	BDI	10 años tras el alta	87
Reidy y Caplan (1994)	BDI	2 años tras el alta	18
Scivoletto et al. (2000)	QD	1 año tras el alta	24

Nota: BDI = Beck Depression Inventory; QD = Depression Questionnaire of the Cognitive Behavioral Assessment.

Sin embargo, otros estudios longitudinales sí muestran cambios a través del tiempo en materia de depresión. Richards (1986) demuestra que 36 personas con LM obtienen puntuaciones significativamente más altas en depresión que un grupo control de 29 personas tras el alta, sin embargo las puntuaciones descienden al año de seguimiento igualándose a las del grupo control. Richards estima, por tanto, que los problemas afectivos tras la LM tienden a desaparecer con el tiempo. Por su parte, Kennedy y Rogers (2000) encuentran variaciones en la presencia de depresión a través del tiempo en su estudio longitudinal, a lo largo de 14 periodos de observación. Identifican un patrón temporal con la presencia de los mayores niveles de depresión en torno a las 42 semanas, descendiendo bruscamente los índices tras un mes del alta, en una muestra de 104 personas con LM en los dos primeros años tras la lesión. Ahora bien, lejos de atribuir estos resultados a la presencia de una etapa de depresión, Kennedy y Rogers plantean la presencia de depresión en momentos concretos del proceso de hospitalización y rehabilitación donde pueden existir mayores estresores.

Los datos anteriores no permiten llegar a conclusiones certeras sobre la incidencia del tiempo transcurrido desde la lesión en los niveles de depresión de las personas con LM si bien sí permiten intuir que más que la variable tiempo transcurrido desde la LM, parece que son las situaciones estresantes derivadas del proceso de rehabilitación (hospitalizaciones, momento de la inserción social, etc.) las que podrían incidir en los niveles de adaptación psicológica.

Otra de las variables que clásicamente se ha estudiado en relación con la depresión en personas con LM es el **nivel de la lesión**, coincidiendo en esta ocasión la mayoría de los autores en no hallar relación entre estas variables (Bombardier et al., 2004; Carvalho de et al., 1998; Craig et al., 1994b; Craig, Tran, Lovas y Middleton, 2008; Cushman y Dijkers, 1991; Daverat, Petit, Kemoun, Dartigues y Barat, 1995; Davidoff et al., 1990; Elliott et al., 1992; Fuhrer et al., 1993; Hancock et al., 1993; Judd et al., 1989; Kalpakjian y Albright, 2006; Kennedy et al., 2003; Krause et al., 1999; Krause, Kemp et al., 2000; MacDonald et al., 1987; Malec y Neimeyer, 1983; Richards, 1986; Scivoletto et al., 1997; Shnek et al., 1997; Wooldrich, et al., 2006). Tampoco el nivel de la lesión se correlaciona con otras variables psicológicas como la

satisfacción de vida (Coyle; Lesnik-Emas y Kimey et al., 1994) u otros indicadores de psicopatología (Carvalho de et al., 1998).

Sólo el estudio realizado por Kishi, Robinson y Forrester (1994 y 1995), encuentra que en la fase crónica tras la lesión existe una relación positiva entre depresión y el nivel de la LM, así como identifican que el grado de afectación, determinado por lesiones completas, también se relaciona más con la presencia de depresión en la fase aguda.

Otro aspecto que con frecuencia se estudia es la relación entre el **nivel de independencia funcional** y la depresión en las personas con LM, si bien, en este caso los resultados de los estudios presentan claras discrepancias.

Por lo que se refiere a los estudios que identifican *relación significativa entre depresión y niveles de dependencia funcional* cabe mencionar el de Bracken y Berstein (1980). En este estudio se comprueba la existencia de una relación positiva entre la depresión (al año de la lesión) con la menor capacidad para utilizar las piernas y con las dificultades en el autocuidado, si bien no utilizan ni procedimiento psicométrico ni clínico para medir depresión sino tres ítems con contenido de afecto deprimido y por tanto son datos a utilizar con mucha reserva. Por otra parte, en el artículo de Scivoletto, et al. (1997) el 16% de la muestra obtiene una puntuación coincidente con los criterios de depresión, existiendo una incidencia significativamente mayor en el grupo con menor nivel de autonomía y con mayores complicaciones médicas.

Sin embargo, concluir la relación entre depresión y bajos niveles funcionales se hace difícil tras los resultados obtenidos en otras investigaciones publicadas, donde los resultados evidencian la relación inversa, esto es, *a mayor nivel de independencia mayor depresión* (Hartkopp et al., 1998; Kennedy y Rogers, 2000). E incluso otros no identifican *ninguna correlación significativa entre la medida de independencia funcional y el impacto psicológico* (ansiedad y depresión) (Kennedy et al., 2000; Pollard y Kennedy, 2007) ni en el momento de adquirir la LM ni a los diez años después de la primera medida.

Más dudas a la relación dependencia /independencia funcional y la presencia de depresión arrojan los resultados obtenidos por Krause et al. (2007). En su estudio se identifica una relación positiva entre severidad de la depresión e independencia parcial

en la deambulaci3n, relaci3n que no es significativa cuando las personas con LM manifiestan una dependencia total o una independencia total en la deambulaci3n. Es decir, las personas parcialmente independientes en la deambulaci3n muestran 2.3 veces m1s probabilidad de padecer depresi3n cl1nica que las personas con total dependencia o independencia.

Otra de las secuelas de la LM que m1s inter3s ha suscitado, en el estudio de la relaci3n con la variable depresi3n, es el **dolor**. Sin embargo, tal y como ocurre con otras condiciones cl1nicas, no todas las investigaciones publicadas obtienen datos que corroboren dicha relaci3n y no estudian la relaci3n entre ambas variables desde la misma perspectiva. De hecho, los estudios analizados se pueden clasificar seg1n los tres modelos empleados para explicar la relaci3n entre depresi3n y dolor en las personas con LM (Cairns, Adkins y Scott, 1996).

Los estudios amparados en el denominado modelo *mediacional* entienden que la depresi3n disminuye los umbrales del dolor y por tanto aquellas personas que tienen depresi3n son m1s susceptibles al dolor. Un ejemplo es la investigaci3n realizada por Giardino, Jensen, Turner, Ehde y C1rdenas (2003) en la que se estima que existe una relaci3n positiva entre dolor y depresi3n ($N = 78$) entendiendo que depresi3n modela los efectos del catastrofismo, esto es, a pesar de que encuentran que el catastrofismo es un buen predictor del dolor, su poder explicativo de la varianza disminuye cuando se tiene en cuenta el efecto de la depresi3n, es en este caso la depresi3n la que obtienen una mayor poder explicativo sobre el dolor.

El segundo modelo que aborda el estudio de la relaci3n entre dolor y depresi3n en personas con LM es el denominado *coexistencia*. Los estudios amparados en el mismo entienden que ambas situaciones, dolor y depresi3n, est1n relacionadas con la LM pero son independientes entre ellas (Kennedy, Frankel, Gardner y Nuseibeh, 1997; Macleod y Macleod, 1998; Roth, Lowery y Hamill, 2004).

Y por 1ltimo, el modelo de la *causalidad lineal*, que defiende que los estados de dolor producen depresi3n (Cairns et al., 1996; Craig et al, 1994b; Krause et al., 2007; Norrbrink y 3ster1ker, 2007; Ravenscroft, Ahmed y Burnside, 2000; Wilson, Richards, Klapow, De Vivo y Greene, 2005), esto es que las personas que padecen dolor son m1s vulnerables a padecer depresi3n.

Otra línea de investigación, con el dolor como objeto de estudio, es la que analiza la relación existente entre dolor y depresión comprobando si la puesta en marcha de **tratamientos para el control del dolor** provoca beneficios secundarios en variables afectivas como ansiedad y depresión. Los resultados evidencian que los sujetos sometidos a tratamientos contra el dolor con fármacos (analgésicos) y con tratamientos multidisciplinares (educativos sobre fisiología y tratamiento del dolor; de terapia conductual – estrategias de afrontamiento del dolor, habilidades sociales y valoración cognitiva; técnicas de relajación y estiramiento; entrenamiento en conciencia corporal), manifiestan niveles de depresión más bajos o bien descenso de los mismos tras el tratamiento (Norrbrink y Lundeberg, 2005; Norrbrink et al., 2005; Norrbrink, Kowalski y Lundeberg, 2006; Rintala et al., 2007). Sin embargo, no se han podido confirmar los efectos positivos de los tratamientos contra el dolor en los estados afectivos negativos (depresión y conducta depresiva) cuando estos se trataban de estimulación directa transcraneal, con estas técnicas de estimulación no se ha evidenciado que el descenso del dolor provoque un descenso en las puntuaciones de depresión y ansiedad (Defrin, Grunhaus, Zamir y Zeiling, 2007; Fregni et al., 2006)

Son menores los estudios que analizan la relación entre depresión y otras secuelas de la LM. Cabe destacar, por ejemplo, que las publicaciones que investigan la relación entre depresión y la presencia de problemas de salud secundarios a la LM indican que ni la existencia de **úlceras por presión e infecciones del tracto urinario** (Fuhrer et al., 1993; Heinemann y Hawkins, 1995; Krause, Coker, Charlifue y Whiteneck, 2000) ni la presencia de **vejiga o intestino neurógeno** (Kishi et al., 1994 y 1995) se relaciona significativamente con altos niveles de depresión. Por el contrario, los estudios que analizan si las situaciones estresantes que acompañan a la presencia de vejiga y/o intestino neurógeno son condiciones de riesgo para padecer depresión, demuestran que el mejor predictor de la depresión es el tiempo empleado en la evacuación intestinal (Glickman y Kamm, 1996) y también la falta de autonomía en la realización del sondaje vesical intermitente (Oh et al., 2006).

Por su parte Winderström-Noga, Cruz-Almeida y Krassioukov (2004) relacionan la presencia de ansiedad y tristeza con la **disreflexia autonómica** en un grupo de 117 personas con LM tetraplégica. Los resultados muestran que el grupo con disreflexia manifiesta significativamente con mayor frecuencia sentimientos de tristeza,

si bien es cierto que no identifican específicamente depresión ni utilizan en su estudio una medida oportuna para ello, sino la mera estimación de los entrevistados de sentirse o no tristes.

Dado que en ocasiones algunos autores han puesto el acento en que la presencia de depresión, en personas con LM, podía estar relacionada con el número de acontecimientos vitales estresantes a los se tienen que enfrentar en su proceso de rehabilitación (Boekamp et al., 1996), hay estudios que quieren comprobar los efectos que tienen los tratamientos rehabilitadores en los niveles de depresión de las personas con LM. Así Kennedy y Hamilton (1997) tratan de comprobar si aquellas personas con LM infectadas por estafilococo aéreo que requieren un **tratamiento de aislamiento**, presentan mayores índices de depresión y ansiedad que aquellos que no requieren estar aislados. Sus resultados, en una muestra de 16 personas con LM, les permiten comprobar que si bien el grupo aislado manifiesta una tendencia a obtener puntuaciones más altas en depresión en el BDI, no existen diferencias significativas entre ambos grupos. Sí parece que el **número de ingresos hospitalarios** se relaciona positivamente con la depresión (Weingardt, Hsu y Dunn, 2001) en una muestra de 117 personas con LM, con un promedio de 20 años tras la lesión, si bien no aportan datos de los motivos de dichos ingresos: revisiones, cirugías, enfermedades agudas, etc.

Por otro lado, y desde una perspectiva más proactiva, hay líneas de investigación que quieren comprobar si la presencia de tratamientos rehabilitadores previene o incluso mejora los niveles de depresión en personas con LM. En esa dirección Guest, Klose, Needham-Shropshire y Jacobs (1997) valoran el efecto que tiene en los niveles de autoestima y depresión la incorporación el *Sistema Parastep* (tras 32 sesiones), en el **tratamiento rehabilitador de la deambulaci3n**. Comprueban que los niveles de autoestima ascienden significativamente y los de depresión descienden significativamente tras el entrenamiento, en 15 personas con LM. Dunn, Love y Ravesloot (2000) estudian si el recibir un **servicio de seguimiento de la salud de naturaleza multidimensional** tiene incidencia en las puntuaciones en depresión, autovaloraci3n de la salud e independencia. Para ello comparan las puntuaciones en dos grupos de personas con LM: aquellos que reciben el seguimiento ($n=235$) y aquellos que no ($n=136$). Los resultados indican que el grupo con seguimiento obtiene una ausencia de depresión significativamente mayor que el grupo sin seguimiento. Es

importante aclarar que no utilizan en este estudio un instrumento para medir depresión o conducta depresiva específicamente, sino que utilizan el cuestionario Check Your Health para valorar el estado de salud que contiene una pregunta sobre el estado afectivo donde se indica cuantas horas se limita nuestra actividad debido a la depresión.

Otra dirección de estudio es comprobar en qué medida la presencia de depresión dificulta el proceso de rehabilitación, limita los beneficios del mismo o afecta al estado general de salud. Scivoletto et al. (2000) comprueban que los niveles de depresión no predicen el **uso o no de un reciprocador**, en el proceso de rehabilitación, para ayudar en la marcha a personas con LM a nivel de paraplejia, en una muestra de 24 pacientes con LM traumática dorsal. Sin embargo, sí parece que la depresión es buena variable predictora del estado general de salud, según el estudio de Krause, Coker, Charlifue y Whiteneck (2000), realizado con una muestra de 97 indios con LM, se confirma que la presencia de depresión contribuye a la disminución del estado de salud, medida a través del Behavioral Risk Factor Surveillance System, que recoge información de las siguientes dimensiones: ratio general de salud, de pobre a excelente; cambios en el estado de salud en el último año; número de días con pobre salud física en el último mes; número de días con pobre estado mental en el último mes; número de días en los que la actividad física habitual ha cesado por culpa del estado de salud. Los resultados obtenidos indican que la depresión correlaciona negativamente con estado de salud general y actual, y positivamente con los días con mala salud física y psíquica, y también con aquellos días sin actividad por culpa del estado de salud.

De todo lo anterior se puede concluir que de todas las variables clínicas secundarias a la LM tan sólo el dolor podría tener una relación directa con la aparición de la depresión en el proceso de adaptación, si bien es necesario seguir profundizando en dicha relación con el objeto de identificar su papel en la misma. Otras variables clínicas como la altura de la lesión o el tipo de la misma, otros problemas secundarios como las úlceras por presión o los problemas urológicos e intestinales, y los tratamientos invasivos, no se consideran buenos predictores de la depresión en esta población. Sí parece que sería aconsejable aumentar las investigaciones longitudinales que traten esclarecer el efecto del tiempo sobre los niveles de depresión en el proceso de rehabilitación, ya que los resultados obtenidos hasta la fecha son cuanto menos confusos, sino en ocasiones contradictorios. En todo caso sí parece que la depresión tras

la LM pone más trabas al proceso rehabilitador y predice problemas de salud y actividad. En todo caso, es difícil llegar a conclusiones debido a la diversidad de los instrumentos de evaluación utilizados en los estudios publicados, la diferencia del tamaño de sus muestras y los diferentes momentos de evaluación.

3.3.2.- Depresión y actividad física y/o deportiva

Algunas investigaciones estudian el efecto que la **actividad física o la práctica deportiva** produce en el proceso de adaptación a la LM a través del estudio de la depresión.

En esta dirección, Muraki, Tsunawake, Hiramatsu y Yamasaki (2000) estudian los efectos que la práctica deportiva, según la frecuencia o tipo, tiene sobre el bienestar psicológico, así como analizan si esos beneficios psicológicos (mejora en depresión, ansiedad y estado de ánimo) de la práctica deportiva varían en función del tipo de LM (paraplejia o tetraplejia). Emplean una muestra de 169 hombres con LM (de 18 a 59 años) que ya han finalizado la rehabilitación y residen en la comunidad. Los resultados indican que existen diferencias en la puntuación en depresión y ansiedad según la intensidad de la práctica deportiva, siendo el grupo de mayor actividad deportiva (tres o más días a la semana) el que obtiene puntuaciones significativamente más bajas en ansiedad y depresión, independientemente del tipo de lesión (paraplejia o tetraplejia) y del tipo de práctica deportiva (baloncesto en silla de ruedas, tenis en silla de ruedas, carreras, etc.).

Similares conclusiones obtienen Giogia et al. (2006) con una muestra de 137 hombres con LM. Sus resultados también evidencian un estado psicológico mejor (menor ansiedad y depresión) entre los miembros del grupo que practican deporte que entre los que no lo practican. Además identifican que el primer grupo obtiene unas puntuaciones más altas en la dimensión de personalidad extraversión.

Tasiemski y Brewer (2011) analizan la relación entre participación deportiva, identidad atlética, satisfacción de vida, ansiedad y depresión. Comprueban que existe una relación significativa negativa entre depresión y las variables identidad atlética y satisfacción de vida en una muestra de 1,034 personas con LM. Pero además, observan que el poder elegir la práctica deportiva y participar en deportes de equipo se relaciona

con un mejor bienestar psicológico, entendidas como menores puntuaciones en ansiedad y depresión.

Para comprobar también los efectos que la práctica deportiva tiene en el bienestar psicológico y en otras dimensiones (calidad de vida, dolor, fuerza, etc.), Hicks et al. (2003) desarrollan un estudio de asignación aleatoria a un programa de ejercicio (dos días por semana). Participan 23 personas con LM, de las cuales 11 se asignan al grupo experimental y 12 al grupo control. Los resultados indican que la participación en un programa de ejercicios durante nueve meses mejora los indicadores de CV y aumenta el bienestar psicológico (disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión). Una nueva publicación de este grupo de investigación (Martin et al., 2003) en la cual se aumenta la muestra a 30 sujetos y con un mayor análisis de las variables permite además comprobar que la relación entre ejercicio físico y la depresión está modulada por la variable dolor y no lo está por la variable estrés; es decir, que tras el programa de tratamiento los cambios en la depresión pueden explicarse por cambios en el dolor. Datos que reforzarían aún más la relación entre depresión y dolor en personas con LM descrita con anterioridad.

Otro estudio que analiza los efectos de un programa basado en la oferta de un “estilo de vida activo” es el realizado por Warms, Belza, Whitney, Mitchell y Sitens (2004) sobre una muestra de 16 sujetos con LM. El programa consiste en tareas de orientación, sensibilización y establecimiento de metas para lograr una vida activa. Los resultados indican que no existe una mejora en los niveles de depresión, si bien, el programa sí tiene un efecto sobre la autovaloración de la salud y la autoeficacia en el ejercicio a los 6 meses del tratamiento.

Parece, dados los resultados anteriores, que tanto la práctica de deporte y ejercicio como la posibilidad de elegir el mismo inciden de forma positiva en el bienestar psicológico en general y en la menor presencia de depresión en particular.

3.3.3.- Depresión y psicopatología premórbida

La depresión, tal y como se ha detallado con anterioridad, no es un problema necesario tras la LM, sin embargo, un tercio de las personas con LM la desarrollan. Este porcentaje de prevalencia, más alto que en la población general, justifica el interés que ha existido y existe por identificar qué hace a algunas personas con LM más vulnerables

a padecer una depresión. En esa búsqueda por identificar dimensiones que favorecen la vulnerabilidad se ha estudiado la presencia de psicopatología premórbida en las personas con LM que cursan con depresión. Esto es, comprobar si la presencia de psicopatología previa a la LM pudiese considerarse un factor de riesgo o precipitante de la depresión tras la LM. Elliott y Frank en 1996 publican una revisión teórica donde concluyen que las personas con historias previas de inadecuada adaptación social, desórdenes psicológicos y abuso de alcohol o drogas, tienen especiales dificultades para afrontar una LM y es más frecuente que manifiesten conducta depresiva.

En esta línea de trabajo, Kishi et al. (1994 y 1995) identifican que el grupo de personas con LM diagnosticadas de depresión presentan una frecuencia significativamente mayor de desórdenes psicológicos previos a la LM (abuso de drogas y alcohol) y tratamientos psicológicos que el grupo de personas con LM no diagnosticadas de depresión. De la misma manera Heinemann y Hawkins (1995) concluyen que las personas con historia previa de alcoholismo manifiestan mayores niveles de depresión y peor aceptación de la discapacidad 6 y 18 meses después de haber adquirido la LM. Por su parte Shnek et al. (1997) también confirman la relación entre historia psiquiátrica previa y presencia de depresión en una muestra de 80 personas con LM, con un promedio de ocho años tras la lesión. Dryden et al. (2005) realizan un estudio con doble propósito, por un lado describir la epidemiología de la depresión tras la LM y, por otro, identificar aquellos factores de riesgo que están asociados con padecer depresión tras la LM. Para ello realizan una revisión de todas las personas con LM que aparecen en la Base de Datos del Ministerio de Sanidad de Alberta. Para poder conformar la muestra del estudio, seleccionan aquellos sujetos con LM que aparecen en la base de datos con los códigos de diagnóstico de depresión según el CIE-9. El análisis de la base de datos indica que el 28.9% de las personas con LM son tratados por depresión y entre los factores de riesgo para padecerla se identifican: historia de abuso de sustancias, historia de depresión previa a la lesión y déficit neurológico permanente.

Otras publicaciones estudian la morbilidad previa identificando aquellos casos en los que la LM fue adquirida tras un intento de suicidio, con el propósito de analizar cómo se relaciona esa morbilidad previa con el proceso de adaptación. Para esclarecer esta relación Kennedy, Rogers, Speer y Frankel (1999) realizan un estudio con 137

personas con LM adquirida tras un intento de suicidio (entre 1951-1992) (de una muestra poblacional total de 8.347). Esto significa que el 1.6%, de la población total, adquieren la lesión tras un intento de suicidio. En su estudio quieren determinar cuáles son las características demográficas de aquellas personas adquieren una LM tras una auto-lesión deliberada; explorar e identificar el tipo de condiciones psiquiátricas que se evidencian en el momento del intento y revisar la información de la muestra, en especial la evidencia de suicidios o intentos de suicidio posteriores a la LM. Utilizan para ello los datos recogidos en la base de datos del NSCISC. Las variables que analizan son: sexo, edad, estado civil, empleo anterior y/o actual, afiliación religiosa, edad a la lesión, datos de la lesión, datos de admisión, causa de la lesión, nivel y grado de la lesión, método empleado en el intento de suicidio, razones dadas, altura de la caída, historia psiquiátrica, diagnóstico psiquiátrico, datos y razones del último contacto, datos y lugar del alta, familia, estado de la casa, otros intentos de suicidio, datos y causas de la muerte y, en su caso, otros detalles relevantes. Los resultados revelan que el 81% de la muestra tienen diagnóstico psiquiátrico previo (el 33% padece esquizofrenia y el 27% depresión). Otros diagnósticos objetivados son: abuso de alcohol o drogas, trastornos de personalidad y depresión maniaca. Tan sólo el 7.3% de la muestra vuelve a manifestar intentos de suicidio tras la LM.

Siguiendo la misma línea de análisis, Stanford, Soden, Bartrop, Mikk y Taylor (2007) realizan un estudio retrospectivo y descriptivo para identificar la situación de las personas con LMs secundarias a un intento de suicidio en Australia. De un total de 2.752 casos de personas con LM, entre 1970 y 2000, 56 (2%) se deben a un intento de suicidio. En esta población de 56 personas con LM se identifican porcentajes de diagnósticos psiquiátricos premórbidos a tener en cuenta: 29% esquizofrenia, 25% depresión, 48% trastornos de la personalidad, 5% desórdenes bipolares y el 36% abuso en el consumo de drogas y alcohol. Además de lo anterior el 8% manifiestan nuevos intentos de suicidio y el 72% son usuarios de servicios de salud mental en el seguimiento.

Todos los datos anteriores indican que la historia previa de patología psicológica (entre ellas el consumo de sustancias tóxicas) puede ser un factor de riesgo para desarrollar una depresión tras una LM. Desde el conocimiento de estos resultados se plantea la necesidad de tener en cuenta estas variables de salud, previas a la LM,

tanto en la rehabilitación como en el seguimiento tras el alta. También indican la necesidad de que los estudios sobre LM y los estados afectivos deprimidos expliciten en sus muestras la cifra de personas que adquieren la LM por un intento de suicidio, ya que la presencia de morbilidad previa a la LM podría estar contaminando los datos de incidencia y relación entre adquisición de LM y depresión.

3.4.- DEPRESIÓN Y VARIABLES PSICOSOCIALES EN LM

Tal y como se analiza en el capítulo primero, superado el modelo de las etapas, surge un nuevo interés por identificar qué variables psicológicas y sociales se relacionan con una buena adaptación a la LM en general y con la ausencia de depresión en particular. Así, Elliott y Frank en 1996 en su revisión teórica llegan a las siguientes conclusiones, en primer lugar, que las personas que tienen mayores dificultades de afrontamiento en las demandas generales de la vida tienen también mayores dificultades para afrontar la LM; en segundo lugar, que las personas con LM que manifiestan grandes recursos personales y niveles adecuados de adaptación tras la lesión tienen menos probabilidades de desarrollar una depresión. Por ello se considera muy oportuno profundizar y sintetizar las principales conclusiones de la literatura científica sobre la presencia de la depresión tras la LM y su relación con variables psicosociales como la morbilidad actual, estrategias de afrontamiento, locus de control, etc.

3.4.1.- Depresión y comorbilidad

Una línea de investigación fecunda es aquella que analiza qué otros trastornos psicológicos pueden manifestarse conjuntamente a la depresión tras una LM, esto es la **comorbilidad**. Los procesos psicopatológicos más estudiados en esta línea son la ansiedad y el estrés post-traumático, por un lado, y el consumo de sustancias tóxicas, por otro.

Muchas son las publicaciones que encuentran correlaciones altamente significativas entre **ansiedad** y depresión en el proceso de adaptación a la LM (Craig et al., 1994b; Kennedy y Rogers, 2000; Kennedy et al., 2006; Martz, 2004a; Migliori et al., 2008; Nielsen, 2003; Pollard y Kennedy, 2007). La presencia de estas dos dimensiones será interpretada como malestar psicológico tras la LM.

Por lo que se refiere al **estrés post-traumático**, parece existir una gran correspondencia de comorbilidad entre éste y los trastornos depresivos, concretamente la depresión mayor, que varía entre el 26 y 53% en las personas con LM (Goldman, Radnitz y McGrath, 2008). Nielsen (2003) identifica, en una muestra de 69 personas con LM, diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión entre el grupo con estrés post-traumático y el grupo sin estrés post-traumático, con mayores niveles de depresión para el primero de ellos. Los sujetos con LM que manifiestan estrés post-traumático tienen puntuaciones significativamente más altas en las subescalas de: disforia, irritabilidad, aislamiento social, rumiación sobre acontecimientos pasados y menores expectativas sobre el futuro. No se encuentran diferencias entre los dos grupos en las dimensiones de anhedonia y perspectiva cognitiva en el presente.

Existen varias hipótesis que intentan explicar esta relación entre depresión y estrés post-traumático tras la adquisición de la LM. La primera de ellas entiende que la depresión puede ser una consecuencia de padecer estrés post-traumático; la segunda estima que son reacciones independientes a un evento traumático; la tercera sugiere que ambas manifestaciones pueden pertenecer a un mismo constructo en reacción al evento traumático; y una cuarta que defiende que existe un solapamiento de los síntomas de los desórdenes que se dan simultáneamente.

Con el objetivo de validar las mencionadas hipótesis, Goldman et al. (2008) estudian si esa comorbilidad se debe a la presencia simultánea de dos reacciones independientes o si, por el contrario, se trata de un solapamiento de los síntomas entre las dos patologías. En su muestra, de 124 militares con LM, obtienen que el 28% manifiesta comorbilidad actual, esto es, depresión y estrés post-traumático simultáneamente, y un 36% de la muestra ha padecido ambos trastornos simultáneamente en el pasado, esto es comorbilidad previa a la LM. Además, sus análisis permiten desestimar que esta comorbilidad se deba a solapamientos de los síntomas empleados para el diagnóstico, ya que cuando se eliminan los ítems con síntomas solapados la comorbilidad se mantiene, por tanto los resultados son coherentes con la idea de que sean reacciones diferentes y concurrentes ante la LM. Curiosamente, no obtienen los mismos resultados en una muestra de militares con discapacidades variadas distintas a la LM: amputaciones y otras alteraciones músculo-esqueléticas.

Por su parte Martz (2004a), quiere comprobar las posibilidades predictivas de las reacciones de estrés pos-traumático tras la LM en la adaptación a largo plazo entendida como reacciones psicológicas a la discapacidad: shock, ansiedad, negación, depresión, cólera internalizada, hostilidad externalizada, reconocimiento y adaptación. Para ello evalúa la presencia de estrés post-traumático y de las distintas reacciones psicológicas a la LM (incluida la depresión). Identifica que dos dimensiones del estrés post-traumático (evitación e hiper-arousal) son los predictores de la depresión en personas con LM.

Otros estudios analizan la relación entre las tres dimensiones psicológicas: **depresión, ansiedad y estrés post-traumático**. Así, Kennedy y Evans (2001) quieren conocer si la presencia de depresión y ansiedad en una muestra de 85 personas con LM recientes se relacionan con los niveles de estrés post-traumático. Encuentran que tanto la depresión como la ansiedad están fuertemente relacionadas con síntomas de estrés post-traumático. La depresión se relaciona significativamente con puntuaciones en pensamiento intrusivo y de evitación (coherente con los resultados que más adelante se comentarán sobre las estrategias de afrontamiento). Migliorini et al. (2008) también se interesan por la relación entre depresión, ansiedad y estrés con la presencia de estrés post-traumático, en una muestra de 443 personas con LM. Identifican una gran comorbilidad entre estos trastornos, de tal manera que las personas con trastorno de estrés post-traumático tienen mayores probabilidades de padecer ansiedad, depresión y estrés, correlacionando las puntuaciones de todas las medidas de forma significativa. El 86% de los pacientes diagnosticados de estrés post-traumático también muestran puntuaciones dentro del rango clínico de la depresión.

Por lo que se refiere a la comorbilidad en personas con LM entre depresión y **consumo de sustancias tóxicas**, los resultados de las investigaciones no parecen concluyentes. Heinemann y Hawkins (1995) identifican, en una muestra de 103 personas con LM, distintas relaciones entre depresión y consumo de alcohol, según el momento en que se da este consumo. Si bien no obtienen relación entre la depresión y los problemas de alcoholismo previos a la lesión, por el contrario sí identifican comorbilidad depresión – alcoholismo al año de la adquisición de la LM. En el estudio de Elliott, Kurylo, Chen y Hicken (2002) tampoco se encuentra relación entre la historia de alcoholismo y la depresión en el momento de admisión en un programa de

rehabilitación para personas con LM (en los primeros meses tras la LM), en una muestra de 175 personas. Con el mismo interés investigador, Radnitz et al. (1996) quieren comprobar si el **abuso de sustancias tóxicas** y la depresión son las patologías más frecuentes en una muestra de 125 veteranos con LM. Entre sus objetivos de estudio está comprobar si la prevalencia de esos dos trastornos es mayor en la población con LM comparada con un grupo control (GC) de 50 personas sin LM pero con una situación médica similar. Comprueban, efectivamente, que los desórdenes más frecuentes son los del humor (el 9.6% de la muestra tiene desórdenes afectivos en el momento de la evaluación; el 33.6% lo habían padecido en algún momento de su vida; el 29% había padecido una depresión mayor) y el abuso/dependencia de sustancias tóxicas (el 36% había tenido dependencia del alcohol). Comprueban también que el grupo de personas con LM no presenta mayor índice de psicopatología que el grupo control.

Todo lo anterior parece validar la hipótesis de que personas con psicopatología actual, especialmente ansiedad, estrés post-traumático y consumo de sustancias tóxicas son más vulnerables a desarrollar procesos depresivos tras la adquisición de la LM y que la presencia de estos diagnósticos no se puede justificar por un solapamiento de los síntomas de los distintos trastornos psicológicos.

3.4.2.- Depresión y afrontamiento

El estudio del papel de las **estrategias de afrontamiento** en el proceso de adaptación a la LM ha sido extenso, así como también lo ha sido el análisis de su relación con la depresión en dicho proceso.

Galvin y Godfrey (2001) realizan una revisión sobre la literatura de adaptación psico-social a la LM y cuyo propósito es ofrecer un modelo desde el que mostrar reglas que expliquen la adaptación a sucesos vitales estresantes, como la LM, reconociendo las posibles diferencias individuales y ambientales y al que finalmente denominaron *Modelo de Afrontamiento Basado en la Percepción del Estrés (Stress Appraisal Coping Model, SAC)*. Desde este modelo se entiende que las personas con LM se enfrentan a muchas situaciones que pueden ser identificadas como estresantes (tal y como definían Lazarus y Folkman en 1984 las situaciones estresantes) ya que la persona valora su propia incapacidad para ser competente en los ámbitos laborales, familiares y de relación social. Los resultados de los estudios transversales revisados por Galvin y

Godfrey les permiten concluir que las estrategias de afrontamiento de las personas con LM intervienen en la adaptación a dicha discapacidad. Identifican aquellas estrategias de afrontamiento que están relacionadas con una pobre adaptación emocional a la LM entendida como presencia de altos niveles de depresión, ansiedad, incremento de los sentimientos de desesperanza y locus de control externo; estas estrategias de afrontamiento son: *fantasear*, *auto-culpa*, *expresión emocional*, *conducta de evitación* y *minimización de los peligros*. Además comprueban que la relación entre adaptación (bajos niveles de depresión y ansiedad) y estrategias de afrontamiento es mayor que la relación existente con cualquier otra variable estudiada como por ejemplo: tiempo desde la lesión, creencias sobre el locus de control, edad, sexo y nivel de la lesión. En todo caso, Galvin y Godfrey (2001) indican que aunque las estrategias de afrontamiento explican un alto porcentaje de la varianza de la adaptación a la LM existen otras variables que median en el proceso y que requieren análisis más exhaustivos, como por ejemplo la edad y el apoyo social.

Muchos son los estudios que identifican que la estrategia de afrontamiento “*escape-avoidance*” correlaciona positivamente con la depresión. El estudio de Reidy, Caplan y Shawaryn (1991) lo comprueba en una pequeña muestra de 54 personas con LM reciente. También identifican, en el mismo estudio, correlaciones significativas, aunque menos poderosas, entre la depresión y las estrategias de auto-control y la aceptación de la responsabilidad, aspectos ambos que serán coherentes con los resultados de relación entre locus de control y depresión que se analizan con posterioridad. Deducciones equivalentes realizan Kennedy et al. (1995) en una muestra de 41 personas con LM reciente (seis semanas tras la lesión) y de 30 personas con LM ya veteranos (siete años tras la lesión) y Kemp y Krause (1999) en una muestra de 177 personas con LM. Por su parte, Kennedy et al. (2000) sostienen que además de las estrategias de escape-avoidance (*retirada mental*, *retirada conductual* y *negación*) hay otras estrategias de afrontamiento que también mantienen correlación positiva con la depresión, como son *ideación sobre uso de alcohol y drogas*, en una muestra de 87 personas con LM 12 semanas tras la lesión.

Znoj y Lude (2002) realizan una disertación con el propósito de comprobar si formas desadaptativas del control de las emociones, tales como *distorsión de la memoria* y *actividad de evitación*, se relacionan positivamente con signos y síntomas de

reacciones traumáticas de estrés, depresión y síntomas somáticos. Evalúan a 264 personas con LM (con un promedio de 14 años desde la lesión) y diferencian dos grupos, los que tienen depresión (puntuaciones superiores a 14 en el BDI) y los que no tiene depresión (puntuaciones inferiores a 14). Comprueban, como los estudios precedentes, que el grupo menos deprimido utiliza más regulaciones de las emociones adaptativas, menos evitación y menos distorsión de la conciencia para controlar sus emociones. En el estudio realizado por Rueda y Aguado (2003) con 118 personas con LM (desde los 2 hasta los 46 años tras la lesión) se comprueba que las personas con altas puntuaciones en depresión (centiles superiores al 75 en el BDI) utilizan estrategias de *autoculpabilización* y conductas de *evitación* como la negación (olvido y alejamiento del problema) e inevitabilidad con futuro negativo. También confirman la relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento Martz et al. (2005) en la medida en que identifican que grandes respuestas afectivas negativas (ansiedad y depresión) facilitan *estrategias de afrontamiento de evitación*.

Para comprobar la evolución de la relación entre el afrontamiento y la depresión a través del tiempo, Pollard y Kennedy (2007) evalúan a una muestra compuesta por 87 personas con LM a las 12 semanas de la lesión y a los 10 años de la misma. Sus resultados sólo pueden demostrar que, a los 10 años, existe relación entre la depresión y la estrategia de afrontamiento "*supresión de actividades de competición*"; el resto de estrategias de afrontamiento no se relacionan significativamente con la depresión. Posteriormente intentan identificar las estrategias de afrontamiento que son predictoras de depresión en la semana 12 y 10 años después. Comprueban que la presencia de dos estrategias de afrontamiento en la semana 12 explican el 33% de la varianza de depresión, y por tanto se consideran las mejores predictoras: la "*reinterpretación positiva*" y, de nuevo, las "*conductas de evitación*".

Buunk, Zurriaga y González (2006) quieren comprobar la relación existente entre la depresión y las estrategias de afrontamiento según la clasificación de Dewe (estrategias de afrontamiento directo: afrontamiento constructivo y búsqueda de apoyo; afrontamiento paliativo: pensamiento fantasioso y culpa a otros) y las estrategias de comparación social, diferenciando cuatro posibles estrategias de comparación (identificarse con los mejores, identificarse con los peores, diferenciarse de los mejores o diferenciarse de los peores). Los resultados obtenidos en una muestra de 70 personas

con LM en su mayoría veteranos (siete años después de la LM), indican que las “*estrategias de comparación más negativas*” (identificarse con los peores o diferenciarse de los mejores) correlacionan altamente con la depresión. A su vez las puntuaciones en depresión manifiesta altas correlaciones con el “*pensamiento fantasioso*” y la “*culpabilización a los otros*”. Por medio de una regresión jerárquica analizan si la comparación social media entre las estrategias de afrontamiento y la depresión. Identifican que diferenciarse de los buenos tiene un efector mediador entre el pensamiento fantasioso y la depresión, interpretan los autores que el pensamiento fantasioso parece aumentar la depresión por acoger focos de resentimiento a que otros sean mejores.

Dada la relación encontrada en la bibliografía entre el afrontamiento y la adaptación a la LM, el equipo de Kennedy decide comprobar los beneficios de un programa de “*entrenamiento en estrategias de afrontamiento*” sobre la adaptación a la LM en general, y sobre la disminución de la depresión en particular, para ello realizan varios estudios. En un primer estudio piloto King y Kennedy (1999) evidencian los efectos que una intervención para el entrenamiento de estrategias de afrontamiento tiene sobre el impacto psicológico tras la LM, entendido como presencia de ansiedad y depresión, en 19 personas con LM comparados con otras 19 personas también con LM, que conforman el grupo control. Los datos demuestran un descenso significativo en las puntuaciones de depresión para el grupo tratamiento que no se observa en el grupo control, si bien no se diferencian los grupos, ni antes ni después del tratamiento, en las puntuaciones obtenidas en la escala de estrategias de afrontamiento. King y Kennedy interpretan que el tratamiento para mejorar la percepción de competencia y seguridad en las personas con LM disminuye los niveles de depresión. Estos resultados se mantienen cuando en un estudio similar se amplía la muestra a 45 personas el grupo experimental y a 40 personas el grupo control (Kennedy et al., 2003).

Todos los resultados anteriores evidencian la gran relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la depresión tras la LM. Especialmente se concluye que las *estrategias de afrontamiento de evitación* y *pensamiento fantasioso* son las que se relacionan de forma más directa con la presencia de alteraciones emocionales, tanto la ansiedad como la variable analizada en la presente tesis, la depresión.

3.4.3.- Depresión, locus de control y estilos atribucionales

El locus de control y los estilos atribucionales son dimensiones psicológicas que también tienen cabida en el estudio del proceso de adaptación a la LM, y se quiere analizar igualmente su relación con la presencia de la depresión en el mismo.

La mayoría de los estudios publicados relacionan la presencia de depresión en personas con LM con el *locus de control externo*. Craig et al. (1994b) en un estudio sobre 31 personas con LM, hallan una correlación significativa entre locus de control externo (tanto durante la hospitalización como al alta) y las puntuaciones de depresión dos años después de la lesión. También Macleod y Macleod (1998) identifican, frente a lo esperado por los propios autores, una correlación positiva entre severidad de la depresión y locus de control externo con un grupo de 43 personas con LM. Chung et al. (2006), analizan la relación entre *atribución del control del estado de salud* con la propia situación de salud en las dimensiones: somatización, disfunción social y depresión, en un grupo de 62 personas con LM divididos en tres grupos según la edad (jóvenes, adultos y mayores). Identifican en todos los grupos de edad que tanto la depresión como el resto de las variables de salud se relacionan significativamente con atribuir el control de su salud a los otros, esto es *estilo atribucional externo*. En el caso de los grupos jóvenes y adultos (hasta los 60 años de edad) el atribuir el control de la salud a variables como la suerte también se relaciona con la presencia de depresión.

En una dirección similar, algunas investigaciones tratan de analizar si existe relación entre depresión y el *sentimiento de culpabilidad* en la adquisición de la LM, esto es, que la persona crea que es culpable de padecer la LM. Reidy y Caplan (1994) identifican, en una muestra de 18 personas con LM, que la autoculpabilización (a los 18-24 meses tras la lesión) correlaciona con la presencia de depresión, tanto con los síntomas cognitivos como con la puntuación global con la escala de depresión de Beck. Sin embargo no encuentran relación entre culpar a otros de la LM (atribución externa) y depresión, tal y como esperaban, dados los datos previos de la literatura que relación estilos atribucionales externos y depresión en personas con LM. Similares resultados encuentran Buckelew, Baumstark, Frank y Hewett (1990) en una muestra de 57 personas con LM, identifican relación positiva entre el sentimiento de culpa (medido a través del Ways of Coping-Revised Questionnaire, WOC) y el malestar emocional

(medido a través del Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R, que incluye una subescala de depresión).

Por tanto, se podría considerar que si bien los estilos atribucionales externos (en términos de responsabilidad de la salud o la LM) correlacionan con depresión también lo hace la autoculpabilización.

También se comprueba el efecto que tiene la depresión y la autoestima en la dimensión psicológica de **autopercepción**. Para ello Gorman, Kennedy y Hamilton (1998) estudian cómo incide la autoestima negativa y la depresión en la autopercepción en una muestra de 86 personas que adquieren la LM antes de los 16 años. Los resultados indican que bajos niveles de autoestima y altas puntuaciones de depresión tienen correlaciones más altas la *autopercepción negativa* que con el *yo ideal*, si bien no pueden concretar la relación de causalidad entre ellas. Se identifica también una alta correlación negativa entre *autoestima* y depresión.

Elliott, Godshall, Herrick, Witty y Spruell (1991), por su parte, comprueban que la **autovaloración de solución de problemas** predice significativamente los niveles de depresión, es decir, las personas con LM que se valoran a sí mismos como eficaces para resolver problemas tienen puntuaciones más bajas en depresión. Incluso encuentran que la *esperanza*, entendida como la sensación personal de ser capaz de realizar exitosamente sus metas, correlaciona negativamente con depresión (Elliott, Witty, Herrick y Hoffman, 1991). En esta misma línea, Shnek et al. (1997) tratan de identificar la capacidad predictiva de la **indefensión aprendida, autoeficacia percibida y distorsión cognitiva** sobre la depresión entre dos discapacidades físicas motoras, la LM y la esclerosis múltiple, siendo estas discapacidades físicas diferentes a tenor del carácter progresivo de esta última. Los resultados indican que, si bien las tres dimensiones correlacionan significativamente con depresión, la mejor predictora es la **autoeficacia percibida**. Todo lo anterior puede estar en relación con los resultados del equipo de investigación de Kennedy que identifican que la percepción de la capacidad para afrontar tiene mejores beneficios sobre la depresión que la propia capacidad.

Parece demostrado que el locus de control externo se relaciona con depresión, excepto en la dimensión de culpabilización por la LM, en este caso, es la atribución interna (la autoculpabilización) la que manifiesta una relación con la depresión. Por lo que se refiere a los procesos de autovaloración, todos aquellos que indican una dirección

positiva, autoestima, autoeficacia percibida, manifiestan correlacionan negativamente con depresión, hasta el punto que aspectos como la autopercepción de eficacia es una dimensión que se podría considerar protectora de la depresión, incluso por encima de la eficacia real.

3.4.4.- Depresión y otras variables de personalidad

Con la aparición del modelo de las diferencias individuales se inicia un estudio de la personalidad y el proceso de adaptación a la LM diferente al propuesto por el modelo de las etapas. Si bien el segundo se plantea identificar qué características de personalidad le son propias a la población con una discapacidad concreta, en este caso la LM, así como ver en qué medida esas características son indicios de psicopatología; por el contrario el primero de ellos pretende hacer un **análisis diferencial de la personalidad**, desde la perspectiva individual, con el propósito de identificar qué aspectos de la personalidad se pueden considerar predictores de adecuados procesos de adaptación psicológica y cuales ponen al sujeto en situación de vulnerabilidad frente a la depresión, de forma aislada o bien en conjuntamente con la presencia de otras variables clínicas y/o psicosociales.

Así De Carvalho et al. (1998) quieren conocer la relación entre los rasgos de personalidad, *neuroticismo* y *extraversión*, y las puntuaciones en psicopatología obtenidas a través del Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R), en la que se incluye una escala para medir sintomatología depresiva. Tal y como predecían, encuentran una alta correlación significativa positiva con de la depresión con el neuroticismo y una negativa con la extraversión. En la misma línea Krause y Rohe (1998) evidencian las relaciones entre los rasgos de personalidad (medidos a través del Inventario de personalidad NEO-PI) y la adaptación a la LM (medida a través del Multidimensional Adjustment Profile, MAP). Los resultados son similares, el neuroticismo mantiene una correlación positiva y significativa con la depresión (malestar emocional) y negativa con la adaptación. La escala de depresión contenida en el *NEO-PI*, dentro de la dimensión de neuroticismo, obtiene una alta correlación positiva con la sub-escala de malestar emocional (MAPS) y una correlación negativa con la adaptación. Otra correlación positiva que identifican es entre *fantasía* y *malestar emocional*, lo cual puede estar relacionado con los estudios previos que indican que

estrategias de afrontamiento de evitación y fantasía se relacionan con depresión y no con adaptación. De nuevo se verifica la correlación positiva entre depresión y neuroticismo en el estudio sobre 199 personas con LM reciente realizado por Berry, Elliott y Rivera (2007). También en este estudio se demuestran las relaciones significativas entre la depresión y las dimensiones: orientación negativa de los problemas y estrategias de evitación, coincidiendo con los estudios previos. Con el propósito de profundizar un poco más en la relación entre tipos de personalidad y depresión, realizan un análisis más específico para lo que crean tres grupos de personas con LM según los prototipos: resiliente, sobrecontrolado e infracontrolado, y comparan sus resultados en la medida de depresión. Concluyen que el grupo de personalidad sobrecontrolada (es decir aquellos que tienen mayor neuroticismo, menor extraversión y mayor internalización) obtienen puntuaciones significativamente más altas en depresión que el grupo con personalidad resiliente o infracontrolado, en coherencia con todos los resultados anteriormente expuestos.

Martz (2003) trata de comprobar la presencia de **orientación futura** en personas con LM y su relación con otras variables como el empleo, características de la discapacidad y el proceso de adaptación a la misma, incluida la presencia de depresión. Identifica en su estudio que la depresión correlaciona con diferencias significativas en orientación futura, comparando los grupos con empleo y sin empleo. Las diferencias entre los grupos no resultan ser significativas si no se introduce la variable depresión como interviniente en el proceso. Tras los resultados obtenidos en este primer estudio, decide comprobar qué relación existe entre la depresión y la orientación hacia el futuro (Martz, 2004b). Utilizando la misma muestra de 317 civiles y militares con LM obtiene una relación inversa entre la depresión y la orientación hacia el futuro, es decir, niveles bajos de depresión se relacionan con mayores habilidades e intereses para pensar en el futuro. Incluso halla que la reducción de sintomatología depresiva (sentimientos de desesperanza, indefensión, aislamiento, tristeza, baja energía, poca concentración, etc.) predice un incremento en los niveles de orientación hacia el futuro.

Se puede concluir tras los estudios analizados que la dimensión de personalidad neuroticismo se relaciona positivamente con la presencia de depresión en las personas con LM si bien extraversión y resiliencia tendrían un papel protector frente a la depresión.

3.4.5.- Depresión y apoyo social

Una vez se han analizado las variables psicológicas que se relacionan con depresión en personas con LM se ofrece una revisión de los estudios que examinan la relación entre depresión y **factores socio-ambientales** como puede ser el **apoyo social**.

La mayoría de las investigaciones realizadas desde los años 90 encuentran que existe una correlación negativa entre la depresión y el **apoyo social**, de tal forma que, aquellas personas con LM con menores índices de apoyo social obtienen mayores puntuaciones en las medidas de depresión y que las personas con conducta depresiva provocan mayor rechazo, evitan el contacto social y tienden más al aislamiento (Elliott y Frank, 1996). Estos resultados son coincidentes con los obtenidos en otras poblaciones con discapacidad no derivada de una lesión medular (Zea, Belgrave, Townsend, Jarama y Banks, 1996; Jarama, Reyst, Rodríguez, Belgrave y Zea, 1998).

Las líneas de estudio del apoyo social en el proceso de adaptación a la LM, y su relación con la depresión han sido variadas. En primer lugar existen estudios cuyo objetivo es comprobar si el *volumen de la red apoyo social* tiene efectos en la variables depresión tras la LM. En esta dirección Elliott, Herrick, et al. (1991), en una muestra de 156 personas con LM, comprueban que el apoyo social, y también la asertividad, son las variables que mejor predicen la ausencia de depresión. Coyle, Shank, Kinney y Hutchins (1993) también evidencian, en una muestra de 48 personas con LM, una relación significativa negativa entre depresión y proximidad del sistema de apoyo social y el total de contactos sociales, sugiriendo que tener amigos, parientes o miembros de la familia cerca puede ayudar a disminuir la sintomatología depresiva. Kishi et al. (1994), en un estudio longitudinal, hallan que la recuperación de la depresión tras la LM se relaciona con un mayor apoyo social frente a los que no se recuperan de la depresión. Tan sólo la publicación de Scivoletto et al. (1997) no identifica relación entre depresión y apoyo social, si bien evalúan esta última variable a través de identificar las personas con LM con familia y aquellos que están solos. Esta limitación en la descripción y categorización en la dimensión de apoyo social podría justificar la ausencia de la relación entre apoyo social y bienestar afectivo.

En segundo lugar, otro grupo de estudios valoran la *satisfacción con el apoyo social*, y no la mera presencia del mismo, como variable a relacionar con la depresión. Desde esta perspectiva Schulz y Decker (1985) identifican, en un centenar de personas

con LM (con un promedio de 35 años tras la lesión), que los mejores predictores de ausencia de depresión son el apoyo social, al igual que los estudios previos, pero también la satisfacción con los contactos sociales. Stroud, Turner, Jensen y Cardenas (2006) también constatan la relación negativa significativa entre satisfacción con el apoyo social y depresión, esto es, las personas más satisfechas con el apoyo social se manifiestan menos deprimidas. Los resultados obtenidos por Kennedy y Rogers (2000) indican que el número de contactos sociales no se relaciona con la presencia de depresión, medida a través del BDI, en personas con LM pero, sin embargo, la satisfacción con el apoyo social sí mantiene una relación significativa negativa con las puntuaciones en depresión. Emplean en su investigación el Social Support Questionnaire, que recoge las medidas tanto de cantidad apoyo social como satisfacción con el mismo. Kemp y Krause (1999) miden el apoyo social a través de una escala de seis ítems que recoge información sobre el número de fuentes de apoyo social así como la satisfacción con cada tipo de apoyo social, Interview Schedule of Social Interaction (ISSI). De nuevo identifican que existe una correlación negativa de naturaleza significativa entre la satisfacción con el apoyo social y la depresión, siendo esta relación positiva cuando se relaciona el apoyo con la satisfacción vital.

En tercer lugar, los estudios referidos al apoyo social que no sólo tratan de comprobar si está relacionado con la depresión el número de apoyos o la satisfacción con el mismo, sino si esta relación se relaciona con la presencia de distintos tipos de apoyo social, calidad y naturaleza del mismo, etc. con comportamientos diferentes en su relación con la presencia de la depresión en el proceso de adaptación a la LM. En esta línea, Elliott et al. (1992) estudian la relación diferencial entre *los tipos de relaciones sociales* y la depresión en una muestra de 182 sujetos con LM. Concluyen que las relaciones sociales que reafirman el valor de la persona con LM predicen bajos niveles de depresión seguidas de aquellas relaciones que proveen una sensación de integración social. También Rintala Young, Hart y Fuhrer (1994) quieren comprobar la relación entre la depresión y la *reciprocidad en las relaciones*, y no únicamente la presencia o cantidad de apoyo social, en una muestra de 140 personas con LM. Sin embargo en esta ocasión no se identifica ninguna relación significativa entre sintomatología depresiva y ninguno de los tres tipos de reciprocidad en la relación (recíproca, dar más a los demás, recibir más de los demás) con ninguno de los grupos de apoyo social. Hammell (1994) analiza la relación entre *cantidad de apoyo social y percepción e adecuación del mismo*

con el estado emocional (presencia de depresión o ansiedad) en personas que han adquirido la discapacidad de forma traumática. Para ello estudia a 15 hombres con LM y sus parejas y a 15 hombres con lesión cerebral y sus parejas. Con la Entrevista de Apoyo Social (ISSI) mide 4 dimensiones del apoyo social: la disponibilidad de relación y la percepción de la adecuación de esa relación, la disponibilidad de la integración social y la percepción de adecuación de la misma. Tampoco en esta ocasión se encuentran relaciones significativas entre la medida de depresión y los cuatro indicadores de apoyo social en la muestra de personas con LM y en sus parejas. Curiosamente estas relaciones sí son significativas para el grupo de personas con lesión cerebral y sus parejas. Las relaciones de *mutua camaradería*, como fuente de apoyo social, son estudiadas por Hui, Elliott, Schewchuk y Rivera (2007), examinan la influencia de la conducta de mutua camaradería en la adaptación manifestada por 61 personas con LM y sus 61 familiares cuidadores, medida a través de la presencia de depresión y la satisfacción de vida. La conducta de camaradería no está asociada con la depresión en ninguno de los dos grupos, las personas con LM y el familiar cuidador. Sí identifican, por el contrario, que en ambos grupos la depresión está inversamente relacionada con la satisfacción vital.

En cuarto lugar, hay estudios cuyo objetivo es comprobar si el apoyo social modula la presencia o intensidad de otras variables en el proceso de adaptación a la LM. Rintala et al. (2005) tratan de comprobar si el *apoyo social modera el efecto del estrés* sobre el bienestar psicológico, entendido éste como la ausencia de sintomatología depresiva y ansiedad y el grado de satisfacción vital. Entienden que la relación entre estrés y bienestar psicológico en militares con LM puede estar modulada por el apoyo social. En sus resultados encuentran que el apoyo social modifica la fuerza de la relación entre estrés percibido y las variables de depresión y ansiedad. Identifican también un mayor malestar psicológico (ansiedad y depresión) en aquellos que manifiestan un mayor número de eventos estresantes diarios. En otro estudio de similar naturaleza, pero en la dirección inversa, Elliott y Shewchuk (1995) quieren demostrar cómo la variable depresión media en la relación entre apoyo social y actividades de ocio. Identifican que la variable depresión mantiene una relación significativa con las actividades de ocio. Por lo que se refiere al apoyo social comprueban que la dimensión de apoyo social denominada "*reassurance of worth*" (relaciones que reconocen y refuerzan a la persona la sensación de valor, como las relaciones mantenidas entre

compañeros de trabajo o colegas) no tiene un efecto directo y significativo con las actividades de ocio, sino que el efecto es significativo si la depresión media en dicha relación.

Otra línea de investigación, la iniciada por Herrick, Elliott y Crow (1994), trata de comprobar si la depresión y el *apoyo social* se comportan como *variables predictoras de las complicaciones médicas*. Realizan seguimiento a 52 pacientes (de una muestra de 95 personas con LM evaluadas un año antes). Comprueban que altos niveles de apoyo social, categorizados como con valor tranquilizador y apego, y bajos niveles de apoyo de crianza (la sensación de responsabilidad de la asistencia del otro) son predictores de las complicaciones en la salud de los sujetos con paraplejia y lesiones completas. Estos resultados se dan en combinación con mayores edades y depresión.

Tal y como se recoge en el primer capítulo, la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en general, y con LM en particular, ha de tener como objetivo último su integración social y en la comunidad (Aguado y Alcedo, 1994; Verdugo, 1999). De ahí que Charlifue y Gerhart (2004b) hayan querido comprobar la relación entre depresión y la **integración en la comunidad**. Pese a lo que se podría esperar, no encuentran evidencias, en un estudio longitudinal de 9 años de duración, de la relación entre la sintomatología depresiva y los niveles de integración y participación en la comunidad, medidos éstos últimos a través del Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART), a través de sus 27 ítems mide 5 dominios siendo el de integración social descrito como la habilidad para participar dentro de la comunidad y mantener relaciones sociales habituales.

Todos los resultados anteriores permiten concluir que el apoyo social es una variable que se relaciona inversamente con la presencia de depresión en el proceso de adaptación a la lesión medular, si bien parece que ese apoyo social tiene una mayor relación con bajos niveles de depresión si se caracteriza por ser bien percibido por la persona, que ésta se muestre satisfecho con él y si reafirman el valor de la persona o si favorece su reintegración social. Por lo que se refiere a la integración en la comunidad, a pesar de la importancia del mismo, la existencia de un único estudio no permite generalizar sus conclusiones y se requiere de una mayor profundización en su conocimiento.

3.4.6.- El tratamiento de la depresión

Pese a la gran cantidad de bibliografía de investigación publicada en torno a la depresión en el proceso de adaptación a la LM pocos son los estudios que aportan información sobre la eficacia o adecuación de **programas de intervención y tratamiento** para la misma y sus efectos en el proceso de adaptación y rehabilitación de esta población. Según los resultados obtenidos por Elliott y Kennedy (2004), tras una revisión de las investigaciones que evalúan la eficacia de distintos tratamientos de la depresión en personas con LM, tan solo nueve artículos publicados cumplen los criterios de calidad propuestos para el análisis por los autores: estudios empíricos, publicados en una revista colegiada y que describan y evalúen los efectos de una intervención en la variable depresión con personas con LM (tabla 22). Los tratamientos recogidos en su análisis son: psicológicos (3), farmacológicos (5) y electro-estimulación (1). Solamente uno de los nueve artículos cumple con los criterios necesarios para valorar la eficacia de un tratamiento para la depresión: investigación clínica, aleatorizada y con grupo control y en cuyos resultados no se hallen diferencias significativas en las medidas de depresión entre la muestra de personas con LM tratadas con antidepresivos y aquellas que no son tratadas (Cárdenas et al., 2002).

Tabla 22

Eficacia de los tratamientos de la depresión en personas con LM

Tratamiento	Estudio	Instrumento	N
Intervención psicológica	Craig et a. (1997)	BDI	28
	Craig et al. (1998)	BDI	28
	King y Kennedy (1999)	BDI	19
	Beh-Pajoooh (2010)	BDI	24
Antidepresivos	Kim et al. (1977)	EDRS	9
	Fullerton et al. (1981)	SADS	3
	Judd et al. (1986)	HRSD	9
	Judd et al. (1989)	BDI	14
	Cardenas et al. (2002)	CESD	44
Electro-estimulación	Bradley (1994)	AC	33

Nota: BDI = Beck Depression Inventory; EDRS = Emergency Depression Rating Scale; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; HRSD: Hamilton Rating Scale Depression; CESD: Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale; AC: Adjetive Checklist. Elaborada según la revisión realizada por Elliott y Kenedy (2004).

Por su parte Mehta et al. (2011) también realizan una revisión de la literatura, en este caso con el propósito de revisar las evidencias empíricas de las *terapias cognitivo conductuales* en el tratamiento de los problemas psicopatológicos (depresión, ansiedad, afrontamiento y adaptación a la discapacidad) en personas con LM. Comprueban que, de los 120 artículos revisados, tan sólo nueve estudios cumplían sus criterios de inclusión en la revisión: centrados en población adulta en la que, al menos, la mitad de la muestra tenga LM, que sean un mínimo de tres las personas con LM analizadas y que empleen grupo control para contrastar los efectos del tratamiento. Con los datos aportados por los nueve estudios incluidos en sus Concluyen que existe evidencia de la eficacia de los mismos en el tratamiento de las personas con discapacidad, pero dada la disparidad de los mismos, indican la necesidad de profundizar en las características de los mismos para la población con LM.

Los resultados ofrecidos por los estudios sobre intervenciones psicológicas contemplados en la revisión de Elliott y Kennedy (2004) y de Mehta et al. (2011), y otros publicados con posterioridad, se comentan a continuación.

Craig, Hancock, Dickson y Chang (1997) quieren probar si un programa de *tratamiento cognitivo conductual* tiene beneficios en los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de 28 personas con LM, comparándolo con la evolución de un grupo control de 41 personas con LM sin tratamiento. No identifican diferencias significativas entre los dos grupos, en ansiedad y depresión, un año después del tratamiento. Estos resultados se atribuyen a que las dos muestras manifiestan niveles medios de ansiedad y depresión, y por tanto podrían ser un colectivo no susceptible de beneficiarse de un tratamiento para el control de la depresión. Sin embargo, en una revisión posterior de la muestra (Craig, Hancock, Chang y Dickson, 1998) evalúan a los dos grupos transcurridos dos años del tratamiento, seleccionando aquellos casos con puntuaciones de depresión superiores a 14 en el BDI. En esta ocasión sí identifican diferencias significativas entre el grupo tratamiento y el grupo control, siendo el primero el que manifiesta menores puntuaciones en depresión.

El estudio presentado por King y Kennedy (1999) cuenta con un grupo control formado por 19 pacientes con LM y un grupo tratamiento formado por 19 personas con LM que participan en un programa de *Terapia Cognitiva-Conductual* (TCC), diseñado según la teoría cognitiva de valoración – afrontamiento de Lazarus y Folkman en 1984.

Los niveles de depresión y ansiedad disminuyen significativamente en el grupo tratamiento tras seis semanas de seguimiento, no así en el grupo control, si bien en ninguno de los dos casos se evidencian cambios en las estrategias de afrontamiento. En línea con estos resultados, Kennedy et al. (2003) replican el estudio anterior ampliando la muestra, 40 personas con LM en el grupo control y 45 en el grupo tratamiento. En esta ocasión obtienen resultados similares: existe un descenso significativo de los niveles de depresión en el grupo tratamiento, 6 semanas después del tratamiento, descenso que no aparece en el grupo control. Siguen sin aparecer cambios en la dimensión de estrategias de afrontamiento ni en el grupo control ni en el tratamiento. Por ello, no se puede concluir que la mejora del afrontamiento reduce los niveles de depresión, sino, según los propios autores, es el aumento del sentimiento de competencia lo que disminuye el malestar psicológico (ansiedad y depresión).

En la misma línea que los estudios anteriores Kemp et al. (2004) estudian el efecto que un tratamiento de seis meses de duración tenía sobre 28 personas con LM (de 5 a 37 años tras la lesión) con índices de depresión. Se comparan los resultados con un grupo control compuesto por 15 personas con LM e índices compatibles con una depresión, que declinan voluntariamente a participar en el estudio. Además de comparar los efectos del tratamiento sobre la sintomatología depresiva quieren comprobar si la mejora psicológica se asocia con cambios en la satisfacción de vida y en la participación de actividades comunitarias o sociales. Los resultados indican que tras seis meses de tratamiento desciende la sintomatología depresiva de forma significativa en el 57% de los casos del grupo tratamiento. En el grupo control no existen cambios significativos en su sintomatología depresiva. Se identifica una alta correlación entre la disminución de los síntomas depresivos y la participación en la comunidad.

Otro estudio es el realizado por Beh-Pajoo, Jahangiri y Zaharakar (2010) con 24 personas con LM con altas puntuaciones en el BDI. Asignaron aleatoriamente a 12 al grupo control y 12 al tratamiento. El grupo recibió a lo largo de dos meses ocho sesiones de entrenamiento del humor, basadas en el *Programa de Entrenamiento en Humor* de McGhee's. Los resultados evidenciaron que el grupo tratamiento disminuyó significativamente sus puntuaciones en el BDI comparados con el grupo control.

La abundancia en la literatura científica sobre la relación entre variables psicosociales y depresión en personas con LM permite llegar a las siguientes

conclusiones, por un lado, que existen algunas dimensiones psicológicas y sociales que actúan como predictores o precipitantes de la depresión tras la LM (morbilidad actual en términos de consumo de alcohol o tabaco, ansiedad, estrés post-traumático; las estrategias de afrontamiento de evitación; el locus de control externo, la autculpabilización...) mientras que otras pueden considerarse como variables preventivas (locus de control interno, apoyo social de calidad y que produzca satisfacción a la persona, extraversión, resiliencia, autoestima alta...). Además, los pocos estudios existentes sobre los efectos del tratamiento de la depresión, si bien apoyan los beneficios de los *programas de intervención cognitivo-conductual* sobre la depresión tras la LM, tienen carencias metodológicas que hacen que sus conclusiones sean tomadas con cautela.

3.5.- DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LM

Otra de las variables psicológicas que se analiza en el proceso de adaptación a la LM es la **calidad de vida**, aunque desde perspectivas diferentes en lo que respecta a su relación con la depresión dado que no existe un modelo único de entender la CV. La CV es un aspecto multidimensional y que está afectado tanto por factores personales y ambientales como la interacción entre ambos (Schalock y Verdugo, 2009).

Borthwick-Duffy hace referencia a cuatro formas diferentes de entender la calidad de vida: “condiciones de vida de una persona (carácter objetivo); satisfacción personal experimentada por el individuo con las citadas condiciones vitales (carácter subjetivo); suma de rasgos objetivos y subjetivos: calidad de las condiciones de vida del individuo más la satisfacción que la propia persona experimenta; integración de las condiciones de vida del individuo más la satisfacción que la propia persona experimenta, pero tamizado todo ello por una escala de valores” (Mingolarra y Álvarez, 2003, pp.187) y Bostick (1977) determina que las áreas que conforman la *calidad de vida* de la población general coinciden con las de las personas con LM. Además de lo anterior, Wood-Dauphinée et al. (2002) afirman que en las personas con enfermedades crónicas en general, y en las personas con LM en particular, también existe otra dimensión relacionada con CV que en las últimas décadas ha recibido su atención por parte de los investigadores, se trata de la “calidad de vida relacionada con la salud”, entendiéndose que este concepto aglutina la percepción del individuo de su desarrollo

físico, mental (emocional y cognitiva), social y el desempeño de funciones, así como su percepción de la salud y el bienestar. Wood-Dauphinée et al. (2002) estiman que tanto la “calidad de vida relacionada con la salud” como la calidad de vida subjetiva, comentada con anterioridad, han de ser evaluadas en las personas con LM. Si bien ambas mediciones son subjetivas la primera de ellas parece estar más relacionada con el rendimiento funcional.

La mayoría de los estudios que relacionan la CV y la depresión en personas con LM, lo hacen desde el carácter subjetivo de la CV, pero además, dado que la CV ha sido descrita como satisfacción general, bienestar subjetivo y **afecto positivo general** (Scherer y Cushman, 2001), algunas investigaciones han identificado la ausencia de depresión en personas con LM como un indicativo de adecuada CV. Además, entienden que ese constructo global se relaciona con áreas vitales específicas tales como el trabajo, las relaciones sociales y ser capaz de ir donde uno quiera, es decir llegar más allá de la mera capacidad física para hacerlo.

En esta línea, Coyle et al. (1994) quieren demostrar la relación entre la depresión y la satisfacción de vida, como identificador de la calidad de vida. Valoran si la depresión es un adecuado predictor de la satisfacción vital, junto con otras variables. En su estudio identifican que el mejor predictor de satisfacción de vida, en una muestra de 91 adultos con LM, es la satisfacción con el ocio, no identificando la variable depresión como una buena predictora de la satisfacción con la CV. Cabe mencionar que Coyle et al. no emplean un instrumento de CV estandarizado sino que a lo largo de una entrevista en dos ocasiones preguntan a los participantes en su estudio “¿Cómo te sientes sobre tu vida en general?” pudiendo los sujetos responder en una escala Lickert desde 1 (terrible) a 7 (encantado).

Similares resultados obtienen Price, Kandall, Amsters y Perhouse (2004) en su estudio sobre cambios percibidos en la CV de 84 personas con LM y las variables relacionadas con dichos cambios. De nuevo en este estudio se emplea la pregunta “¿Cuán satisfecho estás con tu actual calidad de vida?” pudiendo contestar a una escala Lickert con 7 opciones de respuesta: encantado, satisfecho, sobre todo satisfactoria, casi igualmente satisfactoria e insatisfactoria, mayoritariamente satisfactoria, infeliz y terrible. En sus resultados Prince et al. (2004) indican que los sujetos de la muestra que ven disminuida su CV tienen que atribuirlo a distintos dominios: salud, estado físico,

emocional o social, y equipamiento. A diferencia de lo esperado por los autores, los cambios en detrimento de la CV se relacionan más frecuentemente con diferencias significativas en los factores de estado físico y de la salud, que con cambios en los factores emocionales (incluida la depresión), sociales o de equipamiento.

No obstante, cabe tener prudencia en la interpretación de los datos de los dos estudios precedentes ya la medición de la CV se realiza a través del empleo de un único ítem, y por lo que se refiere en concreto a la presencia o no de depresión no se utiliza ningún instrumento específico (ni entrevista clínica ni autoinforme) para su evaluación. Esta estimación tan genérica de la CV pudiera explicar la ausencia de relación identificada entre la depresión y la CV, contraria a los resultados obtenidos en otros estudios.

Así, Scherer y Cushman (2001), superando las limitaciones metodológicas de la evaluación de los estudios anteriores, analizan una muestra de 20 sujetos con LM recientes e identifican que los resultados obtenidos en dos mediciones de calidad de vida (dimensión subjetiva), el Satisfaction with Life Scale (SWLS) y el Quality of Life (QOL), correlacionan de forma negativa y significativa con depresión, valorada a través del BSI. Datos similares obtuvieron Woolrich et al. (2006) cuando correlacionan las puntuaciones de depresión obtenidas a través del HADS y las del Cuestionario de Satisfacción de Vida (Life Satisfaction Questionnaire; LSQ).

Por lo que respecta a la dimensión de calidad de vida relacionada con la salud Lundqvist et al. (1997), se proponen determinar qué factores, de entre los contenidos en una batería de evaluación comprensiva de instrumentos estandarizados generales y otros específicos para personas con LM, constituyen la calidad de vida de los pacientes con LM. Identifican cuáles son los factores que explican en mayor medida las puntuaciones de CV: *salud mental (no sentimientos depresivos)*, disfunción psíquica o física (ausencia o pocas limitaciones funcionales en la movilidad, limitaciones en los cuidados del cuerpo y movimiento, limitaciones en la integración social) y problemas relacionados con la LM (ausencia o poca percepción de dificultad con la pérdida de independencia debida a la LM). En este estudio el instrumento empleado para medir la “calidad de vida relacionada con la salud” es el Sickness Impact Profile (SIP) y el cuestionario Quality of Life (QL).

También Kannisto y Sintonen (1997) emplean el 15-D Questionnaire para valorar la calidad de vida relacionada con la salud en 36 personas que adquirieron la LM antes de los 17 años de edad. En este estudio la depresión es entendida como una dimensión, contenida en el 15-D, que permite objetivar y cuantificar la CV. En sus resultados sobre el peso específico de cada una de las 15 dimensiones medidas en el instrumento de calidad de vida, obtienen que la depresión no tiene un peso específico en la medida de calidad de vida relacionada con la salud. Si bien no se emplea un instrumento específico para la medición del estado de ánimo.

Por su parte, Bombardier et al. (2004) analizaron la relación entre ambas dimensiones de la CV, tanto la dimensión subjetiva (SWLS) como la relacionada con la salud (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey, SF-36) y la depresión (PHQ-9). Obtuvieron que la depresión mantenía relaciones significativas y negativas con ambas dimensiones de la calidad de vida.

En una muestra muy amplia, 2,570 sujetos con LM, Richardson y Richards (2008) comprueban, asimismo, que gran severidad en ítems de depresión, tanto somáticos como afectivos, medidos igualmente a través del PHQ-9, correlacionan negativamente con satisfacción de vida (SWLS). Estas relaciones inversas entre depresión y CV se objetivaban tanto en el grupo formado por personas que llevan 5 años conviviendo con la lesión como en los grupos de 15 y 25 años transcurridos con la LM.

Otros investigadores, como es el caso de Charlifue y Gerhart (2004a), quisieron comprobar si la calidad de vida percibida (excelente, media o pobre) se ve afectada por cambios en la satisfacción de vida (Life Satisfaction Index, LSI), en la presencia de depresión (CES-D), en el bienestar psicológico y en el estrés percibido. En su estudio longitudinal, con una muestra de 189 personas con LM, identifican que existe una fuerte correlación entre CV y la sintomatología depresiva pero, lo que es más importante, la naturaleza longitudinal del estudio permite comprobar que los niveles de CV percibida en los primeros años permiten predecir los niveles de depresión y ansiedad pasados los años.

Por su parte Yorkston, Bamer, Johnson, y Amtmann (2012) estudian de manera más específica, en una muestra de 620 personas con LM ya residentes en la comunidad y 1271 con esclerosis múltiple, la relación entre la satisfacción con la participación con

la CV relacionada con la salud (SF-8), la satisfacción de vida (SWLS) y la depresión (CES-D). Las tres variables estudiadas mantenían relaciones significativas con satisfacción con la participación, si bien la depresión lo hacía en sentido inverso. No ofrecen datos los autores sobre las relaciones, en ninguno de los grupos, entre las medidas de CV y la de depresión.

Queda aún mucho que decir en el estudio de la CV de las personas con LM y más aún profundizar en aquellos factores que se pueden considerar predictores del mismo o bien variables de resultado, es decir, saber con exactitud qué variables o dimensiones predicen que la persona tenga una adecuada CV, o por el contrario saber qué dimensiones personales del sujeto se benefician de que la persona tenga una adecuada CV. En ambos casos, parece que queda probado, aunque se requiere una mayor profundización en el estudio, que la ausencia de depresión es un buen predictor de la calidad de vida y que niveles altos de satisfacción vital protegen, a corto y largo plazo, a la persona de padecer una depresión.

3.6.- RESUMEN

El análisis de la literatura científica de los últimos 25 años permite llegar a algunas conclusiones sobre la presencia de la depresión en las personas con LM y su relación con el proceso de adaptación psicológica a la discapacidad.

En primer lugar, se demuestra que las características socio-demográficas tienen poca relación con la aparición de la depresión tras la LM, si bien, en general las mujeres tienen una mayor tendencia a pasar por estados afectivos deprimidos, no manifiestan diferencias significativas en la incidencia de la depresión tras la LM. Por lo que se refiere a la edad, los datos no son concluyentes, pero indican una mejor adaptación a la LM en las personas que adquieren la misma a edades más tempranas, si bien los resultados no permiten considerar la edad como una variable predictora del estado afectivo tras la adquisición de una LM, al menos no de forma independiente. En lo que sí parece existir un mayor acuerdo es en identificar diferencias en la presencia de depresión asociadas a la raza y/o el país de procedencia, es decir, la situación social o las características socio-culturales median en la aparición de la depresión en personas con LM.

En segundo lugar, la literatura científica no avala que las características propias de la lesión (tiempo desde la lesión, nivel y tipo de lesión, nivel funcional residual) tengan una clara relación con la depresión, si bien algunas condiciones secundarias de salud, estresantes o que provoquen malestar como son el dolor, las dificultades en el manejo de las técnicas de evacuación o el número de hospitalizaciones, pueden llegar a tener incidencia en la presencia de la depresión. También la investigación considera la morbilidad previa (haber padecido trastornos psicopatológicos, haber consumido sustancias tóxicas o haber tenido algún intento de suicidio previos a la LM) como indicio de vulnerabilidad a la depresión tras la adquisición de la discapacidad.

En tercer y último lugar, se concluye que existen variables psicológicas en las personas que adquieren una LM que son de riesgo para padecer una depresión como son: la comorbilidad (padecer estrés post-traumático, ansiedad, consumo de alcohol); las estrategias de afrontamiento de escape evitación, el auto-control, la aceptación de la responsabilidad, el pensamiento fantasioso; el locus interno (relacionado con la autoculpabilización de la LM) y el externo (cuando se trata del control de la propia salud); estados cognitivos de indefensión aprendida y autopercepción negativa; y la variable de personalidad neuroticismo. En cuanto a las variables psico-sociales, el apoyo social se ha identificado como una variable protectora de la depresión tras la LM, más aún cuando este apoyo social es percibido de forma positiva, cuando la persona se manifiesta satisfecha con su red de apoyo social y cuando las relaciones interpersonales que mantienen con su red de apoyo social refuerzan su auto-valoración.

Sin embargo, pese a que la literatura científica es abundante, queda mucho aún por conocer en la relación entre depresión y otras variables psicosociales como es el caso de la calidad de vida. Es necesario conocer el efecto que la depresión produce en la CV de las personas con LM, si es un predictor de la CV o ambas variables son ejemplo de una buena adaptación a la LM.

Una vez analizado el conocimiento acumulado a lo largo de años de investigación sobre la presencia de la depresión en el proceso de adaptación a la LM y su relación con otras variables de distinta naturaleza, en el apartado que se presenta a continuación se profundiza en las limitaciones de los estudios previamente analizados, así, en primer lugar se revisan los procedimientos empleados en la literatura para el diagnóstico de la depresión, haciendo especial hincapié en comprobar si es adecuado su

uso en las personas con LM. En segundo lugar, se enumeran las principales carencias metodológicas identificadas en la literatura científica sobre este particular que impiden llegar a conclusiones certeras en el proceso de adaptación de las personas con LM.

CAPÍTULO 4.-

EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM

4.1.- INTRODUCCIÓN

Una vez analizada la situación actual del conocimiento científico sobre la depresión en el proceso de adaptación psicológica a la LM, así como su relación con otras variables sociales, clínicas y psicológicas, se ofrece, en este último apartado de la revisión teórica, un análisis profundo sobre la evaluación de la depresión en las personas con LM y aspectos metodológicos de su estudio. Tal y como se contempla en los apartados precedentes, el equipo de investigación, desde el que se impulsa la presente tesis, tiene un gran interés por los aspectos metodológicos del estudio del proceso de adaptación a la discapacidad física en general, y a la LM en particular, de forma especial se interesa por la evaluación de los aspectos psicológicos del proceso de adaptación. Por ello se ofrece, en este último apartado, en primer lugar, una descripción y análisis los instrumentos de evaluación y diagnóstico de la depresión más empleados en la literatura revisada, así como la reflexión sobre su adecuación y uso en la población objetivo de estudio, las personas que han adquirido una LM. En segundo lugar, se examinan las limitaciones metodológicas identificadas en la literatura científica, con especial énfasis en aquellas relacionadas con la evaluación de la depresión en las personas con LM.

4.2.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Lo primero que se observa cuando se revisan los instrumentos existentes para el diagnóstico de la depresión es que son muchas las estrategias existentes, tal y como se contempla en la tabla 23, si bien cabe mencionar que no todas ellas han sido empleadas en el estudio de la depresión en la población a estudiar, las personas con LM.

Tabla 23

Estrategias de evaluación de la depresión

Entrevista		Autoinforme	Método Observacional	Análisis Funcional
No Estructurada	Específica	Específico	Conductas observables de la depresión	Factores etiológicos-ambientales de la depresión
Semi-Estructurada	General	General		
Estructurada				

Por ello, en las siguientes líneas se ofrece un análisis de los instrumentos más empleados en el estudio del proceso de adaptación a la LM con el propósito de aclarar los siguientes aspectos: i) comprobar su utilidad clínica, esto es, su adecuación, fiabilidad y validez para el diagnóstico clínico de la depresión, dado que no es lo mismo, tal y como comentamos con anterioridad, padecer un estado afectivo deprimido que padecer una depresión clínica; ii) identificar el constructo a medir, tanto si se trata de Depresión Mayor como de estado afectivo deprimido o conducta depresiva; iv) corroborar si son específicas para la evaluación de trastornos del estado de ánimo o genéricas para la evaluación de trastornos mentales y del comportamiento y que incluyan mediciones de depresión y, por supuesto, v) verificar si cada instrumento a analizar es adecuado para poblaciones con enfermedades crónicas y, concretamente, para la evaluación de personas con LM o bien no permite hacer diagnósticos diferenciales.

4.2.1.- Autoinformes para la medición de la presencia y la gravedad de la depresión

Los **inventarios o autoinformes de depresión** son una estrategia cuyo uso ha sido muy extendido en la literatura científica dada la rapidez y facilidad de su aplicación. En su evaluación incluyen ítems referidos a síntomas cognitivos, afectivos, verbales, motores y somáticos propios de la depresión. En general, a diferencia de las entrevistas que se analizan posteriormente, no requieren un nivel elevado de adiestramiento ni entrenamiento por parte del usuario y sus niveles de fiabilidad y validez son adecuados para su uso como instrumentos de screening o de identificación de problemas afectivos, si bien no se recomienda su uso para el diagnóstico clínico (Vázquez y Sanz, 2009). Al igual que ocurre con las entrevistas, existen dos tipos de

autoinforme, los que se diseñan específicamente para evaluar la depresión (tabla 24) y aquellos creados para el diagnóstico psicopatológico general pero que incluyen medidas de depresión (tabla 25).

Ambos tipos de autoinformes se emplean en el estudio de la depresión en personas con LM tal y como se detalla a continuación.

En las siguientes líneas se describen brevemente los *instrumentos de autovaloración, especialmente diseñados para la medición de la presencia y severidad de la depresión*, más empleados en el estudio del proceso de adaptación psicológica a la LM.

El instrumento mayoritariamente utilizado en el estudio de la depresión tanto en la población general (Sanz, 2013) como en las personas con LM es el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck y Steer, 1992; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Es una medida de autoinforme de depresión con 21 ítems que valoran sintomatología depresiva (aspectos cognitivos, afectivos, conductuales, interpersonales y somáticos) así como su severidad. Cada ítem puede ser valorado en una escala Likert de 4 rangos (de 0 a 3) y los rangos de puntuación total de la escala oscilan entre 0 y 63. Se valora y puntúa la presencia de los síntomas, contenidos en cada uno de los 21 ítems, durante la última semana. Cuanto mayor es la puntuación obtenida mayor índice y severidad de la depresión considerándose una puntuación superior a 14 puntos indicadora de la presencia de depresión. Sus niveles de fiabilidad son buenos ($\alpha = .86$) (Beck y Steer, 1992) así como su validez convergente (.68) con el Escala Psiquiátrica para la Depresión de Hamilton (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression, Bailey & Coppen, 1976).

Tabla 24

Autoinformes específicos empleados en la evaluación de la depresión en LM

Constructo	Instrumento	Ítems	Estudios	
			N	%
DDM	IDD, 1986	22 (0-2)	10	10.1
	OAHMQ, 1995	22 (V-F)	7	7.0
	PHQ-9, 1999	9 (0-3)	4	4.0
Conducta depresiva	BDI, 1961	21 (0-3)	43	43.4
	CESD-20, 1977	20 (0-3)	25	25.2
	SDS, 1965	20 (0-3)	4	4.0
	QD, 1983	24	3	3.0
	HRSD, 1960	21	2	2.0
Humor depresivo	DACL, 1981	34	1	1.0
Total de estudios que emplean autoinformes específicos			99	100

Nota: DDM = Diagnóstico de depresión mayor; IDD = Inventory to Diagnose Depression; OAHMQ = Older Adult Health and Mood Questionnaire; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire – 9 items version; BDI = Beck Depression Inventory; CESD-20 = Center for Epidemiological Studies- Depression Scale; SDS = Zung Self-Rating Depression Scale; QD = Depression Questionnaire of the Cognitive Behavioral Assessment; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; DACL = Depression Adjective Checklist.

De los 43 estudios que emplean el BDI, en el estudio de la depresión en personas con LM, el realizado por Radnitz et al. (1997) ofrece un análisis de la validez y fiabilidad de dicho instrumento en una muestra de 134 personas con LM. En su estudio se comparan las puntuaciones obtenidas en el autoinforme con las obtenidas a través de la entrevista estructurada en base al DSM-III-R (SCID). Los niveles de consistencia interna obtenidos con el BDI son excelentes ($\alpha = .89$). Tras un análisis de la validez discriminante, Radnitz et al. sugieren la utilización de un punto de corte más alto que el indicado por el manual ($P \geq 14$) para estimar la presencia de la depresión en personas con LM, así, en su estudio una puntuación mayor de 18 obtiene índices de sensibilidad del 83.3% y un punto de corte de 27 identifica exitosamente al 100% de las personas con LM que cursan episodio de depresión mayor. A terno de los resultados Radnitz et al. recomiendan acompañar el diagnóstico con la información aportada por otras fuentes de información complementarias.

Pese a los datos aportados por Radnitz, la mayoría de los estudios que utilizan el BDI en personas con LM emplean el punto de corte recomendado de 14 puntos, tan sólo Oh et al. (2006) emplean un punto de corte de 21 en la escala para identificar la

depresión en personas con LM. Por su parte Judd et al. (1989) concluyen que los ítems del BDI que mejor predicen la presencia de depresión en personas con LM son: tristeza, preocupación somática, anorexia, pesimismo, pena e irritabilidad.

Otro instrumento muy utilizado en la literatura analizada es la Escala de Depresión de Beck del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies- Depression Scale, CESD-20; Radloff, 1977). Es un autoinforme que valora la presencia de sentimientos y conductas depresivas en la última semana (humor depresivo, sentimientos de pena o falta de valor, indefensión y desesperanza, retraso psicomotor, pérdida de apetito y alteraciones del sueño). Está compuesto por 20 ítems a valorar con una escala Lickert de cuatro rangos, de 0 (*rara o ninguna vez*) a 3 (*todos los días*). Con una puntuación máxima de 60, las puntuaciones de 16 o más indican un particular riesgo de depresión en la población general, aunque se recomienda un punto de corte de 19 para personas con LM (Kuptniratsaikul, Chulakadabba y Ratanavijitrasil, 2002). Existe una versión abreviada de 10 ítems que identifica la depresión con puntuaciones superiores a 10. Pese a no ser un instrumento diagnóstico manifiesta una relación moderada con los diagnósticos clínicos de depresión. Kuptniratsaikul et al. (2002) comprueban que es un instrumento de evaluación con adecuados niveles de especificidad (80.0%) y sensibilidad (69.8%) para el screening de la depresión en personas con LM. Por su parte, Miller, Anton y Townson (2008) analizan la fiabilidad y validez concurrente de este instrumento en una muestra de 47 personas con LM y obtienen altos niveles de consistencia interna (α Cronbach = .91) y una fiabilidad test retest de .87. El CEDS-20 obtiene unos índices de correlación de .75 ($p \leq .05$) con el SF-36 Mental Health que avalan su validez. Al igual que el BDI, es un instrumento muy utilizado en el estudio de la depresión de las personas con LM, concretamente es empleado en 25 estudios (Cairns et al., 1996; Charlifue y Gerhart, 2004a y b; Coyle et al., 1994; Coyle et al., 1993; Daverat et al., 1995; Fuhrer et al., 1993; Giardino et al., 2003; LaChapelle y Alfano, 2005; McColl y Skinner, 1996; Miller et al., 2008; Rintala et al., 1994; Rintala, Young, Hart, Clearman y Fuhrer, 1992; Rintala et al., 2005; Rintala et al., 2007; Roth et al., 2004; Schulz y Decker, 1985; Shnek et al., 1997; Stroud et al., 2006).

El Inventario para el Diagnóstico de la Depresión (Inventory to Diagnose Depression, IDD; Zimmerman, Coryell, Corenthal y Wilson, 1986) es el instrumento de

screening más empleado en los estudios ofrecidos por el equipo de investigación de Elliott (Berry et al., 2007; Elliott, 1999; Elliott et al., 1992; Elliott et al., 2002; Elliott, Godshall, et al., 1991; Elliott, Herrick et al., 1991; Elliott, Witty et al., 1991) con muestras con LM. Es un autoinforme de 22 ítems basado en los criterios diagnósticos del DSM-III-R para el diagnóstico del Desorden Depresivo Mayor. Permite una decisión binaria donde una puntuación cero es ausencia de patología, uno indica severidad subclínica y de dos a cuatro un síntoma positivo. Cada síntoma puede ser valorado tanto en términos de severidad en una escala de Lickert como en términos de presencia o ausencia en las últimas 2 semanas. Cabe mencionar el estudio realizado por Clay et al. (1995) donde se identifican diferencias en el poder predictivo de los síntomas recogidos en el inventario en personas con LM parapléjica y tetrapléjica y se recomienda un mayor análisis del peso específico de los síntomas, no sólo su presencia, para evitar errores en el diagnóstico en personas con LM. Concluyen como síntomas mejores predictores de la Depresión Mayor en esta población: pérdida de interés o placer, distorsiones psicomotoras, dificultades en la concentración, cambios en el apetito y problemas de sueño.

A diferencia de los anteriores, el Cuestionario de Salud y Humor para Personas Mayores (Older Adult Health and Mood Questionnaire, OAHMQ; Kemp y Adams, 1995) es un instrumento de 22 ítems que mide sintomatología depresiva desarrollada de acuerdo al DSM-III-R, y especialmente validada para evaluar la presencia de depresión en muestras de adultos con discapacidad. Todos los ítems siguen el formato de respuesta dicotómica verdadero/falso. En el diseño del instrumento se incluyen pocos ítems con síntomas de depresión de naturaleza fisiológica, ya que estos síntomas pueden actuar paralelamente como síntomas propios de una discapacidad, como es el caso de población de la presente tesis, las personas con LM. Con este instrumento se puede asignar a los sujetos a tres grupos: una puntuación de corte de 0 a 5 indica la ausencia de depresión, 6 a 10 sintomatología clínicamente depresiva, y 11 a 22 posible depresión mayor. Permite obtener mediciones separadas de los síntomas afectivos y de otros síntomas de la depresión (fisiológicos, cognitivos y conductuales). Las puntuaciones de consistencia interna son de .87 y las de fiabilidad test-retest.84. Obtiene adecuados índices de especificidad (.80) y sensibilidad (.87) al Diagnóstico de Depresión Mayor.

Dado su interés por no confundir el diagnóstico de la depresión con posibles síntomas vegetativos propios de la LM, este instrumento ha sido empleado por el equipo de Krause con este colectivo (Kemp y Krause, 1999; Kemp et al., 2004; Krause et al., 1999; Krause et al., 2000; Krause et al., 2007; Krause, Carter, Pickelsimer y Wilson, 2008) obteniendo una excelente consistencia interna (α Cronbach = .88) con una muestra de 1545 personas con LM (Krause et al., 2007).

Al igual que el anterior, el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Spitzer, Kroenke, y Williams, 1999) pretende ser una medida de screening de la Depresión Mayor creada para poblaciones médicas y no para poblaciones psiquiátricas o para población general. Está compuesto de 9 ítems, paralelos a los 9 criterios diagnósticos utilizados por el DSM-IV para el diagnóstico de Depresión Mayor. Incluyen información sobre: ausencia de placer, desesperanza, problemas de sueño, falta de energía, pérdida de apetito, problemas de concentración, lentitud psicomotora e ideación suicida. Cada ítem se contesta a través de una escala Lickert con una gradación de 0 (nunca), 1 (algunos días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (prácticamente cada día). Siendo el rango de puntuaciones en la escala de 0 a 27, una puntuación menor de 5 no evidencia depresión, puntuaciones entre 5 a 14 pueden indicar una depresión y mayores de 15 indican posible Depresión Mayor.

Bombardier et al. (2004) comprueban la utilidad clínica de esta prueba con población con LM ($N = 849$) y analizan si los síntomas somáticos son válidos para diagnosticar Depresión Mayor en la citada población. Demuestran que los niveles de consistencia interna de la prueba son adecuados (α Cronbach = .87). Por lo que se refiere a su validez de constructo, las puntuaciones en el PHQ-9 que indican gran severidad de los síntomas depresivos mantienen una correlación negativa con satisfacción vital (*Spearman* $\rho_{144} = -.51, p < .001$) y salud subjetiva (*Spearman* $\rho_{144} = -.50, p < .001$). Otro estudio sobre el PHQ-9 realizado con población con LM es el de Richardson y Richards (2008), siendo su propósito comprobar cómo se comportan los síntomas somáticos en el diagnóstico de la depresión en esta población. Para ello evalúan con esta prueba a 2.570 personas con LM (682 sujetos al año de la lesión y 517 a los cinco años de la lesión). Identifican adecuados niveles de consistencia interna tanto para las subescalas somáticas (α Cronbach .74 y .82 uno y cinco años tras la lesión respectivamente) como para las afectivas (α Cronbach .81 y .78 uno y cinco años tras la

lesión respectivamente), además comprueban que ambas correlacionan negativamente con satisfacción de vida al año de la lesión ($r_s = -.463, p < .001$ escala afectiva; $r_s = -.346, p < .001$ escala somática) y a los 5 años ($r_s = -.415, p < .001$, escala somática; $r_s = -.456, p < .001$, escala afectiva). El estudio de Bombardier, Kalpakjian, Graves, Dyer, Tate y Fann (2012) señala esta prueba como adecuada para su uso en el diagnóstico utilizando un punto de corte de 11, con una alta coincidencia con los diagnósticos de Depresión Mayor emitidos a través de la SCID en una muestra de 142 personas con LM. También Kalpakjian y Albright (2006) y Wilson et al. (2005) emplean esta prueba para la evaluación de la depresión en personas con LM.

Otro instrumento de screening empleado, aunque con menor frecuencia que los anteriores, en poblaciones con LM es la Escala de Autovaloración de la Depresión de Zung (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS; Zung, 1965). Es una escala de 20 ítems que valora la frecuencia en que se experimentan los síntomas de depresión (el humor depresivo, los síntomas tempranos, el llanto, el insomnio, la disminución de apetito, la pérdida de peso, el desinterés sexual, el estreñimiento, las palpitaciones, la fatiga, el razonamiento nebuloso, las dificultades para completar tareas, las dificultades en la toma de decisiones, la inquietud, la pérdida de esperanza, la irritabilidad, la disminución de la autoestima, la satisfacción de vida, la ideación suicida y la anhedonia) a través de una escala tipo Lickert de 4 alternativas (en alguna ocasión, parte de tiempo, buena parte del tiempo, la mayoría del tiempo). Algunos de sus ítems aparecen formulados en positivo (sigo disfrutando del sexo) y otros en negativo (estoy cansado sin razón). Aporta una puntuación total de depresión (puntuación total máxima de 80), sugiriendo la existencia de la depresión con puntuaciones T de 55 o más. También permite calcular diferencialmente la presencia de los componentes somáticos o afectivos de la depresión, tan importante en población con enfermedades crónicas, si bien cabe mencionar que el estudio realizado por Tate, Forchheimer, Maynard, Davidoff y Dijkers (1993) comprueba que la medición de esos dos constructos de la depresión, somático y afectivo, se mantiene para poblaciones con LM y que manifiesta una validez concurrente del 67% en poblaciones con LM considerándose una escala con mejores propiedades psicométricas en esta población.

Muraki et al. (2000) emplean el SDS junto al POMS (Profile of Moods Satetes, Perfil del Estado del Humor) y el STAI (State-trait Anxiety Inventory, Inventario de

Ansiedad Estado Rasgo) para comprobar los beneficios psicológicos de la práctica deportiva en 169 hombres con LM si bien no aportan datos de las propiedades psicométricas del instrumento en su muestra.

En menor medida es empleada en los estudios sobre depresión en personas con LM la Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD; Hamilton, 1960) (Kemp et al., 2004; Kishi et al. 1994 y 1995). Es un cuestionario de 21 ítems (ó 17 en su versión reducida) de respuesta múltiple que valora la Depresión Mayor a través de estimar presencia de 21 síntomas depresivos: humor depresivo, sentimiento de pena, suicidio, insomnio, trabajo y actividad, lentitud psicomotora, agitación, ansiedad psicológica y somática, síntomas somáticos gastro-intestinales y generales, síntomas sexuales, hipocondriasis, pérdida de peso, variaciones diurnas, despersonalización / desrealización, síntomas paranoides y obsesivos/compulsivos. La puntuación va de 0 a 52 (de 0 a 7 se considera estado normal, de 8 a 12 depresión menor, de 18 a 29 depresión mayor, de 30 a 52 más que depresión mayor). La escala conlleva un tiempo de aplicación de 10 minutos por parte de un profesional cualificado, tras una entrevista de unos 30 minutos. En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (*alpha de Cronbach* de .92) (Reynolds y Kobak, 1995), si bien no hay datos concretos sobre sus propiedades psicométricas en personas con LM.

El Cuestionario de Depresión de la Evaluación Cognitivo Conductual (Depression Questionnaire of the Cognitive Behavioral Assessment, CBA-QD; Sanavio, Bertolotti, Michielin, Vidotto y Zotti, 1986) es un instrumento de autoevaluación compuesto por 24 ítems adaptados del BDI y del SDS, con unos índices de fiabilidad test-retest .88 y .72 y un coeficiente *alpha* de .86. Este instrumento ha sido empleado para evaluar la depresión en población con LM por Scivoletto et al. (1997) y Scivoletto et al. (2000) a pesar de no tener datos sobre su adecuación de uso en esta población en concreto.

El inventario Lista de Adjetivos de Depresión (Depression Adjective Checklist, DACL; Lubin, 1965) es un instrumento de evaluación formado, tanto en su forma E como en la F, por 34 adjetivos relacionados con el humor, tanto positivos (ej. pacífico) como negativos (ej. azul). Los sujetos han de marcar aquellos adjetivos que mejor reflejan su humor. La puntuación final se obtiene de la suma de adjetivos negativos

elegidos y los positivos no elegidos. El rango de las puntuaciones oscila de 0 a 34, y las puntuaciones superiores a 17 indican la presencia de una depresión clínica. Fue empleado por Cushman y Dijkers (1991) para valorar depresión en una muestra de 102 personas con LM, comparando sus resultados en la prueba con un grupo control de 98 sujetos, si bien en sus resultados no ofrecen datos concretos sobre su fiabilidad y validez para la muestra de personas con LM.

Todas las escalas anteriormente mencionadas, específicas o no para personas con discapacidad o enfermedades crónicas, estiman conducta depresiva, humor depresivo o alteraciones del estado de ánimo. Pese a no haber sido creadas para el diagnóstico clínico de la depresión, muchas de ellas ofrecen adecuados niveles de fiabilidad y validez en el diagnóstico de la Depresión Mayor tanto en la población general como en las personas con LM, tal y como se ha expuesto.

4.2.2.-Escalas de depresión incluidas en cuestionarios psicopatológicos genéricos

Existe un segundo tipo de autoinformes que también han sido empleados en el estudio de la depresión en personas con LM, estos son las escalas de depresión incluidas en cuestionarios psicopatológicos genéricos (tabla 25).

Tabla 25

Autoinformes genéricos empleados en la evaluación de la depresión en personas con LM

Constructo	Instrumento	Ítems Depresión	Estudios	
			N	%
Depresión y ansiedad	DASS-21, 1995	7 (0-3)	2	6.8
	HADS, 1983	7 (0-3)	11	37.9
	MAACL, 1965	Total 132	1	3.4
Sintomatología psicológica	BSI, 1982	6 (0-4)	5	17.2
	SCL-90-R, 1973	20 (0-4)	7	24.1
Humor	POMS, 2005	15 (0-4)	2	6.8
	BQWB/AF, 1995	4 (1-6)	1	3.4
Total de estudios que emplean autoinformes genéricos			29	100

Nota: DASS-21 = Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 items version; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MAACL = Multiple Affect Adjective Checklist; BSI = Brief Symptom Inventory; SCL-90-R = Symptom Checklist-90 items-Revised; POMS = Profile of Mood States; BQWB/AF = Berne Questionnaire of Well-Being Adult Form.

El autoinforme genérico más utilizado en población con LM es la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Se trata de un autoinforme de ansiedad y depresión consistente en 14 ítems (7 de ansiedad y 7 de depresión). Cada ítem tiene una respuesta asignada en valores de 0 (no, no del todo) a 3 (sí, definitivamente). Con la suma de las puntuaciones, en la escala de depresión, se pueden identificar aquellos casos con depresión (puntuaciones entre 11-21), posible depresión (8-10) y ausencia de depresión (0-7). Sus autores han indicado adecuados niveles de validez con un punto de corte de más de 8 para cada sub-escala. Permite detectar casos y severidad de la depresión, los propios autores recomiendan detectar casos de depresión media con puntuaciones de 8 a 10, moderada con 11 a 15 y severa para puntuaciones superiores a 16 si bien no se considera un instrumento adecuado para el diagnóstico de la depresión por sí mismo. Este cuestionario se considera un instrumento con buenas propiedades psicométricas, adecuada consistencia interna con correlaciones de los ítems de depresión entre .60 y .30 a un nivel de significación $p < .02$, y mostrando altas correlaciones con los índices de severidad de la depresión obtenidos a través de entrevistas clínicas ($r_s = .70$, $p < .001$) (Zigmond y Snaith, 1983).

Ha sido utilizado en programas médicos para valorar ansiedad y depresión en población con patología física, ya que tiene poco contenido somático en comparación con otros instrumentos de similares características, en muchas ocasiones, empleado en personas con LM (Glickman y Kamm, 2006; Kennedy et al., 2006; Lundqvist et al., 1997; Norrbrink et al., 2005; Norrbrink et al., 2006; Norrbrink y Lundeberg, 2004; Norrbrink y Lundeberg, 2005; Norrbrink y Österåker, 2007 y Tasiemski y Brewer, 2011). Por lo que se refiere a las propiedades psicométricas del HADS en estos últimos, Woolrich et al. (2006) comprueban en una muestra amplia ($N = 963$) que la escala de depresión manifiesta una alta consistencia interna (α Cronbach = .79). Su validez de constructo se evidencia a través de la correlación negativa obtenida entre las puntuaciones de una Escala de Satisfacción de Vida (Life Satisfaction Questionnaire, Fugl-Meyer, Branholm y Fugl-Meyer, 1991) y las puntuaciones en la Escala de Depresión ($r = .660$, $P < .001$), Ansiedad ($r = -.419$, $P < .001$) y Escala Total ($r = -.585$, $P < .001$).

El segundo instrumento de valoración de psicopatología general más empleado en el estudio del proceso de adaptación a la LM es la Lista de 90 Síntomas- Revisada (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R; Derogatis, Lipman y Covi, 1973) (Buckelew et al., 1990; Buckelew et al., 1991; Carvalho et al., 1998; Oversholser et al., 1993 y Tate, Kewman y Maynard, 1990). Es un cuestionario de evaluación de 90 síntomas de malestar emocional que contempla las dimensiones de: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, *depresión*, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

Malec y Naimeyer (1983) lo emplean para valorar depresión en una muestra de 28 personas con LM junto con otros dos instrumentos, el BDI y la Escala de Depresión del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI). Obtienen altas correlaciones entre las puntuaciones en escala de depresión del SCL-90 y las puntuaciones del BDI (.89) y el MMPI en su escala de Depresión (MMPI-D) (.77). También Buckelew, Burk, Brownlee-Duffeck, Frank y DeGood (1988) evalúan la consistencia interna de las subescalas del SCL-90 y la validez de las mismas en una muestra compuesta por personas con dolor crónico ($N = 78$) y con lesión medular ($N = 52$), utilizando una población sin enfermedad y/o discapacidad como grupo control. Los resultados evidencian una consistencia interna para la muestra de personas con LM de un *coeficiente alpha*, para la depresión somática, de .62, siendo de .70, .63 y .69 para la muestra de pacientes con dolor, estudiantes y muestra total respectivamente.

En tercer lugar, el Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI; Derogatis y Spencer, 1982) es un cuestionario de 53 ítems que mide nueve dimensiones de sintomatología psíquica (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, *depresión*, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoica y psicoticismo) y que, a través de un índice de puntuación global, indica el malestar psicológico. Es una versión abreviada del SCL-90 analizado previamente. Esta escala se responde a través de cinco rangos que van de 0 (en absoluto) a 4 (extremadamente), cada sujeto tiene que indicar el grado en el que ha experimentado cada síntoma la semana previa. Una puntuación T de 65 o más es considerada elevada. Se ha reconocido como un instrumento de screening, de unos 10 minutos de aplicación, adecuado para identificar malestar psicológico en poblaciones médicas. La Subescala de

Depresión ha sido la más sensible para personas con LM de todas las que componen el instrumento, con buenos niveles de correlación con la Escala de Depresión de Zung ($r = .52$, $p < .001$) (Tate et al., 1993), mostrando buenos niveles de consistencia interna ($\alpha = .88$) en una muestra de 215 personas con LM (Heinrich y Tate, 1996).

En un estudio realizado por Tate, Heinrich, Maynard, y Buckelew (1994), donde se comparan los resultados en el BSI de una muestra de 288 personas con LM con los obtenidos por 719 personas sin LM, identifican que hay diferencias significativas en la puntuación de todas las escalas y en mayor medida en las de somatización, obsesión-compulsión y depresión. En todas ellas las personas con LM obtienen puntuaciones significativamente más altas que el grupo de personas sin LM. Los autores sugieren que esta sobreestimación de las puntuaciones pueda estar relacionada con la sintomatología somática, compatible con secuelas físicas de la LM, en los ítems que valoran malestar psicológico, y de forma más concreta en la Subescala de Depresión.

El BSI también es empleada por Mitchell, Burns y Dorstyn (2008) para comparar los resultados de un muestra de 40 personas con LM con las obtenidas en la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS-21, Lovibond y Lovibond, 1995) y el Inventario Mini Internacional Neuropsiquiátrico (Mini International Neuropsychiatric, MINI)- Los resultados evidencian una muy buena validez concurrente entre la escala de depresión del BSI y la del DASS-21 ($r = .70$, $p < 0.01$). Por lo que se refiere a su validez de constructo, Scherer y Cushman (2001) identifican correlaciones negativas significativas entre las puntuaciones de la subescala de depresión del BSI, en una muestra de 20 personas con LM, y los obtenidos en la Escala de Satisfacción de Vida (Satisfaction with Life Scale, SWLS) y la Medida de Calidad de Vida (Measure of Quality of Life, QOL) ($r_s = -.64$, $p < .01$).

En cuarto lugar, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21 (Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) es un cuestionario utilizado para discriminar entre síntomas de depresión, ansiedad y niveles clínicos de estrés. Cada subescala, consistente en 7 ítems, tiene una puntuación de corte y cuatro niveles de severidad de los síntomas (media, moderada, severa y extremadamente severa). La persona evaluada tiene que contestar cuánto se le podría aplicar a él cada

ítem, la semana anterior, en una escala Lickert de 0 (no es aplicable a mí) a 3 (aplicable a mí la mayoría del tiempo). Su uso en personas con LM es estudiado por Mitchell et al. (2008) que identifica una fuerte correlación entre la subescala de depresión de esta prueba con la del BSI, como se ha comentado previamente. Obtiene adecuados niveles de sensibilidad (86%) y especificidad (64%) en el diagnóstico de la depresión en personas con LM si bien la validez concurrente manifiesta algunas limitaciones (la escala de depresión del DASS-21 correlacionó con diversas escalas del BSI). En el mismo estudio de Mitchell et al., de los cuatro pacientes diagnosticados de Episodio de Depresión Mayor a través del MINI, el DASS-21 identifica tres de ellos con niveles clínicos de depresión. Migliorini et al (2008) también emplean el DASS-21 para evaluar la presencia de depresión entre 443 personas con LM si bien no aportan datos de sus cualidades psicométricas en la citada muestra.

En quinto lugar, el Cuestionario de Berne sobre Bienestar para Adultos (Berne Questionnaire of Well-Being Adult Form, BQWB/AF; Grob, 1995) es un instrumento que explora seis elementos básicos de satisfacción: las actitudes positivas hacia la vida (POS, 7 ítems), los problemas (PRO, 7 ítems), las quejas somáticas (SCR, 8 ítems), la autoestima (SEL, 3 ítems), el *humor depresivo* (DEP, 4 ítems), la alegría vital (JOY, 5 ítems). Se responde por medio de una escala Likert de 4 ítems con rangos desde 1 (gran desacuerdo) a 4-6 (gran acuerdo). En el estudio realizado por Lude, Kennedy, Evans, Lude y Beedie (2005) se indica una correlación de .63 ($P < .001$) de este cuestionario con el BDI en una muestra de 60 sujetos hospitalizados en la unidad de LM de Nottwill.

En sexto lugar, el inventario denominado Lista de Adjetivos Afectivos (Affect Adjective Checklist, MAACL; Zuckerman, Lubin y Robins, 1965) y su versión revisada (Multiple Affect Adjective Checklist Revised: MAACL-R; Zuckerman y Lubin, 1985) están formados por tres escalas que permiten medir, día a día, los niveles de ansiedad, depresión y hostilidad. Se aplica entre 5 y 10 minutos de duración. Lo emplean MacDonald et al. (1987) para medir la depresión en 53 personas con LM junto con el BDI y el Clinical Depression Measure, si bien los autores no muestran datos comparativos de depresión en los tres instrumentos empleados, ni ofrecen datos sobre las propiedades psicométricas de los mismos en la muestra con LM.

En séptimo lugar, el Perfil sobre los Estados del Humor (Profile of Mood States, POMS; McNair, Lorr y Droppleman, 2005) es un instrumento utilizado para

estimar los estados psicológicos negativos a través de 65 ítems, valorados con una escala Lickert de 0 (en absoluto) a 4 (extremadamente). Está basado en 6 constructos: la tensión (9 ítems), la *depresión* (15 ítems), el enfado (12 ítems), la energía (8 ítems), la fatiga (7 ítems) y la confusión (7 ítems). Ha demostrado adecuada fiabilidad y validez para medir estado psicológico y psicopatología, libres de los problemas clínicos propios de enfermedades físicas que podrían enmascarar los síntomas, como por ejemplo los problemas de sueño y descenso de actividad, síntomas que pudieran deberse a una condición de enfermedad como las provocadas por la LM y que pueden sobre-estimar los datos referidos a humor depresivo en esta población. Tanto Craig et al. (2008) como Muraki et al. (2000) lo emplean para el diagnóstico de depresión en muestras de personas con LM, 33 y 169 respectivamente, si bien en ninguno de los dos estudios se aportan datos sobre sus propiedades psicométricas en esta población.

En octavo y último lugar, un instrumento que sí ha sido validado en personas con LM es el Lista de Evaluación de Necesidades (Needs Assessment Checklist, NAC; Berry y Kennedy, 2002). Es una lista de control especialmente diseñada para medir los resultados obtenidos en áreas específicas de la rehabilitación en personas con LM. Contiene 199 indicadores que recogen información de 9 áreas (subescalas) de rehabilitación (actividades de la vida diaria, manejo de la piel, manejo vesical, manejo intestinal, movilidad, silla de ruedas y equipamiento, preparación en la comunidad, coordinación del alta y *aspectos psicológicos*). Se obtienen índices de consistencia interna para la escala psicológica, en una muestra de 43 personas con LM, de .734. Sin embargo, se obtiene una correlación negativa ($r = -.466$, $p \leq .01$) entre el NAC y el HADS, prueba analizada con anterioridad, los autores atribuyen esta baja correlación a que los atributos psicológicos valorados por el NAC exceden a los específicos del humor valorados por el HADS. Estos resultados, cuanto menos, requieren análisis más profundos para validar el uso de este instrumento en personas con LM.

Escalas tan genéricas e inespecíficas como las anteriores no se consideran adecuadas para el diagnóstico de la depresión sino para ofrecer una medida de conducta depresiva o de screening para determinar sujetos candidatos a evaluaciones clínicas exhaustivas. Por ello es importante tener en cuenta su naturaleza y uso para llegar a verdaderas conclusiones en el diagnóstico de depresión en personas con LM.

4.2.3.- La entrevista en el diagnóstico de la depresión

La entrevista es una estrategia para la evaluación y el diagnóstico de la depresión que, al igual que ocurre con los inventarios previamente expuestos, incluye dos tipos de instrumentos, por un lado aquellos que son específicos para la evaluación de la depresión y, por otro, aquellos que son generales para la identificación o diagnóstico psicopatológico y que incluyen medidas de la presencia o severidad de la depresión. Estas entrevistas clínicas para el diagnóstico de la depresión varían según el grado de estructuración de las mismas.

Si bien la entrevista se considera, en términos generales, el mejor instrumento para realizar adecuados diagnósticos de *Depresión Mayor* es menos frecuente su uso en los trabajos de investigación por requerir un mayor entrenamiento y experiencia por parte del evaluador, y también por demandar un tiempo de aplicación muy grande que dificulta la evaluación de muestras amplias. Por lo que se refiere al estudio de la depresión en las personas con LM coincidimos con Crisp (2007), en identificar que muy pocos son los estudios que utilizan entrevistas semi o estructuradas para el diagnóstico de la depresión en personas con LM, según se muestra en la tabla 26.

En primer lugar la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID; Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1992), consiste en una entrevista estructurada que valora 33 diagnósticos de trastornos psiquiátricos, tanto actuales como del pasado, según los criterios del DSM-III-R. Los trastornos evaluados se estructuran en: psicóticos, *del humor*, de ansiedad, abuso de sustancias, somatomorfos, de la alimentación, de la adaptación y de personalidad. La SCID incluye medidas para el diagnóstico del *episodio de depresión mayor*. Es un instrumento muy utilizado en las investigaciones tanto para seleccionar grupos, tratamiento y control, como para describir la presencia de trastornos psiquiátricos en una muestra dado que se pueden emplear únicamente aquellos módulos de trastornos objeto de interés para el estudio, y por tanto disminuir su tiempo de aplicación. En personas con LM, concretamente, ha sido utilizada para validar otros instrumentos en el diagnóstico de *depresión mayor* (Bombardier et al., 2012). También ha sido empleada para identificar la presencia de *depresión mayor* (Judd et al., 1989) y valorar la relación entre estrés postraumático y *depresión mayor* en personas con LM (Goldman et al., 2008; Radnitz et al., 1996). A pesar de las mencionadas publicaciones, no se han

realizado análisis sobre fiabilidad y validez con la población citada, las personas con LM.

Tabla 26

Entrevistas para el diagnóstico de la depresión en el estudio de la LM

Constructo	Estructuración	Duración	Estudios	
			N	%
Desórdenes psiquiátricos				
SCID	Estructurada	45-90 min.	4	44.4
SCID-IP	Semi-estructurada	60-90 min.	1	11.1
DIS	Estructurada	90-120 min.	1	11.1
SADS		90-120 min.	1	11.1
Estrés emocional				
MEDS	Estructurada	Pocos minutos	2	22.2
Total de estudios que emplean entrevistas			9	100

Nota: SCID = Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SCID-I/P = Structured Clinical Interview for DSM Disorders Inpatient Version; DIS = Diagnostic Interviews Schedule; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; MEDS = Medically-Based Emotional Distress Scale;

Del SCID existe una versión creada para pacientes psiquiátricos con formato de entrevista semi-estructurada denominada Versión para Pacientes de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Patient Version, SCID-I/P; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996). Esta versión permite realizar diagnósticos de desórdenes psicopatológicos y si bien no es específica para trastornos del humor, al igual que la anterior, contempla su evaluación. Se compone de una serie de preguntas diseñadas para facilitar un adecuado diagnóstico diferencial. El tiempo de aplicación es de 60 a 90 minutos y requiere un riguroso entrenamiento previo por parte del evaluador. Ha demostrado adecuados niveles de fiabilidad en distintos estudios con puntuaciones de .61 a .93 para el diagnóstico de *depresión mayor* (Skre, Onstad, Torgersen y Kringlen, 1991; Zanarini et al., 2000). Es útil con poblaciones generales y con problemas clínicos pero es escasamente utilizada en las investigaciones por el alto costo temporal y de personal que supone su empleo. Radnitz et al. (1997) lo emplearon para validar el uso del BDI en personas con LM.

En segundo lugar la Escala de Malestar Emocional para Población Médica (Medically-Based Emotional Distress Scale, MEDS; Overholser, Schubert, Foliart, y

Frost, 1993), es un instrumento de 60 ítems, creado para ser aplicado como una entrevista estructurada o como autoinforme, diseñado para identificar el tipo y gravedad del malestar emocional tras una enfermedad, lesión o discapacidad. Incluye 7 subescalas: disforia, irritabilidad, anhedonia, aislamiento social, rumiación sobre acontecimientos pasados, perspectiva cognitiva en el presente y expectativas de futuro. En cuanto a su evaluación de la depresión, la MEDS se centra en los síntomas cognitivos y emocionales y evita los somáticos, para no confundirlos con los propios de la enfermedad o discapacidad. Es considerada una de las entrevistas más adecuadas para evaluar depresión en personas con LM ya que los niveles de consistencia interna del test son altos (*alpha Cronbach* .92) y muestra una adecuada validez convergente con la subescala de depresión del SCL-90-R ($r = .77$, $p < .001$) y el SDS ($r = .71$, $p < .001$) (Overholser et al., 1993). Nielsen (2003) emplea el MEDS para valorar la depresión en un grupo de 69 personas con LM reciente.

En tercer lugar, otra entrevista clínica que aparece recogida en la literatura sobre depresión en personas con LM es Programa para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS; Endicott y Spitzer, 1978). Es una entrevista que permite hacer diagnósticos de 20 patologías, incluido el trastorno de *depresión mayor* y varios subtipos de trastornos depresivos. Tiene un tiempo estimado de aplicación de 90 a 120 minutos y requiere un gran entrenamiento del evaluador. Muestra adecuados niveles de fiabilidad tanto para el diagnóstico de la Depresión Mayor como Menor con puntuaciones de test-retest superiores a .70 en la mayoría de los estudios revisados por Rogers (2000). Ha sido empleado por Fullerton et al. (1981) para evaluar la presencia de depresión en 30 personas con LM sin ofrecer datos sobre sus cualidades psicométricas en esta población.

El cuarto lugar, el Programa de Entrevistas de Diagnóstico (Diagnostic Interviews Schedule, DIS; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981) es una entrevista altamente estructurada de 90 a 120 minutos de duración, creada para calcular la prevalencia e incidencia de trastornos psiquiátricos como el abuso de alcohol, la *depresión*, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, los trastornos de conducta alimenticia, etc.). En su versión de autoaplicación (DISSA) ha sido empleada en el estudio de la depresión en personas con LM por Bénony et al. (2002) en una muestra de 33 sujetos sin aportar datos de su validez en esta muestra.

La información previa sobre las entrevistas para el diagnóstico de la depresión, nos permite comprobar que si bien ninguna de ellas ha sido específicamente creada para el diagnóstico de los trastornos del humor, y más concretamente para el diagnóstico de la *Depresión Mayor*, por el contrario la mayoría de ellas ofrecen adecuados niveles de fiabilidad en el diagnóstico de la depresión. Así mismo, se constata que tan sólo una de las entrevistas, la MEDS, ha sido validada en las personas objeto de estudio en la presente tesis, las personas con LM.

Todo lo aportado con anterioridad, tanto en cuanto al uso de cuestionarios de autoevaluación como al uso de entrevistas clínicas en el estudio de la depresión en personas con LM es coincidente con los resultados de Sakakibara, Miller, Orenczuk y Wolfe (2009) en cuya publicación se ofrece un análisis sobre las propiedades psicométricas de los instrumentos de depresión más utilizados en personas con LM.

4.3.- PROBLEMAS METODOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN EN LM

Como se indica en la presentación de este trabajo, el equipo de investigación, en el que se inscribe esta tesis, tiene un especial interés por analizar las limitaciones y carencias metodológicas evidenciadas en el estudio de la adaptación a la discapacidad física en general, y a la LM en particular. Son estas carencias, en gran medida, las que limitan el conocimiento científico del proceso psicológico de adaptación a la LM, y en especial en su análisis sobre la presencia y papel de la depresión en el mismo, pese a la abundancia de literatura de investigación existente sobre el tema.

Así, tras haber analizado los instrumentos empleados para la evaluación y diagnóstico de la depresión en personas con LM, se procede en el presente apartado a realizar una revisión crítica de la literatura científica estudiada con el propósito de detectar las carencias metodológicas que limitan el alcance del conocimiento de la depresión y su relación con el proceso de adaptación a la LM.

Las limitaciones metodológicas a analizar se agrupan en tres: las deficiencias en las muestras empleadas en los estudios; las insuficiencias en el diseño y procedimiento metodológico; y los problemas derivados de los instrumentos de evaluación de la depresión utilizados. Es este último punto lo que justifica la creación de un instrumento multidimensional para evaluar a personas con LM y cuya propuesta

se presenta a continuación del presente capítulo. A continuación se procede a examinar las insuficiencias metodológicas más frecuentemente citadas en la bibliografía en la literatura revisada en la presente tesis.

4.3.1.-Limitaciones relacionadas con las muestras

Las limitaciones relacionadas con las muestras, en los estudios sobre el proceso de adaptación a la LM, son ampliamente recogidas por los expertos en el estudio de este proceso (Aguado, 1987 y 1999; Aguado y Alcedo, 1999; Craig et al. 1990; Jacob, Zachariah y Bhattacharji, 1995; Rueda y Aguado, 2003; Watson y Kendall, 1983). Entre las limitaciones que estos autores identifican se destacan las que desarrollan a continuación.

En primer lugar, *hay frecuentes problemas con la selección de la muestra*. Se ha criticado en repetidas ocasiones que no se utilizan procesos de aleatorización en la selección de las muestras a estudiar. En la revisión de la literatura realizada en la presente tesis tan sólo 5 estudios, de las 146 investigaciones empíricas analizadas, emplean muestras aleatorizadas tal y como se detalla en la tabla 27. Los estudios sobre las personas con LM se realizan utilizando muestras incidentales, es decir, aquellas que están disponibles para el investigador, bien por ser usuarios de un servicio de rehabilitación o por estar hospitalizados, con los sesgos o limitaciones que esto tiene en cuanto a la generalización de los resultados.

Tabla 27

Estudios que emplean muestras aleatorizadas

Estudio	Tamaño Muestra	Descripción muestra
Rintala et al. (1992 y 1994)	140 LM	Sexo, edad, educación, estado civil Tipo y tiempo tras la lesión
Rintala et al, (2005)	165 LM ♂	Edad, educación, ocupación, estado civil Edad, nivel y tipo lesión
Rintala et al. (2007)	38 LM 6 GC	Sexo, edad, raza, estado civil, tipo, nivel y tiempo tras la lesión
Znoj y Lude (2002)	264 LM	Sexo, edad, educación, ocupación, tipo lesión

Nota: LM = lesión medular; GC = grupo control.

En segundo lugar, los expertos revelan que las investigaciones presentan ***problemas con el tamaño de las muestras***. Una limitación frecuente en los estudios de la adaptación a la discapacidad, y en concreto cuando se analizan poblaciones tan concretas como la que nos ocupa, la LM, es que los estudios utilizan muestras demasiado pequeñas como para generalizar los resultados, que aportan pocas posibilidades predictivas al estudio y que limitan las posibilidades en cuanto a la elección de los procedimientos metodológicos, tal y como se revisa posteriormente. El rango del tamaño de las muestras en los estudios sobre depresión en personas con LM va desde 6 personas con LM (Defrin et al., 2007) hasta más de 1000 (Krause, et al., 2007; Krause et al., 2008; Tasiemski, y Brewer, 2011; Wilson et al., 2005), siendo la más grande la de 2570 personas con LM empleada por Richardson y Richards (2008). Cabe destacar que la mayoría de los estudios emplean muestras de menos de 100 personas si bien en la última década han sido publicados varios estudios con muestras superiores al millar.

Un análisis de la distribución de los estudios analizados según el tamaño de las muestras permite comprobar que:

- a. El 31.5% (n = 46) de los estudios emplean muestras de entre 50 y 100 sujetos (Bracken y Bernstein, 1980; Buckelew et al., 1988, 1990, 1991; Buunk et al., 2006; Cairns et al., 1996; Cárdenas et al., 2002; Carvalho et al., 1998; Chan et al., 2000; Chung et al., 2006; Coyle et al., 1994; Daverat et al., 1995; Davidoff et al., 1990; Elliott, Godshall et al., 1991; Elliott, Witty et al., 1991; Frank et al., 1987; Giardino et al., 2003; Gorman et al., 1998; Herrick et al., 1994; Hui et al., 2007; Judd et al., 1989; Kennedy y Evans, 2001; Kennedy et al., 1997, 2000; Kishi et al., 1994, 1995; Krause et al., 1999, 2000; Kuptniratsaikul et al., 2002; Lude et al., 2005; Lundqvist et al., 1997; MacDonald et al., 1987; McColl y Skinner, 1996; Nielsen, 2003; Norrbrink y Lundeberg, 2004,05; Oversholser et al., 1993; Pollard y Kennedy, 2007; Price et al., 2004; Reidy et al., 1991; Schulz y Decker, 1985; Scivoletto et al., 1997; Shnek et al., 1997; Stanford et al., 2007; Stroud et al., 2006; Tate et al., 1990).
- b. El 26.7% (n = 39) de los estudios revisados emplean muestras formadas por menos de 50 sujetos (Bahena y Bernal, 2007; Beh-Pajooh et al., 2010; Bénony et al., 2002; Berry y Kennedy, 2003; Craig et al., 1994 a y b; Craig et al., 1997,

98, 08; Defrin et al., 2007; Fregni et al., 2006; Fullerton et al., 1981; Guest et al., 1997; Hammell, 1994; Hancock et al., 1993; Hicks et al., 2003; Kannisto y Sintonen, 1997; Kemp et al., 2004; Kennedy y Hamilton, 1997; Kennedy et al., 1995, 2003; King y Kennedy, 1999; LaChapelle y Alfano, 2005; Lawson, 1978; Macleod y Macleod, 1998; Malec y Neimeyer, 1983; Martin, 2003; Miller et al., 2008; Mitchell et al., 2008; Moore et al., 1994; Norrbrink et al., 2006; Österåker y Levi, 2005; Reidy y Caplan, 1994; Richards, 1986; Rintala et al., 2007; Roth et al., 2004; Scherer y Cushman, 2001; Scivoletto et al., 2000; Warms, 2004)

c. 38 son los estudios que emplean muestras entre 100 y 200 sujetos (Berry et al., 2007; Bombardier et al., 2012; Charlifue y Gerhart, 2004 a y b; Coyle et al., 1993; Cushman y Dijkers, 1991; Elliott, 1999; Elliott, Herrick et al., 1991; Elliott et al., 1992, 2002; Elliot y Shewchuk, 1995; Fuhrer et al., 1993; García, 2006; Giogia et al., 2006; Glickman y Kamm, 2006; Goldman et al., 2008; Heinemann y Hawkins, 1995; Hultling et al., 2000; Kemp y Krause, 1999; Kennedy y Rogers, 2000; Kennedy et al., 1999, 2006; Krause y Rohe, 1998; Muraki et al., 2000; Norrbrink et al., 2005; Norrbrink y Österåker, 2007; Oh et al., 2006; Radnitz et al., 1996, 97; Rathore et al., 2007; Ravenscroft et al., 2000; Rintala et al., 1994, 92, 2005; Rueda y Aguado, 2003; Tate et al., 1993; Weingardt et al., 2001; Winderström-Noga et al., 2004).

d. Tan solo son seis (4%) los estudios que emplean muestras con más de 1000 sujetos con LM (Krause et al., 2007, 08; Krause, Kemp et al., 2000; Richardson y Richards, 2008; Tasiemski y Brewer, 2011; Wilson et al., 2005).

En tercer lugar, la revisión de la literatura científica evidencia *problemas con el control de variables extrañas derivadas de la muestra*. Así se critica la escasa utilización de grupos de control para el estudio de las variables demográficas (sexo, edad, empleo, etc.) que pueden incidir en la respuesta a la LM. En el análisis realizado tan sólo 31 estudios utilizan grupo de control (tabla 28) y la mayoría comparan la muestra de personas con LM con la población general (Bénony et al., 2002; Buckelew et al., 1988; Coyle et al., 1993; Craig et al., 1994a; Craig et al., 2008; Cushman y Dijkers, 1991; Davidoff et al., 1990; Dryden et al., 2004; Hancock et al., 1993;

Kannisto y Sintonen, 1997; Oh et al., 2006; Radnitz, et al., 1996; Richards, 1986; Tate et al., 1990; Tate et al., 1994).

Tabla 28

Empleo de grupos de control en el estudio de la depresión en personas con LM

	N	%
Estudios sin grupo control	116	79.4
Estudios con grupo control	31	21.23
Población general	15	9.5
Otras discapacidades	6	4.1
Otros grupos con LM	10	6.8
Total de estudios	146	100

Nota: LM = lesión medular.

Si bien en algunos estudios se comparan los resultados en la variable depresión obtenidos por las personas con LM con grupos de control formados por población con otras enfermedades y/o discapacidades como la esclerosis múltiple (Macleod y Macleod, 1998; Shnek et al., 1997), otras lesiones traumáticas (Goldman et al., 2008), el síndrome de postpolio (Kemp y Krause, 1999), el traumatismo craneo encefálico (LaChapelle y Alfano, 2005) o el dolor crónico (Hammell, 1994).

Pocos son los estudios que comparan grupos con LM entre sí, en unas ocasiones para comparar los efectos de un tratamiento (Be-Pajooh, et al. 2012; Craig et al., 1997; Defrin et al., 2007; Fregni et al., 2006; Kemp, 2004; Kennedy et al., 2003; King y Kennedy, 1999; Rintala et al., 2007), en otras ocasiones para comparar las diferencias vinculadas al sexo (Kalpakjian y Albright, 2006), o al tiempo transcurrido tras la LM y/o momento de la rehabilitación (Kennedy et al., 1995; Tate et al., 1993).

En cuarto lugar, llama la atención la *falta de detalle de los criterios de inclusión y exclusión de la muestra en el estudio*. Así, una crítica que se realiza a la literatura propia de la psicología de la rehabilitación es la falta de identificación de los criterios utilizados para seleccionar a las personas que participan en el estudio o bien aquellos que son excluidos del mismo. En el caso de los estudios sobre el proceso psicológico de adaptación a la LM, de los 146 revisados, no llegan a la mitad (n = 64, 43.8%) los que detallan los criterios de inclusión, si bien otros 82 (56.1%) no aportan

ningún dato que permita concluir las características que han de tener los sujetos para ser incluidos o excluidos del estudio. Concretamente, en los estudios sobre la respuesta psicológica o el proceso de adaptación a la LM no se concretan algunos datos tan significativos como si las personas con problemas psicopatológicos, bien previos a la LM o bien manifestados durante el estudio, son incluidos o excluidos del estudio, ni tampoco si la LM es derivada de un intento de suicidio, etc. La no incorporación de estos datos puede estar sobreestimando las ratios de depresión tras la adquisición de la LM, como ya anticipaban Jacob et al. (1995). En concreto, 136 estudios revisados (93.1%) no detallan información relacionada con presencia de psicopatología premórbida en la muestra y de los 10 que aluden a la existencia de la misma, tan sólo 3 indican que los sujetos son excluidos del estudio (Craig et al., 2008; Mingliorini et al., 2008; Miller et al., 2008).

Estas limitaciones referidas a las muestras, tanto en relación a su proceso de selección, a la ausencia de grupo control, al tamaño de las mismas o al desconocimiento de los criterios de inclusión en el estudio justifica, cuanto menos, la necesidad de seguir profundizando en el estudio de las personas con LM y su proceso psicológico de adaptación superando tales insuficiencias.

4.3.2.-Problemas en el diseño y la metodología de estudio

Además de las limitaciones relacionadas con las muestras, autores como Aguado (1987, 1999), Aguado y Alcedo (1999), Elliott y Frank (1996), Jacob, Zachariah y Bhattacharji (1995), Frank, Van Valin y Elliott (1987) y Watson y Kendall (1983) también han puesto el acento en las carencias relacionadas con el diseño y los procedimientos para el análisis de los datos.

Como más significativas se refieren, por un lado, ***a la ausencia de una adecuada metodología.*** Entre las críticas realizadas a la literatura científica sobre la adaptación a la LM se incluyen la *presencia de estudios de casos y otros centrados en informes de estimación subjetiva.* Si bien en los estudios analizados en la presente tesis no existen estudios de caso, por el contrario sí se identifican otras limitaciones metodológicas relacionadas con los instrumentos de medida. En primer lugar se identifican estudios que no ofrecen información del instrumento empleado para la valoración de la presencia de la depresión y la estimación de su severidad (Beahena y

Bernal, 2004; Kannisto y Sintonen, 1997; Nair et al., 2005; Price et al., 2004). En segundo lugar, existen estudios que emplean la estimación subjetiva de observadores externos o de la propia persona con LM para concluir la presencia de la depresión en el muestra (Lawson, 1978; Ravenscroft et al., 2000; Weaver et al., 2007; Winderström-Noga, 2004). En tercer lugar, otras investigaciones revisadas aplican instrumentos que no han sido validados previamente (Bracken y Bernstein, 1980; Weingardt et al. 2001). En cuarto lugar y último lugar se observan estudios que estiman la depresión por los datos registrados en las bases de datos del hospital (Dryden et al., 2004 y 2005) sin aplicar ningún instrumento de evaluación y/o diagnóstico.

Por otro lado, existe una casi total *ausencia de estudios de valoración de resultados* sobre tratamientos efectivos en el proceso de rehabilitación, en concreto para el tratamiento de la depresión, y sobre variables predictivas de los resultados de la rehabilitación. En la tabla 29 se pueden observar los escasos estudios sobre la eficacia de los tratamientos de depresión en personas con LM.

Tabla 29

Estudios sobre la eficacia de los tratamientos de la depresión en personas con LM

Estudio	Tratamientos para la depresión	Resultados
Kemp et al. (2004)	Psicoterapia y antidepresivos	Disminución de los niveles de depresión al finalizar y a los 6 meses
Kennedy et al. (2003)	Entrenamiento en estrategias de afrontamiento	Descenso significativo de los niveles de depresión al finalizar y a los 6 meses
King y Kennedy (1999)	Entrenamiento en estrategias de afrontamiento	Descenso significativo de los niveles de depresión al finalizar y a los 6 meses

Existen algunas publicaciones cuyo objetivo es analizar los efectos de los tratamientos de problemas físicos secundarios a la LM y sus efectos en los niveles de depresión, siendo los tratamientos del dolor neurológico crónico los más frecuentes (tabla 30).

Tabla 30

Estudios sobre el efecto de otros tratamientos en la depresión en personas con LM

Estudio	Tratamientos para secuelas físicas	Resultados
Defrin et al. (2007)	Tratamiento transcraneal del dolor	Descenso de niveles de depresión durante el seguimiento
Fregni et al. (2006)	Tratamientos transcraneal del dolor	No hubo diferencias en depresión entre el grupo con y sin tratamiento
Guest et al. (1997)	Tratamiento de estimulación de deambulaci3n	Descenso significativo de las puntuaciones de depresión
Hultling et al. (2000)	Tratamiento de la disfunci3n er3ctil	Mejora en las puntuaciones de depresión
Norrbrink et al. (2006)	Tratamiento multidisciplinar del dolor	Descenso significativo de los niveles de depresión al finalizar y a los 12 meses
Rintala et al. (2007)	Tratamiento farmacol3gico del dolor	Cambios en las puntuaciones de depresión segun el fármaco

Así mismo, otra de las limitaciones identificadas es la *inexistencia de estudios experimentales que ofrezcan informaci3n de la relaci3n causal o explicativa entre depresión y el resto de las variables*, unido a la *falta de utilizaci3n de estadísticos multivariados* a la hora de estudiar las variables o factores de riesgo de la depresión. La falta de estudios que analicen de forma multivariada las variables que favorecen y aquellas que dificultan la adaptaci3n psicol3gica a la LM limita llegar a conclusiones que incidan en las posibilidades de intervenci3n en las personas con LM. En las 146 investigaciones analizadas sólo 40 emplean estadística multivariada (27.3%), siendo los más frecuentes los estudios de regresión múltiple, tal y como se observa en la tabla 31, seguidos de los análisis multivariados de la varianza (MANOVA) (Buckelew et al., 1990; Buckelew et al., 1991; Craig et al. 1994a; Craig et al., 1997; Dunn et al., 2000; Kishi et al., 1994, 1995; Tasiemski, 2011; Znoj y Lude, 2002), del análisis factorial (Goldman et al., 2008 y Tate et al., 1993) y del análisis cluster (Moore et al., 1994 y Wilson et al., 2005). Además, la mayoría de ellos se centran en el análisis multivariado de las características sociodemográficas y clínicas de la LM y tienen poco en cuenta otras variables psicol3gicas y psicosociales y su papel en la buena o mala adaptaci3n a la LM como pueden ser las estrategias de afrontamiento, el locus de control, el apoyo social, la calidad de vida percibida, etc.

Tabla 31

El uso de la regresión múltiple en el estudio de la depresión en personas con LM

32 Estudios (21.9%)

Buckelew et al. (1988, 1990)	Fregni et al. (2006)	Krause y Rohe (1998)
Coyle et al. (1994)	Fuhrer et al. (1993)	Malec y Neimeyer (1983)
Craig et al. (1994 b)	Gioia et al. (2006)	Martz (2004b)
Daverat et al. (1995)	Hammell (1994)	Nielsen (2003)
Dryden et al. (2005)	Heinemann y Hawkins (1995)	Pollard y Kennedy (2007)
Elliott (1999)	Kennedy et al. (1995)	Rintala et al. (2005)
Elliot Godschall et al. (1991)	Kennedy et al. (1997)	Rueda y Aguado (2003)
Elliott, Herrick et al. (1991)	Kennedy et al. (2000)	Schulz y Decker (1985)
Elliott, Witty et al. (1991)	Krause et al. (1999)	Shnek et al. (1997)
Elliott et al. (1992)	Krause et al. (2007)	Stroud et al. (2006)
Elliott y Shewchuk (1995)		

Nota: 32 estudios de 146 revisados emplearon la regresión múltiple en el estudio de la depresión en personas con LM lo que supone el 21.9%.

Por último cabe señalar *la escasa frecuencia de estudios de naturaleza longitudinal*. Una gran limitación de las investigaciones sobre la adaptación a la LM es la utilización preferente de los estudios transversales. Así en la revisión de las publicaciones sobre depresión en población con LM, 87 (75.6%) de los 115 estudios que analizan el proceso de adaptación aportan información sobre la incidencia y manifestación de la depresión en un momento concreto del proceso de rehabilitación, es decir, emplean un procedimiento transversal que no permite tener una visión longitudinal del proceso de adaptación a largo plazo, ni comprobar las repercusiones de los procesos de rehabilitación, ni observar las diferencias en la adaptación a lo largo del tiempo.

Algunos de estos estudios analizan la presencia de la depresión en un momento concreto de la fase aguda del proceso de adaptación. Para ello miden los niveles de dicha variable a las seis semanas de la lesión (Elliott, 1999), a los cuatro y seis meses tras la lesión (Buckelew et al., 1990; Lude et al., 2005), o al año tras la lesión (Bombardier et al., 2004).

La mayoría de los estudios, por su parte, nos aportan datos del tiempo promedio transcurrido tras la lesión (65, 56.5%) con rangos que van desde los 88 días tras la lesión (Nielsen, 2003) a más de 20 años conviviendo con la lesión (García, 2006;

Kannisto y Sintonen, 1997; Kennedy y Hamilton, 1997; Kennedy et al., 2006, Krause et al., 2008; Price et al. 2004; Schulz y Decker, 1985; Wilson, 2005).

Otros estudios intentan comprobar el efecto del tiempo en el proceso psicológico de adaptación a la LM, intentando superar las limitaciones de un estudio transversal, comparando los niveles de depresión en grupos categorizados según el momento de la rehabilitación. Es decir, a través de estudios de cohortes organizados según la variable tiempo tras la LM. Como ejemplo cabe mencionar el estudio publicado por Cushman y Dijkers (1991) que analiza las diferencias en depresión entre grupos de personas con LM según las semanas transcurridas desde la lesión (una, dos y tres semanas tras la lesión). También Judd et al. (1989) y McColl y Skinner (1996) utilizan este procedimiento de estudio comparando a sujetos con LM tras su admisión, con aquellos que han adquirido la misma hace seis meses y con otros que ya están en proceso de rehabilitación o han recibido el alta hospitalaria tras la lesión. En la misma línea Kennedy et al. (1995), comprueban las diferencias entre los sujetos en la fase aguda (seis semanas tras la lesión) con aquellos que ya están en la fase crónica de la misma (de cuatro a siete años tras la lesión). Incluso hay estudios que, superando la fase aguda, analizan las diferencias entre aquellos sujetos que han adquirido la lesión hace menos de 30 años, entre 30 y 40 años, y el grupo que lleva más de 40 años con LM (Holicky y Charlifue, 1999). Si bien estos estudios ofrecen una información mayor sobre la incidencia del tiempo en el proceso de adaptación no logran la capacidad explicativa que aporta un estudio longitudinal.

Cabe mencionar, como una insuficiencia metodológica más, que diez de los estudios transversales analizados (6.16%) no ofrecen datos del tiempo transcurrido tras la lesión no permitiendo, de este modo, conocer en qué momento del proceso de rehabilitación se realizó el estudio.

Como se comentaba con anterioridad, son más escasos los estudios longitudinales que aporten luz al proceso de adaptación psicológica a lo largo del tiempo (24, 20%) y la mayoría de ellos analizan los dos primeros años del proceso de rehabilitación (Bracken y Berstein, 1980; Cairns et al., 1996; Carvalho et al., 1998; Craig et al., 1994 a y b; Elliott et al., 2002; Hancock et al., 1993; Heineman y Hawkins, 1995; Kenedy y Rogers, 2000; Kennedy et al., 1997 y 2000; Kishi et al., 1994 y 1995; Lawson, 1978; Malec y Neimeyer, 1983; Österaker y Levi, 2005; Redy y Caplan, 1994;

Richards, 1986). Esto limita un conocimiento real del proceso psicológico de la adaptación a la LM en los momentos de reinserción en la comunidad y su evolución a lo largo del tiempo, e impiden comprobar el comportamiento de variables como la depresión a lo largo del tiempo tras finalizar la fase aguda y los dos primeros años de rehabilitación tras la lesión.

Para orientar adecuadamente la práctica y mejorar los servicios y los procesos rehabilitadores de las personas que adquieren una LM sería necesario la existencia de más estudios con procedimientos multivariados que esclarezcan la incidencia y la función de variables de diversa naturaleza (sociodemográficas, clínicas, psicológicas y psico-sociales) en el proceso de rehabilitación, centrados en validar la eficacia de procesos y técnicas de rehabilitación y tratamiento, así como la publicación de estudios de naturaleza longitudinal para valorar los efectos a largo plazo.

4.3.3.-Deficiencias en la evaluación de la depresión

Otra de las dimensiones que se somete a análisis, a partir de los artículos examinados en la presente revisión, es la referida a las características de los instrumentos de evaluación empleados en el estudio de la depresión ya que se enmarca dentro de una línea investigadora que tiene entre sus objetivos la evaluación de las personas con LM y, más concretamente, la creación de una escala multidimensional de evaluación. Por ello interesa especialmente comprobar las limitaciones observadas por Aguado (1987, 1999), Aguado y Alcedo (1999), Elliott y Frank (1996), Jacob, Zachariah y Bhattacharji (1995), Rueda y Aguado (2003) y Watson y Kendall (1983) y que se centran en la *falta de rigor metodológico en cuanto a la dimensión evaluadora* y que se refieren a los siguientes aspectos.

En primer lugar, destaca el uso de *definiciones imprecisas y ambiguas de depresión*, esto es, las investigaciones en torno a la depresión en personas con LM tienden a utilizar criterios diagnósticos poco claros o inconsistentes provocando que cuando en unos estudios se refieren a conductas depresivas (Bahena y Bernal, 2007) otros, por el contrario, están haciendo alusión a la presencia de depresiones mayores (Radnitz, 1996). Es necesario clarificar si el diagnóstico de depresión indicado en cada estudio se refiere más a procesos de pena (duelo) o alteraciones del ánimo que a una depresión clínica “sensu stricto”. Se ha señalado que en la mayoría de las

investigaciones no se diferencia entre la manifestación de sintomatología depresiva y la presencia de una depresión clínica, pese a que los datos epidemiológicos, revisados en el capítulo dos de la tesis, indican que es más frecuente la primera frente a la segunda.

En segundo lugar, se puede mencionar la *falta de uso de criterios de diagnóstico de la depresión*. Para el diagnóstico psicopatológico de la depresión se recomienda la utilización de entrevistas de diagnóstico estructuradas basadas en sistemas de clasificación diagnóstica como el DSM-IV-TR (Vahle, Andresen y Hagglund, 2000), tal y como se analiza previamente en el capítulo 2, apartado 2.2.

Sin embargo, por lo que respecta a las personas con LM, la revisión de la literatura permite concluir que las herramientas más empleadas para valorar la presencia de depresión tras la LM son las técnicas de autoinforme (tablas 24, 25 y 26). La mayoría de los instrumentos empleados en las investigaciones sobre depresión en LM son instrumentos de screening, considerados adecuados para estimar humor y/o sintomatología depresiva o bien para indicar la necesidad de una evaluación más profunda, pero no se recomiendan para el diagnóstico de una depresión. La mayoría de los inventarios empleados aportan datos de la intensidad de una serie de conductas depresivas, sin hacer alusión a una dimensión clínica, si bien, como se analiza en párrafos precedentes, algunos de ellos muestran adecuados niveles de sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la depresión tanto en la población general como en las personas con LM, como es el caso del BDI. En todo caso, sería muy recomendable que un mayor número de estudios incorporasen estrategias de diagnóstico como las entrevistas clínicas derivadas del DSM-IV-TR.

Los resultados obtenidos por Skinner, Armstrong y Rich (2003) en su revisión teórica sobre los métodos diagnósticos de depresión empleados con personas con LM, y que coinciden por los obtenidos en la tesis que se presenta, identifican que existe un predominio en el uso del BDI como instrumento diagnóstico de depresión en los estudios realizados con población con LM. Este hecho unido a los datos de fiabilidad y validez obtenidos por la prueba con población con LM (Judd et al., 1989; Radnitz et al., 1997) la convierten en la prueba más indicada para valorar la presencia de depresión en esta población con el fin de que los datos puedan ser comparados con los aportados por la abundante literatura existente, motivo por el cual ha sido elegido como instrumento para la evaluación de la depresión en este estudio.

En tercer lugar, se identifica también una *carencia de actualización tecnológica*. A la utilización de instrumentos diagnósticos no creados específicamente para el diagnóstico de la depresión hay que unir carencias derivadas de la utilización técnicas tradicionales que no están adaptadas o validadas para la población que nos ocupa, las personas con LM. Es decir, se constata la ausencia de técnicas de evaluación en uso que hayan demostrado fiabilidad y validez en personas con LM, ya que los cuestionarios para medir los niveles de conducta depresiva han obtenido índices de fiabilidad y validez adecuados en poblaciones psiquiátricas y no con enfermedades físicas. Y son escasos, tal y como se observa en la tabla 32 aquellos que han sido validados en poblaciones con LM.

Tabla 32

Instrumentos de depresión validados en personas con LM

	N	A	Validez	Especificidad	Sensibilidad	Estudio
BDI	134	$\alpha = .89$	-	-	83.3%	Radnitz, 1997
CEDS-20	47	$\alpha = .91$.75, $p \leq .05$	80.0%	69.8%	Miller et al, 2008
IDD	80	-	-	52-99%	43-100%	Clay et al., 1995
OAHMQ	1545	$\alpha = .88$	-	-	-	Krause et al., 2007
HADS	963	$\alpha = .79$.66, $p \leq .001$	-	-	Woolrich et al., 2006
BSI	215	$\alpha = .88$	-	-	-	Heinrich y Tate, 1996

Nota: BDI = Beck Depression Inventor; CEDS-20 = Center for Epidemiological Studies- Depression Scale- 20 items version; IDD = Inventory to Diagnose Depression; OAHMQ = Older Adult Health and Mood Questionnaire; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; BSI = Brief Symptom Inventory; α = Alpha de Cronbach.

En cuarto lugar, otra crítica que han recibido estas medidas de depresión es la *inclusión de ítems referidos a los síntomas físicos y vegetativos de la depresión*, pero que en poblaciones con enfermedades físicas como las personas con LM, pueden deberse a sintomatología secundaria a la LM (falta de apetito, alteraciones del sueño, inapetencia sexual, pérdida de energía, etc.) o a los efectos secundarios de los tratamientos prescritos, y no representar la presencia de síntomas referidos al estado de ánimo depresivo (Bas, Gala y Díaz, 1994; Jacob, Zachariah y Bhattachrji, 1995; Judd y

Kunovac, 1998; Nair, Taly, Mahesahwarappa, Kumar, Murali y Rao, 2005; Olverholser y Schubert, 1993; Sakakibara, Miller, Orenczuk y Wolfe, 2009).

Según Overholser et al. (1993) el porcentaje de ítems basados en cambios fisiológicos incluidos en algunos de los instrumentos de evaluación más utilizados se distribuye de la siguiente manera: 33% en el BDI, 42% en el HRSD, 63% en el Research Diagnosis Criteria (RDC) y 63% en los criterios del DSM-III. Estos autores hacen constar que se deben utilizar, en personas con LM, instrumentos de evaluación de la depresión centrados exclusivamente en la dimensión cognitiva y afectiva de los trastornos del estado de ánimo. Así mismo, sugieren eliminar los síntomas somáticos de los instrumentos en su aplicación en personas con LM ya que altera las propiedades psicométricas de los mismos. En este sentido, mantenerlos puede implicar el aumento del número de falsos positivos en el diagnóstico de la depresión en esta población.

Por este motivo algunos autores se han interesado por validar los instrumentos de depresión con síntomas somáticos en población con LM. En esta dirección Radnitz et al. (1997) publican un análisis sobre la validez discriminante del BDI. Contrariamente a las hipótesis de los propios autores, tan sólo 3 ítems del BDI manifiestan un bajo poder discriminante en la muestra de personas con LM que son pérdida de peso, cambios en la imagen corporal y dificultades para trabajar (con correlaciones de .166, .163 y .140 respectivamente). El resto de los ítems obtuvieron adecuados niveles de poder discriminante con correlaciones desde .294 (preocupación somática) a .670 (indecisión). Los resultados obtenidos contradicen las hipótesis de Radnitz y su equipo que sospechaban que los ítems con contenido somático tendrían un menor poder discriminante (pérdida de apetito, pérdida de libido, etc.) por estar contaminados con los problemas médicos secundarios a la LM.

De todo lo anterior se deduce que es necesario establecer las propiedades psicométricas tanto de validez como de fiabilidad, de los instrumentos de uso general, en población con LM previo a su uso (Sakakibara, Miller, Orenczuk y Wolfe, 2009) así como analizar la cualidades predictivas de la depresión de cada uno de los ítems, con especial interés de aquellos con contenido somático.

En quinto lugar, hay que mencionar de forma expresa la utilización de *instrumentos con índice de severidad de la depresión*, esto es, puntos de corte a partir de los cuales se hace una estimación no sólo de la presencia de la depresión sino también

de la intensidad de la misma (por ejemplo depresión media, severa y profunda) (tabla 33). Debido a que los instrumentos de evaluación de la depresión aportan datos referidos al riesgo o tendencia de padecer una depresión, la mayoría de ellos utilizan *punto de corte*, en las puntuaciones obtenidas a través de los cuestionarios, como criterio operativo para diagnosticar la depresión. Algunos incluso introducen un punto de corte para indicar severidad clínica que indique la presencia de un desorden depresivo. Los estudios sobre la depresión en las personas con LM que emplean los puntos de corte pueden incurrir en dos errores, por un lado utilizar ese índice como sinónimo de depresión, cuando en realidad solo permite detectar a personas con riesgo de padecer una depresión que requieran una evaluación diagnóstica en profundidad. Y por otro lado, el no comprobar previamente la adecuación de uso de ese punto de corte, validado con población general, en poblaciones con problemas médicos, como son las personas con LM (Bombardier et al., 2012; Kuptniratsaikul et al., 2002; Radnitz et al., 1997).

Tabla 33

Índices de severidad de los autoinformes sobre depresión

Instrumento	Ítems	Rango de Puntuaciones	Punto Corte	Punto Corte LM
IDD, 1986	22 (0-4)	0-88	-	-
OAHMQ, 1995	22 (V-F)	0-22	11 DDM	-
PHQ-9, 1999	9 (0-3)	0-20	5 D/15 DDM	11 Dep.
BDI, 1961	21 (0-3)	0-63	14	18 / 27
CESD-20, 1977	20 (0-3)	0-60	16	16 / 19
SDS, 1965	20 (0-3)	0-80	T ≥55	-
HRSD, 1960	21	0-52	8 D / 18 DDM	-
DAACL, 1981	34	0-34	17	-
DASS-21, 1995	7 D (0-3)	0-42		
HADS, 1983	7 D (0-3)	0-21	6, 8, 11, 16	-
BSI, 1982	6 D (0-4)	0-42	6,11,15,18	-
SCL-90-R	20 D (0-4)	40	-	-

Notas: IDD = Inventory to Diagnose Depression; OAHMQ = Older Adult Health and Mood Questionnaire; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9 ; BDI = Beck Depression Inventory; CESD-20 = Center for Epidemiological Studies- Depression Scale- 20 items version; SDS = Zung Self-Rating Depression Scale; QD = Depression Questionnaire of the Cognitive Behavioral Assessment; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; DAACL = Depression Adjective Checklist; DASS-21 = Depression, Anxiety and Stress Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; BSI = Brief Symptom Inventory; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised.

Las deficiencias referidas a la evaluación tanto en cuanto al uso impreciso de definiciones de depresión, el uso de instrumentos no creados para el diagnóstico de depresión clínica sino para realizar screening de sintomatología depresiva y su falta de validación con población con LM, hacen que los datos aportados por las investigaciones requieran, cuanto menos, prudencia en sus interpretaciones y estimulan y animan a profundizar más en el conocimiento del papel que juega la depresión en el proceso de adaptación psicológica a la LM.

4.4.- RESUMEN

En el presente capítulo se ofrece un análisis de los instrumentos de evaluación de la depresión más empleados en el estudio del proceso de adaptación psicológica a la LM, diferenciando entre aquellos que han sido creados específicamente para medir depresión y/o conducta depresiva y aquellos que pertenecen a una prueba de evaluación psicopatológica más genérica y que mide, de forma más específica la depresión. Aprovechando esta revisión se analizan las cualidades psicométricas de los instrumentos en la población con LM con el propósito de identificar aquellos que tiene probada su fiabilidad y validez en la citada población. Este análisis permite concluir que, si bien los instrumentos son muy variados, son las técnicas de autoinforme, y más concretamente el BDI, las empleadas con más frecuencia en personas con LM.

En un segundo apartado se realiza un análisis de los principales problemas metodológicos que manifiestan las investigaciones de la depresión en personas con LM. Entre los identificados cabe mencionar, por un lado, el predominio de estudios que emplean muestras demasiado pequeñas y sin grupos de control, así como aquellos que no detallan suficientemente ni los criterios de inclusión o exclusión, ni las características de las muestras y que por tanto hacen dudar de la representatividad de las mismas. Por otro lado, se comprueba que existe un dominio numérico de los estudios transversales frente a los longitudinales y, en el caso de estos últimos, se centran prioritariamente en la fase aguda de la LM, lo cual dificulta el conocimiento de la evolución de la adaptación a largo plazo y del comportamiento de la depresión a lo largo de todo el proceso de rehabilitación y durante todo el ciclo vital de la persona con LM. Así mismo, se detecta una baja presencia de estudios multivariados que aporten luz

sobre la relación de múltiples variables a la hora de explicar la presencia o ausencia de procesos depresivos tras la LM. En esta misma dirección, la confusión en el uso y definición del concepto de la depresión (descenso del estado de ánimo, duelo, etc.) y la falta de unanimidad de los investigadores en la elección de los criterios diagnósticos, hacen que existan dificultades para comparar los resultados de la presencia de la depresión en los distintos trabajos empíricos.

A las deficiencias metodológicas detalladas hay que añadir el uso de cuestionarios de evaluación de la depresión que, si bien han probado su fiabilidad y validez para evaluar la depresión en la población general, no aportan datos sobre la adecuación de uso en personas con LM, o bien utilizan en exceso ítems con contenido somático que pueden aumentar los falsos positivos en poblaciones con enfermedades crónicas. Por su parte, la utilización de puntos de corte que indican severidad de conducta depresiva como sinónimo de depresión y que no han sido validados en personas con LM contribuye a empeorar la situación.

Todo lo anterior lleva a plantear que debe mantenerse el interés investigador hacia la depresión en personas con LM con el fin de superar esas deficiencias metodológicas que limitan su estudio y así ofrecer un conocimiento más empírico de esta realidad.

RESUMEN DE LA REVISIÓN TEÓRICA

En esta primera parte de la tesis doctoral versada sobre la presencia de la depresión en el proceso de adaptación a la LM y su relación con otras variables psicológicas se ofrece una revisión del conocimiento teórico existente con el objeto de elaborar el marco teórico que guíe el trabajo empírico y facilite el planteamiento de los objetivos e hipótesis del mismo.

Para el desarrollo y construcción de ese marco teórico se revisa en un primer capítulo la población a estudiar, las personas con LM. La revisión de la literatura especializada permite hacer una aproximación a esta población que se caracteriza por manifestar una discapacidad física adquirida, en su mayoría de forma traumática (en accidente de tráfico) y a edades tempranas. La LM conlleva alteraciones neurológicas, permanentes, cuyas principales secuelas son las dificultades en la movilidad y/o sensibilidad por debajo del nivel de la lesión. Además de los problemas motores existentes otras secuelas asociadas que comprometen su estado de salud como son las dificultades en la evacuación vesical e intestinal, las alteraciones en la regulación térmica, las infecciones respiratorias, los problemas en la sexualidad, los problemas ortostáticos y musculares y otras. Las personas con LM, según su tipología (paraplejía, tetraplejía o paraplejía), pueden manifestar limitaciones en la movilidad que van desde la deambulación autónoma con o sin muletas, hasta la total dependencia de la silla de ruedas. Además de las limitaciones en la movilidad, también pueden presentar limitaciones funcionales en la realización de las actividades de la vida diaria como son el aseo personal, las transferencias, la comida, la conducción de un coche y otras.

Es precisamente su adquisición de forma traumática y a edades tan tempranas (en torno a los 20-30 años de edad) lo que suscita el interés de la psicología de la rehabilitación por estudiar el proceso psicológico de adaptación a la misma. Dos son los modelos teóricos, dentro de esta disciplina, desde los que se han realizado los estudios sobre el proceso de adaptación psicológica a la LM, con claras diferencias conceptuales entre ellos. El primer modelo se enfrenta al estudio del proceso de adaptación desde una perspectiva patologizadora identificando la existencia de varias etapas o fases sucesivas, entre las que destacan: el shock, la ansiedad, la negación, la ira y la depresión. Será precisamente la defensa de la existencia de estas fases de la adaptación psicológica el origen de su nombre, el *modelo de las etapas*. Por lo que se refiere en concreto a la

depresión, cabe mencionar que el modelo de las etapas le otorga una relevancia especial en el proceso de adaptación psicológica a la LM, dado que todos los autores del mismo consideran la depresión como una etapa y/o fase necesaria para asegurar la buena adaptación.

Si bien son muchos los autores que defienden la existencia de estas etapas como “sucesivas”, “universales” y “necesarias”, para la adecuada adaptación psicológica a la LM, por el contrario también tiene esta perspectiva claros detractores. Así muchos autores critican el modelo de las etapas por las limitaciones metodológicas de sus estudios. Así las principales críticas que se realizan a este modelo tienen que ver con la existencia de estudios preempíricos y de caso, la falta de acuerdo entre número de etapas/fases y la naturaleza de las mismas, la no utilización de instrumentos diagnósticos, etc. Las carencias e insuficiencias tanto metodológicas como explicativas del modelo de las etapas llevan a los investigadores a adoptar un nuevo marco teórico que postula la existencia de diferencias individuales en el proceso de adaptación psicológica a la LM. Desde este nuevo paradigma se considera que existen variables personales y sociales que inciden en que las personas se adapten diferencialmente a una discapacidad sobrevenida. Desde este nuevo *modelo de las diferencias individuales* se estudian, de forma multidimensional, todas las variables que afectan al proceso de adaptación con el objeto de identificar aquellas que son predictoras de una buena adaptación psicológica. En este contexto cambia la dirección del estudio de la depresión, lejos de considerarse una etapa necesaria, universal y predictora de la adaptación, se considera un obstáculo en la rehabilitación integral de las personas con LM. En esta línea los estudios pretenden conocer, por un lado, qué variables personales y sociales previenen la aparición de la depresión tras la adquisición de una LM y, por otro lado, estudiar los efectos de la depresión en el proceso de adaptación a la LM, tanto a corto como a largo plazo. Para lograr estos propósitos se publican estudios empíricos, multidimensionales que emplean instrumentos de evaluación de ésta y otras variables psicológicas y personales. Será este modelo teórico el elegido para servir de referente en la investigación que se presenta.

En un segundo capítulo de esta revisión teórica se realiza un acercamiento al concepto de depresión, enmarcándolo dentro de las alteraciones del estado de ánimo. Para ello se revisan las aportaciones de los principales sistemas de clasificación de

enfermedades, el DSM y el CIE. Se procede la descripción de la depresión y al análisis de los criterios diagnósticos empleados en cada uno de los dos sistemas mencionados, llegando a conclusiones con efectos prácticos para el estudio de la depresión en la presente investigación. La primera de las conclusiones tiene que ver con la necesidad de identificar la depresión con un trastorno o enfermedad mental y de diferenciarla de la presencia meramente de estados afectivos de pena o duelo que cursan con normalidad ante la presencia de situaciones vitales estresantes. En esta medida, y dada la naturaleza traumática de la adquisición de la LM (en su mayoría por accidente de tráfico que en ocasiones se acompaña de pérdida de un ser querido, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, etc.) es necesario realizar un diagnóstico diferencial entre la presencia de un estado de ánimo deprimido por las situaciones mencionadas y la presencia de una depresión clínica, como trastorno del estado de ánimo o del humor. Otra conclusión tiene que ver con la necesidad de hacer buenos diagnósticos diferenciales que impidan que la presencia de síntomas somáticos secundarios a la LM sean confundidos con sintomatología depresiva de naturaleza vegetativa, es decir, prevenir los falsos positivos en personas con LM por el solapamiento de los síntomas (alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, etc.). Una última conclusión a la que se llega, tras el estudio sobre la depresión realizado, es que las poblaciones con enfermedades crónicas tienen una mayor prevalencia de diagnóstico de trastornos del estado del ánimo que serían coincidentes con las que manifiestan las personas con LM, si bien no hay evidencia de que necesariamente la depresión clínica se suceda a la adquisición de una LM.

El tercer capítulo contiene la revisión de las publicaciones científicas que estudian la depresión en las personas con LM. Desde la perspectiva del modelo de las diferencias individuales, expuesto en capítulos precedentes, se analiza la relación demostrada entre la presencia de depresión en las personas que adquieren una LM y las variables de distinta naturaleza, tanto personales como sociales. Gracias a este estudio se ha podido concretar qué variables pueden ser consideradas predictoras de la depresión, es decir aquellas cuya presencia se relaciona con la presencia de depresión, entre ellas cabe destacar: la desocupación laboral, el dolor, las dificultades en las técnicas de manejo de la salud (las técnicas de evacuación), la existencia de psicopatología premórbida, la comorbilidad de ansiedad y estrés postraumático, el uso de estrategias de afrontamiento de escape y evitación, la autoculpabilización por la LM y las altas puntuaciones en neuroticismo. Por otro lado, la revisión de la literatura

permite identificar aquellas variables que pueden ser consideradas protectoras de la presencia de una depresión, así la presencia de locus de control externo, las altas en puntuaciones en extraversión, la existencia de una amplia red de apoyo social que a su vez refuerce su valor como persona, se relacionan con puntuaciones más bajas en depresión. Algunos de los aspectos aún por clarificar tienen que ver con, por un lado, el papel que juega la variable tiempo tras la lesión, así, si bien se ha demostrado que no existe un período crítico para padecer depresión tras la LM, tampoco hay datos concluyentes sobre la evolución de la presencia o ausencia de trastornos del estado de ánimo a lo largo del proceso de rehabilitación, con resultados cuanto menos contradictorios. Por otro lado, son escasos los estudios que aportan datos clarificadores sobre los beneficios de los tratamientos de la depresión en personas con LM o bien sobre adecuados análisis de la CV y sus efectos sobre las alteraciones del humor. En todo caso, parece claro que existen pocos estudios que aborden las variables que inciden o protegen de la depresión en personas con LM de forma multidimensional.

El cuarto y último capítulo de la revisión teórica se dedica al estudio y profundización de la evaluación de la depresión en un colectivo con enfermedad crónica como el que nos ocupa, las personas con LM. Dado que en capítulos precedentes se ha puesto en evidencia la importancia de realizar buenos diagnósticos diferenciales de los trastornos del estado de ánimo, concretamente de la depresión clínica, en población con enfermedades crónicas, se ofrece en el presente capítulo una revisión de los instrumentos de depresión más empleados en la literatura sobre personas con LM. En dicha revisión se llega a la conclusión que, si bien son muchas las estrategias de evaluación de la depresión empleadas por los investigadores, es el autoinforme la más empleada. Concretamente el Inventario de Depresión de Beck (BDI) es el autoinforme que tiene una mayor representación numérica en el estudio de la depresión en las personas con esta discapacidad física, y el que, a su vez, demuestra mayores bondades psicométricas, tanto de fiabilidad como de validez, con esta población evidenciando así que su empleo favorece el adecuado diagnóstico. Por lo que se refiere a los problemas metodológicos identificados en la literatura revisada cabe destacar, en primer lugar limitaciones con respecto a las muestras empleadas. Así se identifica que las muestras son incidentales y no emplean procedimientos aleatorios para su elección, que sus tamaños son pequeños, disminuyendo su representatividad, que no emplean grupos de control para contrastar la presencia de la depresión y que, en demasiadas ocasiones, no

aportan datos sobre los criterios de inclusión y/o exclusión de los sujetos en el estudio, y en especial sobre aspectos tan importantes como la presencia de psicopatología premórbida o la adquisición de la LM por un intento de suicidio. En segundo lugar se detallan insuficiencias en el diseño empírico, en la literatura sobre la depresión en personas con LM. Así cabe mencionar la escasez de empleo de estudios de valoración de resultados sobre el tratamiento de la depresión en personas con LM; la infrecuencia de estudios causales y multivariados sobre las variables psicológicas implicadas en el proceso de adaptación; y el predominio de estudios transversales frente a los longitudinales. En tercer y último lugar se reflexiona sobre las limitaciones referidas a la evaluación de la depresión, de las que cabe destacar el uso de definiciones ambiguas y poco precisas sobre la variable depresión, lejanas a la evidencia de una depresión clínica. Igualmente se detecta el predominio de empleo de inventarios que aportan datos sobre la conducta depresiva, pero que no se consideran adecuados ni suficientes para el diagnóstico de la depresión clínica. En ocasiones estos cuestionarios adolecen, a su vez, de no haber sido validados en población con LM y que contienen ítems de contenido somático y vegetativo no muy recomendados para el diagnóstico de la depresión en poblaciones con enfermedades crónicas como la que es objeto del presente estudio, las personas con LM.

Todas las conclusiones anteriores, derivadas de la revisión teórica, permiten ofrecer la propuesta de investigación sobre evaluación de la depresión en personas con LM que se ofrece a continuación.

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN SOBRE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM

Tal y como se pone de manifiesto en este primer capítulo, la depresión es, sin ninguna duda, la variable más estudiada y el indicador de adaptación más empleado en el proceso de adaptación psicológica a la LM, y prueba de ello es el volumen de publicaciones científicas dedicadas a su estudio.

Sin embargo, esa abundancia en la literatura no permite llegar a grandes conclusiones con respecto al papel a desempeñar por dicha variable en el proceso de adaptación a la LM. La incapacidad para llegar a conclusiones que guíen los procesos de rehabilitación e inserción de las personas con LM se debe a dos motivos principalmente, por un lado la existencia de contradicciones en los resultados aportados por los diferentes estudios, tal y como se ha detallado en el capítulo 3; y por otro lado, la existencia de limitaciones metodológicas tanto referidas al diseño como a las muestras, y más aún, las limitaciones relacionadas con la evaluación de la variable depresión, revisadas en los apartados el apartado 4.3.2 y 4.3.3 respectivamente.

Todo lo anterior permite concluir que si bien la depresión, y su relación con el proceso de adaptación a la LM, ha sido ampliamente estudiada es necesario seguir manteniendo el interés por su investigación superando las limitaciones metodológicas identificadas.

Así, a través del presente trabajo empírico, se ofrece una propuesta de estudio sobre la evaluación de la depresión en personas con LM que se caracteriza, en primer lugar, y siguiendo la propuesta del modelo de las diferencias individuales, por estudiar el papel de la depresión en el proceso de adaptación psicológica a la LM desde una perspectiva multidimensional, haciendo hincapié en la relación de la depresión con todas las variables implicadas en el proceso, tanto las variables sociodemográficas, clínicas y de la salud, clásicamente estudiadas, como las variables psicológicas, sociales y de CV. El propósito es ofrecer un estudio del proceso de adaptación a la LM fuera de la perspectiva psicopatológica y que se oriente desde un estudio biopsicosocial del proceso. Para lograr ese objetivo se emplea la EMELM – Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con LM, que permite la evaluación de todas las dimensiones que intervienen en el proceso de adaptación a la LM.

En segundo lugar, se caracteriza por ofrecer un estudio que valide los instrumentos de evaluación en personas con LM, en especial el instrumento para la evaluación de la depresión. Se pondrá un mayor énfasis en estudiar las propiedades psicométricas de las escalas psicológicas contenidas en la EMELM, primordialmente el instrumento de evaluación de la depresión empleado, el Inventario de Depresión de Beck. Dicho instrumento ha sido elegido por ser el más empleado en la literatura científica y por demostrar adecuados niveles de fiabilidad y validez en personas con LM, tal y como se ha demostrado en capítulos precedentes.

En tercer lugar, el estudio planteado brinda información del proceso de adaptación a la LM a largo plazo, evitando así centrarse exclusivamente en el estudio de la depresión en la fase aguda y/o en los dos primeros años tras la LM. Su propósito es superar las limitaciones explicativas de los estudios de la depresión que evalúan a las personas con LM en periodos iniciales (fase aguda) tras la LM caracterizados por hospitalizaciones, la presencia de pruebas invasivas, las intervenciones quirúrgicas, las inmovilizaciones, la información de pérdida de algún ser querido en el accidente que originó la LM, etc. Todas estas situaciones inciden en el estado de ánimo de la persona con LM y pueden llevar un falso positivo en el diagnóstico de la depresión.

En el siguiente apartado de la tesis se ofrece todo el abordaje empírico que materializa la propuesta de investigación planteada.

**PARTE II:
TRABAJO EMPÍRICO**

INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO EMPÍRICO

Una vez se ha revisado la información científica publicada sobre el proceso psicológico de adaptación a la LM en general, y sobre la presencia y papel de la depresión en dicho proceso en particular, se procede a plantear en esta segunda parte de la investigación, el estudio empírico sobre la evaluación de la depresión, y otras variables psicológicas, en las personas con LM.

Tal y como se refleja en la presentación de la tesis, está enmarcada en una investigación más amplia, desarrollada por el equipo de Investigación del profesor Aguado, y cuyo propósito es la creación de la Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares (EMELM; Aguado, Alcedo, Rueda, Flórez, y Gutiérrez, 1994; Aguado, Alcedo, Rueda, Santos, y González, 1997) y tiene como objetivo principal la validación de las propiedades psicométricas de escalas psicológicas, y en concreto de un autoinforme de depresión, en personas con LM, así como la estimación de la incidencia de dicha variable en el proceso de adaptación a LM y su relación con otras variables intervinientes.

El capítulo sobre el trabajo empírico se subdivide en 4 apartados. En el primero de ellos se expone el planteamiento y realización del trabajo de campo, y por tanto se ofrece una exposición detallada de los objetivos, generales y específicos, y de las hipótesis del estudio. En ese mismo apartado se detalla el método empleado en el estudio, explicando el procedimiento que ha permitido seleccionar la muestra objeto de análisis y describiendo las características de los participantes en el mismo. Posteriormente se describe el instrumento de evaluación empleado, la Escala Multidimensional de Evaluación de las Personas con LM (EMELM), ofreciendo una breve presentación de los cuestionarios que conforman la misma, especialmente de las escalas psicológicas entre las que se encuentra el Inventario de Depresión de Beck. Se finaliza el primer apartado enumerando y describiendo cada una de las variables analizadas en el estudio.

En el segundo apartado se ofrece el tratamiento de los datos y los resultados de los análisis estadísticos efectuados con el objeto de aceptar o rechazar las ocho hipótesis formuladas. Así, se ofrecen los resultados del estudio de fiabilidad de las escalas psicológicas en la muestra estudiada de personas con LM y, seguidamente, se muestran

los resultados de los análisis de relación y multivariados entre depresión y las variables socio-demográficas, clínicas y de la salud, psico-sociales y de CV.

En un tercer apartado se ofrece un marco de discusión donde se comparan los resultados obtenidos en el estudio con el conocimiento aportado por la literatura especializada, y revisada en la primera parte de la tesis, con el propósito de identificar sinergias y/o incompatibilidades.

En el cuarto, y último apartado, se sintetizan las conclusiones obtenidas, poniéndolas en relación con orientaciones prácticas que sirvan a los profesionales que atienden a las personas con LM y se perfilan las futuras líneas de investigación.

CAPÍTULO 5.-

PLANTEAMIENTO Y REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

5.1.- INTRODUCCIÓN

En este capítulo cinco se ofrece la información relativa al planteamiento y la materialización del trabajo de campo, para ello en un primer apartado se detallan los objetivos generales y específicos planteados en el estudio, en la misma dirección se ofrecen las hipótesis y subhipótesis planteadas tras la revisión teórica realizada sobre el proceso psicológico de adaptación a la LM desde el paradigma de las diferencias individuales. En otro apartado se ofrece el método empleado en la investigación a través de explicar el procedimiento empleado para seleccionar la muestra de personas con LM, detallando los criterios de inclusión y exclusión en el estudio; describiendo las características de los participantes; relatando las características del instrumento de evaluación empleado, La Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con LM, así como ofreciendo la definición, concreta y precisa, de cada una de las variables sometidas a análisis.

5.2.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Como se anticipa en la parte teórica, son muchas las lagunas en el conocimiento no sólo sobre la presencia de la depresión tras la adquisición de una LM, sino también sobre su incidencia en el proceso de adaptación a la misma y sobre las variables que median en la aparición, o no, de este trastorno del estado del ánimo. Por ello desde el presente estudio se quiere aportar un poco de luz a la relación entre la depresión y el proceso psicológico de adaptación a la LM.

Partiendo del modelo de las diferencias individuales, marco teórico desde el que se realiza la investigación, se pretende verificar que la depresión no es una consecuencia psicológica necesaria tras la LM. Por el contrario, el propósito del estudio es identificar qué variables personales y sociales median en la aparición de la depresión tras la LM, así como su relación con otros concomitantes psicológicos. Para ello se comprueba, previamente, que el instrumento empleado para la evaluación de la

depresión es adecuado a la población del estudio con el objeto de evitar el uso de un instrumento inadecuado que infravalore o sobreestime la incidencia real de la depresión.

Para analizar todo lo anterior se plantean los objetivos generales y específicos que se enumeran a continuación:

5.2.1- Objetivos generales y específicos

Objetivos generales:

- Validar el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en una amplia muestra de personas con LM.
- Demostrar que la depresión no es una respuesta universal ni inevitable tras adquirir una LM.
- Estudiar la presencia de depresión en personas con LM, así como comprobar si existe relación entre la depresión y variables personales, sociales y clínicas.
- Estudiar la relación entre la depresión y otras variables psicológicas.

Objetivos específicos

- Realizar un estudio psicométrico del Inventario de Depresión de Beck (BDI) en una muestra de personas con LM.
- Realizar un estudio psicométrico del resto de escalas psicológicas (locus de control, estrategias de afrontamiento, neuroticismo y extraversión, etc.) en la misma muestra de personas con LM
- Analizar la incidencia de depresión en la muestra de personas con LM.
- Comprobar si los niveles de depresión varían en función de las variables personales sociodemográficas (edad, sexo, nivel académico, estado civil), de integración social (nivel ocupacional y profesional, red de apoyo social, accesibilidad, etc.) y las condiciones clínicas de la LM (tipo, nivel y etiología de la lesión, reingresos hospitalarios, etc.).

- Comprobar si otras variables psicológicas (extraversión, neuroticismo, locus de control, motivación y estrategias de afrontamiento actuales y rememoradas) se relacionan con los niveles de depresión.
- Comprobar si la CV se relaciona con la depresión en personas con LM.

5.2.2- Hipótesis

Las hipótesis empleadas se clasifican en tres apartados diferentes según el contenido de las mismas y su relación con los objetivos previamente planteados.

Por lo que se refiere a la presencia de la depresión:

Hipótesis 1: Existirán diferencias individuales en la presencia de niveles de depresión, de forma que no se pueda considerar una respuesta universal e inevitable a la adquisición de una LM.

Por lo que se refiere a la relación entre la depresión y las variables socio-demográficas, de integración social y clínicas:

Hipótesis 2: No se hallará relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel académico, nivel profesional y ocupación) y las puntuaciones en depresión, y sí con estado civil.

Hipótesis 3: Se hallará relación entre la depresión y las dimensiones que indican menor integración social (dificultades económicas, desmotivación e insatisfacción laboral, problemas de accesibilidad de la vivienda, problemas familiares, limitación de las actividades de ocio) y no entre aquellas que indiquen la existencia de una red de apoyo social (convivencia, amigos nuevos y antiguos).

Hipótesis 4: No se hallará relación entre las variables clínicas y de salud (tipo, nivel y etiología de la lesión; número y causa de los reingresos hospitalarios; tiempo desde la lesión) y la depresión.

En cuanto a la relación entre la depresión y las variables psicológicas

Hipótesis 5: Se espera hallar relación entre depresión y las variables de personalidad, neuroticismo y extraversión.

Subhipótesis 5.1: Se espera hallar una correlación positiva entre las puntuaciones obtenidas en la escala de neuroticismo y las puntuaciones

obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck que indican presencia significativa de depresión.

Subhipótesis 5.2: Se espera hallar una correlación negativa entre las puntuaciones obtenidas en la escala de extraversión y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck.

Hipótesis 6: No se espera hallar correlación entre las puntuaciones obtenidas en Cuestionario MAE, excepto en la ansiedad inhibitoria del rendimiento, y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck.

Hipótesis 7: Se espera hallar una correlación positiva entre las puntuaciones obtenidas en la dimensión de locus de control externo e interno, cuando indique autoinculpción, y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck.

Hipótesis 8: Se espera hallar relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento.

Subhipótesis 8.1: Se espera hallar una correlación negativa entre las estrategias de afrontamiento actuales que favorecen la adaptación general a la enfermedad con restructuración personal y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck.

Subhipótesis 8.2: Se espera hallar relaciones positivas entre las estrategias de afrontamiento actuales pasivas y centradas en la emoción y las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck.

Subhipótesis 8.3: Se espera hallar una correlación negativa en las estrategias de afrontamiento rememoradas que se centran en la solución del problema y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck.

Subhipótesis 8.4: Se espera hallar relaciones positivas entre las estrategias de afrontamiento rememoradas pasivas y centradas en la emoción, especialmente autoinculpción, y las puntuaciones en depresión.

En cuanto a la relación entre depresión y calidad de vida

Hipótesis 9: Se espera hallar una correlación negativa entre las puntuaciones de calidad de vida y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck.

5.3.- MÉTODO

En las siguientes líneas se ofrece el procedimiento de selección de la muestra así como una amplia descripción de la misma. Posteriormente, se ofrece una breve descripción de los instrumentos empleados en el estudio y se detallan las variables sometidas a análisis.

5.3.1.- Procedimiento

Para la selección de la muestra se realizan contactos con unidades de rehabilitación de centros sanitarios y con organizaciones no gubernamentales en **Asturias y Madrid**, concretamente se cuenta con la colaboración de:

- *ASPAYM - Principado de Asturias*, Asociación de Paraplégicos y Grandes Minusválidos.
- *ASPAYM - Madrid*, Asociación de Paraplégicos y Grandes Minusválidos.
- *AMEB*, Asociación Madrileña de Espina Bífida.

Tras la oportuna información a los centros colaboradores respecto al proyecto de investigación y a los cuestionarios a utilizar en la recogida de datos, se facilita una carta donde se contemplaba el permiso de colaboración. Desde estas entidades, y los profesionales competentes, se informa a sus pacientes y usuarios/as sobre la investigación y se seleccionan aquellas personas que voluntariamente quieren participar.

A través de contacto telefónico con los candidatos/as a participar en la investigación se concierta una entrevista cuyo objetivo es aportar información sobre el proyecto y sobre las técnicas de recogida de datos. En esa entrevista se asegura el anonimato y la confidencialidad de la información, así como se les informa de que el tratamiento de la información será exclusivamente con fines investigadores.

La selección de la muestra se realiza en función de una serie de criterios considerados como requisitos básicos en la presente investigación, con el objetivo de conseguir una muestra heterogénea y representativa. Como fruto de esta selección se cuenta con una muestra de **ciento cuarenta y nueve** personas con LM, número que puede considerarse representativo de la población objeto de estudio, localizadas a través de las asociaciones de Asturias y Madrid.

Los criterios de selección de la muestra empleados, y que son los mismos a los manejados durante todo el proceso de validación de la EMELM, son los siguientes:

- Personas con LM crónica con al menos un año de evolución.
- Que hayan finalizado la rehabilitación médico-funcional.
- Han de ofrecer variabilidad en función de las dimensiones clínicas, en especial etiología, tipo y nivel de la LM.
- La variable sexo ha de ajustarse en lo posible a las proporciones encontradas en los datos epidemiológicos sobre LM, es decir, 80% varones y 20% mujeres.
- No han de presentar problemas de salud mental previos a la aparición de la LM, ni diagnóstico de daño cerebral o traumatismo craneoencefálico como consecuencia del accidente que originó la LM.
- Han de mostrar un nivel educativo básico como mínimo, que garantice la alfabetización y la correcta comprensión de los cuestionarios.

El estudio de campo tuvo lugar entre abril de 2008 y septiembre de 2011. El proceso de evaluación fue realizado individualmente en locales accesibles de las asociaciones o acudiendo al domicilio de la persona evaluada, dada la movilidad reducida y los problemas de transporte y accesibilidad con los que se encuentra esta población. La duración media aproximada de la sesión de aplicación de la EMELM ha sido de cuatro horas, repartidas en varios encuentros o visitas al domicilio de las personas entrevistadas.

En el caso de que existieran personas que tuvieran dificultades para escribir, como consecuencia de su discapacidad, se leían individualmente los cuestionarios y el entrevistador transcribía las respuestas, respetando los procedimientos habituales, de tal forma que no se interfiriera en la respuesta emitida.

En un segundo momento se hace un nuevo contacto con los participantes de la muestra para la aplicación de un cuestionario de calidad de vida que no había sido incorporado con anterioridad en la EMELM. De los 149 sujetos un total de 95 contestaron a la evaluación de esta dimensión de CV.

5.3.2.- Participantes

En este apartado se ofrece la descripción de las principales características sociodemográficas y médicas de las 149 personas con LM que configuran la muestra del presente trabajo de investigación, entre ellas: edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel profesional, ocupación, edad de adquisición de la lesión, tiempo transcurrido con discapacidad, tipo y nivel de la lesión, reingresos hospitalarios y complicaciones médicas causantes de los mismos.

En primer lugar, en relación al análisis de la muestra según el *sexo*, tal y como se muestra en la tabla 34, la mayoría de la muestra está compuesta por hombres. Esta distribución según el sexo coincide con las distribuciones aportadas por los estudios epidemiológicos donde el porcentaje de varones con LM suele ser superior al de mujeres.

Tabla 34
Características de la muestra según el sexo

Sexo	<i>n</i>	%
Hombres	103	69.1
Mujeres	46	30.9
Total	149	100

La *edad* media de la muestra es de 38.5 años, con una edad máxima de 77 años y mínima de 17. El mayor porcentaje (71.8%, $n = 107$) lo componen personas menores de 45 años.

Por lo que se refiere al *estado civil*, el mayor porcentaje de las personas evaluadas está soltera (53%, $n = 79$) seguido de aquellos que están casados, separados, viudos y finalmente los que viven en pareja, según las frecuencias contempladas en las tablas 35.1 y 35.2.

Tabla 35.1

Características de la muestra según el estado civil

Estado civil	<i>n</i>	%
Soltero	79	53.0
Casado	48	32.2
Separado	13	8.7
Viudo	5	3.4
En pareja	4	2.7
Total	149	100

Tabla 35.2

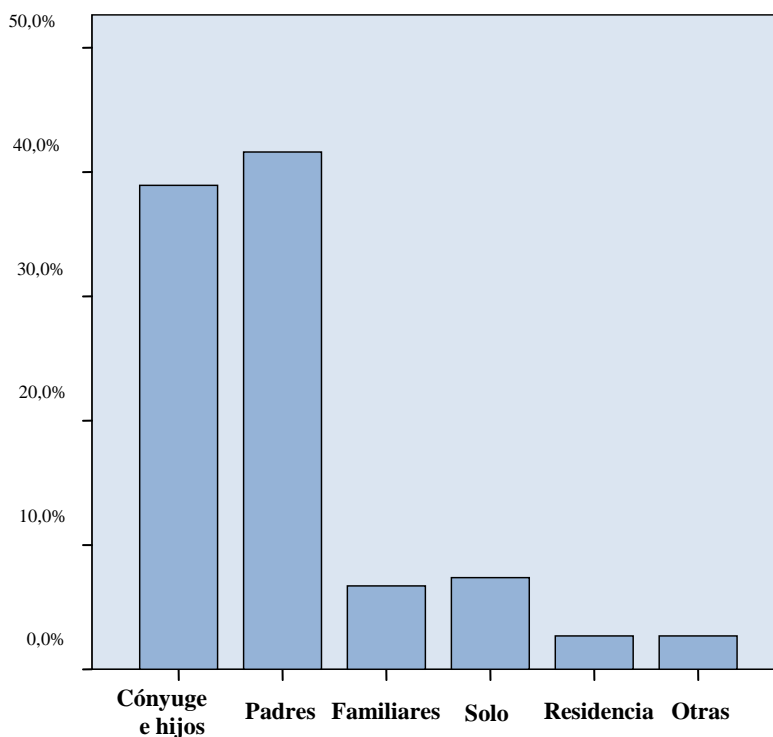
Características de la muestra según el estado civil agrupado en dos categorías

Estado civil	<i>n</i>	%
Solteros	79	53.0
Casados y “otros”	70	47.0
Total	149	100

Nota: Otros = en pareja, separado y viudo

Por lo que se refiere a *con quién residen* los participantes en este estudio, tal y como se aprecia en la figura 1, la mayoría viven en entornos familiares, bien con el cónyuge y los hijos/as o bien con los padres.

Figura 1: Gráfica de porcentajes según con quién residen



El *nivel de académico* de la muestra es bajo, más de la mitad de la muestra tiene estudios primarios, incluyendo esta categoría aquellas personas que tienen el certificado de estudios primarios, el graduado escolar, el bachillerato elemental, la educación general básica o la formación profesional grado I. Alrededor de un tercio de la misma (37.6%, 56 personas) tienen estudios medios (bachillerato unificado polivalente, curso de orientación universitaria, curso preuniversitario, educación secundaria obligatoria o formación profesional de grado II) y en menor cuantía diplomaturas o titulaciones superiores (licenciatura), siguiendo la distribución que queda recogida en la tabla 36.

Tabla 36

Características de la muestra según el nivel de estudios

Nivel de estudios	<i>n</i>	%
Primarios	93	62.4
Medios	36	24.2
Diplomados	9	6.0
Licenciados	11	7.4
Total	149	100

Estos niveles académicos se relacionan con los *niveles profesionales* ya que el 44.3% (66 personas) desarrollan puestos que requieren un nivel de cualificación bajo, si bien en el momento de la evaluación la mayoría de ellos no están trabajando bien por ser pensionistas (31.5%, $n = 47$), estar jubilados (27.5%, $n = 41$), en el paro (4.7%, $n = 7$) o por encontrarse aún en período de estudios (11.4%, $n = 17$).

Respecto al *lugar de residencia*, es importante apuntar que la gran mayoría (70.5%, $n = 105$) reside en entornos urbanos, es decir, poblaciones con más de 10.000 habitantes, frente a un 29.5% que reside en entornos rurales.

En cuanto a las *características clínicas* de la muestra estudiada, y coincidiendo con los datos aportados por la bibliografía previa, la mayoría padecen una paraplejia (59.7%, $n = 89$) seguidos de los que padecen una paraparesia, tetraplejia y tetraparesia, tal y como puede apreciarse en la tabla 37.

Tabla 37

Características de la muestra según el nivel de la lesión

Lesión	Completa		Incompleta	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Paraplejia	89	59.7	29	19.5
Tetraplejia	20	13.4	11	7.4
Total	109	73.1	40	26.9

Por lo que se refiere a los *niveles de la LM* en la muestra, esto es la altura de la lesión a lo largo de la columna vertebral, en su mayoría son dorsales (53.6%, $n = 80$), seguido de los lumbares (22.1%, $n = 33$), los cervicales (21.5%, $n = 32$) y los sacros (2.7%, $n = 4$).

En cuanto a la *causa de la LM*, el mayor porcentaje de personas lo adquieren de forma traumática 73.8% ($n = 110$) y, dentro de éstos, la causa predominante es el accidente de tráfico (40.3%, $n = 60$).

El promedio de *tiempo transcurrido tras la lesión*, en nuestra muestra, es de 12.8 años, con un máximo de 45 y un mínimo de uno. El promedio de *edad en el momento de la adquisición* de la LM es de 25.8 años, con un mínimo de edad de cero años (ya que en varios casos la LM tenía una etiología congénita) y un máximo de 67 años en el momento de la lesión.

Por lo que se refiere a las hospitalizaciones sufridas tras la adquisición de la LM, el promedio de *meses hospitalizados* es de 14.5, con un máximo de 168 meses de ingreso tras la LM. La *causa más frecuente de ingreso hospitalario* es la intervención quirúrgica en el 26.2% de los casos ($n = 39$) seguida de las revisiones médicas y las infecciones de orina, tal y como se contempla en la tabla 38.

Tabla 38

Características de la muestra según las causas de los reingresos

Causas de los reingresos	N	%
Ninguna	55	36.9
Intervención quirúrgica	38	25.5
Revisiones médicas	12	8.1
Infecciones de orina	12	8.1
Dolores	10	6.7
Intervención quirúrgica-escaras	8	5.4
Infecciones orina – escaras	5	3.4
Escaras	5	3.4
Fractura ósea	3	2.0
Otras	1	0.7
Total	149	100

Como resumen de la descripción de la muestra destacar que está formada por personas con LM de mediana edad, mayoritariamente varones, que están solteros, personas que conviven con familiares (padres o con sus cónyuges y/o hijos) y en entorno urbano. Por lo que se refiere a su nivel académico y profesional es medio bajo, estando la mayoría de ellos en situación de inactividad laboral por percibir una pensión o estar jubilados. En su mayoría padecen paraplejia dorsal y han adquirido la lesión de forma traumática, principalmente en accidente de tráfico, con un promedio de edad de 28 años en el momento de la LM. El promedio de ingresos es de 14 meses siendo la causa más frecuente la intervención quirúrgica.

5.3.3.- Instrumentos de evaluación

Para la realización del presente estudio se utiliza la Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares (EMELM), elaborada por el profesor Aguado y su equipo y que puede ser consultada en el ANEXO I.

La EMELM es una entrevista semi-estructurada que recoge información de muy diversa naturaleza: datos clínicos, datos referidos a fisioterapia, información sobre actividades de la vida diaria y referida a cuidados de enfermería, datos relacionados con la integración social, información del entorno, datos psicológicos, etc. Esta escala multidimensional ya ha sido validada con anterioridad en población con LM ofreciendo adecuados niveles de fiabilidad y validez (Aguado et al., 1994; Aguado et al., 1997).

A continuación se describe de una forma más detallada todos y cada uno de los instrumentos que componen la EMELM:

La ***Ficha Personal o Cuestionario de Identificación*** recoge información referida a los datos personales (sexo, estado civil, fecha y lugar de nacimiento y de residencia, nivel académico, nivel profesional y ocupación) y a los datos clínicos sobre discapacidad y salud (tipo y nivel de la LM, fecha de aparición de la lesión, etiología de la misma, hospitalizaciones y reingresos).

El ***Cuestionario de Integración Social*** incluye información sobre su situación social: personas con las que vive, amigos, ingresos económicos, motivación laboral y posibilidades laborales, accesibilidad de la vivienda, autonomía en desplazamientos e información sobre recursos comunitarios.

- El ***Cuestionario de AVD y Enfermería*** recoge datos sobre *actividades de la vida diaria* (levantarse y acostarse, vestirse, aseo personal, entrar y salir de la bañera, poner un supositorio, paso al servicio, autonomía para comer y beber, hábitos saludables de dieta y control del peso, movilidad en casa y realización de tareas domésticas) y *cuidados de enfermería* (movilizaciones diarias, control postural, vaciado vesical, uso de colector, sonda o empapador y cuidado de la piel).
- El ***Cuestionario de Fisioterapia*** recoge datos de equilibrio corporal, reeducación estática, ejercicios, automovilizaciones, transferencias, marcha, rastreo-gateo, deambulación, bipedestación, manejo de la silla de ruedas y los bastones.
- La ***Entrevista de Identificación y Calidad de vida*** recopila información de ocho áreas relacionadas con la calidad de vida: datos familiares, datos de historia clínica, datos laborales, relaciones sociales, relaciones sexuales, actividades de consolación, inventario de problemas genéricos y actividades de ocio y diversión. Se trata de una adaptación a la LM de la entrevista desarrollada por Pelechano para enfermos físicos y crónicos (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993).
- El ***Cuestionario de Extraversión y Neuroticismo (E-N)***, Pelechano, 1972) también es una adaptación del mismo cuestionario a personas con LM. Mide dos dimensiones de la personalidad según el modelo de Eysenck, por un lado la “*extraversión social*” como tendencia a establecimiento de relaciones sociales rápidas y con facilidad (fundamentalmente en sus componentes de sociabilidad y no de impulsividad) y por otro lado el “*neuroticismo*” como inestabilidad emocional y tendencia a sufrir estados de ansiedad.
- El ***Cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución (MAE)***, Pelechano, 1974). Este cuestionario consta de *seis factores*, cuatro de motivación: (1) tendencia a sobrecarga de trabajo, (2) indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y el mundo laboral, (3) autoexigencia en el trabajo, (4) motivación general positiva hacia la acción; y dos de ansiedad de ejecución: (5) reacción de inhibición ante situaciones de estrés y (6) reacción de activación y acción en situaciones de estrés.
- El ***Cuestionario de Locus de Control (LUCAM)***, igualmente adaptación a personas con LM del instrumento creado por Pelechano y Báguena (1983). Formado por siete factores de primer orden: transigencia con opiniones ajenas y adscripción

de responsabilidad (fracaso) a causas externas y a uno mismo; atribución de responsabilidad interna en éxitos y fracasos (similar a personalismo); mordacidad y conflictos con los demás (con responsabilidad interna); confianza en los demás (personal y profesional), trabajo en colaboración con otros y provisión de futuro; autoinculpación en fracaso con falta de tenacidad; autoinculpación con inseguridad-desmoralización con rechazo de responsabilidad en tener o no amigos; control interno en responsabilidad de acciones y rechazo externalidad. En la misma escala se puede obtener un factor general de locus de control: responsabilidad en éxitos y exculpación de fracasos; así como tres factores de segundo orden: control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a la novedad; el segundo de naturaleza bipolar actualismo (no importa futuro) con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas; y el tercero el control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales.

El *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales*, es el resultado de la adaptación a la LM de un instrumento para evaluar el afrontamiento, en otros enfermos físicos y crónicos, construido por Pelechano (Pelechano, 1992; Pelechano et al., 1993) y del que anteriormente se han ofrecido datos en una muestra con LM (Rueda, 2001). La escala valora tres dimensiones del afrontamiento actual: “adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal”; “negación de gravedad con inculpación a la familia”; y “desesperación e inconformismo”, conformadas por 16 estrategias de afrontamiento, siendo los factores de primer orden de la escala.

El *Cuestionario de Rememoración de Estrategias de Afrontamiento*, al igual que ocurre con el anterior se trata de una adaptación a LM del instrumento de Pelechano para otros enfermos físicos y crónicos (Pelechano, 1992; Pelechano et al., 1993) y del que también se han presentado datos con anterioridad en personas con LM (Rueda, 2001). Permite valorar en población con enfermedad crónica las siguientes dimensiones de afrontamiento rememorado: “primacía de enfermedad con autoinculpación y aceptación de consolación por religión”; “apego a la vida con intento de alejamiento del problema para buscar solución”; “búsqueda de información y solución; negación con inculpación a familia y dar

información a amigos”; y “cambios en acción y visión del mundo”. Las estrategias de afrontamiento en esta escala son 14 siendo los factores de primer orden de la escala.

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, adaptación a la LM del clásico instrumento en su adaptación española de Conde, Esteban y Useros (1976). El Inventario de Depresión de Beck es un autoinforme de evaluación de la depresión muy utilizado en el ámbito clínico, no sólo entre la población general sino también con personas con LM (Sanz y Vázquez, 1998; Skinner et al., 2003). Además se han comprobado sus adecuadas propiedades psicométricas, tanto en población sin como con LM (Radnitz et al., 1997). En la presente investigación se utiliza la adaptación española de Conde et al. (1976) de la versión del BDI de 1961 (existe una versión inglesa de 1978, publicada en el libro de Beck, Rush, Shaw y Emery en 1979). Esta adaptación consta de diecinueve elementos con múltiples opciones de respuesta y tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa o de aquella que requiere hospitalización. En su adaptación se eliminaron los ítems que hacían referencia al castigo e imagen corporal ya que su comportamiento estadístico (correlación con la puntuación global) se consideró como no adecuado para la identificación del trastorno depresivo (Ibáñez, Peñate y González, 1997). La persona recibe las siguientes instrucciones generales para la cumplimentación del cuestionario: “*A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 19 apartados; señale con una cruz la frase que mejor refleje su situación actual*”. Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 59. La duración estimada de aplicación oscila entre 10 y 15 minutos. Se trata de una de las adaptaciones al castellano más empleadas del BDI y que presenta adecuados índices de fiabilidad, $\alpha = .73$ (Ibáñez, Peñate y González, 1997).

La *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)*, Satisfaction with Life Scale; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Es una escala que mide la satisfacción general con la vida a través de 5 ítems en una escala Lickert de 7 opciones (totalmente en desacuerdo, muy en desacuerdo, bastante en desacuerdo, indiferente o ni de acuerdo ni desacuerdo, bastante de acuerdo, muy de acuerdo y totalmente de acuerdo). Las puntuaciones totales van de 5 a 35, indicando la puntuaciones bajas un descenso de la satisfacción con la vida. Ha

demostrado adecuada consistencia interna y fiabilidad test-retest, en sus estudios de validación (Diner et al., 1985) así como adecuados niveles de correación con otras pruebas que miden satisfacción de vida.

5.3.4- Variables del estudio

Por lo que respecta a las variables utilizadas en este trabajo, se procede a una breve descripción de las mismas con el objeto de informar y facilitar la interpretación y análisis de los resultados que se presentan con posterioridad.

Las variables consideradas en esta investigación empírica pueden dividirse en varios grupos: siete variables sociodemográficas, 13 variables de integración social y calidad de vida, seis variables clínicas y de salud y ocho variables psicológicas.

5.3.4.1.- Variables Sociodemográficas (7):

El “*sexo*”: hombre y mujer.

La “*edad*” en el momento de aplicar la prueba, diferenciando tres subgrupos de edad; sujetos menores de 36 años, entre 36 y 53, y los mayores de 53 años en el momento de la evaluación.

La “*edad en el momento de la LM*”, diferenciando tres subgrupos de edad; sujetos menores de 36 años, entre 36 y 53; y los mayores de 53 años en el momento de la adquisición de la LM.

El “*nivel académico*” entendido como el nivel educativo completo más alto alcanzado. Se especifican 4 valores de esta variable: estudios primarios (certificado de estudios primarios, el graduado escolar, el bachillerato elemental, la educación general básica o la formación profesional grado I); estudios medios (bachillerato unificado polivalente, curso de orientación universitaria, curso preuniversitario, educación secundaria obligatoria o formación profesional de grado II); diplomados y titulados superior (licenciados).

El “*nivel profesional*” referido al nivel profesional más alto alcanzado incluyendo las categorías de: estudiante, ama de casa, bajo, medio y alto.

La “*ocupación*” alude a la situación laboral actual de la persona evaluada recogiendo si está estudiando, es ama de casa, está en activo, está en paro, está jubilado, es pensionista u otras situaciones de ocupación.

El “*estado civil*” referida a que las personas estén solteros o en otra situación, incluyendo esta última a casados, separados, divorciados, viudos y con pareja.

5.3.4.2.- Variables de Integración Social (13):

La variable “*con quién vive*” incluye las categorías: cónyuge e hijos, padres, otros familiares, residencia, sólo u otras situaciones de convivencia.

La “*presencia de problemas familiares*” pudiendo ser: ninguno, problemas de parejas, problemas con los hijos, problemas con los padres. Y en caso de existir problemas familiares pudiendo detallar la “*naturaleza del problema*”: ninguno, protección familiar, dependencia, barreras arquitectónicas, limitación de la movilidad, problemas médicos y dificultades de adaptación.

Las “*consecuencias de la LM en la relación de pareja*” categorizada como: ninguna, mayor unión, mayor distanciamiento, ruptura y no procede (en el caso de no tener pareja).

También como estimación de la red de apoyo social la tenencia de “*amigos de antes*” y tener “*amigos nuevos*”, ambas de naturaleza dicotómica con los valores sí o no.

La “*motivación laboral*” valorada con una escala Lickert de 1 a 5.

El nivel de “*satisfacción laboral*”, en el caso de estar ocupado, valorada con una escala Lickert de 1 a 5.

Los “*problemas económicos*” entendidos como la presencia o ausencia de los mismos.

Los “*problemas relacionados con la discapacidad*” pudiendo ser: ninguno, protección familiar, dependencia, barreras arquitectónicas, limitación en la movilidad, problemas médicos o dificultad de adaptación.

Los “*problemas de accesibilidad de la vivienda*” evidenciados por estar categorizada la accesibilidad como muy mala, mala, regular, buena y muy buena.

La “*práctica de actividades de ocio*” donde la persona puede seleccionar de entre las siguientes prácticas: nada, en casa; actividades deportivas; salir con amigos de fiesta; lectura y cine; viajar; deporte y salir con amigos; salir, lectura y cine; colaboración con ONGs; otras. Así como la existencia de “*limitaciones en las actividades de ocio*” referida a aquellas actividades de ocio que antes de la LM realizaba y ahora no: ninguna, salir, viajar, deporte, trabajar, etc.

5.3.4.3.- Variables Clínicas y de Salud (6):

El “*tipo de LM*”, según nivel y amplitud, ya sea completa o incompleta: paraplejia, tetraplejia, paraparesia y tetraparesia.

El “*nivel de la lesión*”: cervical, dorsal, lumbar y sacro.

La “*etiología de la LM*” que puede tomar siete valores: desconocida, accidente de tráfico, accidente laboral, accidente deportivo, otros accidentes, enfermedad y otras causas.

El “*número de reingresos*” hospitalarios sufridos por la persona desde que adquiere la LM.

Las “*complicaciones médicas*” que causaron algún reingreso, con los valores: ninguna, intervención quirúrgica, infección de orina, escaras, fractura ósea, revisiones, dolores, etc.

El “*tiempo transcurrido tras la LM*”, diferenciando tres grupos de valores: si lleva menos de 4 años con la LM, de 4 a 14 años o más de 14 con la discapacidad.

5.3.4.4.- Variables Psicológicas (8):

Dos variables de personalidad, la “*extraversión*” y el “*neuroticismo*”, valoradas a través del Cuestionario E-N.

El “*locus de control*” con tres dimensiones: el locus de control externo (control externo, hados y suerte, en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a la novedad), bipolar (actualismo, no importa futuro, con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas), control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y

resultado de éxito o fracaso en relaciones personales. También un factor general de locus de control (responsabilidad en éxitos y exculpación de fracasos), estudiado en el Cuestionario LUCAM.

La “*motivación*” con las cuatro variables de motivación: tendencia a sobrecarga de trabajo, indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y el mundo laboral, autoexigencia en el trabajo, motivación general positiva hacia la acción; y dos de ansiedad: reacción de inhibición ante situaciones de estrés y reacción de activación y acción en situaciones de estrés; valorado a través del Cuestionario MAE.

El “*afrentamiento actual*” referidas a tres variables: adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal (entereza, la reestructuración de valores y de la visión del mundo, la consideración de los aspectos positivos en el futuro, la adecuación de la acción y la eliminación de actos impulsivos, el olvido y el distanciamiento del problema de diagnóstico y enfermedad, la aceptación de la religión como estrategia de consolación, la búsqueda de información y de la acción por la acción, un cierto tono de responsabilidad personal y autoinculpación); negación de gravedad con inculpación a la familia (negación del diagnóstico y de la gravedad de la enfermedad, la inculpación familiar y la ocultación de información a familia y amigos); y desesperación e inconformismo (impacto intenso y negativo de la enfermedad, la aceptación-conformismo y la serenidad, con una carga negativa).

El “*afrentamiento rememorado*” con las dimensiones: impacto general de enfermedad con autoinculpación y rechazo de consolación (reacción de gran preocupación por sufrir una enfermedad grave); apego a la vida con alejamiento del problema (intento de recoger una idea positiva de apego a la vida, reanálisis de la situación considerando los aspectos positivos y un intento de búsqueda de objetividad a base de alejarse cognitivamente del problema); búsqueda de solución e información; negación de gravedad con inculpación a familia e información a amigos; cambios a valores y acciones (reestructuración en la visión del mundo y un propósito de cambio consistente en el intento por arreglar los problemas con la familia).

El índice de “*depresión*” analizado a través del Inventario de Depresión de Beck.

La “calidad de vida” analizada a través de la Escala de Satisfacción con la Vida.

CAPÍTULO 6.-

RESULTADOS

6.1.- INTRODUCCIÓN

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos en el análisis de los datos, realizado a través del *Programa Estadístico para las Ciencias Sociales* (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS v.20), con el propósito de comprobar si las hipótesis de estudio planteadas se confirman o no.

En primer lugar, como paso previo al estudio estadístico de los datos, se revelan los índices de fiabilidad mostrados por las escalas psicológicas usadas en el estudio con el objetivo de comprobar si son adecuadas para ser empleadas en la muestra de personas con LM. Igualmente se ofrecen los datos de fiabilidad de los factores de la escala de depresión, BDI, así como se analiza la relación entre los mismos para comprobar la validez del inventario.

En un segundo apartado se ofrecen los resultados sobre la presencia de la depresión en la muestra analizada, así como la relación entre la mencionada variable psicológica y las características sociodemográficas de la muestra.

En tercer lugar se muestra el comportamiento de las puntuaciones en depresión según dimensiones de integración social.

En cuarto lugar se analiza si las características clínicas de la LM modulan la presencia de depresión, comprobando si aspectos de la lesión como el tipo, la altura, el tiempo transcurrido, etc. tienen efecto en las puntuaciones en la escala de depresión, por ser uno de los aspectos más reflejados en la literatura previamente analizada.

En quinto lugar se detallan los resultados de las relaciones encontradas entre la depresión y otras variables psicológicas: las estrategias de afrontamiento actuales y recordadas, el locus de control, la motivación, la extraversión y el neuroticismo.

En sexto, y último lugar, se analiza la existencia de relación entre depresión y la calidad de vida.

6.2- ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS

Para comenzar el análisis de los datos se considera oportuno comprobar si la fiabilidad de los cuestionarios psicológicos, previamente probada en la población general, es adecuada para la población objeto del presente estudio, las personas con LM. Por ello se emplea un *alfa de Cronbach* que confirme la consistencia interna del test como indicador de fiabilidad en la muestra compuesta por 149 sujetos con LM.

Los *índices de fiabilidad*, obtenidos a través del índice *alfa de Cronbach*, en las escalas psicológicas indican que todas ellas tienen unos adecuados niveles de consistencia interna siendo el Cuestionario de Rememoración de Estrategias de Afrontamiento y el de Estrategias de Afrontamiento Actuales, los que ofrecen unos mejores índices (tabla 39). Son también buenos indicadores de fiabilidad los obtenidos por el cuestionario LUCAM, el cuestionario MAE y el BDI. La escala con menor índice de consistencia interna es el Cuestionario E-N con un *alfa de Cronbach* de .67.

Tabla 39

Índices de fiabilidad de las escalas psicológicas

	<i>α</i>
Cuestionario E-N	.67
Cuestionario LUCAM	.88
Cuestionario MAE	.83
Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales	.90
Cuestionario de Rememoración de Estrategias de Afrontamiento	.92
Inventario de Depresión de Beck	.80
Escala de Satisfacción con la Vida*	.84

Nota: E-N = Cuestionario de Extraversión y Neuroticismo; LUCAM = Cuestionario de Locus de Control; MAE = Cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución.* La fiabilidad de la Escala de Satisfacción con la Vida ha sido calculada con la muestra de 95 personas que contestaron la misma.

Para conocer un poco más sobre la validez del BDI se realiza una correlación de Pearson entre las dos dimensiones del mismo, el primero referido a la *dimensión cognitiva de la depresión* y que estaría formada por ocho ítems (ítem 2 = pesimismo, ítem 3 = fracaso en el pasado, ítem 5 = sentimiento de culpabilidad, ítem 6 = autoaversión, ítem 7 = autocrítica, ítem 8 = pensamiento y/o deseos de suicidio, ítem 12 = inseguridad en la toma de decisiones, ítem 13 = inutilidad). El segundo factor

denominado *dimensión somática afectiva*, está formado por 11 ítems (ítem 1 = tristeza, ítem 4 = pérdida de placer, ítem 9 = llantos, ítem 10 = irritabilidad, ítem 11 = pérdida de interés, ítem 14 = alteraciones del sueño, ítem 15 = cansancio-fatiga, ítem 16 = falta de apetito, ítem 17 = pérdida de peso, ítem 18 = preocupación por la salud, ítem 19 = falta de libido) (Steer, Ball, Ranieri y Beck, 1999). Ambas dimensiones manifiestan adecuados niveles de fiabilidad según el *alfa de Cronbach* (tabla 40).

Tabla 40

Estudio de fiabilidad de las dimensiones del Inventario de Depresión de Beck

Factor	Número ítems	Varianza explicada	α
Dimensión Cognitiva	8	81.3	.76
Dimensión Somática-afectiva	11	18.7	.63

El análisis de correlación, realizado entre las dos dimensiones, indica la existencia de una correlación positiva y significativa, $r_p = .628$, $p \leq .01$, avalando la validez del test para la medición de la depresión.

6.3.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM

Una vez se ha comprobado que las escalas empleadas, especialmente el BDI, cumplen adecuados niveles de fiabilidad se procede a analizar los datos que permitan validar la primera hipótesis de la presente tesis, desde la que se mantiene que “*existirán diferencias individuales en la presencia de niveles de depresión, de forma que no se pueda considerar una respuesta universal e inevitable a la adquisición de una LM*”. Para ello se realiza, en primer lugar, un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas por la muestra en el Inventario de Depresión de Beck.

Los resultados *del estudio descriptivo de las puntuaciones del BDI* evidencian una puntuación media de 9.31, una desviación típica de 7.11, con índices de asimetría de .82 y de curtosis de .03, en ambos casos positivos (tabla 41). La media obtenida por el grupo indica la no existencia de puntuaciones promedio altas en depresión en la muestra de personas con LM analizada. Tan sólo 33 sujetos (22%) manifiestan puntuaciones superiores a 14 indicando la posibilidad de una depresión clínica. Las puntuaciones se mantienen en indicadores de ausencia de depresión, o depresión leve o moderada, dado que la mayoría de la muestra analizada ($n = 83$, 55.7%) manifiesta

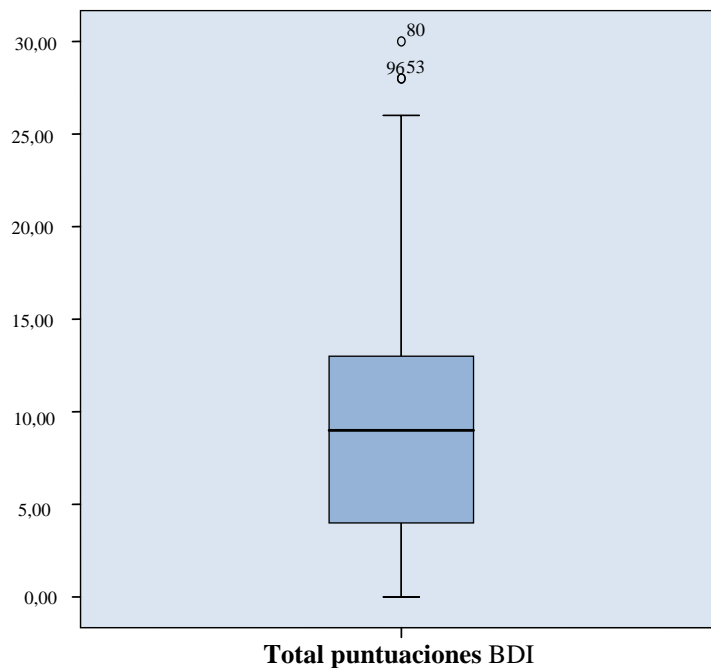
puntuaciones de 0 a 9, que indican que no hay evidencia de depresión; seguida de puntuaciones de 10 a 18 que indican la presencia de depresión leve a moderada ($n = 46$, 30.8%), y porcentajes mucho más bajos obtienen puntuaciones de 19 a 29 que indican la existencia de una depresión moderada a grave ($n = 19$, 12.75%) y mayores de 30 puntos en el BDI que indican una depresión grave tan sólo lo ha obtenido un sujeto (0.67%).

Tabla 41
Estadísticos descriptivos del BDI

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>		<i>Curtosis</i>	
				<i>g1</i>	<i>SE</i>	<i>g2</i>	<i>SE</i>
BDI	149	9.31	7.11	.82	.19	.03	.39

Nota: *SE* = error típico.

Figura 2: Gráfica de cajas de las puntuaciones del BDI



En la figura 2 se puede apreciar, de una forma más intuitiva, la distribución de las puntuaciones de la muestra en el BDI, probando de nuevo que las puntuaciones tienden a ser moderadas, no demostrando niveles elevados de depresión. A su vez, los

índices de dispersión a observar permiten afirmar que no existe universalidad en la presencia de depresión tras la LM.

6.4.- ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Por lo que se refiere a la comprobación de la segunda hipótesis de la presente tesis, “*No se hallará relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel académico, nivel profesional y ocupación) y las puntuaciones en depresión, y sí con estado civil*”, se emplean *estadísticos descriptivos*, *Prueba t* para grupos independientes y *Análisis de la Varianza* (ANOVA) cuyos resultados se detallan en las siguientes líneas.

Los estadísticos descriptivos de las *puntuaciones obtenidas en el Beck en función del sexo* demuestran que, tanto en los hombres como en las mujeres, existe una asimetría positiva (tabla 42) si bien, por lo que se refiere a la distribución de los datos los hombre evidencian una distribución platocúrtica ($K = -.30$), indicando que hay un reducido grado de concentración alrededor de los valores centrales de la variable, mientras que las mujeres presentan una distribución leptocúrtica ($K = .18$), indicando que las puntuaciones están más concentradas en torno a los valores centrales de la variable.

Tabla 42
Estadísticos descriptivos del BDI según el sexo

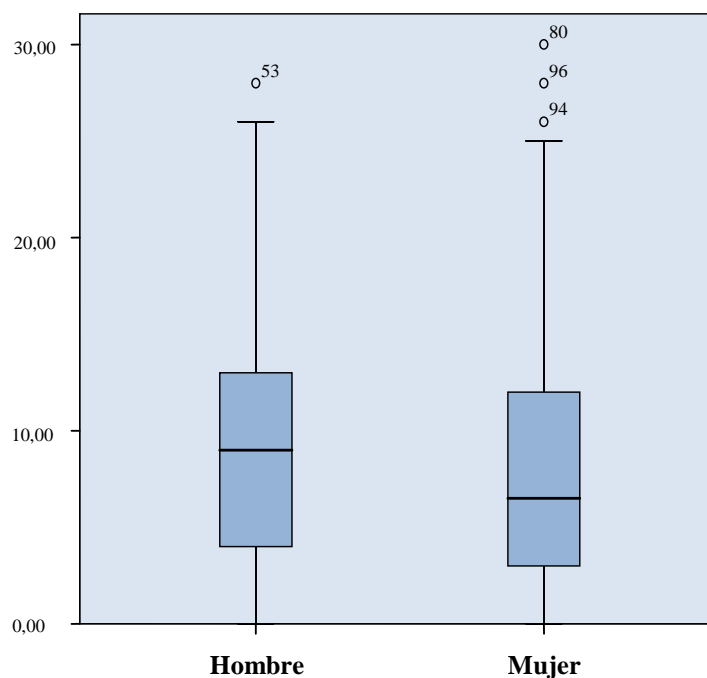
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>		<i>Curtosis</i>	
				<i>g1</i>	<i>SE</i>	<i>g2</i>	<i>SE</i>
Hombre	103	9.33	6.57	.61	.23	-.30	.47
Mujer	46	9.28	8.27	1.06	.35	.18	.68
Total	149	9.31	7.11	.82	.19	.03	.39

Nota: *SE* = error típico.

El diagrama de cajas de las puntuaciones del BDI según el sexo (figura 3) permite comprobar que si bien los hombres muestran una mediana ligeramente superior

en las puntuaciones del Inventario de Depresión del Beck, las mujeres, por su parte, muestran mayor dispersión identificando tres sujetos que se separan del percentil 90 (80, 96 y 94).

Figura 3: Gráfica de cajas de las puntuaciones del BDI según el sexo



Para comprobar la existencia de diferencias significativas entre el grupo de hombres y el de mujeres en la variable depresión se ha realizado una Prueba de t para grupos independientes. Con la comprobación del *estadístico de Levene*, $L(1,147) = 2.15$, $p = .14$, se concluye que las varianzas de los hombres y mujeres en el BDI son iguales ya que la probabilidad del estadístico es mayor a .05, y por tanto se cumple el supuesto de homogeneidad que requiere la prueba. La comparación de las medias permite demostrar que *no hay diferencias significativas en las puntuaciones medias en el BDI en los dos grupos, el de hombres y el de mujeres*, $t(147) = .03$, $p = .97$, $d = .04$, IC 95% [-2.45, 2.54], ya que el nivel de significación es superior a .05. La igualdad de las medias se ve igualmente corroborada por el intervalo de confianza, estando el 0 incluido en los valores del mismo.

Para comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de depresión según la edad se recodifica la variable edad en tres grupos, el primero de ellos agrupa a los sujetos menores de 36 años, el segundo a los sujetos de la muestra entre 36

y 53 años y el tercer grupo que aglutina a los sujetos mayores de 53 años. Los estadísticos descriptivos indican que las medias de los grupos son mayores a medida que la edad lo es, siendo los mayores de 53 años el grupo que manifiesta una puntuación promedio más alta en el BDI (tabla 43 y figura 4).

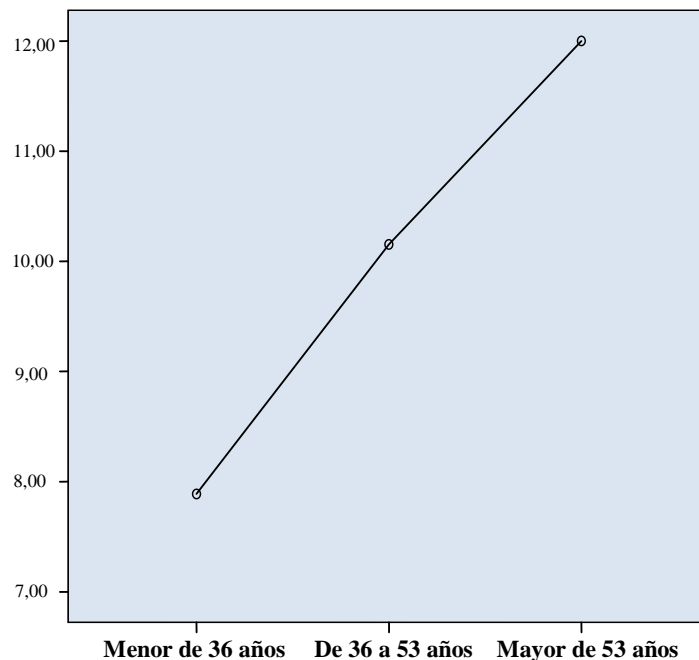
Tabla 43

Estadísticos descriptivos del BDI según la edad

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>IC (95%)</i>		<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
				<i>LI</i>	<i>LS</i>		
Menores de 36 años	68	7.88	6.54	6.30	9.47	.00	26.00
De 36 a 53 años	65	10.15	6.96	8.42	11.88	.00	28.00
Mayores de 53 años	16	12.00	8.98	7.21	16.78	.00	30.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Figura 4: Gráfico de medias del BDI según la edad



Para demostrar si esas diferencias en las medias del BDI según la edad son de naturaleza significativa se realiza un ANOVA, se trata de una generalización de la Prueba *t* para dos muestras independientes que se emplea en los estudios que tienen

más de dos muestras, como es el caso de la edad, donde son tres los grupos a comparar. Los resultados del ANOVA demuestran, tras confirmar a través del procedimiento de *Levene* que las varianzas entre los grupos no muestran diferencias significativas, $L(2,146) = 2.54, p = .08$, y por tanto se estima una distribución normal de las poblaciones, que *el factor edad no influye en las puntuaciones en depresión*, $F(2,146) = 3.04, MS = 149.7, p = .05$.

Otra comprobación a realizar es la existencia de diferencias en las puntuaciones del BDI según la edad en el momento de adquisición de la LM. De nuevo se realiza una recodificación de la variable para clasificar a los sujetos en tres grupos: aquellos menores de 36 años en el momento de la lesión; aquellos que tenían entre 36 y 53 años; y los que eran mayores de 53 años, de forma que se realicen estudios coherentes con la literatura previamente analizada y sea posible comparar los resultados. Al igual que en el análisis anterior, se realiza un ANOVA del que se obtienen los siguientes resultados: el grupo de mayor edad en el momento de la lesión es el que manifiesta puntuaciones promedio en depresión más altas (tabla 45). Si bien, tampoco en este caso esas diferencias son significativas, $F(2,146) = 1.46, MS = 73.3, p = .23$, existiendo homocedasticidad en las varianzas, es decir que los grupos manifiestan igualdad en las varianzas, $L(2,146) = 2.68, p = .07$, por tanto *no hay diferencias significativas en las puntuaciones en el inventario de depresión según la edad de los sujetos en el momento de adquirir la LM*. Cabe mencionar que la falta de homogeneidad de la muestra perteneciente a cada uno de los grupos de edad puede dificultar la comparación de los resultados entre los grupos.

Tabla 44

Estadísticos descriptivos del BDI según la edad en el momento de la LM

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	IC (95%)		Min.	Max.
				LI	LS		
Menores de 36	112	8.93	6.71	7.67	10.19	.00	28.00
De 36 a 53	31	9.83	7.54	7.07	12.60	.00	28.00
Mayores de 53	6	13.83	11.16	2.12	25.54	1.00	30.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Por lo que se refiere al nivel académico, se pretende conocer si existen diferencias en las puntuaciones del BDI según la persona tenga estudios primarios, medios, diplomados o superiores (tabla 45). Los análisis ANOVA permiten comprobar que *el nivel académico sí afecta a las puntuaciones en el BDI* ya que siendo el nivel crítico inferior a .05 debemos rechazar la hipótesis de igualdad de las varianzas, $L(3,145) = 3.61, p = .01$, y concluir que las puntuaciones en el BDI no son iguales según el nivel de estudios de la muestra existiendo diferencias significativas en sus medias, $F(3,145) = 4.51, p = .00$.

Tabla 45

Estadísticos descriptivos del BDI según el nivel académico

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	IC (95%)		Min.	Max.
				LI	LS		
Primarios	93	10.81	7.64	9.24	12.39	.00	30.00
Medios	36	6.45	5.72	4.51	8.39	.00	23.00
Diplomados	9	9.55	4.15	6.36	12.75	4.00	17.00
Licenciados	11	5.81	4.33	2.90	8.72	.00	13.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Para poder concretar qué grupo difiere significativamente de las demás se han realizado contrastes de comparaciones múltiples post hoc (comparaciones a posteriori) a través del procedimiento de *Games-Howell*, dado que las varianzas de los grupos no son iguales, es decir no cumplen el criterio de homogeneidad de las varianzas (tabla 46). El procedimiento post hoc permite concluir que *los sujetos que tienen estudios primarios tienen una media significativamente más alta en depresión que aquellos que tienen estudios medios y superiores* (figura 5). Si bien es necesario mencionar que las puntuaciones de depresión obtenidas por todos los grupos según el nivel académico no es indicativa de niveles de depresión clínica.

Igual que ocurría con la edad es necesario resaltar los desequilibrios presentes en la muestra en cuanto al nivel académico.

Tabla 46

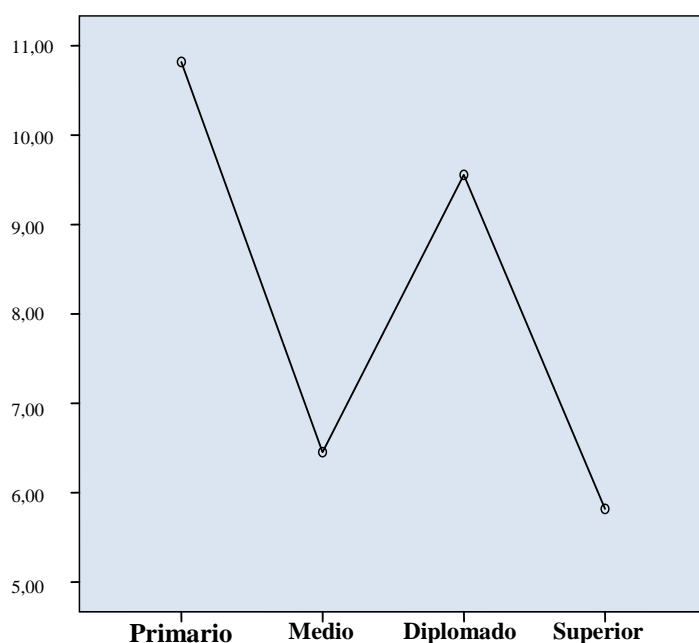
Comparación de medias del BDI según el nivel académico

Nivel Académico		Diferencia de medias	SE	p	IC 95%	
					LI	LS
Primario	Medio	4.36*	1.24	.00	1.11	7.61
	Diplomado	1.26	1.59	.85	-3.37	5.90
	Licenciado	5.00*	1.52	.02	.69	9.30
Medio	Primario	-4.36*	1.24	.00	-7.61	-1.11
	Diplomado	-3.10	1.68	.28	-7.89	1.69
	Licenciado	.63	1.61	.97	-3.86	5.13
Diplomado	Primario	-1.26	1.59	.85	-5.90	3.37
	Medio	3.10	1.68	.28	-1.69	7.89
	Licenciado	3.73	1.90	.23	-1.65	9.13
Licenciado	Primario	-5.00*	1.52	.02	-9.30	-.69
	Medio	-.63	1.61	.97	-5.13	3.86
	Diplomado	-3.73	1.90	.23	-9.13	1.65

Nota: Comparación múltiple post hoc Games-Howell. SE = error típico; IC = intervalos de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

* $p < .05$

Figura 5: Gráfica de medias del BDI según el nivel de estudios



También se comprueba que *existen diferencias significativas en las puntuaciones en el BDI según el nivel profesional* (estudiante, ama de casa, bajo, medio y alto) a través del ANOVA de un factor, $F(4,144) = 4.51, p = .00$. Este análisis permite demostrar que a pesar de ser las amas de casa el grupo que manifiesta puntuaciones medias más altas en el BDI, seguidas de aquellos que tienen un nivel profesional bajo, (tabla 47, figura 6).

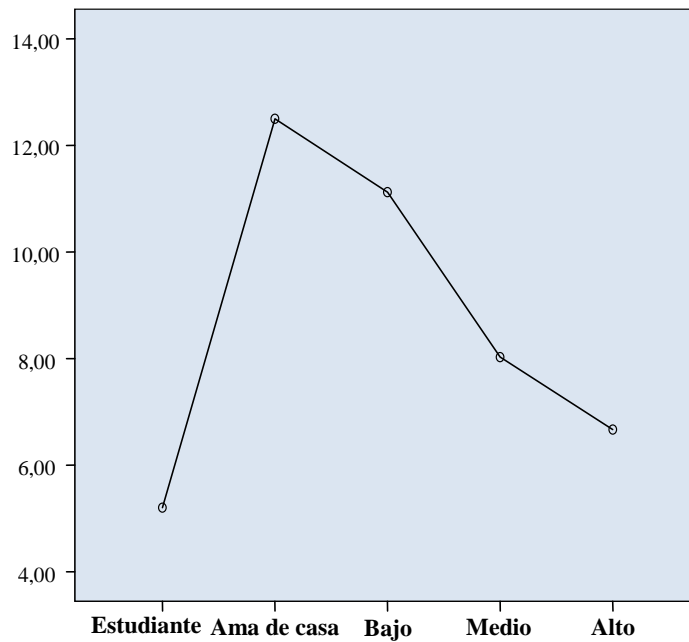
Tabla 47

Estadísticos descriptivos del BDI según el nivel profesional

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	IC (95%)		Min.	Max.
				LI	LS		
Estudiante	16	5.20	6.48	1.74	8.65	.00	26.00
Ama de casa	12	12.50	10.29	5.96	19.03	.00	30.00
Bajo	66	11.12	6.89	9.42	12.81	.00	26.00
Medio	40	8.02	6.35	5.99	10.05	.00	28.00
Alto	15	6.66	4.20	4.33	8.99	.00	13.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Figura 6: Gráfica de medias del BDI según el nivel profesional



Sin embargo son los niveles profesionales bajos, los que difieren significativamente con el grupo de estudiantes y el grupo formados por los sujetos con LM que tienen los niveles profesionales altos según se obtiene de emplear el procedimiento *Games-Howell* (tabla 48), se emplea este contraste dado que las varianzas de los grupos no son iguales, $L(4,144) = 3.37, p = .01$.

Tabla 48

Comparación de medias del BDI según el nivel profesional

Nivel Profesional		Diferencia de medias	SE	p	IC 95%	
					LI	LS
Estudiante	Ama de casa	-7.30	3.38	.24	-17.57	2.97
	Bajo	-5.92*	1.82	.02	-11.31	-.53
	Medio	-2.82	1.90	.58	-8.39	2.73
	Alto	-1.46	1.95	.94	-7.18	4.24
Ama de casa	Estudiante	7.30	3.38	.24	-2.97	17.57
	Bajo	1.37	3.08	.99	-8.36	11.12
	Medio	4.47	3.13	.62	-5.33	14.28
	Alto	5.83	3.16	.38	-4.02	15.69
Bajo	Estudiante	5.92*	1.82	.02	.53	11.31
	Ama de casa	-1.37	3.08	.99	-11.12	8.36
	Medio	3.09	1.31	.13	-.56	6.75
	Alto	4.45*	1.37	.02	.48	8.42
Medio	Estudiante	2.82	1.90	.58	-2.73	8.39
	Ama de casa	-4.47	3.13	.62	-14.28	5.33
	Bajo	-3.09	1.31	.13	-6.75	.56
	Alto	1.36	1.47	.88	-2.87	5.59
Alto	Estudiante	1.46	1.95	.94	-4.24	7.18
	Ama de casa	-5.83	3.16	.38	-15.69	4.02
	Bajo	-4.45*	1.37	.02	-8.42	-.48
	Medio	-1.36	1.47	.88	-5.59	2.87

Nota: Comparación múltiple post hoc Games-Howell. SE = error típico; IC = intervalos de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

* $p < .05$

Para comprobar si existe relación entre ocupación y depresión tras la LM, se somete a ANOVA de un factor a las categorías de ocupación con la depresión como variable dependiente. Los análisis descriptivos de las puntuaciones del BDI en cada grupo permiten comprobar que las medias en depresión más altas las manifiestan las personas con LM que están en paro y las amas de casa, siendo el grupo de personas en activo y los estudiantes los que manifiestan puntuaciones más bajas (tabla 49, figura 7).

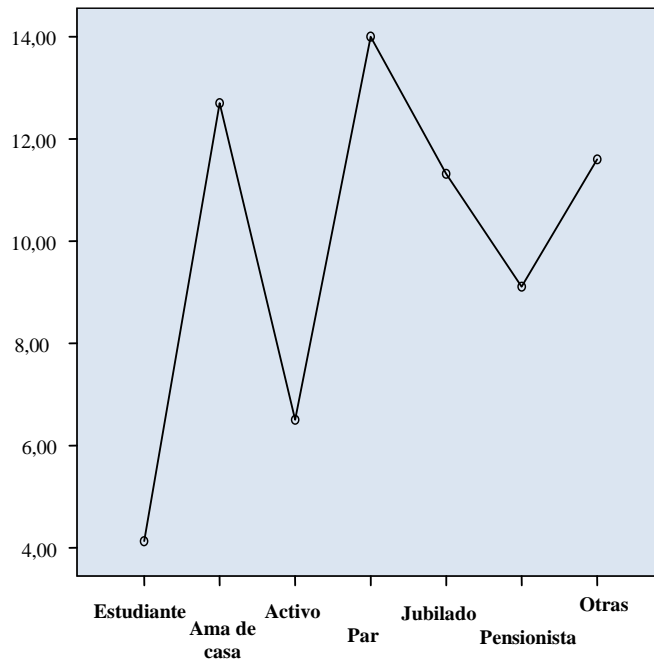
Tabla 49

Estadísticos descriptivos del BDI según la ocupación

	n	M	DE	IC (95%)		Min.	Max.
				LI	LS		
Estudiante	17	4.12	3.72	2.21	6.04	.00	11.00
Ama de casa	10	12.70	8.28	6.77	18.62	2.00	28.00
Activo	22	6.50	3.78	4.82	8.18	.00	13.00
Paro	7	14.00	11.84	3.04	24.95	1.00	26.00
Jubilado	41	11.31	6.27	9.33	13.29	1.00	23.00
Pensionista	47	9.10	7.58	6.88	11.33	.00	30.00
Otras	5	11.60	6.91	3.01	20.18	3.00	21.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Figura 7: Gráfica de medias del BDI según la ocupación



El procedimiento ANOVA de un factor constata que medias entre los grupos difieren significativamente, $F(6,142) = 4.03$, $p = .00$, indicando que *los niveles de depresión sí se ven afectados por la ocupación de la persona con LM*. Dado que el estadístico de Levene nos indica que no se cumple el criterio de homogeneidad de las varianzas (homocedasticidad), $L(6,142) = 5.14$, $p = .00$, la comprobación post hoc de los

grupos que manifiestan diferencias significativas se realiza de nuevo a través del procedimiento *Games- Howell* (tabla 50). Los resultados del mismo indican *que existe una diferencia significativa entre las medias en depresión de los pensionistas y los estudiantes; y de los jubilados tanto con los estudiantes como con aquellos que están en activo*, siendo siempre los jubilados y pensionistas los que manifiestan puntuaciones de depresión más elevadas. Cabe destacar que las personas que están en paro obtienen puntuaciones que podrían indicar la presencia de una depresión clínica (puntuaciones iguales a 14) si bien es un grupo muy pequeño y cabe identificar las dificultades de hacer comparaciones con muestras tan pequeñas.

Tabla 50
Comparación de medias del BDI según la ocupación

Nivel Ocupación		Diferencia de medias	SE	p	IC 95%	
					LI	LS
Estudiante	Ama de casa	-8.57	2.77	.10	-18.39	1.25
	Activo	-2.37	1.21	.45	-6.16	1.41
	Paro	-9.87	4.56	.41	-28.40	8.66
	Jubilado	-7.18*	1.33	.00	-11.28	-3.08
	Pensionista	-4.97*	1.42	.01	-9.34	-.61
Ama de casa	Otras	-7.47	3.22	.38	-22.28	7.34
	Estudiante	8.57	2.77	.10	-1.25	18.39
	Activo	6.19	2.74	.34	-3.59	15.98
	Paro	-1.30	5.18	1.00	-20.08	17.48
	Jubilado	1.38	2.79	.99	-8.46	11.22
Activo	Pensionista	3.59	2.84	.85	-6.30	13.48
	Otras	1.10	4.05	1.00	-13.71	15.91
	Estudiante	2.37	1.21	.45	-1.41	6.16
	Ama de casa	-6.19	2.74	.34	-15.98	3.59
	Paro	-7.49	4.54	.66	-26.05	11.06
	Jubilado	-4.81*	1.27	.00	-8.68	-.93
	Pensionista	-2.60	1.36	.48	-6.76	1.55
Otras	-5.09	3.19	.69	-20.00	9.81	

Tabla 50 (Continuación)

Comparación de medias del BDI según la ocupación

Nivel Ocupación		Diferencia de medias	SE	p	IC 95%	
					LI	LS
Paro	Estudiante	9.87	4.56	.41	-8.66	28.40
	Ama de casa	1.30	5.18	1.00	-17.48	20.08
	Activo	7.49	4.54	.66	-11.06	26.05
	Jubilado	2.68	4.58	.99	-15.83	21.19
	Pensionista	4.89	4.61	.92	-13.59	23.37
	Otras	2.40	5.44	.99	-17.41	22.21
Jubilado	Estudiante	7.18*	1.33	.00	3.08	11.28
	Ama de casa	-1.38	2.79	.99	-11.22	8.46
	Activo	4.81*	1.27	.00	.93	8.68
	Paro	-2.68	4.58	.99	-21.19	15.83
	Pensionista	2.20	1.47	.74	-2.25	6.67
	Otras	-.28	3.24	1.00	-15.00	14.44
Pensionista	Estudiante	4.97*	1.42	.01	.61	9.34
	Ama de casa	-3.59	2.84	.85	-13.48	6.30
	Activo	2.60	1.36	.48	-1.55	6.76
	Paro	-4.89	4.61	.92	-23.37	13.59
	Jubilado	-2.20	1.47	.74	-6.67	2.25
	Otras	-2.49	3.28	.98	-17.08	12.10
Otras	Estudiante	7.47	3.22	.38	-7.34	22.28
	Ama de casa	-1.10	4.05	1.00	-15.91	13.71
	Activo	5.09	3.19	.69	-9.81	20.00
	Paro	-2.40	5.44	.99	-22.21	17.41
	Jubilado	.28	3.24	1.00	-14.44	15.00
	Pensionista	2.49	3.28	.98	-12.10	17.08

Nota: Comparación múltiple post hoc Games-Howell. SE = error típico; IC = intervalos de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

* $p < .05$

Otra variable sociodemográfica analizada en su relación con la depresión es el estado civil de las personas con LM de la muestra en el momento del estudio. Para ser coherentes con los estudios previos sobre esta cuestión se reagrupa esta variable en dos categorías: solteros y otros, incluyendo en esta última el resto de situaciones con respecto al estado civil (casados, con pareja, separados, divorciados y viudos) (tabla 51). Para comprobar si existen diferencias en el comportamiento de las puntuaciones en

depresión según el estado civil se emplea el procedimiento de *Prueba t para muestras independientes*. Tras asumir que las varianzas de las muestras son iguales, $L = .03$, $p = .84$, se observa que *existen diferencias significativas en las puntuaciones en depresión entre los dos grupos, solteros y otros estados civiles*, $t = -2.16$, $p = .03$, IC 95% [-4.77, -.21], siendo menor la media en depresión para el grupo cuyo estado civil es soltero.

Tabla 51

Estadísticos descriptivos del BDI según el estado civil

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>SE</i>
Soltero	79	8.14	6.92	.77
Otros	70	10.64	7.14	.85

Nota: *SE* = error típico.

Una vez mostrados los resultados sobre la relación entre la depresión y las variables sociodemográficas se ofrece en el siguiente apartado los resultados obtenidos entre la variable objeto de estudio, la depresión, y las variables de integración social.

6.5.- ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM SEGÚN LAS VARIABLES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

En este apartado se ofrece el análisis de datos cuyo objetivo es la validación de la tercera hipótesis de este trabajo: “*Se hallará relación entre la depresión y las dimensiones que indican menor integración social (dificultades económicas, desmotivación e insatisfacción laboral, problemas de accesibilidad de la vivienda, problemas familiares, limitación de las actividades de ocio) y no entre aquellas que indiquen la existencia de una red de apoyo social (convivencia, amigos nuevos y antiguos)*”. Para ello se han empleado los mismos análisis estadísticos que en el apartado precedente: los *análisis descriptivos* y las comparaciones de medias a través del ANOVA o de la *Prueba t para muestras independientes*.

La primera variable a analizar, en su relación con la depresión, es la *situación de convivencia*. Se quiere comprobar si con quién convive la persona con LM (con cónyuge e hijos, con padres, con familiares, en residencia, solos y otras) se relaciona con los niveles de depresión. Dado que en los análisis del apartado anterior se

comprueba que las personas solteras manifiestan significativamente puntuaciones más bajas en depresión se quiere profundizar en su situación de convivencia, como fuente de apoyo social, para comprobar su relación con la presencia o ausencia de depresión. La variable convivencia se ha sometido a ANOVA de un factor y los resultados demuestran que *no existen diferencias* ni en las varianzas, $L(5,143) = .63$, $p = .67$, ni en las medias, $F(5,143) = 1.75$, $MS = 86.65$, $p = .12$, que indiquen que la situación de convivencia tenga efecto en el nivel de depresión, si bien las personas que residen en entorno residencial son las que obtienen una puntuación más alta en el BDI (tabla 52). Al igual que ocurre con la actividad laboral, hay que tener cautela a la hora de explicar estos resultados por el pequeño número de sujetos que componen los grupos de convivencia en entorno residencial y otras situaciones de convivencia.

Tabla 52
Estadísticos descriptivos del BDI según la convivencia

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	IC (95%)		Min.	Max.
				LI	LS		
Cónyuge e Hijos	58	10.50	7.01	8.65	12.34	.00	30.00
Padres	62	8.02	6.38	6.40	9.64	.00	25.00
Familiares	10	11.90	8.93	5.50	18.29	2.00	26.00
Sólo	11	8.54	8.27	2.98	14.10	3.00	28.00
Residencia	4	13.25	9.63	-2.08	28.58	3.00	26.00
Otras	4	4.00	5.22	-4.31	12.31	.00	11.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Otro análisis realizado, profundizando aún más en las relaciones personales y familiares y su relación con el apoyo social, es el que pretende comprobar los niveles de depresión en función de la presencia de problemas familiares, pudiendo estos problemas ser: de pareja, con los hijos, con los padres o familia, ningún problema familiar o no procede. Los datos del análisis de la varianza de un factor han identificado *diferencias significativas en las puntuaciones de depresión según la presencia de problemas familiares*, $F(3,145) = 4.87$, $p = .00$, cumpliendo el criterio de homogeneidad de las

varianzas, $L(3,145) = 2.62$, $p = .07$. Dado que uno de los grupos (el formado por los sujetos que tienen problemas con sus hijos) tiene menos de dos miembros no se han podido realizar los estudios post hoc que permiten comprobar qué grupos difieren significativamente en depresión. En todo caso, tal y como se puede observar en la tabla 53, *el grupo que manifiesta una puntuación más alta en depresión es aquel que tiene problemas con los hijos seguido de problemas de pareja.*

Tabla 53

Estadísticos descriptivos del BDI según los problemas familiares

	N	M	DE	IC (95%)		Min.	Max.
				LS	LS		
Ninguno	122	8.40	6.57	7.2267	9.58	.00	30.00
De pareja	5	16.80	10.32	3.9741	29.62	7.00	28.00
Con los hijos	1	20.00	.	.	.	20.00	20.00
Con padres y familia	21	12.33	7.57	8.8867	15.78	1.00	26.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Al hilo de los resultados anteriores, y y con el objeto de ahondar un poco más en cómo los problemas con la pareja pueden estar incidiendo en la depresión, se comparan las medias del BDI según las consecuencias que ha tenido la adquisición de la LM en la relación con la pareja (ninguna, mayor unión, mayor distanciamiento, ruptura o no procede – por no tener pareja). Los resultados del ANOVA indican que *existen diferencias significativas en las puntuaciones en depresión entre los grupos según las consecuencias que la LM ha tenido en la relación de pareja*, $F(4,144) = 3.88$, $p = .00$. Dado que la prueba de homogeneidad de las varianzas indica que se trata de grupos homocedásticos, $L(4,144) = 1.98$, $p = .10$, es decir que no manifiestan diferencias significativas en sus varianzas, se realizan comparaciones ad hoc para comprobar qué grupos difieren significativamente en sus medias por medio de los procedimientos de *Bonferroni* y *Tukey*. Ninguno de ellos ofrece información de qué grupos difieren significativamente, tan sólo la prueba de *Games-Howell* (indicada para cuando *Levene* manifiesta diferencias significativas en las varianzas, y por tanto que no se cumple en

los grupos analizados) permite comprobar que *los sujetos con mayor unión difieren significativamente de los que no procede informar sobre la relación de pareja* (tabla 54), siendo estos últimos (los que no tienen pareja) los que muestran puntuaciones más bajas en depresión como se observa en la tabla 55. Existen grandes desequilibrios en la muestra según los problemas familiares a tener en cuenta en la interpretación de los datos.

Tabla 54

Comparación de medias del BDI según las consecuencias de la LM en la relación de pareja

		Diferencia de medias	SE	p	IC 95%	
					LI	LS
Ninguno	Mayor unión	-4.28	1.55	.06	-8.70	.12
	Distanciamiento	-8.28	8.27	.84	-69.76	53.19
	Ruptura	-4.71	2.15	.21	-11.01	1.58
	No procede	.08	1.32	1.00	-3.60	3.77
Mayor unión	Ninguno	4.28	1.55	.06	-.12	8.70
	Distanciamiento	-4.00	8.29	.98	-65.00	57.00
	Ruptura	-.43	2.22	1.00	-6.91	6.05
	No procede	4.37 *	1.43	.03	.27	8.47
Distanciamiento	Ninguno	8.28	8.27	.84	-53.19	69.76
	Mayor unión	4.00	8.29	.98	-57.00	65.00
	Ruptura	3.56	8.42	.98	-54.43	61.57
	No procede	8.37	8.25	.83	-53.67	70.42
Ruptura	Ninguno	4.71	2.15	.21	-1.58	11.01
	Mayor unión	.43	2.22	1.00	-6.05	6.91
	Distanciamiento	-3.56	8.42	.98	-61.57	54.43
	No procede	4.80	2.06	.17	-1.30	10.91
No procede	Ninguno	-.08	1.32	1.00	-3.77	3.60
	Mayor unión	-4.37 *	1.43	.03	-8.47	-.27
	Distanciamiento	-8.37	8.25	.83	-70.42	53.67
	Ruptura	-4.80	2.06	.17	-10.91	1.307

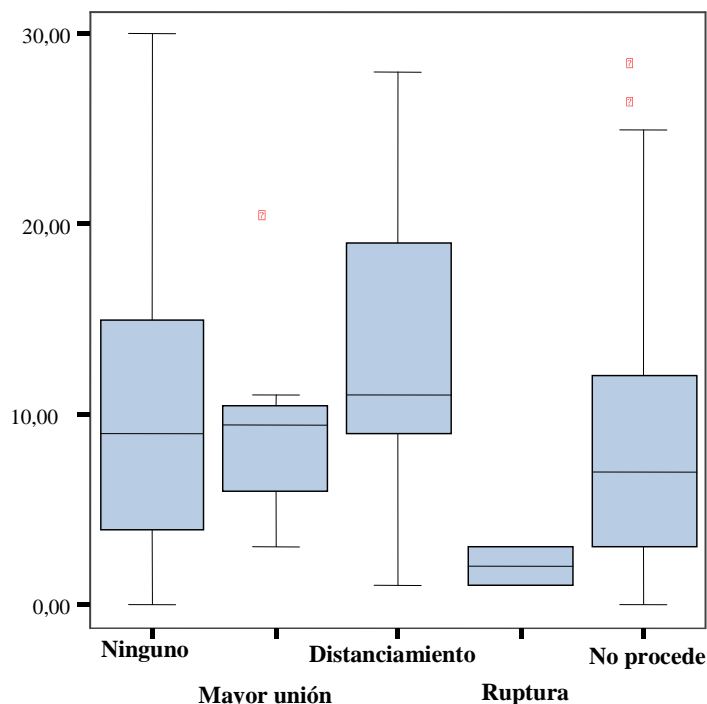
Nota: Comparación múltiple post hoc Games-Howell. SE = error típico; IC = intervalos de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

* $p < .05$

Es posible que la explicación anterior tenga relación con que los grupos formados por aquellas personas que afirman que la adquisición de la LM produjo mayor

unión en la pareja y el grupo que responde “la pregunta no procede” son los grupos con mayor dispersión en las puntuaciones tal y como se observa en la figura 8.

Figura 8: Gráfica de cajas de las puntuaciones BDI según las consecuencias de la LM en la relación de pareja



Se observa, por otro lado, a través de los estadísticos descriptivos (tabla 55) que el grupo que manifiesta niveles más altos en el BDI es el que ha tenido un mayor distanciamiento con la pareja tras la LM, con puntuaciones que indican niveles altos de depresión, en riesgo de desarrollar una depresión clínica.

Por lo que se refiere a la dimensión de red de apoyo social: conservar amigos de antes, el análisis de comparación de muestras a través de la *Prueba t para muestras independientes* indica que no existen diferencias significativas entre los grupos en la variable depresión. Frente a lo que se podía esperar, *no existen diferencias significativas entre aquellos que conservan a los amigos de antes de adquirir la LM (n = 133) y aquellos que no los conservan en las puntuaciones de depresión, t = 1.11, p = .26, IC 95% [-1.62, 5,81], cumpliendo el criterio de homogeneidad de las varianzas, L = .54, p = .46.* Las diferencias de medias, siendo todas ellas no significativas, indican que el grupo que conserva amigos de antes de adquirir la LM obtiene promedios más bajos en

depresión, $M = 9.09$, $DE = 6.97$, $SE = 2.03$, que aquellos que no los conservan, $M = 11.18$, $DE = 8.15$, $SE = .60$.

Tabla 55

Estadísticos descriptivos del BDI según las consecuencias de la LM en la relación de pareja

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	IC (95%)		Min.	Max.
				LS	LS		
Ninguno	44	8.04	6.83	5.96	10.12	.00	30.00
Mayor unión	21	12.33	5.36	9.88	14.77	3.00	23.00
Distanciamiento	3	16.33	14.22	-19.00	51.66	.00	26.00
Ruptura	17	12.76	7.79	8.75	16.77	3.00	28.00
No procede	64	7.95	6.66	6.29	9.62	.00	26.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

*Tampoco hay un comportamiento significativamente diferente de las puntuaciones medias en depresión según sean del grupo de personas con LM que tienen amigos nuevos ($n = 135$) adquiridos después de la lesión, o según sean del grupo de personas que no han adquirido amigos nuevos, según los resultados obtenidos de la aplicación de la Prueba *t* para muestras independientes, $t = 1.25$, $p = .21$, IC 95% [-1.54, 6.94]. El grupo con promedio más bajo de depresión es el que tiene amigos nuevos, $M = 9.13$, $DE = 6.89$, $SE = .59$, frente al grupo que no ha hecho amigos nuevos tras la LM, $M = 11.83$, $DE = 9.51$, $SE = 2.74$.*

Dado que, tal y como se comprueba en los análisis del apartado anterior, los jubilados y los pensionistas, así como los niveles profesionales bajos, manifiestan puntuaciones significativamente más altas en depresión, en el siguiente análisis se quiere comprobar si estos datos tienen que ver con aspectos de motivación y satisfacción laboral, asociadas a estas situaciones laborales, o bien por padecer problemas económicos derivados de las mismas. Para comprobarlo se someten a comparación de medias, a través de la Prueba *t* para muestras independientes, las

puntuaciones en depresión obtenidas por las personas con LM agrupadas en dos grupos, aquellos que tienen dificultades económicas y aquellos que no.

Los resultados evidencian que, existiendo una distribución normal, $L = 1.16$, $p = .28$, el *padecer problemas económicos no hace que las personas con LM tengan unas puntuaciones significativamente más altas en depresión*, $t = 1.44$, $p = .15$, IC 95% [-.74, 4.79]. Los resultados del análisis descriptivo nos indican que el grupo con dificultades económicas ($n = 32$) manifiesta una puntuación media en depresión más alta, $M = 10.81$, $DE = 7.69$, $SE = 1.36$, que el grupo que no manifiesta dificultades económicas, $M = 8.78$, $DE = 6.82$, $SE = .63$, sin ser una diferencia significativa.

El hecho de que las dificultades económicas no muestren diferencias significativas en las puntuaciones en depresión hace pensar que otras variables relacionadas con el empleo, como la satisfacción o la motivación laboral, puedan estar más relacionadas con la presencia de depresión y que tengan una mayor relación con que el grupo de personas con niveles de ocupación bajos tengan puntuaciones significativamente más altas. Para comprobarlo se realiza una comparación entre medias de las puntuaciones en BDI siendo en este caso la variable de agrupación la *motivación laboral* categorizada como: muy mala, mala, indiferente, buena y muy buena (tabla 56).

Tabla 56

Estadísticos descriptivos del BDI según la motivación laboral

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	IC 95%		Min.	Max.
				LI	LS		
Muy Mala	54	10.98	7.73	8.87	13.09	.00	30.00
Mala	5	6.60	6.73	-1.75	14.95	.00	17.00
Indiferente	21	11.71	7.33	8.38	15.05	2.00	28.00
Buena	19	6.47	4.00	4.54	8.40	2.00	13.00
Muy Buena	50	7.86	6.70	5.95	9.77	.00	28.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

En la tabla 56 se puede comprobar que tanto el grupo que se muestra indiferente hacia el empleo como el que tiene una muy mala motivación laboral obtienen las puntuaciones medias más altas en depresión, respectivamente.

El ANOVA permite identificar que *existen diferencias significativas en depresión entre los grupos según la motivación laboral*, $F(4,144) = 2.94$, $MS = 141.64$, $p = .02$, sin embargo, las comparaciones múltiples ad hoc para varianzas iguales, $L = 1.88$, $p = .11$, no logran identificar los grupos que difieren.

El empleo del procedimiento de *Games Howell* (recomendado cuando los grupos son heterocedásticos y no homocedásticos, como en este caso) establece que *el grupo con motivación laboral buena obtiene puntuaciones significativamente más bajas en depresión que el grupo con motivación muy mala* (tabla 57).

Tabla 57

Comparación de medias del BDI según la motivación laboral

Motivación laboral		Diferencia de medias	SE	p	IC 95%	
					LI	LS
Muy Mala	Mala	4.38	3.18	.66	-8.37	17.13
	Indiferente	-.73	1.91	.99	-6.21	4.74
	Buena	4.50(*)	1.39	.01	.57	8.43
	Muy buena	3.11	1.41	.18	-.82	7.05
Mala	Muy mala	-4.38	3.18	.66	-17.13	8.37
	Indiferente	-5.11	3.40	.59	-17.59	7.35
	Buena	.12	3.14	1.00	-12.74	13.00
	Muy buena	-1.26	3.15	.99	-14.10	11.57
Indiferente	Muy mala	.73	1.91	.99	-4.74	6.21
	Mala	5.11	3.40	.59	-7.35	17.59
	Buena	5.24	1.84	.05	-.08	10.58
	Muy buena	3.85	1.86	.25	-1.49	9.20
Buena	Muy mala	-4.50(*)	1.39	.01	-8.43	-.57
	Mala	-.12	3.14	1.00	-13.00	12.74
	Indiferente	-5.24	1.84	.05	-10.58	.08
	Muy buena	-1.39	1.32	.82	-5.11	2.33
	Muy mala	-3.11	1.41	.18	-7.05	.82
Muy buena	Mala	1.26	3.15	.99	-11.57	14.10
	Indiferente	-3.85	1.86	.25	-9.20	1.49
	Buena	1.39	1.32	.82	-2.33	5.11

Nota: Comparación múltiple post hoc Games-Howell. SE = error típico; IC = intervalos de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

* $p < .05$

Por el contrario, *no hay diferencias significativas en las puntuaciones de las personas con LM según la categoría de satisfacción laboral a la que pertenezcan (sí, no, no procede)* (tabla 58) según los datos aportados en la *Prueba t para muestras independientes*, $t(2,146) = .81$, $p = .44$, cumpliendo el criterio de homogeneidad de las varianzas, $L(2,146) = 2.24$, $p = .11$. Como en ocasiones anteriores el gran desequilibrio en la muestra que configura cada grupo dificulta en gran medida la interpretación de los resultados.

Tabla 58

Estadísticos descriptivos del BDI según la satisfacción laboral

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	IC 95%		Min.	Max.
				LI	LS		
Sí	26	7.69	5.79	5.35	10.03	.00	23.00
No	5	9.60	3.71	4.98	14.21	5.00	15.00
No procede	118	9.66	7.46	8.30	11.02	.00	30.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Por lo que se refiere a los problemas relacionados con la discapacidad (ninguno, protección familiar, dependencia, barreras arquitectónicas, limitación en la movilidad, problemas médicos o dificultad de adaptación) el ANOVA de un factor *no ha identificado diferencias significativas entre ellos en la variable depresión*, $F(6,142) = 1.60$, $p = .15$. Sin embargo, cuando observamos la figura 8 que contempla de forma más gráfica la diferencia de medianas, se observa que los sujetos con protección familiar y aquellos que manifiestan no tener ningún problema relacionado con la discapacidad son los que obtienen puntuaciones más bajas en depresión respectivamente, los datos referidos a las puntuaciones de cada grupo se ofrecen en la tabla 59.

Figura 9: Gráfica de medias del BDI según los problemas relacionados con la discapacidad

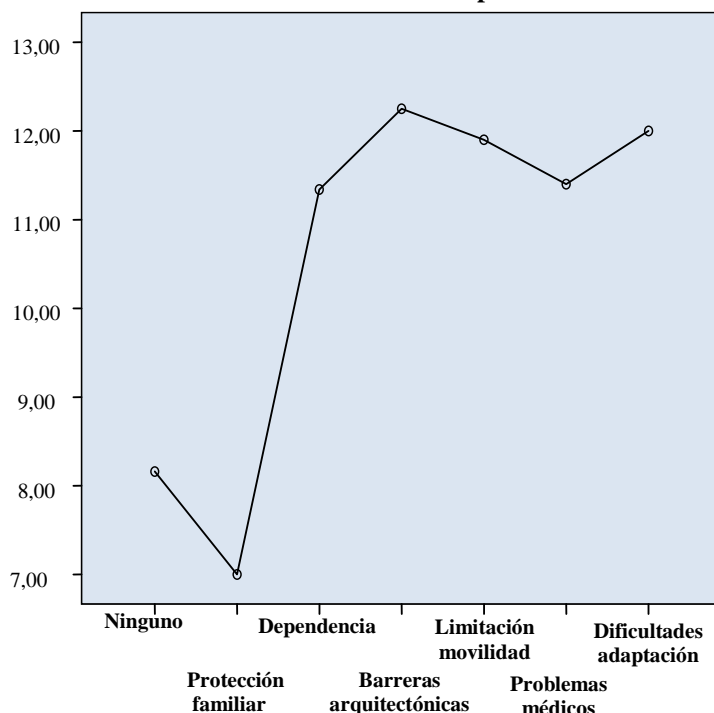


Tabla 59

Estadísticos descriptivos del BDI según los problemas relacionados con la discapacidad

	N	M	DE	IC (95%)		Min.	Max.
				LI	LS		
Ninguno	89	8.16	6.64	6.76	9.56	.00	28.00
Protección familiar	9	7.00	4.41	3.60	10.39	.00	12.00
Dependencia	18	11.33	6.93	7.89	14.78	1.00	23.00
Barreras arquitectónicas	12	12.20	8.76	6.68	17.81	1.00	23.00
Limitaciones en la movilidad	10	11.90	10.32	4.51	19.28	.00	30.00
Problemas médicos	5	11.40	3.04	7.61	15.18	7.00	15.00
Dificultades de adaptación	6	12.00	7.84	3.76	20.23	3.00	21.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Dado que las personas con LM con problemas de accesibilidad obtienen puntuaciones más altas en depresión, pese a no ser estas diferencias estadísticamente

significativas, se quiere comprobar si la presencia de problemas en la accesibilidad en la vivienda se relaciona con altas puntuaciones en depresión. La variable de accesibilidad de la vivienda está categorizada en accesibilidad muy mala, mala, regular, buena y muy buena. Los resultados indican que, si bien a medida que aumentan las dificultades en accesibilidad aumentan las puntuaciones en depresión (tabla 60, figura 10), por el contrario, *estas diferencias no son significativas*, $F(4,144) = .78$, $p = .53$, esto es, *la variable accesibilidad no se relaciona con las puntuaciones en depresión*.

Tabla 60

Estadísticos descriptivos del BDI según accesibilidad de la vivienda

	N	M	DE	IC 95%		Min.	Max.
				LI	LS		
Muy Mala	32	10.68	7.20	8.09	13.28	.00	25.00
Mala	18	10.22	9.01	5.74	14.71	.00	30.00
Regular	17	10.05	8.82	5.52	14.59	.00	28.00
Buena	22	9.04	5.84	6.45	11.63	.00	26.00
Muy buena	60	8.20	6.34	6.56	9.84	.00	28.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Un último aspecto a analizar en este apartado es la relación entre la depresión y la práctica de actividades de ocio los fines de semana (tabla 61). Se ha identificado, a través del ANOVA, que *los sujetos que practican distintas actividades de ocio (deporte y salir con los amigos) manifiestan puntuaciones significativamente más bajas en depresión que las personas que no practican ninguna actividad para disfrutar de su tiempo libre*, $F(8,140) = 2.02$, $MC = 97.13$, $p = .04$ (tabla 62).

Figura 10: Gráfica de medias del BDI según la accesibilidad a la vivienda

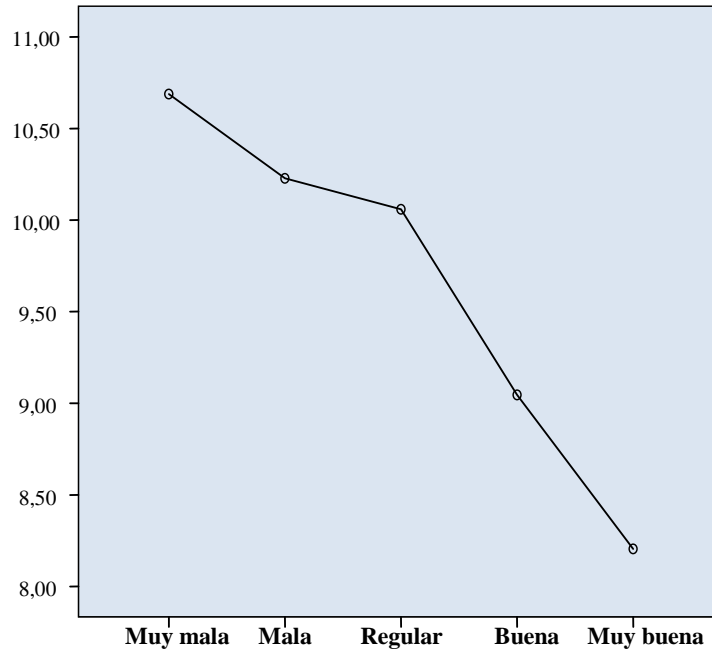


Tabla 61

Estadísticos descriptivos del BDI según las actividades de ocio

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	IC 95)		Min.	Max.
				LI	LS		
Nada, en casa	32	12.31	7.86	9.47	15.14	.00	28.00
Deporte	4	8.75	6.75	-1.99	19.49	3.00	16.00
Salir amigos (fiesta, baile)	62	8.53	7.29	6.67	10.38	.00	28.00
Lectura-cine	8	11.25	5.97	6.25	16.24	4.00	21.00
Viajar	2	7.50	6.36	-49.67	64.67	3.00	12.00
Deporte – salir amigos	14	6.28	3.72	4.13	8.43	1.00	11.00
Salir, cine, lectura	19	7.73	4.34	5.64	9.83	.00	15.00
Colaboración ONG	3	4.66	4.50	-6.53	15.86	.00	9.00
Otras	5	15.20	11.81	.52	29.87	2.00	30.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Tabla 62

Comparación de medias del BDI según las actividades de ocio

Actividades de ocio		Diferencia de medias	SE	p	IC 95%	
					LI	LS
Nada, en casa	Actividades deportivas	3.56	3.65	.97	-15.81	22.93
	Salir amigos	3.78	1.67	.38	-1.60	9.16
	Lectura-cine	1.06	2.52	1.00	-8.12	10.25
	Viajar	4.81	4.71	.93	-97.90	107.53
	Deporte, salir amigos,	6.02*	1.71	.02	.44	11.60
	Salir amigos, lectura, cine	4.57	1.71	.18	-.97	10.12
	Colaboración ONG	7.64	2.95	.41	-10.27	25.57
	Otras	-2.88	5.46	.99	-30.29	24.51
Actividades deportivas	Nada, en casa	-3.56	3.65	.97	-22.93	15.81
	Salir amigos	.21	3.50	1.00	-20.29	20.72
	Lectura-cine	-2.50	3.98	.99	-20.96	15.96
	Viajar	1.25	5.62	1.00	-46.89	49.39
	Deporte, salir amigos,	2.46	3.51	.99	-17.88	22.81
	Salir amigos, lectura, cine	1.01	3.51	1.00	-19.33	21.35
	Colaboración ONG	4.08	4.26	.97	-16.44	24.61
	Otras	-6.45	6.27	.96	-33.71	20.81
Salir amigos, fiesta, baile, etc.	Nada, en casa	-3.78	1.67	.38	-9.16	1.60
	Actividades deportivas	-.21	3.50	1.00	-20.72	20.29
	Lectura-cine	-2.71	2.30	.94	-11.63	6.19
	Viajar	1.03	4.59	1.00	-124.11	126.18
	Deporte, salir amigos,	2.24	1.36	.77	-2.22	6.71
	Salir amigos, lectura, cine	.79	1.36	1.00	-3.61	5.20
	Colaboración ONG	3.89	2.76	.84	-16.75	24.48
	Otras	-6.66	5.36	.91	-34.58	21.24
Lectura, cine	Nada, en casa	-1.06	2.52	1.00	-10.25	8.12
	Actividades deportivas	2.50	3.98	.99	-15.96	20.96
	Salir amigos	2.71	2.30	.94	-6.19	11.63
	Viajar	3.75	4.97	.98	-69.33	76.83
	Deporte, salir amigos,	4.96	2.33	.50	-4.01	13.93
	Salir amigos, lectura, cine	3.51	2.33	.83	-5.44	12.47
	Colaboración ONG	6.58	3.35	.61	-9.69	22.86
	Otras	-3.95	5.69	.99	-30.64	22.74

Tabla 62 (Continuación)

Comparación de medias del BDI según las actividades de ocio

Actividades de ocio		Diferencia de medias	SE	p	IC 95%	
					LI	LS
Viajar	Nada, en casa	-4.81	4.71	.93	-107.53	97.90
	Actividades deportivas	-1.25	5.62	1.00	-49.39	46.89
	Salir amigos,	-1.03	4.59	1.00	-126.18	124.11
	Lectura-cine	-3.75	4.97	.98	-76.83	69.33
	Deporte, salir amigos,	1.21	4.60	1.00	-120.68	123.10
	Salir amigos, lectura, cine	-.23	4.60	1.00	-122.12	121.65
	Colaboración ONG	2.83	5.19	.99	-59.40	65.07
	Otras	-7.70	6.94	.94	-45.91	30.51
Deporte, salir amigos	Nada, en casa	-6.02*	1.71	.02	-11.6090	-.4445
	Actividades deportivas	-2.46	3.51	.99	-22.81	17.88
	Salir amigos	-2.24	1.36	.77	-6.71	2.22
	Lectura-cine	-4.96	2.33	.50	-13.93	4.01
	Viajar	-1.21	4.60	1.00	-123.10	120.68
	Salir amigos, lectura, cine	-1.45	1.40	.98	-6.15	3.25
	Colaboración ONG	1.61	2.78	.99	-18.59	21.82
	Otras	-8.91	5.37	.75	-36.76	18.93
Salir, lectura, cine	Nada, en casa	-4.57	1.71	.18	-10.12	.97
	Actividades deportivas	-1.01	3.51	1.00	-21.35	19.33
	Salir amigos	-.79	1.36	1.00	-5.20	3.61
	Lectura-cine	-3.51	2.33	.83	-12.47	5.44
	Viajar	.23	4.60	1.00	-121.65	122.12
	Deporte, salir amigos,	1.45	1.40	.98	-3.25	6.15
	Colaboración ONG	3.07	2.78	.93	-17.12	23.26
	Otras	-7.46	5.37	.86	-35.31	20.38
Colaboración ONG	Nada, en casa	-7.64	2.95	.41	-25.57	10.27
	Actividades deportivas	-4.08	4.26	.97	-24.61	16.44
	Salir amigos	-3.86	2.76	.84	-24.48	16.75
	Lectura-cine	-6.58	3.35	.61	-22.86	9.69
	Viajar	-2.83	5.19	.99	-65.07	59.40
	Deporte, salir amigos,	-1.61	2.78	.99	-21.82	18.59
	Salir amigos, lectura, cine	-3.07	2.78	.93	-23.26	17.12
	Otras	-10.53	5.89	.69	-37.70	16.63

Tabla 62 (continuación)

Comparación de medias del BDI según las actividades de ocio

Actividades de ocio		Diferencia de medias	SE	p	IC 95%	
Otras	Nada, en casa	2.88	5.46	.99	-24.51	30.29
	Actividades deportivas	6.45	6.27	.96	-20.81	33.71
	Salir amigos	6.66	5.36	.91	-21.24	34.58
	Lectura-cine	3.95	5.69	.99	-22.74	30.64
	Viajar	7.70	6.94	.94	-30.51	45.91
	Deporte, salir amigos,	8.91	5.37	.75	-18.93	36.76
	Salir amigos, lectura, cine	7.46	5.37	.86	-20.38	35.31
	Colaboración ONG	10.53	5.89	.69	-16.63	37.70

Nota: Comparación múltiple post hoc Games-Howell. SE = error típico; IC = intervalos de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior. ($L(8,140) = 2.29$, $p = .02$)

* $p < .05$

Por lo que se refiere a las limitaciones en las actividades de ocio tras la lesión, esto es, actividades de ocio que antes hacía y ahora no (ninguna, salir, viajar, deporte, trabajar, etc.) no han existido diferencias significativas entre los grupos en términos de depresión. *No parece que el cambio en las actividades de ocio incida en los niveles de depresión de las personas que han adquirido una LM*, $F(10,138) = 1.43$, $p = .17$.

Una vez analizadas las variables relacionadas con la integración social, en el siguiente apartado se ofrecen los resultados del análisis estadístico realizado entre la variable depresión y las variables clínicas y de salud, tan frecuentemente estudiadas en las personas con LM

6.6.- ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Para comprobar y verificar la cuarta hipótesis “*No se hallará relación entre las variables clínicas y de salud (tipo, nivel y etiología de la lesión; número y causa de los ingresos hospitalarios; tiempo desde la lesión) y la depresión*”, igualmente se recurre al procedimiento de *Prueba t* para muestras independientes, cuando se trate de comparar únicamente dos grupos y al *ANOVA de un factor* cuando se pretenda comparar a más de dos grupos.

El análisis descriptivo sobre los niveles de depresión según el tipo de LM (paraplejía, paraparesia, tetraplejía y tetraparesia) indica que el grupo con tetraparesia, seguido del que padece paraparesia, son los que manifiestan las puntuaciones más altas en el BDI (tabla 63). Si bien *las diferencias encontradas entre los distintos tipos de LM no son significativas*. Los resultados del ANOVA indican que no existen diferencias en las varianzas de los cuatro grupos, $L(3,145) = 1.03, p = .37$, así como tampoco se observan diferencias significativas en las puntuaciones medias en el BDI según el tipo de lesión, $F(3,145) = .08, MC = 4.49, p = .96$.

Tabla 63

Estadísticos descriptivos del BDI según el tipo de LM

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	IC 95%		Min.	Max.
				LI	LS		
Paraplejía	89	9.23	7.22	7.71	10.75	.00	30.00
Tetraplejía	20	8.86	5.68	6.19	11.52	.00	20.00
Tetraparesia	11	10.09	6.44	5.76	14.41	2.00	25.00
Paraparesia	29	9.58	8.13	6.49	12.68	.00	28.00
Total	149	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

En la misma dirección se analiza la existencia de diferencias significativas en depresión en función de la altura de la lesión categorizada como cervical, dorsal, lumbar y sacra. En esta ocasión también se valida la hipótesis planteada, *no existen diferencias significativas en los niveles de depresión según el nivel de la lesión*, $F(3,145) = .14, MC = 7.46, p = .93$, tras realizar el ANOVA, siendo las varianzas de las muestras iguales, $L(3,145) = 1.20, p = .30$.

Con un nuevo análisis de la varianza se quiere comprobar que si la etiología de la lesión provoca diferencias significativas en las puntuaciones de depresión del BDI. Se reagrupan las causas de la LM en las siguientes siete categorías: desconocida, accidente de tráfico, accidente laboral, accidente deportivo, otros accidentes, enfermedades y otras causas. Los resultados del ANOVA muestran que, a pesar de obtener una media más alta

en depresión el grupo de LM causadas por un accidente laboral (tabla 64), *no existen diferencias significativas en las puntuaciones del inventario de depresión según la causa de la LM*, $F(6,142) = 1.69$, $MC = 83.24$, $p = .12$, en muestras con varianzas homogéneas, $L(6,142) = 1.22$, $p = .29$.

Tabla 64

Estadísticos descriptivos del BDI según la causa de la LM

	n	M	DE	IC 95%		Min.	Max.
				LI	LS		
Desconocida	2	8.50	12.02	-99.50	116.50	.00	17.00
Accidente Tráfico	60	7.70	6.11	6.12	9.28	.00	26.00
Accidente Laboral	26	11.88	7.28	8.94	14.82	1.00	28.00
Accidente Deportivo	9	8.44	4.97	4.61	12.27	2.00	15.00
Otros Accidentes	13	8.00	8.14	3.08	12.92	.00	30.00
Enfermedades	25	11.68	8.17	8.31	15.06	.00	28.00
Otras	14	9.14	7.41	4.85	13.42	.00	26.00
Total	9	9.31	7.11	8.16	10.46	.00	30.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Se analiza la relación entre el número de reingresos hospitalarios y las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck. Para proceder al *Análisis de la Varianza* se recodifica la variable número de reingresos en una con tres categorías de agrupación de la muestra: sujetos con ningún reingreso, sujetos que han sido reingresados entre una y tres veces, y aquellos que han sido reingresados más de tres veces por complicaciones médicas. *Los resultados no evidencian que existan diferencias significativas en la depresión entre los grupos según el número de reingresos*, $F(2,146) = .35$, $MC = 17.95$, $p = .70$, si bien la prueba de *Levene* permite comprobar que no se cumple el criterio de homogeneidad de las varianzas, $L(2,146) = 5.51$, $p = .00$. También se realiza una correlación entre el número de ingreso y las puntuaciones del Beck, este análisis también indica la ausencia de relación entre las dos variables, $r_p = -.01$, $p = .88$.

Las complicaciones médicas causas de los reingresos y sus efectos sobre las puntuaciones en depresión también han sido sometidas a análisis en la presente investigación (tabla 65). Por medio de un ANOVA se ha querido comprobar si las complicaciones médicas que provocaron un reingreso (ninguna, intervención quirúrgica, infección de orina, escaras, fracturas, revisiones, dolores u otras) tienen un efecto diferencial en las puntuaciones de depresión. Tras comprobar la homogeneidad de las varianzas de las muestras, $L(7,141) = 1.07$, $p = .38$, el análisis de las varianzas permite concluir que si bien los grupos que obtienen una puntuación de depresión más alta son el que padece escaras y el que padece dolor (sin llegar a niveles considerados críticos para el diagnóstico de depresión clínica), sin embargo esas diferencias no se consideran significativas, $F(7,141) = .24$, $MC = 12.98$, $p = .97$. Es decir, *el motivo del reingreso hospitalario no está relacionado con los niveles de depresión.*

Tabla 65

Estadísticos descriptivos del BDI según las causas de los reingresos

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	IC 95%		Min.	Max
				LI	LS		
Ninguna	55	9.06	6.16	.83	10.72	.00	30.00
Intervención Quirúrgica	38	8.68	7.70	1.25	11.22	.00	28.00
Infección orina	12	9.58	7.31	2.11	14.23	.00	23.00
Escaras	5	11.40	9.39	4.20	23.06	3.00	23.00
Fractura Ósea	3	8.00	9.16	5.29	30.76	.00	18.00
Revisiones	12	10.16	8.83	2.54	15.77	.00	28.00
Dolores	10	11.20	8.08	2.55	16.98	.00	23.00
Otras	14	9.28	6.73	1.79	13.17	.00	22.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Para finalizar los análisis de validación de la cuarta hipótesis se realiza un ANOVA cuyo propósito es comprobar si las puntuaciones de depresión difieren significativamente según el tiempo transcurrido desde la adquisición de la LM. La variable tiempo transcurrido desde la lesión se recodifica en tres categorías: menos de cuatro años; entre cuatro y 14 años; más de 14 años tras la lesión. Los resultados

permiten comprobar que si bien el grupo que lleva menos tiempo con la lesión manifiesta puntuaciones medias más altas (tabla 66), *no existen diferencias significativas entre los tres grupos, creados según el tiempo transcurrido tras la LM, en sus puntuaciones en depresión*, $F(2,146) = 2.15$, $MC = 107.33$, $p = .12$), por tanto no parece que el tiempo transcurrido desde la LM tenga efectos sobre la presencia o ausencia de la depresión, $L(2,146) = 2.44$, $p = .90$. Con el objeto de profundizar aún más en la relación entre el tiempo transcurrido con la lesión y los niveles de depresión se realizó una correlación de *Pearson* entre ellas. De nuevo los resultados no identifican una relación significativa entre las mismas, $r_p = -.03$, $p = .68$.

Tabla 66

Estadísticos descriptivos del BDI según los años transcurridos tras la LM

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	IC 95%		Min.	Max.
				LI	LS		
Menos de 4 años	43	10.76	7.78	8.37	13.66	.00	30.00
De 4 a 14 años	52	7.78	5.84	6.14	9.43	.00	28.00
Más de 14 años	55	9.60	7.47	7.58	11.62	.00	28.00

Nota: IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior.

Una vez realizados los análisis para comprobar y validar la ausencia de relación entre las características clínicas secundarias a la LM y la presencia de depresión, se ofrece el análisis donde se pretende comprobar la relación, multidimensional, entre la depresión y otras variables psicológicas.

6.7- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM Y LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS

Una vez analizada la relación entre la presencia de depresión en las personas con LM y las variables relacionadas con sus características sociodemográficas, algunos aspectos relacionados con la inserción social y las características clínicas de su discapacidad, en este quinto apartado se ofrecen los resultados del estudio de las relación entre la variable depresión y otras variables de naturaleza psicológica como las

variables de personalidad neuroticismo y extraversión, los aspectos motivacionales, el locus de control y las estrategias de afrontamiento, tanto actuales como aquellas que manifestaban cuando adquirieron la lesión. Este apartado responde, de forma multidimensional, al análisis del proceso psicológico de adaptación a la LM teniendo en cuenta aquellas variables psicológicas que pueden estar mediando o modulando la presencia de depresión.

En primer lugar, se pretende analizar si variables clásicas de personalidad como el neuroticismo y la extraversión pueden estar relacionadas con la presencia de depresión. Así, para comprobar la subhipótesis 5.1, “*Se espera hallar una correlación positiva entre las puntuaciones obtenidas en la escala de neuroticismo y las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck que indican presencia significativa de depresión*”, se realiza un *análisis de correlación* entre las puntuaciones totales del BDI y las puntuaciones obtenidas en los 19 ítems del Cuestionario EN que valoran “neuroticismo” (ítems: 2, 3, 4, 5, 10, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 34, 35).

Se confirma la hipótesis al obtener *relación significativa y positiva entre las puntuaciones del BDI y las puntuaciones en los ítems que valoran la dimensión de neuroticismo* en el Cuestionario EN, $r_p = .62$, $p = .00$ (tabla 67).

Tabla 67

Correlaciones entre el BDI y las variables de personalidad

	E	N
BDI	-.29** (.00)	.62** (.00)

Nota: E: Extraversión; N: Neuroticismo; BDI = Beck Depression Inventory
 ** $p < .01$

En la misma línea pero con dirección opuesta, se quiere comprobar si se cumple la subhipótesis 5.2: “*Se espera hallar una correlación negativa entre las puntuaciones obtenidas en la escala de extraversión y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck*”. Para ello se replica el procedimiento anterior con los ítems referidos a la dimensión de “extraversión”, pertenecientes al Cuestionario E-N (ítems: 1, 4, 5, 6, 9, 11, 13, 15, 18, 19, 23, 24, 28, 31, 33, 36). Igualmente *se constata la existencia*

de una relación significativa y en esta ocasión negativa entre ambas, $r_p = -.29$, $p = .00$, confirmando así la hipótesis 5.2 (tabla 67).

Otra de las variables sobre la que se estudia su relación con la depresión en las personas con LM es la *motivación*. Para validar la subhipótesis, “*No se espera hallar correlación entre las puntuaciones obtenidas en Cuestionario MAE, excepto en la ansiedad inhibitoria del rendimiento, y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck*”, se ha procedido igualmente a realizar una *correlación de Pearson*. Los resultados del estudio de relación entre la puntuación del Beck y los seis factores que configuran el Cuestionario MAE evidencian que *el factor de ansiedad: “ansiedad inhibitoria del rendimiento”, correlaciona positivamente, y de forma significativa, con el BDI* (tabla 68) por lo que se puede afirmar que se confirma la hipótesis 6. Ninguna de las cuatro dimensiones de motivación (tendencia a sobrecarga de trabajo, indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y el mundo laboral, autoexigencia en el trabajo, motivación general positiva hacia la acción) obtienen relaciones significativas con la variable depresión.

Tabla 68

Correlaciones entre el BDI y las dimensiones del MAE

	F1-MAE	F2-MAE	F3-MAE	F4-MAE	F5-MAE	F6-MAE
BDI	.63 (.44)	.11 (.15)	-.13(.09)	.06 (.40)	.42**(.00)	.07 (.37)

Nota: F1-MAE = tendencia a la sobrecarga de trabajo; F2-MAE = indiferencia laboral y separación entre mundo laboral y privado; F3-MAE = autoexigencia laboral; F4-MAE = motivación positiva hacia la acción; F5-MAE = ansiedad inhibitoria del rendimiento; F6-MAE = ansiedad facilitadora del rendimiento; BDI = Beck Depression Inventory
 ** $p < .01$

En cuanto a la dimensión locus de control, “*Se espera hallar una correlación positiva entre las puntuaciones obtenidas en la dimensión de locus de control externo e interno, cuando indique autoinculpación, y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck*”. Para comprobar si esta hipótesis es verdadera se han realizado correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en el Beck y los factores de primer orden del Cuestionario LUCAM (tabla 69).

Tabla 69

Correlaciones entre el BDI y las dimensiones del LOCUS

	F1-L	F2-L	F3-L	F4-L	F5-L	F6-L	F7-L
BDI	.42**	-.01	.16*	-.25**	-.29**	.51**	-.44**

Nota: F1-L = atribución responsabilidad fracasos externa; F2-L = atribución (éxitos y fracasos interna); F3-L = mordacidad y conflictos con los demás (interna); F4-L = confianza, colaboración y previsión de futuro; F5-L = autoinculpación de fracasos; F6-L = autoinculpación con inseguridad – desmoralización y no responsabilidad en tener o no amigos; F7-L = control interno en responsabilidad de acciones y rechazo de externalidad; BDI = Beck Depression Inventory.

** $p < .01$; * $p < .05$

Los resultados evidencian que *tanto la dimensión de locus externo “transigencia con opiniones ajenas y adscripción de responsabilidad – fracasos- a causas externas”, como las internas “mordacidad y conflictos con los demás con responsabilidad interna” y “autoinculpación con inseguridad-desmoralización con rechazo de responsabilidad en tener o no amigos” manifiestan una relación positiva y significativa.*

Sin embargo, otras dimensiones del locus de control mantienen una *relación negativa y significativa con depresión como son: “confianza en los demás – personal y profesional-, trabajo en colaboración con los otros y previsión de futuro”; “control interno en responsabilidad de acciones y rechazo de externalidad”*. Otra variable, que a diferencia de las previsiones, también mantiene una *relación negativa con la depresión es la “autoinculpación en fracaso con falta de tenacidad”*.

Por lo que se refiere al Factor General de Locus, esto es, “responsabilidad en éxitos y exculpación de fracasos”, no se haya una relación significativa con BDI, $r_p = -.08$, $p = .29$.

En cuanto a la estrategias de afrontamiento actuales y con el propósito de validar la subhipótesis 8.1, “*Se espera hallar una correlación negativa en las estrategias de afrontamiento actuales que favorecen la adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck*”, se realizan correlaciones de *Pearson* entre las puntuaciones totales del Beck y las puntuaciones obtenidas en los factores de segundo orden del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales.

Los resultados de las correlaciones realizadas entre las puntuaciones de depresión obtenidas a través del BDI y las obtenidas a través del Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Actuales, tal y como se esperaba, tanto el factor de segundo orden “*desesperación e inconformismo*” como aquel que indica estrategias de evitación “*negación con inculpación familiar y huida hacia delante*” *correlacionan positiva y significativamente con la depresión* (tabla 70).

Tabla 70
Correlaciones entre el BDI y los factores de segundo orden del Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Actuales

	FI-A	FII-A	FIII-A
BDI	-.02	.31**	.60**

Nota: FI-A = adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal; FII-A = desesperación con inconformismo y protesta; FIII-A = negación con inculpación familiar y huida hacia adelante; BDI = Beck Depression Inventory.

** $p < .01$

Ante los resultados anteriores, y con el propósito de profundizar un poco más en la relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento actuales, se realiza una correlación entre las puntuaciones del BDI y los factores de primer orden del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales, que aparecen enumerados en la siguiente tabla 71.

Tabla 71

Factores de primer orden del Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Actuales

	<u>ítems</u>
Aceptación conformismo y serenidad	19, 21, 22, 33, 37, 50, 64, 73, 75
Rechazo de información cualificada y de análisis	1, 2, 3, 6, 38
Negación (I) de diagnóstico y gravedad	12, 56, 61, 65
Ocultación de información a familia y amigos	14, 15, 16, 17, 54
Rechazo de religión como estrategia de afrontamiento	4, 45, 66, 67, 68, 78
Enganche con la vida con hedonismo	24, 25, 29
Autoinculpación	11, 36, 79, 80
Adecuación de acción y calma	44, 58, 62, 63
Inculpación a la familia y huida hacia delante	23, 40, 41
Negación (II): olvido y alejamiento del problema	30, 32, 39
Autoencapsulamiento y ensimismamiento	7, 28, 57, 69, 70, 71
Entereza con “siempre es posible un peor”	13, 18, 43, 46, 51, 72, 74, 77
Búsqueda de información y realización de acción para no estar quieto	5,7,8,55
Reestructuración de valores y visión del mundo, con solución de problemas pendientes con la familia y amigos	31, 47, 48, 49
Inevitabilidad con futuro negativo	26, 27, 35, 59, 60, 81
Impacto intenso y negativo, a peor, de enfermedad y perdurable	34, 42, 52, 53, 76

Los resultados obtenidos identifican que *6 de los 16 factores mantienen una relación positiva y significativa con depresión*: “impacto intenso y negativo” ($r_p = .46, p = .00$); “autoinculpación” ($r_p = .35, p = .00$); “negación como olvido y alejamiento del problema” ($r_p = .33, p = .00$); “inculpación a la familia y huida hacia delante” ($r_p = .27, p = .00$); “negación de diagnóstico y gravedad” ($r_p = .26, p = .00$); “búsqueda de información y realización de acción para no estar quieto” ($r_p = .25, p = .00$).

Por su parte las estrategias de afrontamiento actuales “aceptación, conformismo y serenidad”, “rechazo de religión como estrategia de afrontamiento”; “entereza con siempre es posible un peor”, “reestructuración de valores y visión del mundo” y “adecuación de acción y calma” muestran relaciones negativas significativas con la depresión tal y como se observa en la tabla 72.

Tabla 72

Correlaciones negativas entre el BDI y los factores de primer orden del Cuestionario Estrategias de Afrontamiento Actuales

	F1-A	F5-A	F12-A	F14-A	F8-A
BDI	-.60**	-.29**	-.28**	-.20*	-.16*

Notas: F1-A = aceptación conformismo y serenidad; F5-A = rechazo de la religión como estrategia de afrontamiento; F12-A = entereza; F14-A = reestructuración de valores y visión del mundo; F8-A = adecuación de acción y calma; BDI = Beck Depression Inventory.

** $p < .01$; * $p < .05$

Por el contrario, no se identifican relaciones entre las puntuaciones de depresión y las estrategias actuales de afrontamiento “rechazo de información cualificada y de análisis”; “ocultación de información a la familia y amigos”; “hedonismo”; “autoencapsulamiento y ensimismamiento” e “inevitabilidad con futuro negativo”.

Con el propósito de comprobar la subhipótesis 8.3, “*Se espera hallar una correlación negativa en las estrategias de afrontamiento recordadas que se centran en la solución del problema y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck*”, para ello se realizan correlaciones de *Pearson* entre las puntuaciones de depresión y los factores de segundo orden del Cuestionario de Rememoración de Estrategias de Afrontamiento.

Tal y como puede apreciarse en la tabla 73, se confirma parcialmente la hipótesis ya que *la presencia, en el momento de la LM, de estrategias de afrontamiento activas y centradas en la solución como son “búsqueda de solución e información” y “cambio a valores y acciones” no evidencian relaciones significativas con las puntuaciones de depresión.*

Por el contrario, *sí se demuestra que la rememoración de estrategias pasivas y de evitación, como “negación de gravedad con inculpación a familia e información a amigos” e “impacto general de la enfermedad con autoinculpación y rechazo de consolación”, mantienen una relación significativa con las puntuaciones obtenidas en el BDI, confirmando la subhipótesis 8.4 “Se espera hallar relaciones positivas entre las estrategias de afrontamiento pasivas y centradas en la emoción, especialmente autoinculpación, y las puntuaciones en depresión”.*

Tabla 73

Correlaciones entre el BDI y los factores de segundo orden del Cuestionario Rememoración de Estrategias de Afrontamiento

	FI-R	FII-R	FIII-R	FIV-R	FV-R
BDI	.38**	-.02	.04	.33**	.05

Nota: FI-R = impacto general de la enfermedad con autoinculpación y rechazo de consolación; FII-R = apego a la vida con alejamiento del problema; FIII-R = búsqueda de solución e información; FIV-R = negación de gravedad con inculpación a familia e información a amigos; FV-R = cambio a valores y acciones; BDI = Beck Depression Inventory
 ** $p < .01$

Para obtener datos más específicos y aclaratorios sobre las estrategias de afrontamiento rememoradas y su relación con la depresión se analizan los resultados de las correlaciones entre los 14 factores de primer orden del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Rememoradas (tabla 74).

Tabla 74

Factores de primer orden del Cuestionario Rememoración de Estrategias de Afrontamiento

	ítems
Reestructuración de valores y visión del mundo	31,35,47,48, 49, 60, 64, 66, 69, 72
Reestructuración cognitiva positiva	18, 25, 26, 34, 44, 46, 51, 53
Búsqueda de información relevante	1, 2, 3, 6, 38
Rechazo de religión como recurso de consolación y no importancia de especialista	33, 45, 67, 68, 75, 76, 78
Primacía de la idea de enfermedad con tintes obsesivos	21, 22, 37
Apelación a familia como recurso de apoyo	15, 16, 17
Propósito de cambio	28, 52, 58, 59, 62
Negación de diagnóstico y gravedad	5, 12, 56, 61, 65
Información a amigos	50, 54, 55
Inculpación a familia y huida hacia delante	23, 40, 41
Realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte	19, 73, 79, 80
Alejamiento como objetividad de análisis	39, 70, 71
Búsqueda de solución en otros o en el pasado	7, 8, 57
Apego optimista a la vida y a la acción	13, 24, 27, 29, 30, 43, 74, 81

Las correlaciones de *Pearson* permiten observar que dos de ellas mantienen *correlaciones negativas y significativas* con la depresión, tabla 75, “realismo y rechazo

de autoinculpación y mala suerte”, $r_p = -.39, p = .00$; “rechazo de la religión como recurso de consolación y no importancia de especialista y de expresión /descarga emocional, $r_p = -.18, p = .00$.

Por otro lado, confirmando la hipótesis planteada, las *estrategias de afrontamiento rememoradas*, en el momento de adquisición de la LM, *negativas y tanto centradas en la emoción como de evitación*: “primacía de la idea de enfermedad con tintes obsesivos”; “negación de diagnóstico y gravedad” e “inculpación a la familia con huida hacia delante”, mantienen relaciones positivas con la depresión de forma significativa.

Tabla 75

Correlaciones entre el BDI y los factores de primer orden del Cuestionario Rememoración de Estrategias de Afrontamiento

	F1-R	F2-R	F3-R	F4-R	F5-R	F6-R	F7-R	F8-R	F9-R	F10-R	F11-R	F12-R	F13-R	F14-R
BDI	,06	-,02	-,02	-,18*	,28**	-,01	,01	,27**	,11	,26**	-,39**	,02	,15	,05

Nota: F1-R = reestructuración de valores y visión del mundo; F2-R = reestructuración cognitiva positiva; F3-R = búsqueda de información relevante positiva; F4-R = rechazo de religión como recurso de consolación y no importancia de especialista y de expresión/descarga emocional; F5-R = primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos; F6-R = apelación a la familia como recurso, apoyo; F7-R = propósito de cambio; F8-R = negación de diagnóstico y gravedad; F9-R = información a amigos; F10-R = inculpación a familia y huida hacia delante; F11-R = realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte; F12-R = alejamiento como objetividad; F13-R = búsqueda de solución en otros, F14-R = apego optimista a la vida y a la acción; BDI = Beck Depression Inventory.

** $p < .01$; * $p < .05$

Con el propósito de poder realizar un estudio multidimensional de los aspectos psicológicos del proceso de adaptación a la LM y su relación con la depresión, se realiza en último lugar un *Análisis de Regresión Lineal Múltiple*, con el *método paso a paso (stepwise)*. Este análisis tiene como objeto poder identificar en qué medida la depresión, como variable criterio, puede estar explicada por el conjunto de las variables psicológicas (neuroticismo, extraversión, locus de control y estrategias de afrontamiento actuales). A través del procedimiento stepwise las variables independientes o predictoras serán introducidas paso a paso en la ecuación de regresión, según el valor de correlación que manifiestan con la variable criterio, la depresión, siempre y cuando manifiesten una significación en la prueba F.

Las variables predictoras incluidas en el análisis de regresión han sido las variables psicológicas neuroticismo, extraversión, el factor general de locus y los factores de segundo orden de las estrategias de afrontamiento actual (aceptación general

de la enfermedad con reestructuración personal; desesperación e inconformismo y negación de gravedad con inculpación a la familia).

El análisis de correlación permite observar, en primer lugar, las correlaciones parciales entre todas las variables incluidas en la ecuación (tabla 76). De su análisis se puede concluir que si bien las correlaciones entre las variables independientes son de naturaleza significativa sin embargo la mayoría de ellas son bajas y por tanto hacen dudar de la presencia de multicolinealidad que ponga en duda la adecuación del modelo de regresión lineal. Por su parte, las correlaciones parciales entre las variables predictoras y las variables criterio, de nuevo significativas y algo más altas que las variables predictoras entre sí.

Tabla 76

Matriz de correlaciones parciales incluidas en el análisis de regresión

	E	N	FGL	FI-A	FII-A	FIII-A
BDI	-,29**	,62**	-,08	-,02	,60**	,31**
E	-	-,26**	-,08	,19**	-,24**	-,03
N		-	,01	,02	,48**	,21**
FGL			-	-,13	-,03	-,22**
FI-A				-	,19**	,37**
FII-A					-	,38**

Nota: BDI = Beck Depresión Inventory; E = extraversión; N = neuroticismo; FGL = factor general de locus (responsabilidad en éxitos y exculpación de fracasos); FI-A = adaptación general; FII-A = desesperación inconformismo; FIII-A = negación de gravedad e inculpación familiar.

* $p < .05$; ** $p < .01$

A los datos de colinealidad anteriores hay que unir el hecho de que los datos de tolerancia de las variables introducidas en la regresión indican que todos ellos tienden a uno y por tanto se puede pensar que no existe una combinación lineal entre las variables independientes que atente contra la bondad del modelo de regresión lineal múltiple.

Los resultados de la regresión ofertan un modelo en 4 pasos (tabla 77). El estadístico objetivado en los cuatro modelos contrasta la hipótesis nula de que el valor poblacional de R es cero y, por tanto, nos permite decidir que *sí existe relación lineal significativa entre la variable dependiente depresión y el conjunto de variables*

psicológicas tomadas juntas, en cada uno de los pasos, siendo la variable neuroticismo la que tiene una mayor peso en la ecuación de regresión tanto cuando actúa de forma aislada ($\beta = .62$; $t = 9.66$; $p = .00$), como cuando lo hace con el resto de las variables independientes ($\beta = .40$; $t = 7.35$; $p = .00$).

Debido a que el neuroticismo es, como se acaba de referir, la variable predictora que presenta una mayor correlación con la variable depresión y tiene un mayor peso en la ecuación, se ha introducido como primera variable independiente en la línea de regresión en el modelo paso a paso. En esa situación el neuroticismo, tal y como se contempla en la tabla 77, explica un 38% de la varianza de la depresión.

En el segundo paso, de la regresión lineal, se introduce la variable “desesperación e inconformismo”, y se aumenta hasta un 50% la varianza de la depresión explicada por la combinación de esas dos variables (tabla 77).

Llama la atención que ese incremento de la varianza explicada que se produce al introducir la variable “desesperación e inconformismo” en la regresión es el de mayor cuantía. Así, la introducción en el tercer paso de la variable “adaptación general a la enfermedad con restructuración personal” sólo incrementará en un 1% la capacidad predictiva de la depresión, al igual que la introducción de la variable “negación de gravedad e inculpación a la familia”, en el cuarto paso, que de nuevo incrementará otro 1% a la capacidad de explicar la varianza de la depresión quedando definitivamente explicada el 53% de la varianza (R^2 ajustada), $F(1, 144) = 41.91$, $p = .03$, con un peso β para neuroticismo de .40 ($p < .01$); seguida de desesperación e inconformismo con un peso β de .38 ($p < .01$); a continuación adaptación general con un peso β de -.16 ($p < .01$); y finalmente la variable negación de gravedad e inculpación de familia con un peso β de .13 ($p < .05$);

Todo lo anterior podría indicar que, pese a que todas las variables introducidas en la el modelo de regresión lineal correlacionan con la depresión, *es la presencia simultánea de altas puntuaciones en neuroticismo y el empleo de la “desesperación e inconformismo” como estrategia de afrontamiento lo que mejor predicen las altas puntuaciones en depresión.*

Tabla 77

Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso de la depresión según la personalidad, el locus de control y las estrategias de afrontamiento actual

Predictor	R^2	ΔR^2	β	F	Cambio F
Paso 1 Neuroticismo	.38	.38	.62**	93.01**	93.01**
Paso 2 Neuroticismo Desesperación e inconformismo	.51	.50	.42**	75.96**	36.24**
Paso 3 Neuroticismo Desesperación e inconformismo Adaptación general	.52	.51	.39** .41** .42** -.12*	53.18**	4.23*
Paso 4 Neuroticismo Desesperación e inconformismo Adaptación general Negación de gravedad, inculpación a familia	.53	.52	.40** .38** -.16** .13*	41.91**	4.38*

** $p < .01$; * $p < .05$

Cabe mencionar que dos son las variables que el programa ha dejado fuera del modelo al realizar los análisis de regresión, por un lado la variable de personalidad extraversión y por otro lado la variable referida al factor general de locus de control: “responsabilidad en éxitos y exculpación de fracasos”. Estas variables han aportado información redundante a la explicación de la depresión y por tanto no han sido introducidas en el mismo.

6.8.- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON LM Y LA CALIDAD DE VIDA

En este último apartado se ofrece el estudio de relación efectuado para comprobar la subhipótesis 9 “Se espera hallar una correlación negativa entre las puntuaciones de calidad de vida y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck”.

Para poder comprobar la citada hipótesis se realiza una correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas pruebas, la de CV y la de depresión, con la submuestra de sujetos que respondieron a la escala de CV.

La submuestra a la que se aplicó la escala de CV está compuesta por 95 sujetos, 62 hombres (62%) y 33 mujeres (34,7%) con una edad media de 38,2 años (con una edad mínima de 17 y máxima de 77). El 52,6% de la muestra está soltero (n = 50), el 61,1% tiene estudios primarios (n = 58) y la mayoría están en situación de inactividad laboral por ser pensionistas (n = 30, 31,6%), estar jubilados (n = 26, 27,4%) o en el paro (n = 3, 3,2%).

En cuanto a las características de su discapacidad el 60% presentan paraplejia (n = 57), el 18,9% paraparesia (n = 18), el 15,8% tetrapejia (n = 15) y el 5,3% tetraparesia (n = 5).

Todos los datos anteriores evidencia la semejanza entre la submuestra y la muestra total en cuanto a características tanto sociodemográficas como clínicas.

Los resultados de la correlación indican que, tal y como se hipotetizaba, existe una *correlación negativa y significativa entre calidad de vida y depresión* ($r_p = -.41, p = .00$).

Otro análisis realizado, para profundizar en la relación multidimensional entre depresión y CV, es el *Análisis de Regresión Lineal Múltiple, con el método paso a paso (stepwise)*. Este análisis tiene como objetivo identificar en qué medida la CV, como variable criterio, puede estar explicada por el conjunto de las variables psicológicas (neuroticismo, extraversión, estrategias de afrontamiento actuales y depresión). A través del procedimiento stepwise las variables independientes o predictoras serán introducidas paso a paso en la ecuación de regresión, según el valor de correlación que manifiestan con la variable criterio, la CV, siempre y cuando manifiesten una significación en la prueba F.

Las variables predictoras incluidas en el análisis de regresión han sido las variables psicológicas neuroticismo, extraversión, los factores de segundo orden de las estrategias de afrontamiento actual (aceptación general de la enfermedad con reestructuración personal; desesperación e inconformismo y negación de gravedad con inculpa a la familia) y la depresión.

Los resultados de la regresión ofertan un modelo en 1 paso (tabla 77). El estadístico objetivado en el modelo contrasta la hipótesis nula de que el valor poblacional de R es cero y, por tanto, nos permite decidir que *sí existe relación lineal*

significativa entre la variable dependiente CV y la variable neuroticismo, que siendo la variable neuroticismo la que tiene una mayor peso en la ecuación de regresión cuando actúa de forma aislada ($\beta = -.52$; $t = -5.9$; $p = .00$), es decir la variable neuroticismo explica el 27% de la CV.

Tabla 77

Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso de la CV según la personalidad, las estrategias de afrontamiento actual y la depresión

Predictor	R^2	ΔR^2	β	F
Paso 1 Neuroticismo	.27	.26	-.52**	35.01**

** $p < .01$; * $p < .05$

El resto de las variables criterio introducidas en la ecuación han sido eliminadas y no han tenido cabida en el modelo entre ellas depresión, extraversión y estrategias de afrontamiento actuales. Por tanto no parece que la calidad de vida se vea afectada de forma multidimensional por las variables psicológicas analizadas.

CAPÍTULO 7.-

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El propósito del trabajo de investigación que se presenta es analizar la presencia de la variable *depresión* en el proceso de adaptación psicológica a la LM e identificar su relación con otras variables de distinta naturaleza: sociodemográficas, de integración social, clínicas, psicológicas y de CV.

Además de lo anterior, como interés específico del equipo de investigación desde el que se impulsa la misma, se quieren conocer las propiedades psicométricas de las escalas psicológicas empleadas en relación a la población objeto de estudio, las personas con LM, y especialmente la escala de depresión.

La muestra participante en el estudio está formada por 149 personas con LM, mayoritariamente hombres, de mediana edad, que conviven en entornos familiares y urbanos. El nivel socio cultural de la muestra analizada es medio bajo y en el momento del estudio la mayoría de la muestra no desarrolla ocupaciones laborales por recibir una pensión y/o estar jubilada. En cuanto a sus características clínicas, la mayoría padece una paraplejía dorsal adquirida de forma traumática, en un porcentaje muy alto en accidente de tráfico, a edades jóvenes. Estas características de la muestra son coincidentes con las características de las personas con LM detalladas en los estudios epidemiológicos previamente revisados (Aguado y Alcedo, 1995; Curcoll, 1999; Franceschini et al., 2003; Mazaira, 1987; Ones et al., 2007).

Uno de los objetivos de la investigación, como se ha comentado con anterioridad, es realizar una **estudio psicométrico del Inventario de Depresión de Beck y del resto de las escalas psicológicas**. El motivo de dicho interés radica en las múltiples críticas que se han realizado al proceso de evaluación de las personas con LM en general (Aguado, 1987, 1999; Aguado y Alcedo, 1999; Elliott y Frank, 1996; Jacob, Zachariah y Bhattacharji, 1995; Rueda y Aguado, 2003; Watson y Kendall, 1983) y de la evaluación de la depresión en particular (Bahena y Bernal, 2007; Radnitz, 1996; Vahle, Andresen y Hagglund, 2000). Si bien se ha identificado el BDI como el instrumento más empleado en el estudio de la depresión en personas con LM (Skinner, Armstrong y Rich, 2003) es importante comprobar sus índices de fiabilidad en una

población tan concreta como es la formada por las personas con LM. Los resultados de fiabilidad obtenidos en la escala de depresión permiten concluir que la escala BDI, en su versión adaptada al castellano por Conde et al. (1976), presenta adecuados niveles de fiabilidad que son similares a los obtenidos en estudio previos con población general (Beck y Steer, 1992; Ibáñez, Peñate y González, 1997) y con población con LM (Judd et al., 1989; Radnitz et al., 1997).

Pese a las críticas realizadas por muchos autores sobre la inadecuación del uso de instrumentos de depresión con contenidos somáticos y vegetativos en poblaciones con LM (Bas et al., 1994; Jacob et al., 1995; Judd y Kunovac, 1998; Nairat et al., 2005; Olverholser y Schubert, 1993; Sakakibara et al., 2009) el estudio de correlación realizado con el BDI en personas con LM en la presente tesis permite comprobar que existe una correlación significativa y positiva entre la dimensión somática del BDI y la cognitiva, avalando la validez del inventario para medir la depresión, en todas sus dimensiones, en la muestra con 149 personas con LM. Estos datos sobre la viabilidad de uso de los ítems somáticos del BDI en personas con LM coincide con los obtenidos por Radnitz et al. (1997) en su estudio de validación del BDI en una muestra de 124 personas con LM. Además, el estudio de fiabilidad de la escala permite comprobar que los ítems referidos a la dimensión cognitiva del BDI explican más de dos tercios de la varianza de la depresión.

En todo caso es necesario apuntar que la versión empleada del BDI en la presente tesis, creada por Conde, Esteban y Useros (1976), está compuesta por 19 ítems y por tanto los niveles objetivados de depresión podrían no ser comparables en su totalidad con aquellos estudios que empleen versiones del BDI compuestas por 21 ítems, como la versión original.

Por lo que se refiere al resto de escalas psicológicas; Cuestionario E-N, Cuestionario LUCAM, Cuestionario MAE, los dos Cuestionarios de estrategias de afrontamiento, tanto actuales como rememoradas y la escala de calidad de vida SWLS, todas ellas presentan índices aceptables de consistencia interna, la mayoría de las escalas obtienen un coeficiente alpha mayor a .70, es decir que el 70% de la varianza se debe a lo que los ítems de ese instrumento tienen en común, y un 30 % de la varianza a los errores de medición o al hecho de que los ítems no estén relacionados. Tan sólo el Cuestionario E-N muestra niveles más bajos de fiabilidad pudiendo deberse este

resultado a tratarse de una escala de respuesta dicotómica y haber sido empleada en una muestra pequeña. En relación a estos datos se puede concluir que cumplen adecuados criterios de fiabilidad para ser empleados en la muestra con LM del presente estudio.

El segundo objetivo del estudio es comprobar la incidencia de la depresión en personas con LM con el propósito de demostrar que **no se puede considerar la depresión una respuesta universal** a la misma, tal y como defiende el “modelo de las diferencias individuales” en el proceso de adaptación psicológica a la LM (Bas et al., 1994; Boekamp et al., 1996; Elliott y Frank, 1996; MacDonald, Nielson y Cameron, 1987; Overholser y Schubert, 1993; Trieschmann, 1992) y en contra de los postulados del “modelo de las etapas”. Los resultados obtenidos sobre los niveles de depresión, medidos a través del BDI, permiten concluir dos aspectos principalmente, en primer lugar, el promedio obtenido en el BDI (9.31) indica que es infrecuente la presencia de depresión en la muestra de personas con LM estudiada ya que la mayoría se mantiene en niveles que indican o bien ausencia de depresión o bien niveles muy moderados de la misma, siendo los resultados similares a los obtenidos por Craig et al. (1944a y b), King y Kennedy (1999), Guest et al. (1997), Pollard y Kennedy (2007), en población con LM y también coincidente con el promedio obtenido por Sanz (2013) en la población general en el BDI (9.61). Si bien es necesario matizar que la presencia de bajos niveles de depresión en la muestra hace que sea más difícil identificar diferencias significativas en las puntuaciones en depresión según las variables a analizar y que se comentarán con posterioridad.

En segundo lugar, que la existencia de dispersión en las puntuaciones del BDI indican que no se puede considerar la depresión como una respuesta universal a la adquisición de la LM, tal y como muchos autores han defendido a través de sus estudios (Bas et al., 1994; Bombardier et al., 2004; Dryden et al., 2004; Dryden et al., 2005; Kalpakjian y Albright, 2006; Kemp y Krause, 1999; Kishi et al., 1994; Krause et al., 1999; Krause et al., 2000; Lude et al., 2005; Migliorini et al., 2008; Nair et al., 2005; Radnitz et al., 1996; Rathore et al., 2007; Rintala et al., 2005; Woolrich et al., 2006).

Todo lo anterior permite concluir que no se puede afirmar que todas las personas que adquieren una LM, ni tan siquiera que la mayoría de ellas, manifiesten altas puntuaciones en depresión ni que ésta sea una respuesta universal e inevitable tras la LM y por tanto se *confirma la hipótesis número uno*.

El tercer objetivo de la tesis es estudiar la relación entre la depresión y otras variables: sociodemográficas, de integración social y clínicas. Por lo que se refiere a las primeras, las sociodemográficas, se plantea la hipótesis: ***“No se hallará relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel académico, nivel profesional y ocupación) y las puntuaciones en depresión, y sí con estado civil”***. Para comprobar dicha hipótesis se han realizado *Análisis de la Varianza* y *Prueba t para muestras independientes* con cada una de las variables sociodemográficas: sexo, edad, edad en el momento de la lesión, nivel académico, nivel profesional, ocupación y estado civil, con la variable depresión. Los resultados obtenidos indican un comportamiento diferencial de cada variable en su relación con la depresión.

Así, por lo que se refiere a la variable sexo los análisis *no identifican diferencias significativas en las puntuaciones en depresión entre hombres y mujeres*. Estos datos son coincidentes con los aportados por un gran número de autores en investigaciones previas (Bombardier et al., 2004; Craig et al., 1994b; Elliott et al., 1992; García, 2006; Kalpakjian y Albright, 2006; Kennedy et al., 2003; Kennedy et al. 2000; Krause et al., 2000; Mingliorini et al., 2008; Norrbrink et al., 2005; Richards, 1986; Scivoletto et al., 1997; Woolrich et al., 2006) que no identifican diferencias significativas en las puntuaciones en depresión en función de la variable sexo. Llama la atención una tendencia a manifestar un promedio más alto por parte de los hombres con LM, sin mostrar diferencias significativas con las mujeres, siendo éstas últimas las que obtienen puntuaciones más altas en los trastornos del estado del ánimo en la población general (Haro et al., 2006; López-Ibor, 1992; Vázquez y Sanz, 2009).

La edad tampoco es una variable que haya provocado comportamientos significativamente diferentes en las puntuaciones en el BDI. Si bien se observa que a medida que avanza la edad, avanzan las puntuaciones promedio en depresión, sin embargo estas diferencias en las puntuaciones no son significativas. Estos resultados vienen a confirmar los obtenidos por Chung et al. (2006) en cuyo estudio no obtienen diferencias significativas en las puntuaciones en depresión según los sujetos estudiados tuvieran menos de 40 años, entre 40 y 60 y mayores de 60 años en el momento de la evaluación, y similares a los obtenidos por otros autores (Buckelew, et al. 1991; Craig et al., 1994a; Davidoff et al., 1990; Elliott et al. 1992; Kennedy et al., 2003; Scivoletto et al., 1997).

Tampoco en los análisis sobre *los niveles de depresión y la edad en el momento de la lesión se describen diferencias significativas entre los grupos*. Si bien de nuevo los sujetos de mayor edad en el momento de la lesión manifiestan promedios de depresión más altos, resultados que serían coincidentes con los obtenidos en estudios previos (Kennedy, Lowe, Grey y Short, 1995; Krause, Kemp y Coker, 2000), sin embargo estas diferencias en las puntuaciones no son significativas.

Contrariamente a lo postulado en nuestra hipótesis *las puntuaciones en el BDI varían significativamente según el nivel académico de la muestra*, siendo el grupo con nivel académico más bajo (estudios primarios) los que manifiestan significativamente puntuaciones más altas en depresión que aquellos que tienen estudios medios y superiores. No hay posibilidad de contrastar estos datos ya que no existen estudios previos que analicen la relación ni del nivel académico ni tampoco del nivel profesional con la presencia de depresión tras la LM.

Por lo que se refiere a éste último, el nivel profesional, también los resultados obtenidos en el presente estudio identifican diferencias significativas en las puntuaciones en depresión entre los grupos de esta variable. Así, a pesar de ser las amas de casa las que manifiestan niveles de puntuación más altos en depresión, son los sujetos con LM que tienen un nivel profesional bajo los que difieren significativamente en depresión con el grupo de estudiantes y con aquellos que tienen niveles profesionales altos.

Sobre lo que sí existen datos previos es sobre *la relación entre la ocupación y la depresión tras la LM*. Woolrich et al. (2006) identifican en su estudio que las puntuaciones son significativamente más altas en el grupo de personas con LM desempleados frente al grupo con empleo. Los resultados del *Análisis de la Varianza*, realizado en el presente estudio, también *identifican diferencias significativas en los niveles de depresión según el nivel ocupacional de la muestra*, siendo dos grupos de sujetos en situación de desocupación, los jubilados y los pensionistas, los que obtienen puntuaciones en depresión significativamente más altas que los estudiantes y los que están en activo. Estos datos sólo coinciden parcialmente con los encontrados por Woolrich et al. (2006), ya que las personas en paro, en el presente estudio, no manifiestan, como grupo, diferencias significativas en las puntuaciones de depresión si bien otras fórmulas de desocupación como la jubilación o la pensión sí tuvieron una

incidencia más significativa en los niveles de depresión. También se pueden comparar los resultados obtenidos en personas con LM con los obtenidos por el proyecto ESEMeD (Gabilondo et al., 2010) para la población general. Concluyen en el citado estudio que las personas de baja por enfermedad o maternidad, los desempleados y quienes presentan una incapacidad laboral presentan trastornos afectivos en mayor medida que las personas con empleo remunerado.

Una última variable sociodemográfica analizada ha sido el *estado civil* y los resultados han identificado diferencias significativas en las puntuaciones en depresión entre el grupo de personas solteras y aquellas que están en otra situación (casadas, divorciadas, viudas, etc.). Esta forma de agrupar a los sujetos según su estado civil se realiza con el propósito de poder comparar los resultados con los estudios previos. Si bien en la hipótesis se espera identificar diferencias significativas entre ambos grupos, se espera hallar que los sujetos que no están solteros, sino por el contrario tienen otro estado civil del que se podría sospechar una mayor red de apoyo social, serían los que obtendrían puntuaciones más bajas en depresión. Por el contrario las pruebas post hoc, han permitido comprobar que el grupo de personas con LM solteras manifiestan puntuaciones significativamente más bajas en depresión que el grupo formado por otras condiciones referidas al estado civil (casados, en pareja, separados, divorciados, etc.). Estos resultados son similares a los obtenidos por Bombadier et al. (2004) y contrarios a los previstos en la presente tesis donde se esperaba que las personas solteras tendrían una mayor tasa de depresión explicada por la menor red de apoyo social. Probablemente sería necesario profundizar en la relación entre estado civil y red de apoyo social, no dando por hecho que el estado civil sea la única fuente de apoyo social ni que ésta sea la de mejor calidad. Por ello con posterioridad se ofrecerá un análisis más en profundidad de las repercusiones que la aparición de la LM ha tenido en la relación de pareja.

Relacionado con lo anterior, y con el objeto de comprobar si se confirma la **tercera hipótesis** del trabajo empírico: *“Se hallará relación entre la depresión y las dimensiones que indican menor integración social (convivencia, amigos nuevos y antiguos, dificultades económicas, desmotivación e insatisfacción laboral, problemas de accesibilidad de la vivienda, problemas familiares, limitación de las actividades de ocio)”*, se realiza de nuevo comparación de grupos a través de los procedimientos de ANOVA de un factor y Prueba t para muestras independientes.

Como ya se mencionó anteriormente, los análisis sobre el estado civil indican que las personas con LM solteras tienen significativamente puntuaciones más bajas en depresión que el resto, pese a lo esperado. Con el objeto de profundizar en la relación entre la red de apoyo social y el nivel de depresión se estudia si la situación de convivencia ofrece puntuaciones diferenciales en depresión. En esta dirección *no se identifican diferencias significativas en las puntuaciones de depresión entre las distintas situaciones de convivencia (con cónyuge e hijos, con padres, con familiares, en residencia, solos u otras situaciones)*. A pesar de que el grupo que reside en entorno residencial obtiene puntuaciones más altas en depresión, no obstante, no manifiesta diferencias significativas con los otros grupos. Esto, cuanto menos, arroja más inquietudes acerca de la relación existente entre las redes de apoyo social y la depresión en personas con LM, que no pueden ser comparadas con estudios previos a excepción del estudio de Scivoletto et al. (1997) que comparó los niveles de depresión de las personas con LM con familia y aquellos que están solos, no identificando diferencias significativas entre ambos grupos.

Tampoco “las relaciones de amistad” es una variable que tenga sus efectos en la depresión en personas que han adquirido una LM. No se identifican diferencias significativas en depresión entre el grupo que mantiene relaciones de amistad del pasado y el grupo que no lo hace, ni tampoco entre aquellos sujetos que han iniciado relaciones de amistad nuevas en comparación con aquellos que no las han iniciado. Ninguno de los resultados anteriores concuerda con los datos obtenidos por Coyle et al. (1993) en cuyo estudio verifican la existencia de una relación negativa y significativa entre depresión y proximidad del sistema de apoyo social y el total de contactos sociales, identificando que tener amigos, parientes o miembros de la familia cerca puede ayudar a disminuir la sintomatología depresiva. Probablemente los resultados obtenidos en el análisis de la tesis que se presenta tengan más que ver con los obtenidos por Elliott et al., en su estudio de 1992, donde se determina que lo importante no es el número de relaciones y contactos sociales sino que estos contactos reafirmen el valor de la persona, aspecto que no ha sido evaluado en el presente estudio tan en profundidad.

Para ahondar un poco más en la calidad de la red de apoyo social, y su incidencia en la depresión tras la LM se analiza la relación entre la presencia de problemas familiares y los niveles de depresión. En este caso, *sí se comprueba que la*

presencia de problemas familiares produce comportamientos significativamente diferentes en las puntuaciones en la escala de depresión, si bien los resultados de los análisis sólo nos permiten comprobar quien obtiene puntuaciones promedio de depresión más altas (aquellos que tienen problemas con los hijos, seguidos de los que tienen problemas con su pareja) pero no determinar qué grupos difieren significativamente. Estos resultados podrían estar en la base de explicar lo anterior, las personas solteras presentan menos niveles de depresión. Es posible que los problemas con la pareja y los hijos es lo que provoque que las personas casadas, separadas o divorciadas manifiesten mayores niveles de depresión, por tanto iría en la línea de Coyle et al. (1993) mencionada con anterioridad donde la calidad en las relaciones, más que el número de las mismas, es lo que se relaciona con los niveles de depresión.

Continuando un poco más en este aspecto de las relaciones con la pareja, se ha querido comprobar si el efecto que ha tenido la adquisición de la LM en las relaciones en pareja (ninguna, mayor unión, mayor distanciamiento, ruptura o no procede) produce diferentes puntuaciones en el BDI, dado que es el colectivo con pareja (en distintas situaciones civiles) el que ha manifestado puntuaciones significativamente más altas en depresión. Si bien los resultados indican que las puntuaciones más altas en depresión las obtienen aquellos sujetos que tuvieron un mayor distanciamiento con su pareja tras la LM, por el contrario sólo se identifican diferencias significativas en depresión entre los que percibieron una mayor unión y aquellos que no procede establecer consecuencias en la relación por ausencia de la misma en el momento de la lesión, siendo este último grupo el que obtuvo puntuaciones más bajas. Estos resultados, lejos de aclarar las relaciones entre apoyo social, y adecuación del mismo, y niveles de depresión tras la LM arrojan aún más dudas.

Todo lo anterior viene a indicar la necesidad de hacer un estudio más en profundidad sobre el apoyo social, en su vertiente de satisfacción, donde parece que los resultados sobre su relación con la depresión son más concluyentes (Kennedy y Rogers, 2000; Schulz y Decker, 1985; Stroud, Turner, Jensen y Cárdenas, 2006).

Otra de las dimensiones analizadas es la presencia de problemas económicos por su vinculación con las dificultades de integración social y comunitaria. Además, con este análisis se pretende clarificar si la relación entre no ocupación laboral, expuesta con anterioridad, está más relacionada con aspectos económicos que con la dimensión

propriadamente laboral. Los resultados permiten comprobar que *las personas con problemas económicos no obtienen puntuaciones en depresión significativamente más altas que aquellos que no los tienen*. Esto podría ser interpretado como que los problemas económicos vinculados a la desocupación no serían los responsables de puntuaciones más altas en depresión en personas con LM. Sin embargo, *tampoco la presencia o no de satisfacción laboral provoca diferencias significativas en depresión*, pese a que las personas con menor satisfacción laboral obtienen puntuaciones más altas en depresión.

Por el contrario, otra variable relacionada con la ocupación laboral, como es la *motivación laboral*, sí ha demostrado una relación con la variable depresión. En esta dirección el grupo con motivaciones laborales “muy buenas” obtiene puntuaciones significativamente más bajas en depresión que el grupo con peor motivación laboral.

Por todo lo anterior podríamos concluir que ni la insatisfacción laboral ni las insuficiencias económicas se relacionan con niveles de depresión más altos sino que por el contrario, las motivaciones más positivas hacia el empleo serían buenos predictores de la ausencia de depresión. Estos resultados no pueden ser contrastados ya que no existe evidencia empírica sobre este particular.

Otra dimensión a analizar en este apartado del estudio es la relación entre los problemas relacionados con la discapacidad (protección familiar, dependencia, barreras arquitectónicas, limitación en la movilidad, problemas médicos o dificultad de adaptación) y las puntuaciones en depresión obtenidas a través del BDI. *No se ha podido demostrar la relación entre ninguno de los problemas relacionados con la LM y la depresión*.

Por lo que se refiere a la relación entre la práctica de actividades de ocio y la depresión, si bien los cambios en el ocio relacionados con la imposibilidad de su práctica tras la LM no se han relacionado con la depresión, por otro lado, sí se ha identificado que aquellas personas que salen con amigos y practican deporte, como actividad de ocio, manifiestan puntuaciones significativamente más bajas en depresión que las personas que no hacen ninguna actividad para ocupar su tiempo libre. Estos resultados son parcialmente coincidentes por los obtenidos por Elliott y Shewchuk (1995) que identifican que la depresión mantiene una relación significativa con el ocio.

Sin ninguna duda, el estudio de la relación entre las características clínicas de la LM y la depresión ha sido una constante a lo largo del estudio del proceso de adaptación psicológica a la LM y por ello se ha dedicado la **cuarta hipótesis** a la validación de la misma: “*No se hallará relación entre las variables clínicas (tipo; nivel y etiología de la lesión; número y causa de los reingresos; tiempo desde la lesión) y las puntuaciones en depresión*”. Para su comprobación se han empleado los procedimientos de comparación de medias en el BDI según las distintas variables clínicas. Tras el análisis de los resultados se llega a las siguientes conclusiones.

Al igual que la mayoría de los estudios que analizan la relación entre la depresión y el tipo y nivel de la lesión (Bombardier et al., 2004; Carvalho de et al., 1998; Craig et al., 1994b; Craig et al., 2008; Cushman y Dijkers, 1991; Daverat et al., 1995; Davidoff et al., 1990; Elliott et al., 1992; Fuhrer et al., 1993; Hancock et al., 1993; Judd et al., 1989; Kalpakjian y Albright, 2006; Kennedy et al., 2003; Krause et al., 1999; Krause, Kemp et al., 2000; MacDonald et al., 1987; Malec y Neimeyer, 1983; Richards, 1986; Scivoletto et al., 1997; Shnek et al., 1997; Wooldrich, et al., 2006) , *no se han identificado diferencias significativas en los niveles de depresión según el tipo de lesión (paraplejia, paraparesia, tetraplejia y tetraparesia) ni sobre la altura de la misma*. A pesar de la ausencia de significación, los análisis descriptivos de la depresión según el tipo de LM, permiten observar que las personas con lesiones medulares incompletas, tetraparesia y paraparesia, son las que obtienen puntuaciones más altas en el BDI, respectivamente. Estos resultados podrían estar en la línea de los obtenidos por Hartkopp et al. (1998) y por Kennedy y Rogers (2000) donde se identificaba que a mayor nivel de independencia mayor depresión, o con los planteados por Krause et al. (2007) que también identifican una relación coherente con nuestros resultados, esto es, una relación positiva entre la severidad de la depresión y la independencia parcial en la deambulación, relación que curiosamente no es significativa cuando las personas son totalmente dependientes o totalmente independientes en la deambulación.

Tampoco la etiología de la lesión evidencia diferencias significativas en los promedios del BDI.

Si bien algunos autores como Weingardt et al. (2001) han identificado relaciones positivas entre el número de ingresos hospitalarios y los niveles de depresión, entendiéndolo que los reingresos suponen una fuente de estrés en las personas con LM

que puede hacerles más vulnerables a la depresión, por el contrario en el presente análisis *no se obtienen resultados que indiquen que el número de ingresos tenga incidencia significativa en los niveles de depresión en la muestra analizada.*

No se observan tampoco relaciones entre la causa de los reingresos y los niveles de depresión. La ausencia de relación entre la depresión y las escaras y/o infecciones del tracto urinario coinciden con lo concluido por estudios previos (Fuhrer et al., 1993; Heinemann y Hawkins, 1995), sin embargo la relación entre la depresión y el dolor secundario a la LM identificada por multitud de estudios (Cairns et al., 1996; Craig et al, 1994b; Giardino, Jensen, Turner, Ehde y Cárdenas, 2003; Kennedy, Frankel, Gardner y Nuseibeh, 1997; Krause et al., 2007; Macleod y Macleod, 1998; Norrbrink y Österåker, 2007; Ravenscroft, Ahmed y Burnside, 2000; Roth, Lowery y amill, 2004; Wilson, Richards, Klapow, De Vivo y Greene, 2005) no ha podido ser confirmada en el presente estudio, si bien es necesario matizar que en el presente estudio sólo se ha analizado la presencia de dolor cuando éste ha conllevado a reingreso hospitalario y no como una condición secundaria a la LM, esta falta de especificidad podría estar contaminando los resultados.

Muchos son los autores que, en contra de lo propugnado por el modelo de las etapas, han demostrado la no existencia de un período crítico relacionado con la depresión tras la adquisición de la LM (Buckelew et al., 1991; Cushman y Dijkers, 1991; Elliott et al., 1992; Judd et al., 1989; Kennedy et al., 1995; Kennedy et al., 2003; Overholser et al., 1993). En esa dirección en el presente estudio también se demuestra que *el tiempo transcurrido tras la lesión no provoca comportamientos diferentes en las puntuaciones en depresión obtenidas a través del BDI*, esto es, no se han identificado diferencias significativas en los promedios en depresión según el tiempo transcurrido. Por tanto el tiempo no parece tener un valor ni protector ni inductor de la depresión.

Siguiendo la propuesta de Boekamp et al. (1996) que ofrecen un marco de análisis multidimensional de la presencia de depresión en personas con LM según el modelo de las diferencias individuales, se analiza la relación entre la depresión y otras variables psicológicas con pesos específicos y diferencias en el proceso de adaptación psicológica a la LM. De ahí que las siguientes hipótesis validadas sean las que postulan la relación entre depresión y otras variables psicológicas.

En esta dirección, el siguiente bloque de análisis realizado es aquel que pretende validar la **quinta hipótesis** de trabajo: *“Se espera hallar relación entre depresión y las variables de personalidad, neuroticismo y extraversión”*. Se pretende identificar, en primer lugar, si existen dimensiones de la personalidad que se puedan considerar de riesgo o protectores de desarrollar una depresión tras la LM. Para ello, se analiza la relación entre dos variables de personalidad clásicas (*neuroticismo* y *extraversión*) y la presencia de depresión tras la LM, por ser las más ampliamente estudiadas en la literatura científica. Para su estudio se propone la correlación de la dimensión de neuroticismo y la de extraversión, recogidas ambas dimensiones de personalidad en el Cuestionario de E-N de Pelechano (1972), con las puntuaciones de depresión obtenidas a través del BDI. Los resultados son coherentes con los obtenidos por otros autores con anterioridad, *las personas con LM con personalidad más extravertida manifiestan puntuaciones significativamente más bajas en depresión* y por el contrario aquellas que tienen niveles más altos de neuroticismo obtienen puntuaciones significativamente más altas en depresión (Elliott y Rivera, 2007; De Carvalho et al., 1998; Krause y Rohe, 1998).

También se analiza la relación entre la motivación y la presencia de depresión en el proceso de adaptación psicológica a la LM para validar la **sexta hipótesis** *“No se espera hallar correlación entre las puntuaciones obtenidas en Cuestionario MAE, excepto en la ansiedad inhibitoria del rendimiento, y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck”*. En esta ocasión, la motivación valorada a través del Cuestionario MAE (Pelechano, 1974), se puede analizar de forma diferencial la presencia de cuatro dimensiones de la motivación: tendencia a la sobrecarga de trabajo; indiferencia laboral y separación entre el mundo privado y el mundo laboral; exigencia en el trabajo; y motivación general positiva hacia la acción. También se miden dos dimensiones de ansiedad relacionadas con la ejecución: reacción de inhibición ante situaciones de estrés y reacción de activación y acción en situaciones de estrés. Tal y como se presupone en la hipótesis 6 ninguna de las dimensiones de motivación correlaciona significativamente con la depresión y *sí se demuestra relación entre depresión y ansiedad de ejecución en su dimensión: ansiedad inhibidora del rendimiento*.

El locus de control en su doble dimensión, interno y externo, en el proceso de adaptación a la LM también ha sido objeto de interés por parte de distintos grupos de

investigación. Si bien la mayoría de los estudios identifican que el locus de control externo se relaciona con puntuaciones más altas en depresión (Craig et al., 1994b; Chung et al., 2006; Macleod y Macleod, 1998) sin embargo se identifica una relación entre depresión y locus de control interno cuando este último se relaciona con “autoinculpción” (Buckelew, Baumstark, Frank y Hewett, 1990; Reidy y Caplan, 1994) y, por el contrario no existe la relación entre depresión y culpar a los otros. En esta dirección “*Se espera hallar una correlación positiva entre las puntuaciones obtenidas en la dimensión de locus de control externo e interno, cuando indique autoinculpción, y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck*”. Para valorar estos aspectos referidos a los estilos atribucionales se emplea el Cuestionario LUCAM (Pelechano y Báguena, 1983). Las expectativas se cumplen tan sólo parcialmente ya que si bien la dimensión “autoinculpción con inseguridad-desmoralización con rechazo de responsabilidad en tener o no amigos” manifiesta correlaciones positivas con la depresión, por el contrario otra dimensión de autoculpabilización: “autoculpabilización en fracaso con falta de tenacidad”, lejos de manifestar una relación positiva manifiesta una relación negativa, es decir cuanto mayor es el nivel de autoculpabilización en el fracaso, menores son los índices de depresión manifestados. Es importante mencionar que el LUCAM estudia los estilos atribucionales en correspondencia con las relaciones sociales, a diferencia de los estudios anteriormente mencionados que emplean instrumentos que valoran los estilos atribucionales vinculados al proceso de salud o a la adquisición de la discapacidad y esto pueda provocar que los resultados no sean comparables entre sí.

En cuanto a las **estrategias de afrontamiento** se ha realizado un doble análisis, por un lado el análisis de correlación entre las estrategias de afrontamiento actuales (manifestadas en el momento de la evaluación) y, por otro lado, las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento rememoradas (aquellas que manifestaron tras adquirir la lesión) y la depresión.

Por lo que se refiere al primero de ellos, el afrontamiento actual, los resultados obtenidos en los análisis de correlación son coherentes con los obtenidos por investigaciones previas en los que las *estrategias de escape y evitación* manifiestan relaciones significativas con la depresión en personas con LM (Kemp y Krause, 1999; Kennedy et al. 1995; Kennedy et al., 2000; Martz et al., 2005; Reidy, Caplan y

Shawaryn, 1991; Znoj y Lude, 2002; Rueda y Aguado, 2003). En el presente estudio se identifica que los factores de segundo orden del *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales*: “negación con inculpación familiar y huida hacia delante, así como las estrategias relacionadas con la “desesperación con inconformismo y protesta” manifiestan relaciones positivas y significativas con las puntuaciones obtenidas en depresión. Estos datos se ven igualmente corroborados en el análisis de las estrategias de afrontamiento actuales contenidos en los 16 factores de primer orden del mencionado cuestionario, en esta ocasión las estrategias que manifiestan una relación positiva con la depresión siguen siendo las de *escape evitación*: “negación como olvido y alejamiento del problema”, “inculpación a la familia y huida hacia delante”, “negación de diagnóstico de gravedad”. También aparece correlación positiva en aquellas que si bien no se relacionan con el escape evitación son estrategias centradas o bien en el problema o bien en la emoción: “impacto intenso y negativo”, “autoinculpación” y “búsqueda de información y realización de acción para no estar quieto”.

Otras estrategias de afrontamiento, por el contrario, han manifestado una relación inversa con la depresión, es decir, la presencia de las mismas en el proceso de afrontamiento a la LM se relaciona con bajos niveles de depresión, entre ellas cabe mencionar: “aceptación, conformismo y serenidad”, “rechazo de religión como estrategia de afrontamiento”; “entereza con siempre es posible un peor”, “reestructuración de valores y visión del mundo” y “adecuación de acción y calma”. Parece claro que las estrategias de afrontamiento activas y centradas en la solución del problema tienen efectos beneficiosos en el estado de ánimo en las personas que adquieren una LM.

Por lo que se refiere al segundo análisis de relación entre depresión y estrategias de afrontamiento recordado, los resultados van en la misma dirección que los anteriores. De nuevo el uso en el momento de adquirir la LM de *estrategias centradas en la emoción y de evitación* tanto en los factores de segundo orden: “negación de gravedad con inculpación a familia e información a amigos” e “impacto general de la enfermedad con autoinculpación y rechazo de consolación” como en los de primer orden: “primacía de la idea de enfermedad con tintes obsesivos”; “negación de diagnóstico y gravedad” e “inculpación a la familia con huida hacia delante”

mantienen una relación positiva y significativa con las puntuaciones obtenidas en el BDI.

En el estudio sobre la relación entre depresión y calidad de vida se ha comprobado la validez de la hipótesis “*Se espera hallar una correlación negativa entre las puntuaciones de calidad de vida y las obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck*”. Partiendo de la evaluación de la calidad de vida percibida o subjetiva, a través de la escala SWLS, se obtiene una relación inversa entre depresión y CV tal y como se ha obtenido en investigaciones previas, tanto aquellas que emplean el citado instrumento (Bombardier et al., 2004; Richardson y Richards, 2008; Scherer y Cushman, 2001;) como aquellos que emplean instrumentos diferentes pero para medir el mismo constructo de CV (Charlifue y Gerhart, 2004a; Woolrich et a., 2006). Cabe mencionar, como limitación del estudio que se presenta, que la calidad de vida no fue evaluada a la totalidad de la muestra y por ende los resultados pierden significatividad.

En último lugar, dos últimos análisis realizados pretenden comprobar la relación multidimensional de las variables psicológicas en la presencia de depresión tras la adquisición de la LM, así como su relación con la CV.

Para ello se realiza un primer análisis de regresión lineal múltiple, modelo stepwise que ha permitido comprobar que altas puntuaciones en neuroticismo y la estrategia de afrontamiento centrada en emociones negativa “desesperación e inconformismo” son las mejores predictoras de la depresión. Si bien también ha demostrado su poder predictivo, en unión con las anteriores, “negación de la gravedad e inculpación a la familia” siendo estos datos iguales a los obtenidos por Berry, Elliott y Rivera (2007) en una muestra de 199 personas con LM.

Por otro lado, un segundo análisis de regresión ha permitido comprobar que el neuroticismo es la única variable psicológica que permite predecir la CV de las personas con LM. Por el contrario extraversión, las estrategias de afrontamiento actual: aceptación general de la enfermedad con reestructuración personal; desesperación e inconformismo y negación de gravedad con inculpación a la familia, y la depresión no parecen participar en la modulación de la CV percibida.

CAPÍTULO 8.-

CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE FUTURO

Al hilo de los resultados obtenidos tras el estudio empírico se llega a las siguientes conclusiones:

- La Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares (EMELM) contiene escalas psicológicas con la suficiente bondad psicométrica para ser empleada con personas con LM, incluido el Inventario de Depresión de Beck, que demuestra ser fiable para valorar tanto los aspectos cognitivos de la depresión como los somáticos en las personas con LM.
- Tal y como se espera, *no existe evidencia de la presencia de altos niveles de depresión* en las personas que han adquirido una LM y además se demuestra que hay suficiente variabilidad individual en la presencia de niveles de depresión como para justificar que *no existe un único patrón de adaptación afectiva a la LM* y que por tanto hay que considerar que esta alteración del estado del ánimo no es una consecuencia necesaria y universal en el proceso de adaptación a la LM.
- Las *variables clínicas* relacionadas con la LM no han demostrado tener incidencia en los niveles de depresión, si bien existen otras variables sociodemográficas que tienen una mayor influencia en la presencia de la misma como son el bajo nivel académico, los bajos niveles profesionales, la no ocupación laboral e incluso el estado civil (casados, viudos y divorciados).
- *Algunas condiciones desfavorables en la inserción social*, y que tienen un efecto adverso en la calidad de vida, tienen un *efecto potenciador de los niveles de depresión* como son la presencia de problemas familiares o no practicar actividades de ocio y tiempo libre. Por el contrario la motivación hacia el empleo parece tener un efecto protector de la depresión.
- El *locus de control externo* aumenta los niveles de depresión en personas con LM pero también el interno cuando este se refiere a procesos de *autoinculpación*.

- Si bien la variable de personalidad “extraversión” y el uso de “estrategias de afrontamiento activas y centradas en la solución” han demostrado tener un efecto positivo sobre los estados de ánimos deprimidos, sin embargo es la variable de personalidad “neuroticismo” y la variable de “estrategias de afrontamiento centradas en las emociones negativas” o de “escape-evitación” las que mejor predicen la presencia de depresión en personas con LM.
- La presencia de depresión está relacionada con bajos niveles en la calidad de vida percibida a través de la variable satisfacción con la vida, si bien no es buena predictora de la CV siendo por el contrario la ausencia de neuroticismo lo que mejor predice un adecuada CV percibida.

Al hilo de las conclusiones anteriores se pueden realizar algunas orientaciones que redunden en la práctica psicológica desde los servicios de rehabilitación y/o atención integral a las personas con LM.

En primer lugar, se puede considerar la EMELM como una herramienta adecuada para ser incorporada en los programas de rehabilitación para aportar la visión multidimensional y fiable de las personas con LM.

En segundo lugar, se considera que, si bien no se debe desatender el estado anímico de las personas que han adquirido una LM, no ha de ser una prioridad en la evaluación e intervención dada la escasa presencia de este trastorno del estado del ánimo en la población con LM.

En todo caso, y como tercera orientación, es importante que las evaluaciones psicológicas contemplen todos aquellos aspectos que tienen que ver con la integración social y laboral y tengan prevalencia, en el interés evaluador, sobre las dimensiones clínicas y de la salud propias de la LM. Se trata por tanto de identificar aquellos aspectos relacionados con la integración social y/o laboral que pueden poner a la persona con LM en riesgo de desarrollar una depresión como son los bajos niveles académicos, los bajos niveles profesionales, la ausencia de implicación en actividades de ocio, la presencia de problemas familiares, etc., y en la misma medida desarrollar programas de intervención sobre los mismos. En esta dirección los programas de intervención psicológica ha desarrollar desde losservicios de rehabilitación integral deben favorecer la presencia o aumento de aquellos aspectos psicológicos que han

demostrado ser protectores de la depresión como la alta motivación laboral, la extraversión y las estrategias de afrontamiento activas y centradas en la solución de los problemas.

La consideración, en la misma medida, de una buena evaluación y abordaje de la dimensión de neuroticismo a sabiendas de que se trata de un variable predictora de la mala CV percibida y de poner a la persona con LM en situación de vulnerabilidad frente a la depresión junto con el uso de estrategias negativas y centradas en la emoción. De ahí que sea tan importante el abordaje de las estrategias de afrontamiento que permitan a las personas con LM tener herramientas de afrontamiento positivo y centrado en la solución de los problemas.

Para finalizar, cabe decir que los resultados del presente trabajo, lejos de cerrar un capítulo en el estudio e investigación del proceso de adaptación psicológica a la LM y su relación con la depresión, dejan abiertos interrogantes que requieren aún de mucha profundización y análisis desde una perspectiva multidimensional y longitudinal del proceso de adaptación, así como del estudio de la evolución de la depresión durante el mismo y de su incidencia en la rehabilitación integral de las personas que adquieren esta discapacidad. Interrogantes que no caen en la indiferencia y serán el estímulo para la puesta en marcha de nuevos trabajos de investigación que superen las limitaciones del presente estudio relacionados con el tamaño de la muestra, la aleatorización en la selección de la misma, la realización de un estudio de seguimiento que aporte una visión longitudinal del proceso, el estudio en profundidad de su calidad de vida, etc., ampliando así el conocimiento en materia de rehabilitación de las personas con LM con el objeto mejorar las propuestas de intervención.

REFERENCIAS

- Aguado, A. L. (1987). *La evaluación psicológica en rehabilitación: de la calificación a la integración en el proceso de intervención psicológica*. Comunicación presentada a la reunión científica de la Sociedad Española de Evaluación Psicológica sobre Problemas actuales en Evaluación Psicológica. Madrid.
- Aguado, A. L. (1990). Proceso de adaptación a la discapacidad: modelos e implicaciones terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 6(2), 26-27.
- Aguado, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE.
- Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (1990). Las estadísticas españolas de minusválidos físicos: una revisión crítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16(50), 507-548.
- Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (1994). *Apuntes de Psicología de la Rehabilitación de las discapacidades físicas*. Oviedo: Servicio de publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (1995). Las personas con discapacidad física. En M. A. Verdugo (Ed.), *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 145-184). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (1999). Evaluación Psicológica en Rehabilitación. En A. Ruano, J. M. Muñoz y C. Cid (Eds.), *Psicología de la rehabilitación en deficiencias y discapacidades* (pp. 33-58). Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Rueda, M. B., Flórez, M. A. y Gutiérrez, M. (1994). Una Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares: primeros resultados en Asturias y Euskadi. Comunicación presentada al *Symposium Evaluación en Rehabilitación* del IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Rueda, M. B., Santos, A. M. y González, I. (1997). *Una aproximación psicométrica a la Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares*. Comunicación presentada en las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca, 20-22-III.

- American Psychological Association (2003). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Baer, L., Jacobs, D. G., Meszler-Reizes, J., Blais, M., Fava, M., Kessler, R., Magruder, K., Murphy, J., Kopans, B., Cukor, P., Leahy, L. y O’laughlen, J. (2000). Development of a brief screening instrument: The HANDS. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 35–41.
- Bahena-Salgado, Y. y Bernal-Márquez, J. (2007). Quality of life of patients with paraplegia secondary to traumatic spine injury. *Acta Ortopédica Mexicana*, 21(1), 3-7.
- Bailey, J y Coppen, A. (1976). A comparison between the Hamilton Rating Scale and Beck Inventory in the measurement of depression. *British Journal of Psychiatry*, 128, 486-489.
- Bas, P., Gala, F. J. y Díaz, M. (1994). Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de medula espinal. *Clínica y Salud*, 5, 259-271.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression* (Trad. Desclée de Brower, 1983). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1992). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychiatric Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beh-Pajoo, A., Jahangiri, M. y Zaharakar, K. (2010). Humor skills training and reducing depression in patients with spinal cord injury. *Journal of Iranian Psychologists*, 6(23), 227-236.
- Bénony, H., Daloz, L., Bungener, C., Chahraoui, K., Frenay, C. y Auvin, J. (2002). Emotional factors and subjective quality of life in subjects with spinal cord injuries. *American Journal of Physical Medicine y Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*, 81(6), 437-445.
- Bernet, S., Matschinger, H., Alonso, J., Haro, J. M., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C. and the ESEMeD / MHEDEA 2000 investigators (2009). Is it always the same? Variability of depressive symptoms across six European countries. *Psychiatry*

Research, 168, 137-144.

- Berry, J., Elliott, T. y Rivera, P. (2007). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 292-302.
- Berry, C. y Kennedy, P. (2003). A psychometric analysis of the Needs Assessment Checklist (NAC). *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 41(9), 490-501.
- Boekamp, J., Overholser, J. y Schubert, D. (1996). Depression following a spinal cord injury. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(3), 329-349.
- Bombardier, C. H., Fann, J. R., Tate, D. G., Richards, J. S., Wilson, C. S., Warren, A. M., Temkin, N. R. y Heinemann, A. W. (2012). An exploration of modifiable risk factors for depression after spinal cord injury: which factors should we target? *Archives Physical Medicine Rehabilitation*; 93,775-81.
- Bombardier, C. H., Kalpakjian, C. Z., Graves, D. E., Dyer, J. R., Tate, D. G., y Fann, J. R. (2012). Validity of the patient health questionnaire-9 in assessing major depressive disorder during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(10), 1838-1845.
- Bombardier, C., Richards, J., Krause, J., Tulskey, D. y Tate, D. (2004). Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: implications for screening. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(11), 1749-1756.
- Bostick, R. (1977). Quality of life survey among a severely handicapped population. *Dissertation Abstracts International*, 38, 1946-B. (UniversityMicrofilms No. 77-20,472).
- Bracken, M. B. y Bernstein, M. (1980). Adaptation to and coping with disability one year after spinal cord injury: An epidemiological study. *Social Psychiatry*, 15 (1), 33-41.
- Bravo, P. (1987). Paraplejia: Formas clínicas. *Minusval*, 55, 16.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A. y Barlow, D. H. (1994). *The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV*. Albany: State University of New York, Center for Stress and Anxiety Disorders.

- Brucker, B. S. (1983). Spinal cord injuries. En T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease* (pp. 285-311). Nueva York: Academic Press.
- Buckelew, S. P., Baumstark, K. E., Frank, R. G. y Hewett, J. E. (1990). Adjustment following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 35(2), 101-109.
- Buckelew, S. P., Burk, J. P., Brownlee-Duffeck, M., Frank, R. G. y DeGood, D. (1988). Cognitive and somatic aspects of depression among a rehabilitation sample: Reliability and validity of SCL-90-R research subscales. *Rehabilitation Psychology*, 33(2), 67-75.
- Buckelew, S. P., Frank, R. G., Elliott, T. R., Chaney, M. A. y Hewett, J. (1991). Adjustment to spinal cord injury: Stage theory revisited. *Paraplegia*, 29, 125-130.
- Burnham, L. y Werner, G. (1979). The high-level tetraplegia: Psychological survival and adjustment. *Paraplegia*, 16, 184-192.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Buunk, A. P., Zurriaga, R. y González, P. (2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Psychology and Health*, 21(6), 791-807.
- Cairns, D., Adkins, R. y Scott, M. (1996). Pain and depression in acute traumatic spinal cord injury: Origins of chronic problematic pain? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(4), 329-335.
- Cardenas, D. D., Warms, C. A., Turner, J. A., Marshall, H., Brooke, M. y Loeser, J. D. (2002). Efficacy of amitriptyline for relief of pain in spinal cord injury: Results of a randomized clinical trial. *Pain*, 96, 365-373.
- Carvalho de, S. A., Andrade, M. J., Tavares, M. A. y Sarmiento de Freitas, J. L. (1998). Spinal cord injury and psychological response. *General Hospital Psychiatry*, 20, 353-359.
- Castro, A. y Bravo, P. (1993). *Paraplegia. Otra forma de vida*. Madrid: Ediciones Sanro.

- Chan, R., Lee, P. y Lieh-Mak, F. (2000). Coping with spinal cord injury: personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 38(11), 687-696.
- Charlifue, S. y Gerhart, K. (2004a). Changing psychosocial morbidity in people aging with spinal cord injury. *Neurorehabilitation*, 19(1), 15-23.
- Charlifue, S. y Gerhart, K. (2004b). Community integration in spinal cord injury of long duration. *Neurorehabilitation*, 19, 91-101.
- Chung, M., Preveza, E., Papandreu, K. y Prevezas, N. (2006). Spinal cord injury, posttraumatic stress, and locus of control among the elderly: a comparison with young and middle-aged patients. *Psychiatry*, 69(1), 69-80.
- Cisneros, F. y Hurtado, A. (2003). Incidencia de las lesiones vertebrales traumáticas en el servicio de Cirugía de Columna de un hospital de concentración del sistema de seguridad social. *Acta Ortopédica Mexicana*, 17(6), 292-297.
- Clay, D. L., Hagglund, K. J., Frank, R. G., Elliott, T. R. y Chaney, J. M. (1995). Enhancing the accuracy of depression diagnosis in patients with *spinal cord injury* using Bayesian analysis. *Rehabilitation Psychology*, 40(3), 171-180.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31(5), 469-497.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Coyle, C. P., Lesnik-Emas, S. y Kinney, W. B. (1994). Predicting life satisfaction among adults with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 39(2), 95-112.
- Coyle, C. P., Shank, J. W., Kinney, W. y Hutchins, D. A. (1993). Psychosocial functioning and changes in leisure lifestyle among individuals with chronic secondary health problems related to spinal cord injury. *Therapeutic-Recreation-Journal*, 27(4), 239-252.

- Craig, A., Hancock, K., Chang, E. y Dickson, H. (1998). Immunizing against depression and anxiety after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 79, 375-377.
- Craig, A., Hancock, K. y Dickson, H. (1994a). A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury. *Paraplegia*, 32(10), 675-679.
- Craig, A., Hancock, K. y Dickson, H. (1994b). Spinal cord injury: a search for determinants of depression two years after the event. *The British Journal of Clinical Psychology / The British Psychological Society*, 33(2), 221-230.
- Craig, A., Hancock, K. M., Dickson, H. G. y Chang, E. (1997). Long-term psychological outcomes in spinal cord injured persons: Result of a controlled trial using cognitive behavior therapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(1), 33-38.
- Craig, A., Hancock, K. M., Dickson, H. G., Martin, J. y Chang, E. (1990). Psychological consequences of spinal injury: A review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24(6), 418-425.
- Craig, A., Tran, Y., Lovas, J. y Middleton, J. (2008). Spinal Cord Injury and its association with Negative Psychological States. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 12(2), 115-121.
- Crisp, R. (2007). Depression and occupational disability in five diagnostic groups: A review of recent research. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 29(4), 267-279.
- Curcoll, M. L. (1999). Lesionados medulares y rehabilitación. En A. Ruano, J. M. Muñoz y C. Cid (Eds.), *Psicología de la rehabilitación en deficiencias y discapacidades físicas* (pp. 161-197). Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Cushman, L. A. y Dijkers, M. (1991). Depressed mood during rehabilitation of persons with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation*, 57(1), 35-38.
- Daverat, P., Petit, H., Kemoun, G., Dartigues, J. y Barat, M. (1995). The long term outcome in 149 patients with spinal cord injury. *Paraplegia*, 33(11), 665-668.
- Davidoff, G., Roth, E., Thomas, P., Doljanac, R., Dijkers, M., Barent, S., et al. (1990). Depression among acute spinal cord injury patients: a study utilizing the Zung

- Self-Rating Depression Scale. *Rehabilitation Psychology*, 35(3), 171-179.
- Davidson, K. W., Kupfer, D. J., Bigger, J. T., Califf, R. M., Carney, R. M., Coyne, J. C., et al. (2006). Assessment and treatment of depression in patients with cardiovascular disease: National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Report. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2), 121-126.
- Defrin, R., Grunhaus, L., Zamir, D. y Zeilig, G. (2007). The effect of a series of repetitive transcranial magnetic stimulations of the motor cortex on central pain after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), 1574-1580.
- Derogatis L. R., Rickels K. y Rock A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., y Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L. R. y Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, and Procedures Manual-I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dryden, D., Saunders, L., Rowe, B., May, L., Yiannakoulias, N., Svenson, L., et al. (2004). Utilization of health services following spinal cord injury: a 6-year follow-up study. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 42(9), 513-525.
- Dryden, D., Saunders, L., Rowe, B., May, L., Yiannakoulias, N., Svenson, L. et al. (2005). Depression following traumatic spinal cord injury. *Neuroepidemiology*, 25(2), 55-61.
- Dunn, M., Love, L. y Ravesloot, C. (2000). Subjective health in spinal cord injury after outpatient healthcare follow-up. *Spinal Cord*, 38, 84-91.
- Elliott, T. R. (1999). Social problem-solving abilities and adjustment to recent-onset spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 44(4), 315-332.

- Elliott, T. R. y Frank, R. (1996). Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(8), 816-823.
- Elliott, T. R., Godshall, F. J., Herrick, S. M., Witty, T. E. y Spruell, M. (1991). Problem-solving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. *Cognitive Therapy and Research*, 15(5), 387-398.
- Elliott, T. R., Herrick, S. M., Patti, A. M., Witty, T. E., Godshall, F. J. y Spruell, M. (1991). Assertiveness, social support and psychological adjustment following spinal cord injury. *Behavior Research and Therapy*, 29(5), 485-493.
- Elliott, T. R., Herrick, S. M., Witty, T. E., Godshall, F. y Spruell, M. (1992). Social support and depression following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 37(1), 37-48.
- Elliott, T. R. y Kennedy, P. (2004). Treatment of depression following spinal cord injury: An evidence based review. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 134-139.
- Elliott, T. R., Kurylo, M., Chen, Y. y Hicken, B. (2002). Alcohol abuse history and adjustment following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 47(3), 278-290.
- Elliott, T. R. y Shewchuk, R. M. (1995). Social Support and leisure activities, following severe physical disability: testing the mediating effects of depression. *Basic and Applied Social Psychology*, 16(4), 471-487.
- Elliott, T. R. y Umlauf, R. L. (1995). Measurement of Personality and Psychopathology Following Acquired Physical Disability. En L. A. Cushman y M. J. Scherer, (Eds.), *Psychological Assessment in Medical Rehabilitation* (pp. 325-358). Washington: American Psychological Association.
- Elliott, T. R., Witty, T. E., Herrick, S. y Hoffman, J. T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 608-613.
- Endicott, J. y Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Evans, D. L. y Charney, D. S. (2003). Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Society of Biological Psychiatry*, 54(3), 177-80.

- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M. y Krishnan, K. R. (2005). Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58, 175-189.
- Faber, R. (2005). Depression and spinal cord injury. *Neuroepidemiology*, 25(2), 53-54.
- Fabregat, J. S. (2007). Lesiones traumáticas de la médula espinal. En MAPFRE. *Jornada sobre daño medular: retos médicos y sociales*, (pp. 3-35). Madrid: MAPFRE.
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A. y Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: A review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 30, 112-126.
- Feinstein, A. y Feinstein, K. (2001). Depression associated with multiple sclerosis. Looking beyond diagnosis to symptom expression. *Journal of Affective Disorders*, 66, 193-198.
- Fernández, C. y Álvarez, N. (2002). La calidad de vida en personas con síndrome de intestino irritable. *Clínica y Salud*, 38(1), 7-31.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders — Patient edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: New York Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Franceschini M., Di Clemente B., Rampello A., Nora M., y Spizzichino L. (2003). Longitudinal outcome 6 years after spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 41(5), 280-285.
- Frank, R. G., Elliott, T. R., Wonderlich, S. A., Corcoran, J. R. et al. (1987). Gender differences in the interpersonal response to depression and spinal cord injury. *Cognitive-Therapy-and-Research*, 11(4), 437-448.
- Frank, R. G., Umlauf, R. L., Wonderlich, S. A., Ashkanazi, G. S., Buckelew, S. P. y Elliott, T. R. (1987). Differences in coping styles among persons with spinal cord injury: A cluster-analytic approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 727-731.

- Frank, R. G., Van Valin, P. y Elliott, T. R. (1987). Adjustment to spinal cord injury: A review of empirical and nonempirical studies. *Journal of Rehabilitation*, 53(1), 42-48.
- Fregni, F., Boggio, P., Lima, M., Ferreira, M., Wagner, T., Rigonatti, S., et al. (2006). A sham-controlled, phase II trial of transcranial direct current stimulation for the treatment of central pain in traumatic spinal cord injury. *Pain*, 122(1-2), 197-209.
- Fugl-Meyer, A., Branholm, I. y Fugl-Meyer, K. (1991). Happiness and domain specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clinical Rehabilitation*, 5, 25–33.
- Fuhrer, M., Rintala, D., Hart, K., Clearman, R. y Young, M. (1993). Depressive symptomatology in persons with spinal cord injury who reside in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74(3), 255-260.
- Fullerton, D. T., Harvey, R. F., Klein, M. H., y Howell, T. (1981). Psychiatric disorders in patients with spinal cord injuries. *Archives of General Psychiatry*, 38(12), 1369-1371.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A. y Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*, 120, 76-85.
- Galvin, L. y Godfrey, H. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 39(12), 615-627.
- García, L. (2006). La perspectiva de género en el proceso de adaptación a la lesión medular (Tesis doctoral inédita). Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.
- Giardino, N., Jensen, M., Turner, J., Ehde, D. y Cardenas, D. (2003). Social environment moderates the association between catastrophizing and pain among persons with a spinal cord injury. *Pain*, 106(1-2), 19-25.
- Gioia, M. C., Cerasa, A., Di Lucente, L., Brunelli, S. Castellano, V. y Trallesi, M. (2006). Psychological impact of sports activity in spinal cord injury patients.

- Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 16, 412-416.
- Glickman, S. y Kamm, M. (1996). Bowel dysfunction in spinal-cord-injury patients. *Lancet*, 347(9016), 1651-1653.
- Goldman, R. L., Radnitz, C. L. y McGrath, R. E. (2008). Posttraumatic stress disorder and mayor depression in veterans with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 53(2), 162-170.
- Gorman, C., Kennedy, P. y Hamilton, L. (1998). Alterations in self-perceptions following childhood onset of spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 36(3), 181-185.
- Grob A. (1995). Well-being and life-events across the lifespan. *Swiss Journal of Psychology*, 54, 3-18.
- Guest, R., Klose, K., Needham-Shropshire, B. y Jacobs, P. (1997). Evaluation of a training program for persons with SCI paraplegia using the Parastep 1 ambulation system: part 4. Effect on physical self-concept and depression. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(8), 804-807.
- Guttmann, L. (1976). *Spinal Cord Injuries: compressive management and research*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hammell, K. R. W. (1992). Psychological and sociological theories concerning adjustment to traumatic spinal cord injury: The implications for rehabilitation. *Paraplegia*, 30(4), 317-326.
- Hammell, K. R. W. (1994). Psychosocial outcome following spinal cord injury. *Paraplegia*, 32(8), 771-779.
- Hancock, K., Craig, A., Dickson, H., Chang, E. y Martin, J. (1993). Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. *Paraplegia*, 31(6), 349-357.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagt, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. y Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-

España. *Medicina Clínica (Bar)*, 126(12), 445-451

- Hartkopp, A., Brønnum-Hansen, H., Seidenschnur, A. y Biering-Sørensen, F. (1998). Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(11), 1356-1361.
- Heinemann, A. W. y Hawkins, D. (1995). Substance abuse and medical complications following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 40(2), 125-140.
- Heinrich, R. K. y Tate, D. G. (1996). Latent variable structure of the Brief Symptom Inventory in a sample of persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 41(2), 131-147.
- Herrick, S. M., Elliott, T. R. y Crow, F. (1994). Social support and the prediction of health complications among persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 39(4), 231-249.
- Hicks, A. L., Martin, K. A., Ditor, D. S., Latimer, A. E., Craven, C., Bugaresti, J. y McCartney, N. (2003). Long-Term exercise training in personas with spinal cord injury: effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. *Spinal Cord*, 41, 34-43.
- Hohmann, G. W. (1975). Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injury person. *Clinical Orthopedics and Related Research*, 112, 81-88.
- Holicky, R. y Charlifue, S. (1999). Ageing with spinal cord injury: the impact of spousal support. *Disability and Rehabilitation*, 21(5/6), 250-257.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Armento, M. E. A. y Bare, R. L. (2004). Depressive disorders. In M. Hersen (Ed.), *Psychological assessment in clinical practice: A pragmatic guide* (pp.85-116). New York: Taylor y Francis.
- Hui, S. K., Elliott, T. R., Schewchuk, R. y Rivera, P. (2007). Communal behaviors and psychological adjustment of family caregivers and persons with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 52(1), 113-119.
- Hultling, C., Giuliano, F., Quirk, F., Peña, B., Mishra, A. y Smith, M. (2000). Quality of life in patients with spinal cord injury receiving Viagra (sildenafil citrate) for the treatment of erectile dysfunction. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 38(6), 363-370.

- Ibáñez, I., Peñate, W. y González, M. (1997). La estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck. *Psicología Conductual*, 5(1), 71-91.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2000). *Base de datos estatal de personas con discapacidad*. Madrid: IMSERSO.
- Instituto Nacional de Estadística (1987). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías: Año 1986*. (Dos Tomos). Madrid: INE.
- Instituto Nacional de Estadística (2000). Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. Avance de resultados. Datos Básicos. Madrid: INE.
- Jacob, K., Zachariah, K. y Bhattacharji, S. (1995). Depression in individuals with spinal cord injury: Methodological issues. *Paraplegia*, 33(7), 377-380.
- Jarama, S. L., Reyst, H., Rodríguez, M., Belgrave, F. y Zea, M. C. (1998). Psychosocial adjustment among central american immigrants with disabilities: an exploratory study. *Cultural Diversity and Mental Health*, 4(2), 115-125.
- Jubala, J. A. y Brenes, G. (1988). Spinal Cord Injuries. En V. B. Van Hasselt, P. S. Strain y M. Hersen (Eds.), *Handbook of Developmental and Physical Disabilities* (pp. 423-438). Nueva York: Pergamon Press.
- Judd, L. L. y Kunovac, J. L. (1998). Clinical characteristics and management of unipolar depressive disorders comorbid with neurological disorders. *Neuropsychobiology*, 37(2), 84-87.
- Judd, F. K., Stone, J., Webber, J. E., Brown, D. J. y Burrows, G. D. (1989). Depression following spinal cord injury. A prospective in-patient study. *British Journal of Psychiatry*, 154(7), 668-671.
- Judd, F. K., Brown, D. J. y Burrows, G. D. (1991). Depression, disease and disability: application to patients with traumatic spinal cord injury. *Paraplegia* 29(2), 91-96.
- Kalpakjian, C. y Albright, K. (2006). An examination of depression through the lens of spinal cord injury. Comparative prevalence rates and severity in women and men. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 16(6), 380-388.
- Kalpakjian, C. Z., Bombardier, C. H., Schomer, K. K., Brown, P. A. y Johnson, K. L.

- (2009). Measuring depression in persons with spinal cord injury: A systematic review. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 32(1), 6-24.
- Kannisto, M. y Sintonen, H. (1997). Later health-related quality of life in adults who have sustained spinal cord injury in childhood. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 35(11), 747-751.
- Katon, W. J. (2003). Clinical and Health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216-226.
- Katon, W. J., Fan, F. M., Unützer, J., Taylor, J., Pincus, H. y Schoenbaum, M. (2008). Depression and diabetes: A potentially lethal combination. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), 1571-1575.
- Katon, W. J., Lin, E. y Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29, 147-155.
- Kemp, B. y Adams B. M (1995). The older Adult Health and Mood Questionnaire: A measure of geriatric depressive disorder. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 8(3), 162-167.
- Kemp, B., Kahan, J., Krause, J., Adkins, R. y Nava, G. (2004). Treatment of major depression in individuals with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 27(1), 22-28.
- Kemp, B. y Krause, J. (1999). Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 21(5-6), 241-249.
- Kennedy, P. y Evans, M. (2001). Evaluation of post traumatic distress in the first 6 months following SCI. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 39(7), 381-386.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M. y Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *The British Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 41-52.
- Kennedy, P., Frankel, H., Gardner, B. y Nuseibeh, I. (1997). Factors associated with

- acute and chronic pain following traumatic spinal cord injuries. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 35(12), 814-817.
- Kennedy, P. y Hamilton, L. (1997). Psychological impact of the management of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 35(9), 617-619.
- Kennedy, P., Lowe, R., Grey, N. y Short, E. (1995). Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross-sectional analysis of coping strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 34(4), 627-639.
- Kennedy, P., Lude, P. y Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95-105.
- Kennedy, P., Marsh, N., Lowe, R., Grey, N., Short, E. y Rogers, B. (2000). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology*, 5(2), 157-172.
- Kennedy, P. y Rogers, B. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: A longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(7), 932-937.
- Kennedy, P., Rogers, B., Speer, S. y Frankel, H. (1999). Spinal cord injuries and attempted suicide: a retrospective review. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 37(12), 847-852.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry* 6, 168–176.
- King, C. y Kennedy, P. (1999). Coping effectiveness training for people with spinal cord injury: preliminary results of a controlled trial. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38, 5-14.
- Kirshblum, S. y O'Connor, K. (1996). Rehabilitaci3n del lesionado medular. *Revista*

Iberoamericana de Rehabilitación Médica, 49, 21-34.

- Kishi, Y., Robinson, R. y Forrester, A. (1994). Prospective longitudinal study of depression following spinal cord injury. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 6(3), 237-244.
- Kishi, Y., Robinson, R. y Forrester, A. (1995). Comparison between acute and delayed onset major depression after spinal cord injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(5), 286-292.
- Krause, J. S., Brotherton, S. S., Morrisette, D. C., Newman, S. D. y Karkostas, T. E. (2007). Does pain interference mediate the relationship of independence in ambulation with depressive symptoms after spinal cord injury? *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 162-169.
- Krause, J. S., Carter, R., Pickelsimer, E. y Wilson, D. (2008). A prospective study of health and risk of mortality after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(8), 1482-1491.
- Krause, J. S., Coker, J., Charlifue, S. y Whiteneck, G. G. (1999). Depression and subjective well-being among 97 American Indians with spinal cord injury: A descriptive study. *Rehabilitation Psychology*, 44(4), 354-372.
- Krause, J. S., Coker, J., Charlifue, S. y Whiteneck, G. (2000). Health outcomes among American Indians with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(7), 924-931.
- Krause, J. S., Kemp, B. y Coker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: Relation to gender, ethnicity, aging and socio-economics indicators. *Archives of Physical Medicine rehabilitation*, 81, 1099-1109.
- Krause, J. S. y Rohe, D. (1998). Personality and life adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 43(2), 118-130.
- Kuptniratsaikul, V. V., Chulakadabba, S. S., y Ratanavijitrasil, S. S. (2002). An instrument for assessment of depression among spinal cord injury patients: Comparison between the CESD and TDI. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet*, 85(9), 978-983.
- LaChapelle, D. y Alfano, D. (2005). Revised neurobehavioral scales of the MMPI:

- sensitivity and specificity in traumatic brain injury. *Applied Neuropsychology*, 12(3), 143-150.
- Lawson, N. C. (1978). Significant events in the rehabilitation process: The Spinal Cord Injuries: patient's point of view. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 59(4), 573-579.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lewis, W. J. (2003). Recognizing and meeting the needs of patients with mood disorders and comorbid medical illness: A consensus conference of the Depression and Bipolar Support Alliance. *Biological Psychiatry*, 54(3), 181-183.
- Lindemann, J. E. (1981). Spinal Cord Injury. En J. E. Lindemann (Ed.), *Psychological and Behavioural aspects of physical disability. A manual for health practitioners* (pp. 217-241). Nueva York: Plenum Press.
- Litin, E. M. (1957). Emotional aspects of chronic physical disability. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 38(3), 139-42.
- López-Ibor, J. J. (1992). CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: OMS y Meditor.
- Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2ª ed.)*. Sydney: Psychology Foundation.
- Lubin, B. (1965). Adjective check lists for the measurement of depression. *Archives of General Psychology*, 12, 57-67.
- Lude, P., Kennedy, P., Evans, M., Lude, Y. y Beedie, A. (2005). Post traumatic distress symptoms following spinal cord injury: a comparative review of European samples. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 43(2), 102-108.
- Lundqvist, C., Siösteen, A., Sullivan, L., Blomstrand, C., Lind, B. y Sullivan, M. (1997). Spinal cord injuries: a shortened measure of function and mood. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 35(1), 17-21.

- MacDonald, M. R., Nielson, W. R. y Cameron, M. G. (1987). Depression and activity patterns of spinal cord injured persons living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68(4), 339-343.
- Macleod, L. y Macleod, G. (1998). Control cognitions and psychological disturbance in people with contrasting physically disabling conditions. *Disability and Rehabilitation*, 20(12), 448-456.
- Malec, J. y Neimeyer, R. (1983). Psychologic prediction of duration of inpatient spinal cord injury rehabilitation and performance of self-care. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64(4), 359-363.
- Martin, K. A., Latimer, E., McKechnie, K., Ditor, D. S., McCartney, N., Hicks, A. L., Burgaresti, J. y Craven, B. C. (2003). Using exercise to enhance subjective wellbeing among people with spinal cord injury: The mediating influences of stress and pain. *Rehabilitation Psychology*, 48, 157-164.
- Martz, E. (2003). Future time orientation and employment of individuals with a spinal cord injury: does current work status reflect a greater orientation toward the future? *Work (Reading, Mass.)*, 21(3), 257-263.
- Martz, E. (2004a). Do post-traumatic stress symptoms predict reactions of adaptation to disability after a sudden-onset spinal cord injury? *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(3), 185-194.
- Martz, E. (2004b). Do reactions of adaptation influence the fluctuation of future time orientation among individuals with spinal cord injuries? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 47(2), 86-95.
- Martz, E., Livneh, H., Priebe, M., Wuermsler, L. y Ottomanelli, L. (2005). Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(6), 1182-1192.
- Mazaira, J. (1987). Hoy, el paraplégico. *Minusval*, 5, 14-15.
- Mazaira, J. (2004). Tratamiento integral de la lesión medular. *Minusval*, 143, 62-65.
- Mazzoni, S. A., Boiko, P. E., Katon, W. J. y Russo, J. (2007). Depression and disability in seasonal and migrant Hispanic agricultural workers. *General Hospital Psychiatry*, 29, 450-453.

- McColl, M. A. y Skinner, H. A. (1996). Spinal cord injury and lifestyle health risks. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 9(2), 69-82.
- McColl, M. A., Walker, J., Stirling, P., Wilkins, R. y Corey, P. (1997). Expectations of life and health among spinal cord injured adults. *Spinal Cord*, 35, 818-828
- McNair, D., Lorr, M. y Droppleman, L. (1971). *Profile of Mood States*. San Diego: Education and Industrial Testing Service.
- Mehta, S., Orenczuk, S., Hansen, K. T., Aubut, J. L., Hitzig, S. L., Legassic, M., y Teasell, R. W. (2011). An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 56(1), 15-25.
- Migliorini, C., Tonge, B. y Taleporos, G. (2008). Spinal cord injury and mental health. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 309-314.
- Miller, W., Anton, H. y Townson, A. (2008). Measurement properties of the CESD scale among individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 46(4), 287-292.
- Minden, S. L. y Schiffer, R. B. (1991). Depression and mood disorders in multiple sclerosis. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*, 4(1), 62-77.
- Mingolarra, J. C. y Álvarez, A. (2003). Calidad de vida en personas con discapacidad. En J.C. Mingolarra (Ed.), *Rehabilitación clínica integral: Funcionamiento y discapacidad* (pp.186-204). Barcelona: Masson.
- Mitchell, M. C. M., Burns, N. R. N., y Dorstyn, D. S. D. (2008). Screening for depression and anxiety in spinal cord injury with DASS-21. *Spinal Cord*, 46(8), 547-551.
- Moore, A. D., Bombardier, C. H., Brown, P. B. y Patterson, D. R. (1994). Coping and emotional attributions following spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 17(1), 39-48.
- Moragas, R. (1974). *Rehabilitación: un enfoque integral*. Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo.
- Mueller, A. D. (1962). Psychologic factors in rehabilitation of paraplegic patients.

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 76, 151-159.

- Mueller, A. D. y Thompson, C. E. (1950). Psychological aspects of problems in spinal cord injury. *Occupational Therapy Rehabilitation*, 29, 86-95.
- Muraki, S., Tsunawake, N., Hiramatsu, S. y Yamasaki, M. (2000). The effect of frequency and mode of sports activity on the psychological status in tetraplegics and paraplegics. *Spinal Cord*, 38, 309-314.
- Nagler, B. (1950). Psychiatric aspects of spinal cord injury. *American Journal of Psychiatry*, 107, 49-56.
- Nair, K., Taly, A., Maheshwarappa, B., Kumar, J., Murali, T. y Rao, S. (2005). Nontraumatic spinal cord lesions: a prospective study of medical complications during in-patient rehabilitation. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 43(9), 558-564.
- National Spinal Cord Injury Statistical Centre. Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Glance 2008 (2008). Recuperado el 20 de noviembre de 2010, de <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=116979>
- Nielsen, M. (2003). Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord lesion. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 41(5), 296-302.
- Norrbrink, C., Hultling, C. y Lundeberg, T. (2005). Quality of sleep in individuals with spinal cord injury: a comparison between patients with and without pain. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 43(2), 85-95.
- Norrbrink, C., Kowalski, J. y Lundeberg, T. (2006). A comprehensive pain management programme comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(3), 172-180.
- Norrbrink, C. y Lundeberg, T. (2004). Non-pharmacological pain-relieving therapies in individuals with spinal cord injury: a patient perspective. *Complementary Therapies in Medicine*, 12(4), 189-197.
- Norrbrink, C. y Lundeberg, T. (2005). Use of analgesic drugs in individuals with spinal

- cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(2), 87-94.
- Norrbrink, C. y Osteråker, A. (2007). Life satisfaction in individuals with a spinal cord injury and pain. *Clinical Rehabilitation*, 21(1), 89-96.
- O'Conner, J. y Leitner, L. (1971). Traumatic quadriplegia: A comprehensive review. *Journal of Rehabilitation*, 37, 14-20.
- O'Connor R. J. y Murray P. C. (2006). Review of spinal cord injuries in Ireland. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 44(7), 445-448.
- Oh, S., Shin, H., Paik, N., Yoo, T. y Ku, J. (2006). Depressive symptoms of patients using clean intermittent catheterization for neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 44(12), 757-762.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas de actuación en Atención Primaria*. Madrid: OMS.
- Ones K., Yilmaz E., Beydogan A., Gultekin O. y Caglar N. (2007). Comparison of functional results in non-traumatic and traumatic spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 29(15), 1185-1191.
- Organización de Naciones Unidas (1993). *Normas uniformes sobre igualdad de oportunidades para personas con discapacidad*. ONU. <http://www.un.org/spanish/disabilities/standardrules.pdf> Recuperado el 12 de enero de 2013.
- Organización de Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo*. ONU. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> Recuperado el 12 de enero de 2013.
- Österåker, A. y Levi, R. (2005). Indicators of psychological distress in postacute spinal cord injured individuals. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 43(4), 223-229.
- Overall, J. E. y Gorhman, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological*

Reports, 10, 799–812.

- Overholser, J. C. y Schubert, D. S. P. (1993). Depression in patients with spinal cord injuries: a synthesis of cognitive and somatic processes. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality and Social, 12*(2), 172-183.
- Overholser, J. C., Schubert, D. S. P., Foliart, R. y Frost, F. (1993). Assessment of emotional distress following a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 38*(3), 187-198.
- Pelechano, V. (1972). *La personalidad en función de los parámetros de estímulo en la solución de problemas* (Tesis doctoral). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Complutense de Madrid.
- Pelechano, V. (1974). *El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*. Madrid: Fraser Ibérica, S.A.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos (1) (2). *Análisis y Modificación de Conducta, 18*(58), 167-201.
- Pelechano, V. y Báguena, M. J. (1983). Un cuestionario de Locus de Control (LUCAM). *Análisis y Modificación de Conducta, 9*(20), 5-46.
- Pelechano, V., Matud, P. y De Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 19*(63), 91-149.
- Pérez, C., Novoa, A., Ferrando, J., Santamariña, E., García-Altés, A. y Seguí-Gómez, M. (2010). *Lesiones Medulares Traumáticas y Traumatismos Craneoencefálicos en España, 2000-2008* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Pepper, G. A. (1977). The person with a spinal cord injury: Psychologic care. *American Journal of Nursing, 8*, 1330-1336.
- Peter, A. (1975). Psychosocial aspects of spinal cord injury. *Maryland State Medical Journal, 24*(2), 65-69.
- Pollard, C. y Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. *British Journal of Health Psychology, 12*(Pt 3), 347-362.

- Price, G., Kendall, M., Amsters, D. y Pershouse, K. (2004). Perceived causes of change in function and quality of life for people with long duration spinal cord injury. *Clinical Rehabilitation*, 18(2), 164-171.
- Radloff, L. S. (1977). The CESD scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385- 401.
- Radnitz, C. L., Broderick, C. P., Perez-Strumolo, L. y Tirch, D. D. (1996). The prevalence of psychiatric disorders in veterans with spinal cord injury: A controlled comparison. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(7), 431-433.
- Radnitz, C. L., MacGrath, R. E., Tirch, D. D., Willard, J., Perez Strumolo, L., Festa, J., et al. (1997). Use of the Beck Depression Inventory in veterans with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 42(2), 93-101.
- Rathore, M., Rashid, P., Butt, A., Malik, A., Gill, Z. y Haig, A. (2007). Epidemiology of spinal cord injuries in the 2005 Pakistan earthquake. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 45(10), 658-663.
- Ravenscroft, A., Ahmed, Y. y Burnside, I. (2000). Chronic pain after SCI. A patient survey. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 38(10), 611-614.
- Rehabilitación Internacional (1982). *Carta para los años 80*. Madrid: INSERSO.
- Reidy, K. y Caplan, B. (1994). Causal factors in spinal cord injury: patients' evolving perceptions and association with depression. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(8), 837-842.
- Reidy, K., Caplan, B. y Shawaryn, M. (1991). Coping strategies following spinal cord injury: Accommodation to trauma and disability. *Comunicación presentada en el 68 Encuentro Anual del Congreso Americano de Rehabilitación, Washington, D.C.*
- Reynolds, W. M. y Kobak, K. A. (1995). *Hamilton Depression Inventory (HDI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Richards, J. S. (1986). Psychologic adjustment to spinal cord injury during first

- postdischarge year. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67(4), 362-365.
- Richardson, E. J. y Richards, J. S. (2008). Factor structure of the PHQ-9 screen for depression across time since injury among persons with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 53(2), 243-249.
- Rigoni, H. C. (1977). *Psychological coping in the patient with spinal cord injury*. In D. S. Pierce y V. H. Nichols (Eds.), *The total care of spinal cord injuries* (pp.299-307). Boston: Little and Brown.
- Rintala, D. H., Holmes, S., Courtade, D., Fiess, R., Tastard, L. y Loubser, P. (2007). Comparison of the effectiveness of amitriptyline and gabapentin on chronic neuropathic pain in persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), 1547-1560.
- Rintala, D. H., Robinson-Whelen, S. y Matamoros, R. (2005). Subjective stress in male veterans with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 291-304.
- Rintala, D. H., Young, M. E., Hart, K. A., Clearman, R. R. y Fuhrer, M. J. (1992). Social support and the well-being of persons with spinal cord injury living in the community. *Rehabilitation Psychology*, 37(3), 155-163.
- Rintala, D. H., Young, M. E., Hart, K. A. y Fuhrer, M. J. (1994). The relationship between the extent of reciprocity with social supporters and measures of depressive symptomatology, impairment, disability and handicap in persons with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 39(1), 15-27.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. L. y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389
- Rogers, R. (2000) Schedule of affective disorders and schizophrenia (SADS). In R. Rogers, *Handbook of diagnostic and structured interviewing*, pp-84-102. New York: Guildford.
- Roth, R., Lowery, J. y Hamill, J. (2004). Assessing persistent pain and its relation to affective distress, depressive symptoms, and pain catastrophizing in patients

- with chronic wounds: a pilot study. *American Journal of Physical Medicine y Rehabilitation*, 83(11), 827-834.
- Rueda, M. B. (2001). *Evaluación del afrontamiento en lesionados medulares* (Tesis doctoral inédita), Universidad de Deusto, Bilbao, España.
- Rueda, M. B. y Aguado, A. L. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Sakakibara, B. M., Miller, W. C., Orenczuk, S. G. y Wolfe, D. L. (2009). A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47(12), 841-851.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G. y Zotti, A.M. (1986). *CBA-2.0 Scale Primarie: Manuale. Una batteria a largo spettro per l'assessment psicologico*. Florence: Organizzazioni Speciali.
- Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall.
- Saravanan, B., Manigandan, C., Macaden, A., Tharion, G. y Bhattacharji, S. (2001). Re-examining the psychology of spinal cord injury: a meaning centered approach from a cultural perspective. *Spinal Cord Injury*, 39, 323-326.
- Schalock, R. (1996). *Quality of life*. Washington D.C.: American Association of Mental Retardation.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2009). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M.A. Verdugo (Ed.), *Cómo mejorar la calidad de vida en personas con discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación* (pp.29-42). Salamanca: Amarú.
- Scherer, M. J., Blair, K. L., Banks, M. E., Brucker, B., Corrigan, J. y Wegener, S. (2004). Rehabilitation psychology. En W. E. Craighead y C. B. Nemeroff

- (Eds.), *The Concise Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science* (3a ed., pp.801-802). Nueva Jersey, Canadá: John Wiley and Sons.
- Scherer, M. J. y Cushman, L. (2001). Measuring subjective quality of life following spinal cord injury: a validation study of the assistive technology device predisposition assessment. *Disability and Rehabilitation*, 23(9), 387-393.
- Schulz, R. y 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(5), 1162-1172.
- Scivoletto, G., Petrelli, A., Di Lucente, L. y Castellano, V. (1997). Psychological investigation of spinal cord injury patients. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 35(8), 516-520.
- Scivoletto, G., Petrelli, A., Di Lucente, L., Giannantoni, A., Fuoco, U., D'Ambrosio, F. et al. (2000). One year follow up of spinal cord injury patients using a reciprocating gait orthosis: preliminary report. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 38(9), 555-558.
- Shnek, Z., Foley, F., LaRocca, N., Gordon, W., DeLuca, J., Schwartzman, H. et al. (1997). Helplessness, self-efficacy, cognitive distortions, and depression in multiple sclerosis and spinal cord injury. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 19(3), 287-294.
- Siller, J. (1969). Psychological situation of the disables with spinal cord injuries. *Rehabilitation Literature*, 30, 290-296.
- Simon, G. E. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54(3), 208-215.
- Simon, G., Von Korff, M., Rutter, C. y Peterson, D. (2001). Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Archives of General Psychiatry*, 58, 395-401.
- Skinner, A. L., Armstrong, K. J. y Rich, J. (2003). Depression and spinal cord injury: A review of diagnostic methods for depression, 1985 to 2000. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(3), 174-175.

- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S. y Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand*, 84(2),167-73.
- Snaith, R. P., Bridge, G. W. y Hamilton, M. (1976). The Leeds scales for the self-assessment of anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 128, 156-165.
- Spitzer, R., Kroenke, K. y Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1737-1744.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. y First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-9.
- Stanford, R., Soden, R., Bartrop, R., Mikk, M. y Taylor, T. (2007). Spinal cord and related injuries after attempted suicide: psychiatric diagnosis and long-term follow-up. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 45(6), 437-443.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F. y Beck, A. T. (1999). Dimensions of the beck depression inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 117-128.
- Stewart, T. (1977). Spinal cord injury: a role for the psychiatrist. *The American Journal of Psychiatry*, 134(5), 538-541.
- Stroud, M., Turner, J., Jensen, M. y Cardenas, D. (2006). Partner responses to pain behaviors are associated with depression and activity interference among persons with chronic pain and spinal cord injury. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 7(2), 91-99.
- Tasiemski, T. y Brewer, B. W. (2011). Athletic identity, sport participation, and psychological adjustment in people with spinal cord injury. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 28(3), 233-250.
- Tate, D. G., Forchheimer, M., Maynard, F., Davidoff, G. y Dijkers, M. (1993). Comparing two measures of depression in spinal cord injury. *Rehabilitation psychology*, 38(1), 53-61.

- Tate, D. G. D., Heinrich, R. K. R., Maynard, F. F. y Buckelew, S. P. S. (1994). Moderator-variable effect on the brief symptom inventory test-item endorsements of spinal cord injury patients. *Paraplegia*, 32(7), 473-479.
- Tate, D. G., Kewman, D. G. y Maynard, F. (1990). The brief symptom inventory: Measuring psychological distress in spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 35(4), 211-216.
- Trieschmann, R. B. (1992). Psychosocial research in spinal cord injury: The state of the art. *Paraplegia*, 30(1), 58-60.
- Tucker, S. J. (1980). The psychology of spinal cord injury: Patient-staff interaction. *Rehabilitation Literature*, 41, 114-121.
- Vahle, V. J., Andresen, E. M. y Hagglund, K. J. (2000). Depression Measures in Outcome Research. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 81(12, Suppl 2), 53-62.
- Vallejo, J. (2000). Clasificación de los trastornos afectivos. En J. Vallejo y C. Gastó (Eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp.192-216). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp.233-269). Madrid: McGrawHill.
- Verdugo, A. (1999). Marco conceptual de la psicología de la rehabilitación. En A. Ruano, J. M. Muñoz, y C. Cid (Eds.) *Psicología de la rehabilitación en deficiencias y discapacidades físicas* (pp. 13-32). Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Warms, C. A., Belza, B. L., Whitney, J. D., Mitchell, P. L. y Stiens, S. A. (2004). Lifestyle physical activity for individuals with spinal cord injury: a pilot study. *American Journal of Health Promotion*, 18(4), 288-291.
- Watson, D. y Kendall, P. C. (1983). Methodological issues in research on coping with chronic disease. In T. G. Burish y L. A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease: Research and applications* (pp. 39-81). San Diego, CA: Academic Press.

- Weaver, F. M., La Vela, S. L., Miskevics, S., Clemmons, N, Janke, E. A. y Spring, B. (2007). Smoking behaviour and readiness to change in male veterans with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 304-310.
- Weingardt, K. R., Hsu, J. y Dunn, M. E. (2001). Brief screening for psychological and substance abuse disorders in veterans with long-term spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 46(3), 271-278.
- Weller, D. J. y Miller, P. M. (1977). Emotional reactions of patient, family and staff in acute care period of spinal cord injury: Part I. *Social Work for Health Care*, 2(4), 369-377.
- Widerström-Noga, E., Cruz-Almeida, Y. y Krassioukov, A. (2004). Is there a relationship between chronic pain and autonomic dysreflexia in persons with cervical spinal cord injury? *Journal of Neurotrauma*, 21(2), 195-204.
- Wilson, M. W., Richards, J. S., Klapow, J. C., DeVivo, M. J. y Greene, P. (2005). Cluster analysis and chronic pain: An empirical classification of pain subgroups in a spinal cord injury sample. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 381-388.
- Wood-Dauphinée, S., Exner, G., Bostanci, B., Exner, G., Glass, C., Jochheim, K. et al. (2002). Quality of life in patients with spinal cord injury—basic issues, assessment, and recommendations. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 20(3-4), 135-149.
- Woolrich, R., Kennedy, P. y Tasiemski, T. (2006). A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health y Medicine*, 11(1), 80-90.
- Wright, G. N. (1980). *Total Rehabilitation*. Boston: Little, Brown and Company.
- Wyndaele M. y Wyndaele J. J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 44(9), 523-529.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O. Huang, V., Adey, M. y Leirer, V. O.

- (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Yorkston, K. M., Bamer, A., Johnson, K., y Amtmann, D. (2012). Satisfaction with participation in multiple sclerosis and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 34(9), 747-753.
- Zea, M. C., Belgrave, F. Z., Townsend, T. G., Jarama, S. L. y Banks, S. R. (1996). The influence of social support and active coping on depression among african americans and latinos with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 41(3), 225-241.
- Zanarini, C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L.C., Grilo, C.M., Shea, M.T., McGlashan, T.H. y Gunderson, J.G. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal Personality Disorder*, 14(4), 291-9.
- Zigmond, A. S. y Sanith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67,361-370.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C. y Wilson, S. (1986). A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1076 – 1081.
- Znoj, H. J. y Lude, P. (2002). Regulation of emotional and psychological symptoms in people with spinal cord injury. *Swiss Journal of Psychology*, 61(4), 203-210.
- Zuckerman, M. y Lubin B. (1985). *Manual/or the Multiple Affect Adjective Checklist-Revised*. California: Educational and Industrial Testing Service.
- Zuckerman, M., Lubin, B. R. y Robins, S. (1965). Validation of the multiple affect adjective check list in clinical situations. *Journal of Consulting Psychology*, 29(6), 594.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

ANEXO

EMELM

ESCALA MULTIDIMENSIONAL

DE EVALUACIÓN DE

LESIONADOS MEDULARES

Antonio-León Aguado Díaz

Departamento de Psicología

Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo, s/n - 33003 - Oviedo
Tel: 985103284 / Fax: 985104144
E-mail: aaguado@uniovi.es

SAPRE

Sociedad Asturiana de Psicología de la Rehabilitación
General Elorza, 62 B, planta baja, pasaje, local 8 - 33001 - Oviedo
Tel / Fax: 985291913
E-mail: alaguado@cop.es - sapre@cop.es

FICHA PERSONAL (RESUMEN)

- Nombre y apellidos: _____

- Dirección: _____

- Población: _____

- Código postal: _____

- Teléfono: _____

- Fecha de aplicación: _____

- Lugar de aplicación: _____

- Entrevistador: _____

- Tipo y nivel de discapacidad: _____

- Causa de la discapacidad: _____

- Fecha de la discapacidad: _____

- Fecha de alta: _____

- Observaciones: _____

- Número de orden: _____

FICHA PERSONAL

1. Número de orden: _____ v001
2. Sexo: v002
1: Varón 1
2: Mujer 2
3. Fecha de nacimiento: _____ v003
4. Estado civil: v004
1: Soltero 1
2: Casado 2
3: En pareja 3
4: Separado 4
5: Viudo 5
5. Lugar de nacimiento: _____ v005
6. Residencia: Población: _____ v006
1: Menos de diez mil habitantes 1
2: Más de diez mil habitantes 2
7. Nivel cultural: v007
1: Primario (Primarios, CEP, GE, Bach. Elemental, EGB, FPI) 1
2: Medio (BUP, COU, PREU, ESO, FPII) 2
3: Diplomado (Diplomaturas) 3
4: Título superior (Licenciaturas) 4
8. Estudia actualmente: v008
1: Sí 1
2: No 0
9. Nivel profesional: v009
1: Estudiante 1
2: Ama de casa 2
3: Cualificación baja 3
4: Cualificación profesional media 4
5: Cualificación alta 5
6: Otras _____ 6

10. Ocupación:		v010
1: Estudiante		1
2: Ama de casa		2
3: En activo		3
4: En paro		4
5: Jubilado		5
6: Pensionista		6
7: Otras	_____	7
11. Tipo de discapacidad:		v011
1: Paraplejia		1
2: Tetraplejia		2
3: Tetraparesia		3
4: Paraparesia		4
12. Tipo de lesión:		v012
1: Lesión completa		1
2: Lesión incompleta		2
13. Fecha de la discapacidad:	_____	v013
14. Causa de la discapacidad:		v014
1: Desconocida		1
2: Accidente tráfico		2
3: Accidente laboral		3
4: Accidente deportivo		4
5: Otros accidentes	_____	5
6: Enfermedad	_____	6
7: Otras	_____	7
15. Nivel de lesión 1:		v015
1: Cervical		1
2: Dorsal		2
4: Lumbar		4
5: Sacro		5
6: Desconocido		6
16. Nivel de lesión 2:		v016
(1X: cervical; 2X y 3X: dorsal; 4X: lumbar; 5X: sacra;):		
c1: 11; c2: 12; c3: 13; c4: 14; c5: 15; c6: 16; c7: 17; c8: 18;		
d1: 21; d2: 22; d3: 23; d4: 24; d5: 25; d6: 26; d7: 27;		
d8: 28; d9: 29; d10: 30; d11: 31; d12: 32;		
l1: 41; l2: 42; l3: 43; l4: 44; l5: 45;		
s1: 51; s2: 52; s3: 53; s4: 54; s5: 55;		
desconocida: 60)		

17. Tiempo de hospitalización (meses): _____ v017

18. Hospital: (X0: sólo un hospital; dos hospitales, combinar primer y segundo dígito): _____ v018

10: Oviedo	10
20: Toledo	20
30: Guttman	30
40: La Paz	40
50: Avilés	50
60: Basurto	60
70: Cruces	70
80: Militar	80
90: Otros _____	90

19. Fecha de alta: _____ v019

20. N° de reingresos (contando revisiones): _____ v020

21. Causas de reingresos: _____ v021

0: Ningún reingreso	0
1: Intervención quirúrgica	1
2: Infección orina	2
3: Escaras	3
4: Fractura ósea	4
5: Revisiones	5
6: 2 y 3	6
7: 1 y 3	7
8: Otras combinaciones _____	8
9: Otras causas _____	9

INTEGRACIÓN SOCIAL

22. ¿Con quién vive?:			v022
1: Mujer e hijos		1	
2: Padres		2	
3: Otros familiares		3	
4: Sólo		4	
5: Residencia		5	
6: Otras situaciones		6	
23. ¿Tiene amigos de antes?:			v023
1: Sí		1	
2: No		2	
24. ¿Tiene amigos nuevos?:			v024
1: Sí		1	
2: No		2	
25. ¿Dispone de ingresos propios?:			v025
1: Sí		1	
2: No		2	
26. ¿Tiene ingresos familiares?:			v026
1: Sí		1	
2: No		2	
27. Motivación laboral:	1 2 3 4 5		v027
28. Posibilidades de trabajo:	1 2 3 4 5		v028
29. ¿Tiene buen acceso su vivienda?:			v029
1: Sí		1	
2: No		2	
30. ¿Necesita adaptar su vivienda?:			v030
1: Sí		1	
2: No		2	
31. ¿Tiene carnet de conducir?:			v031
1: Sí		1	
2: No		2	
32. ¿Y coche adaptado?:			v032
1: Sí		1	
2: No		2	
33. Grado de información sobre recursos sociales:	1 2 3 4 5		v033

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

34. Levantarse y acostarse:	1	2	3	4	5	v034
35. Vestirse y desvestirse camisa:	1	2	3	4	5	v035
36. Vestirse y desvestirse pantalones:	1	2	3	4	5	v036
37. Vestirse y desvestirse calcetines:	1	2	3	4	5	v037
38. Vestirse y desvestirse zapatos y férulas ortopédicas:	1	2	3	4	5	v038
39. Aseo de manos y cara:	1	2	3	4	5	v039
40. Lavarse los dientes:	1	2	3	4	5	v040
41. Cortarse las uñas:	1	2	3	4	5	v041
42. Revisión dedos de los pies:	1	2	3	4	5	v042
43. Afeitarse o pintarse:	1	2	3	4	5	v043
44. Meterse y salirse de la bañera:	1	2	3	4	5	v044
45. Enjabonarse, aclararse y secarse el cuerpo:	1	2	3	4	5	v045
46. Poner sonda o colector y bolsa de orina:	1	2	3	4	5	v046
47. Ponerse un supositorio:	1	2	3	4	5	v047
48. Paso al WC:	1	2	3	4	5	v048
49. Manejo de la cuchara:	1	2	3	4	5	v049
50. Manejo del tenedor:	1	2	3	4	5	v050
51. Manejo del cuchillo:	1	2	3	4	5	v051
52. Beber por el vaso:	1	2	3	4	5	v052
53. ¿Sigue dieta?:	1	2	3	4	5	v053
54. ¿Controla su peso?:	1	2	3	4	5	v054
55. Movilidad dentro de la casa:	1	2	3	4	5	v055
56. ¿Realiza alguna tarea doméstica?:	1	2	3	4	5	v056

57. ¿Hace movilización diaria?:	1 2 3 4 5	v057
58. ¿Tiene posturas viciadas?:	1 2 3 4 5	v058
59. ¿Realiza vaciado vesical voluntario?:		v059
1: Sí	1	
2: No	2	
60. ¿Cómo lo realiza con sonda o sin sonda?:		v060
1: Con sonda	1	
2: Sin sonda	2	
3: No procede	3	
61. ¿Usa colector, sonda o empapador?:		v061
1: Sí	1	
2: No	2	
62. ¿Coloca el colector solo?:		v062
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
63. ¿Cada cuanto lo cambia? (en días):	_____	v063
64. Dificultad para realizar un autosondaje evacuador:	1 2 3 4 5	v064
65. Dificultad para orinar:	1 2 3 4 5	v065
66. Dificultad anal:	1 2 3 4 5	v066
67. ¿Cada cuanto efectúa la evacuación fecal? (en días):	_____	v067
68. ¿Necesita ayuda para evacuar?:		v068
1: Sí	1	
2: No	2	
69. Aseo e higiene corporal:	1 2 3 4 5	v069
70. Cuidado de la piel:	1 2 3 4 5	v070
71. Revisión diaria con el espejo:	1 2 3 4 5	v071

CUESTIONARIO DE FISIOTERAPIA

72. Equilibrio en paralelas (con férulas o aparatos):	1	2	3	4	5	v072
73. Equilibrio de pie (con férulas o aparatos):	1	2	3	4	5	v073
74. Equilibrio con bastones (con férulas o aparatos):	1	2	3	4	5	v074
75. Equilibrio de marcha (con férulas o aparatos):	1	2	3	4	5	v075
76. Ejercicios con pesas:	1	2	3	4	5	v076
77. Reeducación de la estática:	1	2	3	4	5	v077
78. Adiestramiento para automovilizaciones:	1	2	3	4	5	v078
79. Adiestramiento para automasaje:	1	2	3	4	5	v079

TRANSFERENCIAS

80. Pasar de la cama a la silla de ruedas:	1	2	3	4	5	v080
81. Pasar de la silla de ruedas a la cama:	1	2	3	4	5	v081
82. Pasar de la silla de ruedas a la silla:	1	2	3	4	5	v082
83. Pasar de la silla de ruedas al WC:	1	2	3	4	5	v083
84. Pasar de la silla de ruedas a la bañera:	1	2	3	4	5	v084
85. Pasar de la silla de ruedas al coche:	1	2	3	4	5	v085
86. Pasar de la silla de ruedas a la colchoneta:	1	2	3	4	5	v086

MARCHA

87. Marchas con aparatos en paralelas:	1	2	3	4	5	v087
88. Marchas con aparatos con bastones:	1	2	3	4	5	v088
89. Marchas pendulares con aparatos en paralelas:	1	2	3	4	5	v089
90. Marchas en terreno desigual con bastones:	1	2	3	4	5	v090
91. Rastreo y gateo en la colchoneta:	1	2	3	4	5	v091

DEAMBULACIÓN

92. Abrir, atravesar y cerrar una puerta:	1	2	3	4	5	v092
---	---	---	---	---	---	------

93. Deambulaci3n prolongada:	1	2	3	4	5	v093
94. Subir bordillo:	1	2	3	4	5	v094
95. Subir escaleras:	1	2	3	4	5	v095
96. Bajar escaleras:	1	2	3	4	5	v096
97. Entrar en el coche:	1	2	3	4	5	v097
98. Entrar en el autob3s:	1	2	3	4	5	v098
99. Bipedestaci3n-afeitarse:	1	2	3	4	5	v099
100. Bipedestaci3n-lavarse :	1	2	3	4	5	v100
101. Bipedestaci3n-lavarse dientes :	1	2	3	4	5	v101
102. Bipedestaci3n-vestir camisa :	1	2	3	4	5	v102
103. Bipedestaci3n-vestir pantalones :	1	2	3	4	5	v103

MANEJO DE LA SILLA DE RUEDAS

104. Pulsarse en la silla:	1	2	3	4	5	v104
105. Propulsi3n adelante:	1	2	3	4	5	v105
106. Propulsi3n atr3s:	1	2	3	4	5	v106
107. Propulsi3n giros:	1	2	3	4	5	v107
108. Subir rampas:	1	2	3	4	5	v108
109. Bajar rampas:	1	2	3	4	5	v109
110. Frenar la silla con <i>caballito</i> :	1	2	3	4	5	v110

MANEJO DE BASTONES

111. Deambulaci3n con dos bastones:	1	2	3	4	5	v111
112. Pasar un bast3n de una mano a otra para abrir y cerrar puertas:	1	2	3	4	5	v112
113. Sentarse en una silla con ayuda de un bast3n:	1	2	3	4	5	v113
114. Subir y bajar rampas (con bast3n):	1	2	3	4	5	v114
115. Subir y bajar escaleras (con bast3n):	1	2	3	4	5	v115
116. Caerse (con bast3n):	1	2	3	4	5	v116
117. Levantarse con apoyo de los bastones:	1	2	3	4	5	v117

ENTREVISTA IDENTIFICACIÓN Y CALIDAD DE VIDA

(V. Pelechano)

DATOS FAMILIARES

1. Número de hijos:	_____	v118
2. Trabajo del cónyuge o pareja:		v119
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
3. Estado de salud de la familia (padres, hermanos):		v120
1: Bueno	1	
2: Regular	2	
3: Malo	3	
4: No procede	4	
4. Estado de salud de la pareja:		v121
1: Bueno	1	
2: Regular	2	
3: Malo	3	
4: No procede	4	
5. Estado de salud de los hijos:		v122
1: Bueno	1	
2: Regular	2	
3: Malo	3	
4: No procede	4	
6. Casi todo el mundo tiene algunos problemas familiares. ¿Cuáles son los suyos?:		v123
1: Ninguno	1	
2: Problemas de pareja	2	
3: Problemas de hijos	3	
4: Problemas de padres y familia	4	
7. ¿Hay algún problema que tenga que ver con su discapacidad? ¿Cuáles?:		v124
1: Ninguno	1	
2: Protección familiar	2	
3: Dependencia	3	
4: Barreras arquitectónicas	4	
5: Limitación de la movilidad	5	
6: Problemas médicos	6	
7: Dificultades de adaptación	7	
8. ¿Qué consecuencias ha tenido su discapacidad para su vida de pareja?:		v125
1: Ninguna	1	
2: Mayor unión	2	
3: Distanciamiento	3	
4: Ruptura	4	
5: No procede	5	

9. ¿Para sus hijos?:		v126
1: Ninguna	1	
2: Mayor unión	2	
3: Distanciamiento	3	
4: No procede	4	
10. ¿Para sus relaciones con sus hermanos, primos?:		v127
1: Ninguna	1	
2: Mayor unión	2	
3: Distanciamiento	3	
4: Ruptura	4	
5: No procede	5	
11. ¿Para sus relaciones con la familia y amigos de su pareja?:		v128
1: Ninguna	1	
2: Mayor unión	2	
3: Distanciamiento	3	
4: Ruptura	4	
5: No procede	5	
12. ¿Existe algún miembro de la familia que sufra de alcoholismo, drogadicción o algún otro problema médico o psicológico?:		v129
1: Sí	1	
2: No	2	
13. ¿Qué piensa su familia de su discapacidad?:		v130
1: Nada en especial o no lo manifiestan	1	
2: Mala suerte o desgracia	2	
3: Apoyo, ayuda	3	
4: Mala suerte pero apoyo	4	
5: No procede	5	
14. ¿Ha tenido problemas con la familia o con los amigos de su pareja:		v131
1: Ninguno	1	
2: Distanciamiento	2	
3: Rechazo, ruptura	3	
4: No procede	4	

DATOS DE HISTORIA CLÍNICA

15. ¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas?:		v132
1: Sí	1	
2: No	2	
16. ¿Sigue algún tratamiento farmacológico?		v133
1: Sí	1	
2: No	2	
17. Juicio estimado por su médico acerca de su recuperación:		v134
1: Queda igual que antes	1	
2: Pierde aproximadamente el 20% de su capacidad	2	
3: Pierde entre el 21-40%	3	

4: Pierde entre el 41-60%	4	
5: Pierde entre el 61-80%	5	
6: Pierde más del 80%	6	
7: No le ha dicho nada	7	
18. Describa los problemas actuales por los que ha consultado al médico:		v135
01: Ninguno	01	
02: Infección orina	02	
03: Escaras	03	
04: Dislocación / ruptura huesos	04	
05: Enfermedad aguda (gripe, virus, etc.)	05	
06: 02 y 03	06	
07: 02 y 04	07	
08: 03 y 04	08	
09: 04 y 05	09	
10: 02 y 05	10	
11: Espasmos	11	
12: 02 y 11	12	
13: Problemas psicológicos	13	
14: 02 y 13	14	
15: Otros	15	
19. ¿Qué ha hecho hasta ahora para resolver sus problemas médicos?:		v136
1: Nada	1	
2: Acudir al médico	2	
3: Remedios caseros	3	
4: Acudir al curandero	4	
5: 2 y 3	5	
6: No procede	6	
20. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por sus problemas actuales?:		v137
1: Sí	1	
2: No	2	
21. ¿Cuáles fueron los resultados?:		v138
1: Buenos	1	
2: Regulares	2	
3: Malos	3	
4: No procede	4	
22. ¿Cómo cree que se encuentra ahora con relación a antes de tener la discapacidad?:		v139
1: Igual que antes en cuanto a eficacia y competencia. Puede hacer prácticamente lo mismo que antes.	1	
2: Pérdida del 20% de su capacidad	2	
3: Pérdida entre el 21-40%	3	
4: Pérdida entre el 41-60%	4	
5: Pérdida entre el 61-80%	5	
6: Pérdida de más del 80%	6	
7: No procede	7	

DATOS LABORALES

23. Situación laboral actual:		v140
1: Invalidez temporal	1	
2: Invalidez provisional	2	
3: Incapacidad parcial	3	
4: Incapacidad total	4	
5: Incapacidad absoluta	5	
6: Gran invalidez	6	
7: En activo	7	
24. Tipo de trabajo que desempeña:		v141
1: Estudiante	1	
2: Ama de casa	2	
3: En activo	3	
4: En paro y/o sin empleo	4	
5: Jubilado [Incapacidad laboral o similar]	5	
6: Pensionista [pensión propia]	6	
7: Otras pensiones _____	7	
8: Actividades no remuneradas	8	
25. ¿Qué trabajos desempeñó en el pasado?:		v142
1: Ninguno	1	
2: Obrero sin cualificación	2	
3: Obrero cualificado	3	
4: Profesional de grado medio	4	
5: Profesional de grado superior	5	
6: Empresario	6	
26. ¿Se encuentra satisfecho con su trabajo actual?:		v143
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
27. ¿Tiene problemas económicos?:		v144
1: Sí	1	
2: No	2	
28. ¿Tiene problemas laborales?:		v145
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
29. ¿Qué puesto le gustaría desempeñar en el trabajo?:		v146
1: El mismo que desempeño	1	
2: Uno más acorde con mi profesión	2	
3: No procede	3	
4: El mismo que desempeñaba	4	
5: Otros _____	5	

30. ¿Tiene que pedir la baja por la discapacidad que posee?:		v147
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
31. ¿Con qué frecuencia?:		v148
1: Cada 2-3 meses	1	
2: Cada 6 meses	2	
3: Una vez al año	3	
4: Cada 2 años ó más	4	
5: No procede	5	
32. ¿Los compañeros/as de trabajo piensan que Ud. se aprovecha de su discapacidad?:		v149
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
33. ¿Qué cree que piensan sus compañeros/as de trabajo sobre su discapacidad?:		v150
1: Nada en especial o no lo manifiestan	1	
2: Mala suerte o desgracia	2	
3: No procede	3	
4: Me ayudan	4	
34. ¿Qué les responde Ud. ante sus comentarios?:		v151
1: Me callo	1	
2: Protesto	2	
3: Les hago ver que están equivocados	3	
4: No procede	4	

RELACIONES SOCIALES

35. Sus relaciones sociales son:		v152
1: Como las de los demás	1	
2: Más intensas que las de sus amigos/as	2	
3: Menores que las de sus amigos/as	3	
36. Desde que está siendo tratado por su discapacidad:		v153
1: Ha perdido amigos	1	
2: No han cambiado los amigos que tiene	2	
3: Ha ganado amigos	3	
37. Desde que tiene su discapacidad:		v154
1: Piensa que tiene más dificultades para conocer a gente y establecer relaciones personales	1	
2: Piensa que tiene las mismas dificultades que antes	2	
3: Piensa que tiene menos dificultades que antes porque al haber pensado más en el ser humano sabe mejor qué hacer	3	
38. Desde que sufre de su discapacidad:		v155
1: Sale menos de casa porque puede ir a menos sitios	1	
2: Sale igual de casa que antes	2	
3: Sale más de casa que antes a buscar diversión	3	

RELACIONES SEXUALES

39. ¿Ha notado cambios en sus relaciones sexuales desde que tiene la discapacidad? ¿Cuáles?:		v156
1: Ninguno	1	
2: Pérdida de sensibilidad	2	
3: Pérdida de satisfacción	3	
4: Pérdida de libido	4	
5: Pérdida de relaciones	5	
6: No procede	6	
7: Relaciones distintas pero satisfactorias	7	
40. ¿Cree que su pareja le rehuye desde que Vd. se encuentra discapacitado?:		v157
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
41. ¿Han hablado francamente sobre el sexo desde que está discapacitado?:		v158
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
42. ¿Ha tenido antes de su lesión problemas en sus relaciones sexuales? ¿Cuáles?:		v159
1: Ninguno	1	
2: Impotencia	2	
3: Eyaculación precoz	3	
4: Otros _____	4	
5: No procede	5	
43. ¿Experimenta ansiedad, miedo o culpa a causa de su vida sexual?:		v160
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
44. ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual?:		v161
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
45. ¿Va a hablar con su pareja sobre lo que les pasa sexualmente?:		v162a
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
46. ¿Ha recibido Vd. después de su lesión algún tipo de información sobre sexualidad o relaciones sexuales?:		v162b
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	
47. ¿Le hubiera gustado a Vd. recibir este tipo de información?:		v162c
1: Sí	1	
2: No	2	
3: No procede	3	

48. ¿Considera Vd. que todos los nuevos lesionados medulares deberían recibir este tipo de información?: v162d

1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3

49. ¿Estaría Vd. dispuesto a informar a los nuevos lesionados medulares sobre estas cuestiones?: v162e

1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3

ACTIVIDADES DE CONSOLACIÓN

50. ¿En qué religión ha sido educado?: v163

1: Ninguna	1
2: Católica	2
3: Protestante	3
4: Otras _____	4

51. ¿Cuál es su religión en la actualidad?: v164

1: Ninguna	1
2: Católica	2
3: Protestante	3
4: Otras _____	4

52. ¿En qué medida es importante la religión para Ud.?: v165

1: Nada	1
2: Algo	2
3: Bastante	3
4: Mucho	4

53. ¿Cree que es bueno que las personas que sufren de problemas como el suyo se reúnan y formen asociaciones para ayudarse mutuamente?: v166

1: Sí	1
2: No	2

54. Explique las razones para el asociacionismo: v167

1: Ninguna	1
2: Apoyo, fuerza, unión	2
3: Otras _____	3

55. ¿Cree que la familia debe apoyarle en su estado actual?: v168

1: Sí	1
2: No	2

56. ¿Por qué?: v169

1: No, porque no necesitamos protección	1
2: Sí, la familia es la base de la convivencia	2
3: Por necesidad	3
4: Otras _____	4

57. ¿Qué piensa del hospital? Le ayuda?:		v170
1: Atención inmejorable	1	
2: Atención deficiente, necesita mejorar	2	
3: Muy mal servicio	3	
4: Otras _____	4	
5: No contesta	5	
58. ¿Cómo se podría mejorar la asistencia hospitalaria?:		v171
1: Servicios más especializados	1	
2: Personal mejor formado	2	
3: 1 y 2	3	
4: Trato más humano	4	
5: No necesita mejora	5	
6: Otras _____	6	
7: No contesta	7	

PROBLEMAS GENÉRICOS

59. Marque con una cruz cualquiera de los siguientes problemas que sean aplicables a su caso: (Puede marcar hasta CUATRO)		v172 / v175
00: Ninguno	00	
01: Dolores de cabeza	01	
02: Mareos	02	
03: Desmayos	03	
04: Calambres	04	
05: Problemas de estómago	05	
06: Pánico	06	
07: Diarrea	07	
08: Estreñimiento	08	
09: Fatiga	09	
10: Pesadillas	10	
11: No puedo conservar el trabajo	11	
12: Ideas de suicidio	12	
13: Tensión	13	
14: Problemas sexuales	14	
15: Problemas económicos	15	
16: Ambición excesiva	16	
17: Miedo a casi todo	17	
18: No veo salida a mi situación	18	
19: No me gustan los fines de semana	19	
20: No me gustan las vacaciones	20	
21: No puedo hacer amistades	21	
22: Malas condiciones en el hogar	22	
23: No puedo divertirme	23	
24: Dificultades de concentración	24	
25: Sentimientos de inferioridad	25	
26: Alcoholismo	26	
27: Insomnio	27	

28: Dificultades para relajarme	28
29: Drogas	29
30: Timidez	30
31: Falta de apetito	31
32: Problemas de memoria	32
33: Incapaz de tomar decisiones	33
34: Pocas ganas de vivir	34
35: Miedo a la muerte	35
36: Palpitaciones en el corazón	36

OCIO Y DIVERSIÓN

60. ¿Qué hacía cuando era más joven para divertirse?:		v176
1: Actividades deportivas	1	
2: Salir con amigos, fiestas, bailes, discoteca	2	
3: Lectura, cine	3	
4: Viajar	4	
5: 1 y 2	5	
6: Todas las anteriores	6	
7: Otras _____	7	
61. ¿Qué hace los fines de semana?:		v177
1: Nada, en casa	1	
2: Actividades deportivas	2	
3: Salir con amigos, fiestas, bailes, discoteca	3	
4: Lectura, cine	4	
5: Viajar	5	
6: 2 y 3	6	
7: 3 y 4	7	
8: Colaboración gratuita en asociaciones diversas	8	
9: Otras _____	9	
62. ¿Qué hace en las vacaciones?:		v178
1: Nada, lo mismo que el resto del año	1	
2: Viajar	2	
3: Descansar y tomar el sol	3	
4: Actividades deportivas	4	
5: 2 y 3	5	
6: Otras _____	6	
63. ¿En qué le gustaría ocupar su tiempo libre?:		v179
1: Leer, escuchar música, cine	1	
2: Salir con amigos, fiestas, bailes, discoteca	2	
3: Viajar	3	
4: Estudiar o trabajar	4	
5: Colaboración gratuita en asociaciones diversas	5	
6: Actividades deportivas	6	
7: Manualidades	7	
8: Nada	8	
9: Otras _____	9	

64. Mencione cinco cosas o actividades que antes de su discapacidad hacía y le gustaba hacerlas y ahora no puede hacer?:

v180

0: Ninguna, NC	0
1: Actividades deportivas	1
2: Viajar	2
3: Salir con amigos, fiestas, bailes, discoteca	3
4: Trabajar	4
5: 1 y 2	5
6: 1, 2 y 3	6
7: 1 y 3	7
8: 1, 2, 3 y 4	8
9: Otras _____	9

CUESTIONARIO E - N

(V. Pelechano)

La siguiente lista de afirmaciones se refiere a su modo de comportarse en la vida diaria. No importan las causas o razones que lo provoque. Todas las respuestas son igualmente correctas. La tarea a realizar consiste en responder a estas cuestiones con sinceridad.

Ejemplo: **La lluvia es buena:** **Sí No**

Si cree que la lluvia es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "Sí".

Si cree que la lluvia no es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "No".

SEA SINCERO, POR FAVOR. NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.

EL OBJETIVO QUE PERSIGUE ESTE ESTUDIO ES INTENTAR OFRECER AYUDA MÁS EFICAZ A LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN. Con ello a la vez que les ayudamos a ellas nos ayudamos a nosotros mismos. Puede tener la seguridad de que sus datos de identificación personal se mantienen **en secreto**.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Si algo no entiende, este es el momento de preguntar. Espere que le den la señal para comenzar.

- | | | |
|---|-------|------|
| 1. Tengo normalmente respuesta adecuada cuando me hacen una observación directa sobre mi modo de ser o comportarme. | Sí No | v181 |
| 2. Se me va muy frecuentemente la imaginación en cosas que normalmente no llevo a cabo. | Sí No | v182 |
| 3. A menudo me siento de mal humor, desconcertado/a. | Sí No | v183 |
| 4. Acostumbro a actuar rápido y con seguridad. | Sí No | v184 |
| 5. Puedo actuar frecuentemente de modo espontáneo y sin esfuerzo en una reunión social. | Sí No | v185 |
| 6. Me tengo a mí mismo/a como una persona habladora. | Sí No | v186 |
| 7. A menudo mis pensamientos vuelan de una parte a otra cuando intento concentrarme en un asunto determinado. | Sí No | v187 |
| 8. Me conceptúo a mí mismo/a como especialmente nervioso/a y en tensión. | Sí No | v188 |
| 9. La gente considera que soy vivaz, activo/a. | Sí No | v189 |
| 10. Me gusta "soñar despierto/a". | Sí No | v190 |
| 11. Generalmente me gusta tomar la dirección de las acciones que se hayan de tomar en grupo. | Sí No | v191 |

12. A menudo me invade y sin razón especial un sentimiento de indiferencia y cansancio.	Sí No	v192
13. Me considero una persona alegre y activa.	Sí No	v193
14. Unas veces me siento como rebosante y otras lento/a y perezoso/a.	Sí No	v194
15. Me resulta difícil actuar por mí mismo/a entre un grupo de gente.	Sí No	v195
16. Frecuentemente me asaltan ideas tontas, inútiles, que vuelan una y otra vez a mi imaginación.	Sí No	v196
17. Mis sentimientos son heridos con facilidad.	Sí No	v197
18. Me siento mejor ocupando un lugar secundario en las reuniones sociales.	Sí No	v198
19. Yo soy quien da el primer paso para lograr nuevas amistades.	Sí No	v199
20. Alguna vez me asalta sin razón algún sentimiento despreciable, miserable.	Sí No	v200
21. Me pongo de mal humor con facilidad.	Sí No	v201
22. Algunas veces me siento, y sin razón aparente, alegre y triste sucesivamente.	Sí No	v202
23. Me desconcierto fácilmente.	Sí No	v203
24. He tomado parte activa en la organización de una asociación o grupo.	Sí No	v204
25. A menudo cambio de humor con o sin razón suficiente.	Sí No	v205
26. Me pongo nervioso/a cuando tengo que esperar.	Sí No	v206
27. Considero que una crisis o dificultad es tan sólo motivo de disgusto.	Sí No	v207
28. Desempeño de buena gana un papel activo en las reuniones o estando con otras personas.	Sí No	v208
29. Me preocupo fácilmente por posibles adversidades.	Sí No	v209
30. Me he preocupado demasiado alguna vez por cosas insignificantes.	Sí No	v210
31. Me desconcierto si me siento observado/a por la gente en la calle o lugares públicos.	Sí No	v211
32. Soy muy nervioso/a.	Sí No	v212
33. Soy especialmente difícil en el trato con los demás de modo que no tengo tanto "éxito" como podría tener.	Sí No	v213
34. Alguna vez he tenido el sentimiento de tener dificultades enormes, insuperables.	Sí No	v214
35. A menudo sueño en cosas que me guardo para mí y no digo a nadie.	Sí No	v215
36. Me resulta difícil el hablar o exponer mis ideas delante de un grupo numeroso de personas.	Sí No	v216

CUESTIONARIO MAE

(V. Pelechano)

Las siguientes afirmaciones se refieren a su modo de comportarse en la vida diaria. No importan las causas o razones que lo provoquen. Todas las respuestas son igualmente correctas. La tarea a realizar consiste en responder a estas cuestiones con sinceridad.

Ejemplo: **La lluvia es buena.** **Sí No**

Si cree que la lluvia es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "Sí".

Si cree que la lluvia no es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "No".

SEA SINCERO, por favor. No deje NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.

EL OBJETIVO QUE PERSIGUE ESTE ESTUDIO ES INTENTAR OFRECER AYUDA MÁS EFICAZ A LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN. Con ello a la vez que les ayudamos a ellas nos ayudamos a nosotros mismos. Puede tener la seguridad de que sus datos de identificación personal se mantienen **en secreto**.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Si algo no entiende, este es el momento de preguntar. Espere la señal de comenzar.

- | | | |
|---|-------|------|
| 1. Si hago algunos fallos seguidos, mi estado de ánimo se va a pique. | Sí No | v217 |
| 2. Las tareas demasiado difíciles... las echo de lado con gusto. | Sí No | v218 |
| 3. Frecuentemente empiezo cosas que después no termino. | Sí No | v219 |
| 4. Muchas veces dejo de lado mis planes porque me falta la suficiente confianza en mi mismo/a como para ponerlos en práctica. | Sí No | v220 |
| 5. Yo podría rendir más si no me exigiesen tanto. | Sí No | v221 |
| 6. Cuando no cumplo perfectamente con mis deberes, la crítica de los demás me produce gran ansiedad. | Sí No | v222 |
| 7. Estoy contento/a cuando hago trabajos difíciles por el mero hecho de hacerlos, aunque no obtenga por ello gratificación especial alguna. | Sí No | v223 |
| 8. Una vida sin trabajar sería maravillosa. | Sí No | v224 |
| 9. El trabajo es para mí un asunto especialmente importante. | Sí No | v225 |
| 10. Antes de dar comienzo a una tarea difícil creo, muy frecuentemente, que irá mal. | Sí No | v226 |
| 11. Yo hago, como máximo, lo que se pide, y no más. | Sí No | v227 |
| 12. Ya cuando iba a la escuela me propuse llegar muy lejos. | Sí No | v228 |
| 13. Estaría también contento/a si no tuviese que trabajar. | Sí No | v229 |
| 14. En el trabajo que he hecho siempre he tenido ambiciosas pretensiones. | Sí No | v230 |
| 15. Normalmente trabajo más duro que mis compañeros/as. | Sí No | v231 |
| 16. El trabajo duro y el disfrutar de la vida hacen buena pareja. | Sí No | v232 |

17. Yo me haría cargo de un puesto de responsabilidad aún cuando no estuviera pagado como debiera.	Sí No	v233
18. Frecuentemente tomo a la vez demasiado trabajo.	Sí No	v234
19. Cuando hago algo, lo hago del mismo modo como si estuviera en juego mi propio prestigio.	Sí No	v235
20. El estar nervioso/a me aguijonea para rendir más.	Sí No	v236
21. Siento ansiedad cuando espero un mal resultado de una prueba o gestión que he realizado.	Sí No	v237
22. Logro más cosas gracias a mi aplicación que a mi talante.	Sí No	v238
23. Aprendo más del modo de vivir de las personas que triunfan que de mi propia experiencia.	Sí No	v239
24. Me siento inquieto/a si estoy algunos días sin trabajar.	Sí No	v240
25. Después de hacer una prueba o tomar una resolución sobre un asunto importante, estoy en tensión hasta que conozco los resultados.	Sí No	v241
26. Mi rendimiento mejora si espero alguna recompensa especial por él.	Sí No	v242
27. Sentimiento ligeros de ansiedad aceleran mi pensamiento.	Sí No	v243
28. Interrumpo con gusto mi trabajo si se presenta oportunidad para ello.	Sí No	v244
29. Una de mis principales dificultades es la ansiedad que siento ante una situación difícil.	Sí No	v245
30. A mayor responsabilidad de la tarea a realizar yo exigiría una mayor recompensa.	Sí No	v246
31. Lo más difícil, para mí, es siempre el comienzo de un nuevo trabajo.	Sí No	v247
32. Cuando trabajo en colaboración con otros, frecuentemente rindo más que ellos.	Sí No	v248
33. Pienso para mí que en este mundo hay que trabajar mucho y divertirse más, si ello es posible.	Sí No	v249
34. Creo que soy bastante ambicioso/a.	Sí No	v250
35. Nada puede distraerme en cuanto empiezo a hacer un trabajo.	Sí No	v251
36. Algunas veces me hago cargo de tanto trabajo que no tengo tiempo ni para dormir.	Sí No	v252
37. Los fracasos me afectan mucho.	Sí No	v253
38. Alguna vez dejo de lado gustosamente el trabajo para divertirme.	Sí No	v254
39. Tiendo a superarme cada vez más a mi mismo/a.	Sí No	v255
40. No sé por qué, pero la verdad es que trabajo más que los demás.	Sí No	v256
41. He sido considerado/a siempre como muy ambicioso/a.	Sí No	v257
42. En las ocasiones importantes estoy casi siempre nervioso/a.	Sí No	v258
43. Un sentimiento de tensión antes de una prueba o de una situación difícil me ayuda a lograr una preparación mejor.	Sí No	v259
44. En las situaciones difíciles llega a apoderarse de mi una sensación de pánico.	Sí No	v260

45. No me puedo concentrar cuando trabajo contra-reloj.	Sí No	v261
46. En las situaciones difíciles siento a veces tal ansiedad que me da casi lo mismo el resultado final.	Sí No	v262
47. Hago lo posible por rehuir los trabajos muy difíciles, si puedo, porque de estos fracasos me cuesta mucho salir.	Sí No	v263
48. Si estoy un poco nervioso/a aumenta mi capacidad para reaccionar ante cualquier circunstancia.	Sí No	v264
49. Con tal de hacer algo soy capaz de trabajar, aunque el pago de mi trabajo sea, a todas luces, insuficiente.	Sí No	v265
50. Mis amigos me dicen alguna vez que soy un/a vago/a.	Sí No	v266
51. Prefiero llevar muchas cosas a la vez aunque no las termine todas.	Sí No	v267
52. Los demás encuentran que yo trabajo demasiado.	Sí No	v268
53. Aunque no sé muy bien la razón, lo cierto es que siempre ando más ocupado/a que mis compañeros/as.	Sí No	v269
54. El trabajo duro y continuado me ha llevado siempre al éxito.	Sí No	v270
55. Puedo trabajar mucho sin fatigarme.	Sí No	v271
56. En una situación difícil mi memoria se encuentra fuertemente bloqueada.	Sí No	v272
57. Si estoy en un aprieto trabajo mejor de lo que lo hago normalmente.	Sí No	v273
58. En principio trabajo con más ganas si tengo mucho trabajo.	Sí No	v274
59. Prefiero hacer trabajos que lleven consigo cierta dificultad a hacer trabajos fáciles.	Sí No	v275
60. El trabajo ocupa demasiado tiempo en mi vida.	Sí No	v276
61. Mi propia falta de voluntad se demuestra al comparar mi éxito con el éxito de los demás.	Sí No	v277
62. Normalmente alcanzo mejores resultados en situaciones críticas.	Sí No	v278
63. Trabajo únicamente para ganarme la vida.	Sí No	v279
64. Me importa muy poco el que los demás trabajen más duro que yo.	Sí No	v280
65. Cuanto más difícil se torna una tarea, tanto más me animo a hacerme con ella.	Sí No	v281
66. Sinceramente, encuentro que en la actualidad las personas trabajan demasiado.	Sí No	v282
67. Se tiene que trabajar, pero de ningún modo más de lo necesario o lo debido (hacer horas extraordinarias, por ejemplo).	Sí No	v283
68. Yo me calificaría a mí mismo como vago.	Sí No	v284
69. Muchas veces los demás exigen demasiado de mí mismo.	Sí No	v285
70. En cuanto entro en la sala donde se va a hacer una prueba (o de una situación comprometida) me siento nervioso/a. Cuando empiezo a realizar la prueba o comienza la situación, desaparece mi nerviosismo.	Sí No	v286
71. El triunfo de los demás me estimula.	Sí No	v287
72. Las situaciones difíciles, más que paralizarme ... me estimulan.	Sí No	v288

LOCUS DE CONTROL

(V. Pelechano y M.J. Báguena)

En las páginas que siguen se encuentran una serie de afirmaciones sobre el modo de pensar y actuar en nuestra vida cotidiana. En la hoja de respuestas se ofrecen cuatro posibilidades de respuesta para cada una de las afirmaciones. La significación es la siguiente:

- A = Nunca
- B = Alguna vez
- C = Frecuentemente
- D = Siempre

Su tarea consiste en leer atentamente cada una de las afirmaciones y señalar en la HOJA DE RESPUESTAS la alternativa que, sinceramente, refleje su opinión al respecto.

Ejemplo: **Leo el periódico.** A B C D

Si usted lee el periódico siempre, señale en el ejemplo la letra D

Si usted lee el periódico frecuentemente, señale la letra C

Si sólo lee el periódico alguna vez, señale la letra B

Si usted nunca lee el periódico, señale la letra A

CONTESTE, POR FAVOR A TODAS LA CUESTIONES.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS.

El objetivo que persigue esta prueba es ayudar al conocimiento de las personas. La utilización de la información dejará siempre celosamente salvaguardados los derechos que todos los seres humanos tenemos de intimidad y conocimiento personal.

MUCHAS GRACIAS.

1. Cuando hago un balance de mi vida pasada creo que me han salido más cosas mal que bien. A B C D v289
2. Podría contar con los dedos de la mano las veces en las que he perdido mi serenidad. A B C D v290
3. En el trabajo uno debe confiar en sí mismo y no en los demás. A B C D v291
4. Nuestro sistema social es el culpable de que fracasen tantas y tantas personas. A B C D v292
5. Generalmente cuando por necesidad tengo que elegir entre dos alternativas suelo tirar una moneda al aire en vez de considerar cuál puede tener en un futuro mejores consecuencias. A B C D v293
6. Cuando estoy con un grupo de amigos y se presenta el momento de ir a algún sitio nunca doy mi opinión para elegir el lugar pues esto siempre depende de lo que digan los demás. A B C D v294
7. Los fallos que tengo cuando estoy realizando una tarea se deben siempre a causas ajenas a mí. A B C D v295
8. Cuando alguna vez he perdido a algún amigo pienso que ha sido por las circunstancias que han actuado en contra de esa amistad. A B C D v296

9. Cuando en alguna ocasión se me ha premiado o castigado ha sido porque me lo he merecido. A B C D v297
10. Cuando voy a hacer algún examen no soy de los que piensan que la mala o la buena suerte me vayan a perjudicar o a ayudar. A B C D v298
11. Hay días que parece que me haya levantado con el pie izquierdo pues haga lo que haga todo me sale mal. A B C D v299
12. Cuando he realizado una actividad en grupo y ésta ha fracasado normalmente ha sido culpa de los demás que no se han esforzado lo suficiente. A B C D v300
13. Cuando me propongo hacer algo, lo hago por encima de todo pese a quien pese y caiga quien caiga. A B C D v301
14. No suelo ser de las personas que a la primera de cambio se dejan vencer por las circunstancias cuando éstas no son favorables. A B C D v302
15. Me considero una persona de suerte, hasta tal punto que las cosas que he conseguido en esta vida se las debo a ella. A B C D v303
16. Cuando un compañero ha realizado mal una tarea pienso que los "hados" se han cebado en él dándole mala suerte. A B C D v304
17. Pienso que si las cosas empiezan a salirme bien por la mañana va a ser un buen día haga lo que haga. A B C D v305
18. A menudo me doy cuenta de que a pesar de mis mejores esfuerzos algunos resultados parece que suceden como si el destino los hubiese planeado de esa manera. A B C D v306
19. Cuando mi familia me dice que algo no lo he hecho bien es más por la costumbre de quejarse que porque exista alguna razón para hacerlo. A B C D v307
20. Si en mis relaciones con los demás surge algún problema dejo las cosas a su aire, pues intente lo que intente, las cosas casi siempre me salen al revés. A B C D v308
21. Cuando discuto con alguien, no discuto porque quiera sino porque el otro es, normalmente, exaltado. A B C D v309
22. Yo, por mí mismo/a, no discutiría con nadie. A B C D v310
23. Hago planes y me ilusiono con ello, pese a que si se convierte o no en realidad, depende de la suerte. A B C D v311
24. El clima que haga es un factor que influye para realizar bien o no el trabajo de cada día. A B C D v312
25. No vale la pena gastar energías en conseguir algo que uno no quiera. Si se tiene que conseguir, se conseguirá y si no, no. A B C D v313
26. Por lo que a mí se refiere, la falta de puntualidad se debe a circunstancias ajenas a mi voluntad. A B C D v314
27. Soy una persona que siempre se siente culpable de todo. A B C D v315
28. A veces ha tenido la sensación de que hago cosas que no quiero hacer sin que nadie me haya obligado. A B C D v316
29. Cuando empiezo un trabajo y no lo termino es porque yo quiero. No por otras razones. A B C D v317

30. Cuando se me presenta un problema por pequeño que les parezca a los demás, a mí siempre me parece una montaña.
Y haga lo que haga creo que no podré solucionarlo. A B C D v318
31. A menudo tengo la impresión de que hago las cosas no por mí mismo/a sino por las personas que se encuentran más cercanas a mí. A B C D v319
32. Cuando estoy presente en la discusión de unos amigos, generalmente no intervengo; no por miedo a ser indiscreto, sino porque diga lo que diga no me van a hacer caso. A B C D v320
33. Lo que a menudo cuenta para obtener algún trabajo no es lo que uno sabe, sino a quien conoce. A B C D v321
34. Cuando le estoy explicando algo a alguien y no lo entiende, es por su culpa, puesto que no me presta la atención suficiente. A B C D v322
35. Cuando me presentan a una persona y me doy cuenta de que no le soy simpático/a, pienso que no puedo hacer nada para remediar esta situación. A B C D v323
36. Ante una situación difícil pienso que no voy a poderla resolver por mí mismo/a. A B C D v324
37. Si tengo que hacer algo que no posee importancia tanto me da lo que resulte de mi acción. A B C D v325
38. Si algo le va mal a un/a amigo/a mío/a sé cómo analizar el problema para encontrar soluciones, pero si el problema lo tengo yo no acabo de verlo claro casi nunca. A B C D v326
39. Haga lo que haga, las cosas que tienen que pasar pasarán. A B C D v327
40. Antes de tomar decisiones sobre asuntos importantes pienso detenidamente cuáles van a ser las consecuencias. A B C D v328
41. Mi vida se rige normalmente por aquello de que hay que vivir el hoy porque el mañana no existe. A B C D v329
42. Las desgracias y los éxitos que he tenido a lo largo de toda mi vida son el resultado directo de mis propias acciones. A B C D v330
43. Me gusta trabajar independientemente, así los éxitos o los fracasos se deben siempre a mí. A B C D v331
44. Cuando me he comprometido a realizar un trabajo que me interesa y no lo he cumplido no ha sido por mi culpa sino por la torpeza de los otros. A B C D v332
45. En mis relaciones personales y en el trabajo soy muy exigente conmigo mismo/a. A B C D v333
46. Soy más crítico/a conmigo mismo/a que con los demás. A B C D v334
47. Cuando he obtenido un mal resultado en una prueba pienso que es porque no me esforcé en prepararme lo necesario. A B C D v335
48. Si alguna vez he ganado practicando cualquier deporte pienso que es porque puse todo mi empeño en hacerlo. A B C D v336

49. Cuando tengo que realizar por necesidad algún trabajo que no me gusta, el que éste me salga bien o mal depende de las circunstancias, no de mí. A B C D v337
50. Cuando trato con los amigos temas que no me interesan especialmente suelo cambiar frecuentemente de ideas en función de sus opiniones. A B C D v338
51. Cuando no hago lo que me gusta hacer, no es por mi culpa, sino por los demás. A B C D v339
52. El camino más seguro para lograr éxito profesional es trabajar duro y tener ideas claras acerca de lo que uno quiere hacer. A B C D v340
53. Me siento más seguro/a de mí mismo/a cuando alguna persona versada en un tema que a mí me interesa confirma las opiniones que tengo al respecto. A B C D v341
54. Cuando miro a mi alrededor y veo el éxito social que poseen algunas personas pienso que hay quien "nace con estrella" y otros "nacieron estrellados". A B C D v342
55. Mi éxito en la vida depende del concepto que los demás tengan de mí. A B C D v343
56. A la hora de enjuiciar los éxitos y fracasos de nuestra sociedad, no me preocupa en absoluto el papel que ciertos sectores sociales y grupos de presión juegan en el panorama nacional. A B C D v344
57. No suelo gastar bromas porque no me siento seguro de que vayan a tener gracia para los demás. A B C D v345
58. Las situaciones que implican un riesgo me gustan porque ponen a prueba el dominio de mí mismo/a. A B C D v346
59. Yo tendría éxito si me ofreciesen la oportunidad para ello. A B C D v347
60. Cuando he puesto toda mi voluntad en hacer algún trabajo y han empezado a surgir impedimentos, rápidamente lo he desechado. A B C D v348
61. Las personas me caen bien o mal a primera vista, sin saber por qué. Y me cuesta cambiar esta impresión. A B C D v349
62. Cuando juego a cartas, dados, etc., con mis amigos, pienso que el ganar o perder depende más de mi habilidad que de mi suerte. A B C D v350
63. Si todos nosotros tuviésemos una mayor participación política creo que se resolverían muchos problemas. A B C D v351
64. Cuando hablo con mi familia sobre mis problemas, suelo llevarles la corriente, pues diga lo que diga, es prácticamente imposible cambiar su mentalidad sobre determinados asuntos. A B C D v352
65. Hacer con los amigos planes para realizar algún viaje e ilusionarse con ellos no es rentable puesto que en cualquier caso, el que se haga o no se haga el viaje depende de la decisión de los demás y no de la mía. A B C D v353
66. Cuando algo me sale mal me desmoralizo fácilmente porque me han salido cosas mal antes. A B C D v354
67. Aprobar los exámenes es una cuestión de suerte en su mayor parte. A B C D v355

68. Mirando hacia atrás, tengo la impresión de que los problemas emocionales que he tenido no los he buscado yo, sino que me han sido dados. A B C D v356
69. Cuando consigo cualquier cosa que me he propuesto, olvido rápidamente los esfuerzos que he empleado en conseguirla y pienso que lo que he tenido es mucha suerte para haberlo logrado. A B C D v357
70. Si algo se me mete "entre ceja y ceja" lo hago con toda seguridad, al margen de las consecuencias que tenga. A B C D v358
71. Cuando mantengo una discusión sea del tipo que sea no pierdo el control. A B C D v359
72. Cuando hago algo, sé qué efectos van a producirse en la mayoría de las ocasiones. A B C D v360
73. Nadie sino yo mismo/a puede juzgar lo que me pasa. A B C D v361
74. Veo con cierta claridad las consecuencias inmediatas de mis actos. Lo que pase en un futuro más lejano importa poco. A B C D v362
75. La mayoría de los problemas que tenemos se resuelven por sí mismos, si nos damos tiempo para ello. A B C D v363
76. Realizo acciones por las acciones mismas y no me importan las consecuencias. A B C D v364
77. Si con decir sí o no se arreglasen las cosas, desaparecerían muchos problemas. Desgraciadamente, aparte de tomar la decisión y decirla, hay que realizar muchas acciones, con lo cual no se resuelven muchos problemas que tenemos. A B C D v365
78. La burocracia impide que seamos dueños de muchos de nuestros propios actos. A B C D v366
79. Me parece que las personas que me rodean me mandan hacer muchas cosas, de modo implícito, larvado y sin exponer con claridad. A B C D v367
80. A veces me parece que hago cosas porque sí, sin que pueda volverme atrás una vez he comenzado a hacerlas. A B C D v368
81. En mi vida personal me fío de mí mismo/a. Y de nadie más. A B C D v369
82. Cuando una persona tiene muchos amigos es porque los demás se fijan en ella. A B C D v370
83. He pasado por épocas en las que he tenido éxito y otras en las que me he sentido muy solo/a. Pensándolo bien, me parece que no he hecho nada para ello. A B C D v371
84. Tengo un sentido del humor tan especial que a los demás no les hace ninguna gracia. A B C D v372
85. Tan sólo en mi ironía con los demás me lo paso bien, a pesar de que los hiera. A B C D v373
86. No me gusta zaherir a los demás, pero es algo que no puedo controlar. A B C D v374
87. Suelo provocar malos entendidos pero no me atrevo a aclarar la situación. A B C D v375

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUALES

(V. Pelechano)

A continuación se exponen una serie de acciones y modos de pensar posibles durante una situación de crisis, enfermedad o ataque que se sufre. La tarea a realizar consiste en elegir, de entre cuatro alternativas de respuesta, aquella que se corresponda con lo que usted hace o piensa.

Las preguntas se refieren al presente, *cuando usted sabe que padece* de esta enfermedad o dolencia.

Ejemplo: **El ser humano ha nacido para sufrir:** A B C D

En la hoja de respuestas se encuentran cuatro alternativas:

A significa "en absoluto, de ninguna manera"

B significa " en alguna medida, ligeramente de acuerdo"

C significa "bastante o bastante de acuerdo"

D significa "en gran medida"

Señale, por favor, en el lugar correspondiente al "ejemplo" la letra que más se aproxime a lo que usted piensa al respecto.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS, POR FAVOR.

EL OBJETIVO QUE PERSEGUIMOS ES PODER AYUDARLE A USTED Y A OTRAS PERSONAS QUE TENGAN PROBLEMAS SIMILARES, LOS DATOS SERÁN SECRETOS Y SERÁN EMPLEADOS SOLAMENTE PARA AYUDA DE LAS PERSONAS Y EN NINGÚN CASO EN PRESENTACIÓN DE CASOS INDIVIDUALES. SUS DATOS DE IDENTIFICACIÓN SERÁN CODIFICADOS EN ORDENADOR.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

- | | | |
|---|---------|------|
| 1. Pienso en lo que puede sucederme. | A B C D | v376 |
| 2. Intento analizar el problema para conocerlo mejor. | A B C D | v377 |
| 3. Intento tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creo que saben sobre él. | A B C D | v378 |
| 4. Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema. | A B C D | v379 |
| 5. Pienso que, como la gripe, es una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglará todo. | A B C D | v380 |
| 6. Voy al médico para saber a qué atenderme. | A B C D | v381 |
| 7. Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando. | A B C D | v382 |
| 8. Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada. | A B C D | v383 |
| 9. Visito a más de un médico para ver si me dicen lo mismo porque no me acabo de fiar de los médicos. | A B C D | v384 |

10. Después de ir al ambulatorio, visité a otro médico privado.	A B C D	v385
11. Me critico a mí mismo/a porque creo que yo tengo parte de la culpa, al menos.	A B C D	v386
12. Confío en que lo que me dicen no sea verdad. Que lo mío no puede ser eso.	A B C D	v387
13. Sigo adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado).	A B C D	v388
14. Intento resolver el problema por mí mismo/a.	A B C D	v389
15. Voy solo/a al médico y no le digo nada a mi familia.	A B C D	v390
16. Guardo para mí lo que me pasa para no preocupar a mi familia.	A B C D	v391
17. Se lo digo a mi familia para que me puedan ayudar.	A B C D	v392
18. Intento mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debe tener.	A B C D	v393
19. Me desespero y pienso que el mundo es injusto.	A B C D	v394
20. Desde que lo sé duermo más de lo habitual.	A B C D	v395
21. Desde que lo sé no puedo dormir, pero no digo lo que pasa.	A B C D	v396
22. Me siento más irritable que lo de costumbre y lo pagan los que están más cerca de mí.	A B C D	v397
23. Pienso más de una vez que la culpa la tiene mi familia, por los disgustos que me dan.	A B C D	v398
24. Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella.	A B C D	v399
25. Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.	A B C D	v400
26. Me digo a mí mismo/a cosas que me hacen sentirme mejor.	A B C D	v401
27. Pienso que es una señal y me siento más creativo/a que normalmente.	A B C D	v402
28. Pienso que tengo que arreglar las cosas con mi familia.	A B C D	v403
29. Pienso que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada.	A B C D	v404
30. Intento olvidarme de todo.	A B C D	v405
31. Estoy cambiando; creo que estoy madurando como persona.	A B C D	v406
32. Espero a ver lo que pasa antes de hacer cualquier cosa.	A B C D	v407
33. Me desespero y lloro solo/a durante un rato.	A B C D	v408
34. Pienso que ya nada puede ser como antes.	A B C D	v409
35. He pensado un plan de acción y lo estoy siguiendo.	A B C D	v410
36. Pienso que yo soy el (la) principal responsable del problema.	A B C D	v411
37. No puedo concentrarme porque las ideas sobre lo que me pasa me vienen una y otra vez a la cabeza.	A B C D	v412

38. Procuro hablar con los especialistas para que me digan lo que tengo que hacer. A B C D v413
39. Me "alejo" del problema. Me tomo unos días en los que no pienso sobre ello. A B C D v414
40. Intento sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...). A B C D v415
41. Tomo más decisiones arriesgadas que antes de que me dijeran lo que me pasa. A B C D v416
42. Pienso que no puede pasarme nada. A B C D v417
43. Pienso que, dentro de todo, tengo suerte. A B C D v418
44. Intento no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me digo que tengo que tomarme las cosas con calma. A B C D v419
45. Busco tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida). A B C D v420
46. Mantengo el tipo y "a mal tiempo", buena cara". A B C D v421
47. Me doy cuenta de lo que es importante en la vida. A B C D v422
48. He cambiado algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida. A B C D v423
49. Hago lo posible para que los problemas que tengo con mi familia y amigos se arreglen. A B C D v424
50. Evito estar con la gente. A B C D v425
51. No permito que la enfermedad me venza: sigo mi vida normal y evito pensar en el problema. A B C D v426
52. Pienso que mi vida ha cambiado radicalmente. A B C D v427
53. Me siento una persona lisiada. A B C D v428
54. Oculto a mis amigos qué me pasaba de verdad. A B C D v429
55. Digo lo que me pasaba a mis amigos. Así llegan a respetarme más. A B C D v430
56. No tomo en serio la situación: me niego a tomarla en serio. A B C D v431
57. Recorro a experiencias pasadas: busco entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones. A B C D v432
58. Sé lo que tengo que hacer, así que me esfuerzo para hacer lo que debo. A B C D v433
59. Me prometo a mí mismo/a que mi vida va a cambiar y que voy a coger las cosas verdaderamente en serio. A B C D v434
60. Después de pensarlo bien, me propongo un par de soluciones distintas. A B C D v435
61. Pienso que los médicos se han equivocado. Esas cosas no me pueden pasar a mí. A B C D v436

62. Lo he aceptado porque no puedo hacer otra cosa. A B C D v437
63. Intento que mis sentimientos y preocupaciones
no interfieran con las cosas que hago todos los días. A B C D v438
64. Deseo cambiar lo que está ocurriendo o la forma de pensar
y sentir mía al respecto. A B C D v439
65. Pienso que es menos grave de lo que me dicen porque los médicos
siempre tienden a exagerar un poco para asustarte. A B C D v440
66. Sueño o imagino otro tiempo en el que las cosas me iban mejor. A B C D v441
67. Rezo. A B C D v442
68. Pienso que sólo Dios sabe lo que está pasando
y me dan ganas de ir a una iglesia. A B C D v443
69. Repaso mentalmente lo que tengo que hacer y decir. A B C D v444
70. Pienso cómo actuaría en esa situación una persona a
la que admiro y respeto y la tomo como modelo. A B C D v445
71. Intento verme "desde fuera", cómo lo vería una persona
distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas. A B C D v446
72. Me digo a mí mismo/a que las cosas pueden ser peor. A B C D v447
73. Pienso que he tenido muy mala suerte en la vida. A B C D v448
74. Pienso que, como soy una persona con suerte,
el futuro no va a ser tan malo como parece. A B C D v449
75. No puedo pensar nada y estoy como ido/a. A B C D v450
76. Me siento como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza. A B C D v451
77. Pienso que no soy la única persona en el mundo
con ese problema y, por ello, saldré adelante. A B C D v452
78. Me aferro al especialista que me ha ayudado
desde el principio como un rayo de esperanza. A B C D v453
79. Pienso que debería haberme cuidado más antes de ahora. A B C D v454
80. Pienso que, en definitiva, me habían "pasado" a lo largo
de mi vida muchas cosas. A B C D v455
81. Pienso que lo que me queda debe ser mejor que lo
que he pasado y me propongo pasarlo mejor. A B C D v456

REMEMORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

(V. Pelechano)

A continuación se exponen una serie de acciones y modos de pensar posibles durante una situación de crisis, enfermedad o ataque que se sufre. La tarea a realizar consiste en elegir, de entre cuatro alternativas de respuesta, aquella que se corresponda con lo que usted haya hecho o pensado.

Las preguntas se refieren a los primeros días en los que usted supo que padecía de esta enfermedad o dolencia.

Ejemplo: **El ser humano ha nacido para sufrir:** A B C D

En la hoja de respuestas se encuentran cuatro alternativas:

A significa "en absoluto, de ninguna manera"

B significa " en alguna medida, ligeramente de acuerdo"

C significa "bastante o bastante de acuerdo"

D significa "en gran medida"

Señale, por favor, en el lugar correspondiente al "ejemplo" la letra que más se aproxime a lo que usted piensa al respecto.

LE PEDIMOS AHORA QUE RECUERDE LOS PRIMEROS DÍAS EN LOS QUE SE SINTIÓ MAL Y SE ENTERO DE LA ENFERMEDAD QUE PADECE. y CONTESTE A TODAS LAS CUESTIONES QUE LE PLANTEAMOS.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS, POR FAVOR

EL OBJETIVO QUE PERSEGUIMOS ES PODER AYUDARLE A USTED Y A OTRAS PERSONAS QUE TENGAN PROBLEMAS SIMILARES, LOS DATOS SERÁN SECRETOS Y SERÁN EMPLEADOS SOLAMENTE PARA AYUDA DE LAS PERSONAS Y EN NINGÚN CASO EN PRESENTACIÓN DE CASOS INDIVIDUALES. SUS DATOS DE IDENTIFICACIÓN SERÁN CODIFICADOS EN ORDENADOR.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1. Me puse a pensar en lo que podía sucederme a continuación. A B C D v457
2. Intenté analizar el problema para conocerlo mejor. A B C D v458
3. Intenté tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creía que sabían sobre él. A B C D v459
4. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema. A B C D v460
5. Pensé que, como la gripe, era una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglaría todo. A B C D v461
6. Fui al médico para saber a qué atenerme. A B C D v462
7. Pregunté a una persona de la que me fiaba para que me dijera qué me estaba pasando. A B C D v463
8. Hice algo en lo que no creía, pero al menos

no me quedé sin hacer nada.	A B C D	v464
9. Visité a más de un médico para ver si me decían lo mismo porque no me acabo de fiar de los médicos.	A B C D	v465
10. Después de ir al ambulatorio, fui a visitar a otro médico privado.	A B C D	v466
11. Me critiqué a mí mismo/a porque creí que yo tenía parte de la culpa, al menos.	A B C D	v467
12. Confié en que lo que me decían no fuera verdad. Que lo mío no podía ser eso.	A B C D	v468
13. Seguí adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado).	A B C D	v469
14. Intenté resolver el problema por mí mismo/a.	A B C D	v470
15. Fui solo/a al médico y no le dije nada a mi familia.	A B C D	v471
16. Guardé para mí lo que me pasaba para no preocupar a mi familia.	A B C D	v472
17. Se lo dije a mi familia para que me pudieran ayudar desde el comienzo.	A B C D	v473
18. Intenté mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debería tener.	A B C D	v474
19. Me desesperé y pensé que el mundo es injusto.	A B C D	v475
20. Ese día (o esos días) dormí más de lo habitual.	A B C D	v476
21. Esos días no pude dormir, pero no dije lo que me pasaba.	A B C D	v477
22. Me sentía más irritable que lo de costumbre y lo pagaron los que estaban más cerca de mí.	A B C D	v478
23. Pensé más de una vez que la culpa la tenía mi familia, por los disgustos que me dan.	A B C D	v479
24. Pensé que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella.	A B C D	v480
25. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	A B C D	v481
26. Me dije a mí mismo/a cosas que me hicieron sentirme mejor.	A B C D	v482
27. Pensé que era una señal y me sentía más creativo/a que normalmente.	A B C D	v483
28. Pensé que tenía que arreglar las cosas con mi familia.	A B C D	v484
29. Pensé que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada.	A B C D	v485
30. Intenté olvidarme de todo.	A B C D	v486
31. Cambié; creo que he madurando como persona.	A B C D	v487
32. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer cualquier cosa.	A B C D	v488
33. Me desesperé y lloré solo/a durante un rato.	A B C D	v489
34. Pensé que ya nada podía ser como antes.	A B C D	v490

35. Pensé un plan de acción y lo seguí. A B C D v491
36. Pensé que yo era el (la) principal responsable del problema. A B C D v492
37. No podía concentrarme porque las ideas sobre lo que me pasa me venían una y otra vez a la cabeza. A B C D v493
38. Procuré hablar con los especialistas para que me dijeran lo que tenía que hacer. A B C D v494
39. Me "alejé" del problema. Me tomé unos días en los que no pensé sobre ello. A B C D v495
40. Intenté sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...). A B C D v496
41. Tomé más decisiones arriesgadas de las que tomo habitualmente. A B C D v497
42. Pensé que no podía pasarme nada peor. A B C D v498
43. Pensé que, dentro de todo, tuve suerte. A B C D v499
44. Intenté no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me decía que tenía que tomarme las cosas con calma. A B C D v500
45. Busqué tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida). A B C D v501
46. Mantuve el tipo y "a mal tiempo", buena cara". A B C D v502
47. Me di cuenta de lo que es importante en la vida. A B C D v503
48. Cambié algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida. A B C D v504
49. Hice lo posible para que los problemas que tenía con mi familia y amigos se arreglaran. A B C D v505
50. Evitaba estar con la gente. A B C D v506
51. No permití que la enfermedad me venciera: evitaba pensar en el problema y seguir la vida normal. A B C D v507
52. Pensé que mi vida había cambiado radicalmente. A B C D v508
53. Me sentí una persona lisiada. A B C D v509
54. Oculté a mis amigos qué me pasaba de verdad. A B C D v510
55. Dije lo que me pasaba a mis amigos. Así llegaron a respetarme más. A B C D v511
56. No tomé en serio la situación: me negué a tomarla en serio. A B C D v512
57. Recurrí a experiencias pasadas: busqué entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones. A B C D v513
58. Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé para hacer lo que debía. A B C D v514

59. Me prometí a mí mismo/a que mi vida iba a cambiar y me iba a coger las cosas verdaderamente en serio. A B C D v515
60. Después de pensarlo bien, me propuse un par de soluciones distintas. A B C D v516
61. Pensé que los médicos se habían equivocado. Esas cosas no me podían pasar a mí. A B C D v517
62. Lo acepté en muy poco tiempo porque no podía hacer otra cosa. A B C D v518
63. Intenté que mis sentimientos y preocupaciones no interfirieran con las cosas que hacía todos los días. A B C D v519
64. Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto. A B C D v520
65. Pensé que era menos grave de lo que me decían porque los médicos siempre tienden a exagerar un poco más para asustarte. A B C D v521
66. Soñé o imaginé otro tiempo en el que las cosas me iban mejor. A B C D v522
67. Recé. A B C D v523
68. Pensé que sólo Dios sabe lo que está pasando y me dieron ganas de ir a una iglesia. A B C D v524
69. Repasé mentalmente lo que tenía que hacer y decir. A B C D v525
70. Pensé cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomé como modelo. A B C D v526
71. Intenté verme "desde fuera", cómo lo vería una persona distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas. A B C D v527
72. Me dije a mí mismo/a que las cosas podían ser peor. A B C D v528
73. Pensé que he tenido muy mala suerte en la vida. A B C D v529
74. Pensé que, como soy una persona con suerte, el futuro no iba a ser tan malo como parecía. A B C D v530
75. No podía pensar nada y estaba como ido/a. A B C D v531
76. Me sentía como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza. A B C D v532
77. Pensé que no era la única persona en el mundo con ese problema y, por ello, saldría adelante. A B C D v533
78. Me aferré a un rayo de esperanza en el especialista que me ayudó desde el principio. A B C D v534
79. Pensé que debería haberme cuidado más antes de ahora. A B C D v535
80. Pensé que, en definitiva, me habían "pasado" a lo largo de mi vida demasiadas cosas. A B C D v536
81. Pensé que lo que me quedaba debía ser mejor que lo que había pasado y me propuse pasarlo mejor que hasta ese momento. A B C D v537

CUESTIONARIO DE BECK

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 19 apartados; señale con una cruz la frase que mejor refleje su situación actual.

1. Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos. v538
 No me encuentro triste.
 Me siento algo triste y deprimido.
 Ya no puedo soportar esta pena.
 Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

2. Me siento desanimado cuando pienso en el futuro. v539
 Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
 No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
 No espero nada bueno de la vida.
 No espero nada. Esto no tiene remedio.

3. He fracasado totalmente como persona (padre, marido, madre, hijo, profesional, etc.). v540
 He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.
 Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
 No me considero fracasado.
 Veo mi vida llena de fracasos.

4. Ya nada me llena. v541
 Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.
 Ya no me divierte lo que antes me divertía.
 No estoy especialmente insatisfecho.
 Estoy harto de todo.

5. A veces me siento despreciable y mala persona. v542
 Me siento bastante culpable.
 Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.
 Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable.
 No me siento culpable.

6. Estoy descontento conmigo mismo. v543
 No me aprecio.
 Me odio (me desprecio).
 Estoy asqueado de mí.
 Estoy satisfecho de mí mismo.

7. No creo ser peor que otros. v544
 Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal.
 Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
 Siento que tengo muchos y muy graves defectos.
 Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores.
8. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo. v545
 Siento que estaría mejor muerto.
 Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.
 Tengo planes decididos de suicidarme.
 Me mataría si pudiera.
 No tengo pensamientos de hacerme daño.
9. No lloro más de lo normal. v546
 Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo.
 Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo.
 Ahora lloro más de lo normal.
10. No estoy más irritable que normalmente. v547
 Me irrito con más facilidad que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.
11. He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto. v548
 Me intereso por la gente menos que antes.
 No he perdido mi interés por los demás.
 He perdido todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.
12. Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones. v549
 Tomo mis decisiones como siempre.
 Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
13. Puedo trabajar tan bien como antes. v550
 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar en nada.
 Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
 No trabajo tan bien como lo hacía antes.
14. Duermo tan bien como antes. v551
 Me despierto más cansado por la mañana.
 Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.

- Tardo una o dos horas en dormir por la noche.
 Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme.
 Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas.
 Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas.
 No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas.
15. Me canso más fácilmente que antes. v552
 Cualquier cosa que hago me fatiga.
 No me canso más de lo normal.
 Me canso tanto que no puedo hacer nada.
16. He perdido totalmente el apetito. v553
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Mi apetito es ahora mucho menor.
 Tengo el mismo apetito de siempre.
17. No he perdido peso últimamente. v554
 He perdido más de dos kilos y medio.
 He perdido más de cinco kilos.
 He perdido más de siete kilos y medio.
18. Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas. v555
 Estoy preocupado por dolores y trastornos.
 No me preocupa mi salud más de lo normal.
 Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.
19. Estoy menos interesado por el sexo que antes. v556
 He perdido todo mi interés por el sexo.
 Apenas me siento atraído sexualmente.
 No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

Escala de Satisfacción con la vida

[Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S., 1985)]

1. En la mayoría de las cuestiones, mi vida está cerca de mi ideal. V1801

1 Totalmente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Bastante en desacuerdo	4 Indiferente o ni de acuerdo ni desacuerdo	5 Bastante de acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	---------------------------	--------------------------------	--	-----------------------------	------------------------	-------------------------------

2. Mis condiciones de vida son excelentes v1802

1 Totalmente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Bastante en desacuerdo	4 Indiferente o ni de acuerdo ni desacuerdo	5 Bastante de acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	---------------------------	--------------------------------	--	-----------------------------	------------------------	-------------------------------

3. Estoy satisfecho con mi vida. V1803

1 Totalmente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Bastante en desacuerdo	4 Indiferente o ni de acuerdo ni desacuerdo	5 Bastante de acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	---------------------------	--------------------------------	--	-----------------------------	------------------------	-------------------------------

4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en mi vida v1804

1 Totalmente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Bastante en desacuerdo	4 Indiferente o ni de acuerdo ni desacuerdo	5 Bastante de acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	---------------------------	--------------------------------	--	-----------------------------	------------------------	-------------------------------

5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada. V1805

1 Totalmente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Bastante en desacuerdo	4 Indiferente o ni de acuerdo ni desacuerdo	5 Bastante de acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	---------------------------	--------------------------------	--	-----------------------------	------------------------	-------------------------------