

Relación entre variables clínicas y psicológicas en mujeres con lesión medular*

Relationship between Clinical and Psychological Variables in Women with Spinal Cord Injury

Recibido: marzo 21 de 2010 | Revisado: junio 25 de 2010 | Aceptado: junio 29 de 2010

M^a ÁNGELES ALCEDO-RODRÍGUEZ**

ANTONIO LEÓN AGUADO-DÍAZ

Universidad de Oviedo, España

LARA GARCÍA-CARENAS***

Asociación de Paraplégicos y Grandes Minusválidos

del Principado de Asturias, España

BENITO ARIAS-MARTÍNEZ****

Departamento de Psicología, Universidad

de Valladolid, España

RESUMEN

Este artículo se enmarca en la línea de estudios centrados en el abordaje de los aspectos psicológicos implicados en la rehabilitación de las personas con discapacidad. En este contexto se analiza, en un grupo de 44 mujeres con lesión medular (LM), la relación entre una serie de variables psicológicas y otro grupo de variables clínicas, todas ellas relevantes a lo largo del proceso de adaptación a la lesión. En general, los resultados muestran independencia entre las puntuaciones en las distintas escalas psicológicas y las variables clínicas analizadas. Estos datos reflejan la existencia de procesos individualizados de adaptación, y ofrecen soporte empírico al modelo de las diferencias individuales en el estudio del proceso de adaptación a la LM.

Palabras clave autores

Mujer, discapacidad, lesión medular, adaptación, evaluación, variables clínicas y psicológicas.

Palabras clave descriptor

Personas con discapacidades físicas, síndrome medular lateral, mujeres, psicología.

ABSTRACT

This article uses, as a framework, research focused on the psychological aspects of rehabilitating people with physical disabilities. In this study the cases of 44 women with spinal cord injury (SCI) were analyzed with regards to the relationship between a series of psychological variables and another group of clinical variables, all of them relevant in the SCI adaptation process. In general the results of this study show the subjects as independent as measured by various psychological scales and other analyzed clinical variables. These data reflect the existence of individualized adaptation processes and empirically support the individual differences model in studying the SCI adaptation process.

Keywords authors

Women, Disability, Spinal Cord Injury, Adaptation, Evaluation, Psychological and Clinical Variables.

Keywords plus

Physically Handicapped, Lateral Medullary Syndrome, Women, Psychology.

Para citar este artículo. Alcedo Rodríguez, M.A., Aguado Díaz, A.L., García Carenas, L., & Arias Martínez, B. (2010). Relación entre variables clínicas y psicológicas en mujeres con lesión medular (WCST). *Universitas Psychologica*, 9 (3), 715-727.

* Trabajo de investigación con subvención de una Beca Predoctoral para la formación en investigación y docencia del Principado de Asturias (Ref. BP03-021) concedida por la Fundación FICYT.

** Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo, s/n - 33003, Oviedo (España). E-mails: malcedo@uniovi.es; aaguado@uniovi.es. Teléfono: 985103284.

*** CAS-ASPAYM. Principado de Asturias; Avda. Roma, 8 - Bajo, 33011, Oviedo (España). E-mail: aspaym@aspaym-asturias.org; Teléfono: 985 244 253.

**** Departamento de Psicología, Facultad de Educación y Trabajo Social, Paseo de Belén, 1, Valladolid (España). E-mail: barias@psi.uva.es; Teléfono: 983183842.

Introducción

La lesión medular (LM) es la discapacidad física adquirida que ha sido objeto de mayor número de publicaciones, siendo el proceso de adaptación el tema que ocupa un lugar central en la investigación. Este proceso, que supone restaurar el equilibrio entre los factores psicosociales, orgánico-biológicos y ambientales de la vida de una persona, es complejo y multidimensional, y en él interactúan múltiples variables (Triechsman, 1988, 1992). Sin embargo, todas estas variables no siempre han sido consideradas en el estudio de la adaptación a la LM. La falta de un modelo global que integre todos los factores intervinientes en dicho proceso, ha potenciado el análisis de las variables psicológicas y postergado el estudio de otras, entre ellas, las variables clínicas y del entorno. Por otro lado, la ausencia de consenso en la definición del concepto de adaptación a la LM conlleva dificultades en su evaluación y operativización y ha acarreado deficiencias metodológicas importantes en muchos estudios (Aguado & Alcedo, 1995, 1999; Daverat, 1992; Heinemann, 1995; McColl & Skinner, 1992; Rueda & Aguado, 2003; Trieschman, 1988).

La constante observada en gran parte de estas publicaciones es la búsqueda de una supuesta personalidad del lesionado medular (Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman & Young, 1993; Hughes, Swedlund, Petersen & Nosek, 2001; Kennedy & Evans, 2001; Laatsch & Shahani, 1996). Es éste un tópico muy antiguo que trata de relacionar determinadas características de personalidad con la discapacidad física, así como la correlación entre la gravedad de la discapacidad y el grado de ajuste emocional. Sin embargo, el cuerpo creciente de datos que contradice la existencia de un proceso único de adaptación a la LM hace insostenible este modelo y ha ido desplazando el interés investigador hacia las diferentes variables psicológicas intervinientes en dicho proceso de adaptación para así poder explicar las diferencias individuales encontradas (Rueda, Aguado, Alcedo & Arias, 2004). La reformulación teórica viene dada por el modelo de las diferencias individuales (Shontz, 1983; Trieschman, 1984), modelo que afirma que

el proceso de adaptación a la LM no es único ni homogéneo para todos los sujetos, y que no sigue una secuencia determinada de fases o etapas, defendiendo la individualidad de dicho proceso. Igualmente, desde este modelo se postula que no hay correlación entre la gravedad de la discapacidad y el desajuste psicológico. El reconocimiento de las diferencias individuales va acompañado de una progresiva ampliación de las variables psicológicas estudiadas y de la adopción de perspectivas experimentales que enfatizan y reclaman la necesidad de una metodología diferencial, y también sugieren la conveniencia de que las teorías sobre la adaptación a la LM adopten una perspectiva biopsicosocial que tenga en cuenta los efectos interactivos entre la LM, los estresores psicosociales y el binomio persona-ambiente (Elliott & Frank, 1996; Krause & Rohe, 1998). Este planteamiento diferencial ha permitido que la explicación del proceso de adaptación a la LM se haya ido desarrollando con las aportaciones de las diferentes teorías psicológicas, hasta llegar a la reciente incorporación de los estudios sobre el estrés y el afrontamiento (Rueda, Aguado & Alcedo, 2009).

Ahora bien, este proceso de adaptación a la LM, discapacidad que afecta sobre todo a varones jóvenes (en torno a un 80% de la población de personas con LM son hombres), ha sido estudiado básicamente en este grupo de población. Ha interesado mucho menos cómo se desarrolla este proceso en la mujer. Las necesidades de estas mujeres han sido menos abordadas y especificadas, existiendo un importante vacío de conocimientos al respecto (Estores & Sipski, 2004; García, 2007; Pentland et al., 2002). Los aspectos psicológicos más frecuentemente citados en la bibliografía como variables implicadas y predictivas de la adaptación a la LM son: depresión, ansiedad, motivación y temas conexos, extraversión-neuroticismo, locus de control y afrontamiento (Rueda & Aguado, 2003). Sin embargo, no abundan los estudios que realicen análisis diferenciales en función del género, no contando, por tanto, con amplia información acerca de la influencia de estas variables en el proceso de adaptación de la mujer con LM. Si bien es cierto que contamos con un importante

número de estudios desarrollados por el equipo de Krause (Krause, 1998; Krause & Broderick, 2004; Krause, Broderick & Broyles, 2004; Krause, Kemp & Cocker, 2000; Krause & Reed, 2009; Krause, Saladin & Adkin, 2009; Thompson, Coker, Krause & Henry, 2003), trabajos que abordan diferentes aspectos psicológicos desde la perspectiva de género, esta línea de investigación aún no se encuentra ampliamente extendida.

Así, pues, el objetivo general de este trabajo es estudiar la relación entre una serie de variables psicológicas (depresión, ansiedad, motivación, extraversión, neuroticismo, locus de control y afrontamiento), y otro grupo de variables clínicas (tipo de lesión, fecha de alta médica, complicaciones médicas, etiología de la discapacidad, nivel de la lesión, tiempo de hospitalización, número de reingresos, edad de adquisición de la LM y tiempo transcurrido con la LM). Se trata, por tanto, de ahondar en el conocimiento del proceso de adaptación a la lesión de la mujer con LM desde una perspectiva diferencial, es decir, enfatizando la individualidad de dicho proceso.

Método

Participantes

En el estudio participaron un total de 44 mujeres con LM, 24 procedentes del Principado de Asturias (54.5%), 18 de Euskadi (41.0%), y las 2 restantes (4.5%) de Valladolid. Sus edades oscilan entre 18 años, la edad mínima, y 71 años, la edad máxima, estando la media en 38.11 años ($DT = 12.25$). Aparece un predominio de lesiones completas, 29 personas (65.9%), de las cuales un 54.5% son paraplejas y un 11.4% tetraplejas. En lo relativo al nivel de la LM, 9 personas presentan una lesión a nivel cervical (20.4%), 26 a nivel dorsal (59.2%) y 9 a nivel lumbar (20.4%). En lo que atañe a la etiología de la lesión, nos encontramos con un predominio de lesiones por accidentes de tránsito (40.9%) y por enfermedad (29.5%). En cuanto a los años transcurridos desde la adquisición de la discapacidad, la media es de 12.39 años, con una desviación típica de 11.64. Entre las complicacio-

nes médicas que estas mujeres refieren, y que han sido motivo de reingreso hospitalario, destacan, por su mayor frecuencia, las intervenciones quirúrgicas (20.45%), aunque un 47.7% manifiesta no presentar problemas que hayan requerido reingresos. Asimismo, las variables sociodemográficas que definen esta muestra reflejan que el lugar de residencia más frecuente es el urbano, donde viven 30 mujeres (68.2%). En su mayoría están solteras, en concreto un 56.8%, y casadas un 22.7%. Su nivel cultural es bajo, ya que el 52.3% tiene un nivel cultural primario y un 22.7% cuenta con un nivel cultural medio. El análisis de la muestra por nivel profesional refleja que éste es bajo en el 22.7% de los casos y medio en el 15.9%, con presencia de una alto índice de amas de casa (27.3%). Atendiendo a la ocupación, destaca el alto número de personas pensionistas (27.3%), frente al 15.9% de mujeres que se encuentran en activo y desempeñando alguna actividad laboral remunerada.

Procedimiento

La selección de la muestra ha sido realizada en función de una serie de criterios considerados como requisitos básicos, a saber: i) personas con LM crónica con al menos un año de evolución, ii) que han finalizado la rehabilitación médico-funcional, iii) que muestran diversidad en función de variables clínicas, en especial etiología, tipo y nivel de la LM, iv) que no han manifestado problemas de salud mental previos a la aparición de la lesión y, v) no cuentan con diagnóstico de daño cerebral o traumatismo craneoencefálico. La captación de personas con LM ha sido realizada a través de centros sanitarios y de asociaciones de personas con discapacidad. Se pudo así contar con una muestra final de 44 mujeres con LM. El estudio de campo ha sido realizado en tres zonas geográficas diferentes: Asturias, Vizcaya y Valladolid. Todas las participantes recibieron información sobre el estudio y sus objetivos, así como la garantía de confidencialidad y de utilización anónima de la información con una finalidad exclusivamente investigadora. El proceso de evaluación fue realizado individualmente y la duración media aproximada de la cumplimenta-

ción de los instrumentos de evaluación ha sido de cuatro horas, repartidas en varias sesiones.

Instrumentos

Se ha utilizado como instrumento de evaluación la Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con Lesión Medular-EMELM (Aguado, Alcedo, Rueda, Flórez & Gutiérrez, 1994; Aguado, Alcedo, Rueda, Santos & González, 1997; García, 2007; Rueda & Aguado, 2003), que permite la evaluación global de estas personas a través de la recogida de información sobre aspectos clínicos, médicos, de funcionalidad, fisioterapia, actividades de la vida diaria y cuidados de enfermería, así como otros sobre integración social, del entorno y psicológicos. La EMELM también recoge una serie de cuestionarios que permiten evaluar variables determinantes en el proceso de adaptación a la LM. En concreto:

1. *Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo*, adaptación a personas con LM del mismo cuestionario de Pelechano (1972).
2. *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*, asimismo adaptación del cuestionario de Pelechano (1974).
3. *Cuestionario LUCAM de locus de control*, igualmente adaptación del cuestionario de Pelechano y Báguena (1983).
4. *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*, de igual forma adaptación a personas con LM del instrumento construido por Pelechano para evaluar el afrontamiento en otros enfermos físicos y crónicos (Pelechano, 1992; Pelechano, Matud & de Miguel, 1993).
5. *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento*, también adaptación a LM del instrumento de Pelechano para otros enfermos físicos y crónicos (Pelechano, 1992; Pelechano, Matud & de Miguel, 1993).
6. *Inventario de depresión de Beck*, adaptación a LM del clásico instrumento en su adaptación española de Conde, Esteban y Useros (1976).

Los citados cuestionarios nos permiten evaluar una serie de variables psicológicas que se corresponden con aquellas más citadas en la bibliografía especializada como implicadas en el proceso de adaptación a la LM. En concreto: depresión, ansiedad, motivación y temas conexos, extraversión-neuroticismo, locus de control y afrontamiento. Por su parte, las variables clínicas que sirven de contraste son: tipo de lesión (según amplitud, ya sea completa o incompleta), fecha de alta médica (antes o después de 1985), complicaciones médicas (intervenciones quirúrgicas, infecciones de orina, fracturas óseas, dolores, revisiones, etc.), etiología de la discapacidad (desconocida, tránsito, laboral, deportiva, enfermedad, etc.), nivel de la lesión (cervical, dorsal y lumbar), tiempo de hospitalización (meses de internamiento en hospitales), número de reingresos (en función de las causas recogidas en la variable “complicaciones médicas”), edad de adquisición de la LM (antes de los 20 años, entre los 20 y 30 y con posterioridad a los 30 años), y tiempo transcurrido con la LM (menos de 7 años con la LM, de 7 a 15 años, o más de 15 años).

Resultados

Se han llevado a cabo tres procedimientos de análisis diferentes: U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Rho de Spearman. Las técnicas de análisis de datos se han realizado bajo el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS v.15.0.

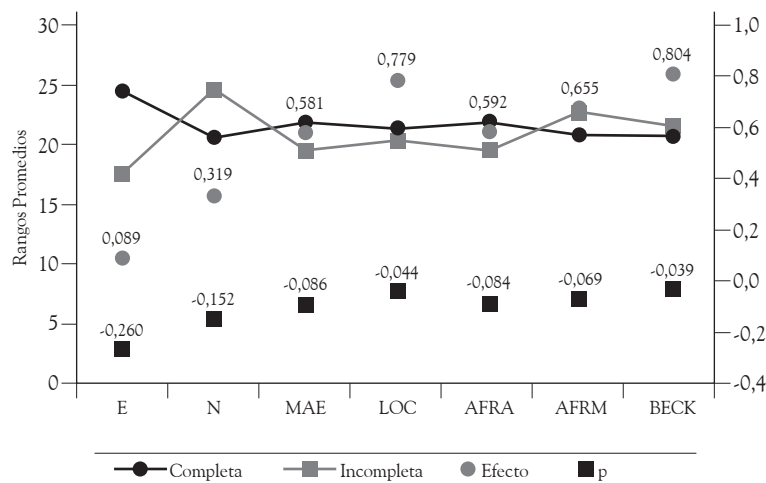
En referencia al tipo de lesión, los resultados obtenidos se recogen en la Figura 1, donde vienen representados los rangos promedios de las mujeres en las seis escalas psicológicas. La prueba de análisis no paramétrico de la varianza, U de Mann-Whitney, no ha encontrado diferencias significativas en ninguna de las seis escalas psicológicas analizadas. Aunque éstas no hayan resultado significativas, sí conviene destacar que las mayores diferencias se han producido en la subescala E, donde las mujeres con LM completa presentan unos rangos promedios más altos (24.38) que aquellas otras con LM incompletas (17.57). Asimismo, interesa observar que en el Inventario de depresión de Beck

las puntuaciones en depresión son muy similares, obteniendo el grupo de lesión completa un rango promedio de 20.67, y 21.64 el grupo de mujeres con lesiones incompletas.

En la Figura 2, pueden verse los resultados obtenidos en el análisis en función de la fecha de alta médica. No aparecen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables

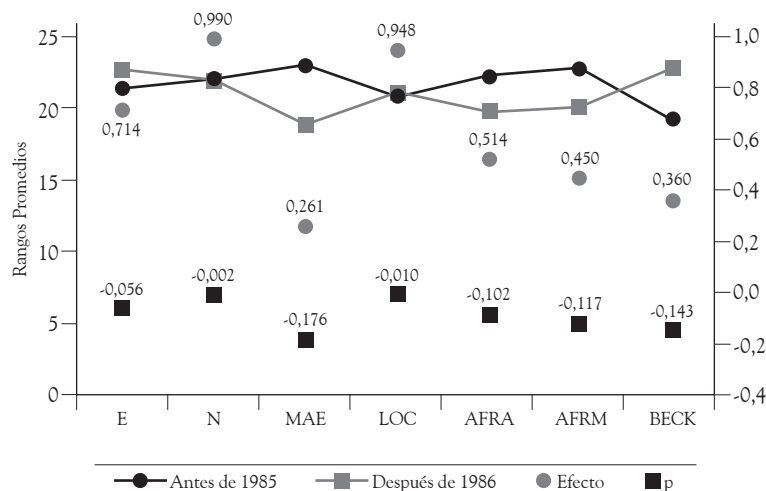
psicológicas evaluadas. Cabe destacar las significaciones obtenidas en la subescala N ($U = 230.500$; $p = .990$) y en el cuestionario LUCAM ($U = 207.500$; $p = .948$), ambas significaciones muy próximas a uno, lo que indica que estas mujeres han puntuado prácticamente igual en estas dos pruebas, independientemente que fueran dadas de alta antes o después de 1985.

FIGURA 1
Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en función del tipo de lesión



Fuente: elaboración propia.

FIGURA 2
Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en función de la fecha de alta médica



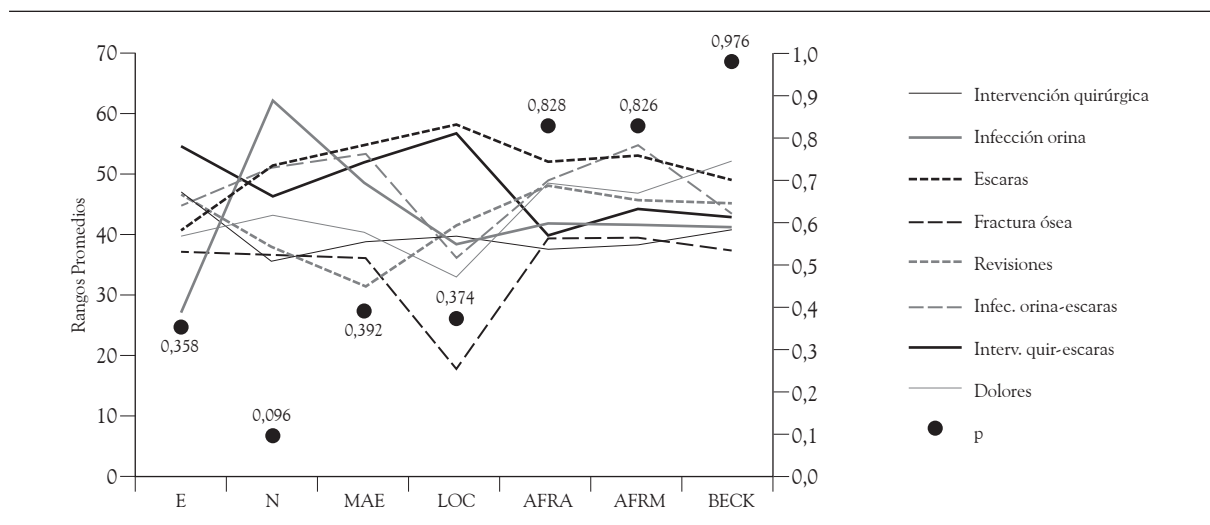
Fuente: elaboración propia.

La Figura 3 recoge los rangos promedios de los sujetos en función de las complicaciones médicas. La prueba Kruskal-Wallis no ha detectado diferencias significativas en ninguna de las seis escalas psicológicas. Interesa destacar que en el cuestionario de Depresión de Beck los sujetos obtienen rangos muy próximos independientemente de la

causa del reingreso, probabilidades muy próximas a uno ($p = .976$).

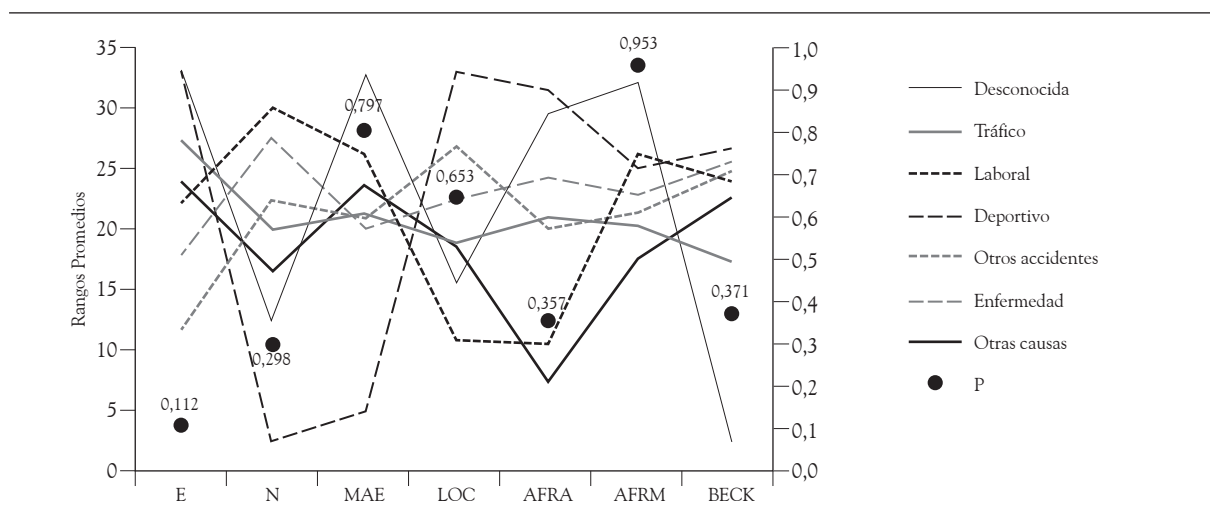
En lo relativo al análisis en función de la *etiología de la discapacidad*, podemos observar, en la Figura 4, que tampoco aparecen diferencias significativas en ninguna de las escalas psicológicas examinadas. El análisis de varianza no paramétrico

FIGURA 3
Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en función de las complicaciones médicas



Fuente: elaboración propia.

FIGURA 4
Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en función de la etiología de la discapacidad



Fuente: elaboración propia.

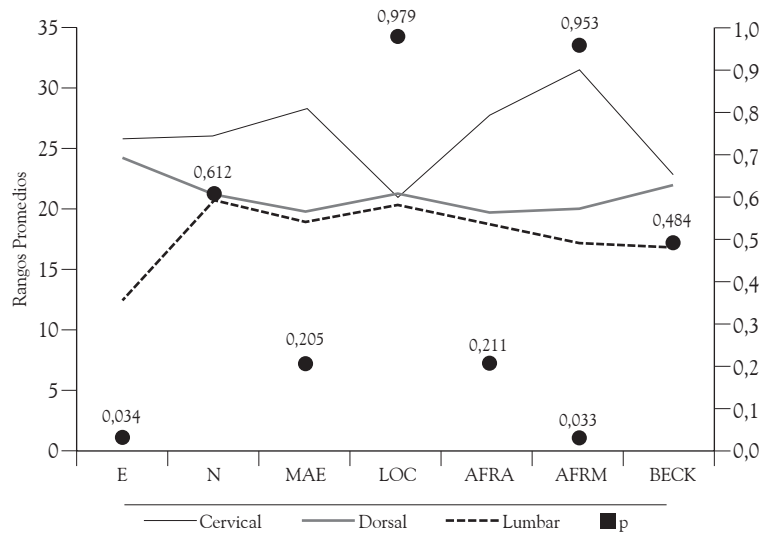
(prueba Kurskal-Wallis) no ha encontrado relación significativa entre las puntuaciones en dichas escalas psicológicas y el hecho de que la LM haya sido originada por accidente, enfermedad u otras causas.

Por lo que atañe al nivel de la lesión, sea ésta cervical, dorsal o lumbar, el análisis no paramétrico de la varianza sí ha encontrado diferencias significativas en dos de las seis escalas psicológicas. En concreto, en la subescala E del Cuestionario E-N y en el Cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM). Por una parte, tal y como se aprecia en la Figura 5, las mayores diferencias en los rangos aparecen en la subescala E, con una significación estadística de $p = .034$. Podemos observar que las mujeres con lesiones lumbares presentan rangos más bajos (12.44) que aquellas otras con lesiones dorsales (24.15) y cervicales (25.75). Por tanto, las personas con lesiones lumbares son las menos extravertidas. Por el contrario, aquellas con lesiones más altas, lo cual conlleva más problemas de movilidad y autonomía, son más extravertidas. También se observan diferencias estadísticamente significativas en el Cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado ($p = .033$). En este

caso, son las mujeres con lesión a nivel cervical las que obtienen rangos promedios más elevados (31.44) que aquellas que presentan lesiones dorsales (19.88) y lumbares (17.17). De nuevo, son las personas con menor autonomía y movilidad las que muestran mayores estrategias de afrontamiento ante la situación de discapacidad. Otro de los resultados destacables, aunque no resulten estadísticamente significativos, son los obtenidos en el cuestionario LUCAM. En la Figura 5 se observa cómo los tres grupos de LM (cervicales, dorsales y sacras) obtienen prácticamente los mismos rangos ($p = .979$); es decir, contestan prácticamente lo mismo cuando se les pregunta sobre sus estrategias de control personal.

Para el análisis de las variables *tiempo de hospitalización* y *número de reingresos* se ha realizado una correlación no paramétrica, Rho de Spearman, puesto que son variables cuantitativas continuas y el número de sujetos de la muestra es reducido. Los resultados recogidos en las Tablas 1 y 2 muestran que no existe correlación entre el tiempo de hospitalización (tiempo medio que se sitúa en 13.75 meses), número de reingresos (media de 2,18) y las respuestas a las distintas escalas psicológicas.

FIGURA 5
Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en función del nivel de la lesión



Fuente: elaboración propia.

TABLA 1

Correlación no paramétrica en función del tiempo de hospitalización: Rho de Spearman

| | Total E | Total N | Total MAE | Total LOCUS | Total AFRA | Total AFRM | Total Beck |
|---|---------|---------|-----------|-------------|------------|------------|------------|
| Γ | .155 | -.010 | .075 | -.171 | .037 | -.055 | -.018 |
| P | .322 | .948 | .641 | .285 | .820 | .731 | .909 |
| N | 43 | 43 | 41 | 41 | 41 | 42 | 41 |

Fuente: elaboración propia.

TABLA 2

Correlación no paramétrica en función del número de reingresos: Rho de Spearman

| | Total E | Total N | Total MAE | Total LOCUS | Total AFRA | Total AFRM | Total Beck |
|---|---------|---------|-----------|-------------|------------|------------|------------|
| Γ | -.052 | .103 | .007 | .051 | .180 | .167 | -.144 |
| P | .740 | .510 | .965 | .751 | .261 | .289 | .369 |
| N | 43 | 43 | 41 | 41 | 41 | 42 | 41 |

Fuente: elaboración propia.

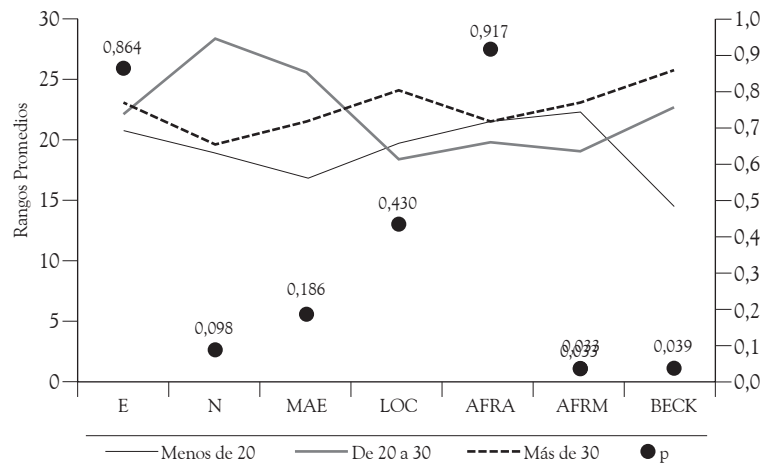
Si nos centramos en la edad de adquisición de la LM, cuyos resultados quedan recogidos en la Figura 6, la prueba Kruskal-Wallis sólo ha encontrado diferencias significativas en el Inventario de depresión de Beck ($p = .039$). La edad de adquisición de la LM de las mujeres de nuestra muestra sí es relevante en los índices de depresión. Aparecen diferencias significativas entre las mujeres que adquieren la LM antes de los 20 años y aquellas que la adquieren con posterioridad a los 30 años (U de Mann-Whitney = 56.500, $p = .021$). Los rangos promedios de las lesionadas medulares cuya lesión les sobreviene con más de 30 años son muy superiores (18.97) a los de las mujeres que adquieren la LM en su juventud, antes de los 20 años (11.54).

Por último, y en lo que atañe a la relación entre las escalas psicológicas y el tiempo transcurrido con la LM (Figura 7), tampoco aparecen diferencias significativas. Es decir, las mujeres con LM participantes en este estudio presentan puntuaciones similares en las distintas variables psicológicas, independientemente de que hayan transcurrido menos de 7 años de adquisición de la lesión, entre 7 y 15 años o más de 15 años.

Discusión y conclusiones

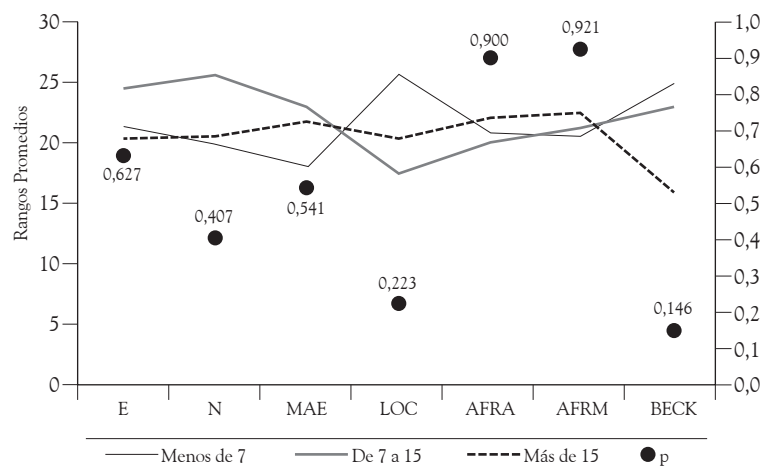
Los resultados obtenidos permiten afirmar que, en general, las variables clínicas estudiadas no guardan relación con las respuestas dadas por las mujeres con LM en las distintas escalas psicológicas. Así, el tipo de lesión, la fecha de alta médica, la causa de reingresos, la etiología de la discapacidad, el tiempo de hospitalización, el número de reingresos y el tiempo transcurrido con la lesión no explican las puntuaciones de las mujeres con LM en las distintas escalas, salvo dos excepciones. Por un lado, el nivel de la lesión muestra relación con los componentes de extraversión y con las estrategias de afrontamiento rememorado, de forma que las mujeres con lesiones cervicales, es decir, aquellas con más problemas de movilidad y autonomía, son las personas más extravertidas y las que presentan mejores estrategias de afrontamiento rememorado. En la bibliografía especializada encontramos resultados similares en un trabajo de Malec (1985) en el que las personas con LM a nivel cervical son las más extravertidas y las que presentan niveles más bajos de angustia emocional. Asimismo, y en esta misma línea, Radnitz (1998) concluye que las

FIGURA 6
Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en función de la edad de adquisición de la LM



Fuente: elaboración propia.

FIGURA 7
Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en función del tiempo transcurrido con la LM



Fuente: elaboración propia.

personas con una tetraplejía manifiestan menos sentimientos de estrés postraumático que aquellas con niveles más bajos de lesión. Aún así, nuestros resultados deben ser tomados con cierta cautela dado que sólo son nueve las mujeres de nuestro estudio que presentan lesión cervical.

Por otro, la edad de adquisición de la LM influye en las respuestas de nuestras mujeres en el cuestionario de depresión, resultando que las mujeres

con puntuaciones más elevadas en esta variable son aquellas que adquieren la LM después de los 30 años. Ello puede ser debido a que las mujeres más jóvenes encuentran más recursos para afrontar la nueva situación de discapacidad y, por tanto, se deprimen menos que aquellas otras que adquieren la LM con más de 30 años. Y en relación con la depresión, con diferencia la variable psicológica más estudiada en el proceso de adaptación a la

LM y, asimismo, la que presenta los resultados más contradictorios (Bogner & Gallo, 2004; Kalpakjian & Albright, 2006; Krause et al., 2009), los datos del presente estudio no aportan apoyo empírico a la tesis defendida desde el modelo de las etapas que postula la universalidad de la depresión en este colectivo de discapacidad. La variabilidad en las puntuaciones del Inventario de Beck que presentan las mujeres con LM y la ausencia de relación con la práctica totalidad de las variables clínicas estudiadas, a excepción de la edad de adquisición de la lesión, van en contra de este supuesto. Tal y como afirman autores como Benony et al. (2002), De Carvalho, Andrade, Tavares y Feitas (1998), Radnitz (1998) y Radnitz et al. (2002), existen personas con LM que no sufren depresión y que son capaces de adaptarse y afrontar su problemática sin mayores dificultades, o mejor dicho, a pesar de ellas. De hecho, en nuestro estudio, aunque los datos no alcanzan significación estadística, se observa que las mujeres que llevan menos tiempo con la LM (menos de 7 años) son las que puntúan más bajo en motivación y ansiedad de ejecución y más alto en depresión. Esta situación puede ser debida a que, en los primeros momentos, los sentimientos de desánimo, tristeza y frustración son más intensos, hasta que la persona asume la situación y se adapta a ella. Esto explicaría el que las mujeres con LM sobrevenidas hace más de 15 años, sean las que, en nuestro trabajo, obtienen los índices de depresión más bajos y mejores estrategias de afrontamiento, tanto actuales como rememoradas.

Aún más, estos resultados también sugieren que en la evaluación de este constructo de depresión, se ha de tener en cuenta no sólo la aparición de la lesión, la etiología y gravedad de la misma, o demás variables clínicas relevantes, sino también otros factores de riesgo previos a la adquisición de la LM y que pueden ser los desencadenantes de la sintomatología depresiva (Dryden et al. 2005). Nos estamos refiriendo a la importancia de la personalidad previa (English, 1983; Shontz, 1983), los estilos de vida previos y los factores conductuales de riesgo (Noreau & Fougeyrollas, 1996; Triechsmán, 1984) como variables alternativas para entender y

explicar las diferencias individuales observadas en el proceso de adaptación a la LM.

En conclusión, los resultados de este trabajo apoyan la tesis de no correlación entre la gravedad de la discapacidad y el desajuste psicológico (Shontz, 1983; Trieschman, 1984). Asimismo, las diferencias individuales presentes en cada una de las escalas psicológicas analizadas no reflejan un perfil psicológico en el grupo de las mujeres con LM que las caracterice. Esto supone la existencia de procesos individualizados de adaptación, y ofrece soporte empírico al modelo de las diferencias individuales en el estudio del proceso de adaptación a la LM, lo que a su vez implica el apostar por tratamientos individualizados en función de las características y necesidades de cada persona. No debe olvidarse que, pese a la falta de evidencia empírica, la asociación entre el grado de afectación y nivel de adaptación de la persona con LM ha originado frecuentes diagnósticos apriorísticos y ha guiado la práctica profesional de muchos profesionales de la rehabilitación (Rueda & Aguado, 2003).

Ítem más, estos datos también entrañan una desmitificación y despatologización de la muestra. En contra de lo que pudiera pensarse, dada la abundancia de falsos estereotipos y mitos relacionados con el tema, las mujeres con LM no siguen un patrón fijo de adaptación y, por supuesto, no todas las consecuencias de la lesión implican una patología psicológica. Es éste un dato relevante ya que va en contra de los mitos y falacias que entorpecen, cuando no limitan, el proceso de rehabilitación de las personas con LM y que refuerzan las frecuentes situaciones de discriminación que, de forma especial, sufre el colectivo de mujeres con discapacidad (Aguado, Alcedo, García & Arias, en prensa; García, 2007).

Por último, es preciso señalar que este estudio tiene carácter exploratorio y, por ello, requiere continuidad en investigaciones futuras. Aunque sus resultados suponen un avance en la clarificación de las relaciones entre variables psicológicas y clínicas en las mujeres que presentan LM, no debemos olvidar el tamaño relativamente reducido de la muestra para obtener conclusiones firmes.

Es necesario, pues, seguir profundizando en este tema, abordando las limitaciones que acabamos de señalar.

Referencias

- Aguado, A. L. & Alcedo, M. A. (1995). Las personas con discapacidad física. En M. A. Verdugo (Dir.), *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 145-184). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Aguado, A. L. & Alcedo, M. A. (1999). Evaluación psicológica en rehabilitación. En A. Ruano, J. M. Muñoz & C. Cid (Coords.), *Psicología de la rehabilitación* (pp. 33-58). Madrid: Editorial MAPFRE.
- Aguado, A. L., Alcedo, L. & Arias, B. (en prensa). Personas con lesión medular: diferencias en variables psicológicas desde la perspectiva de género. *Psicothema*.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Rueda, M. B., Flórez, M. A. & Gutiérrez, M. (1994, septiembre). *Una Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con Lesión Medular: primeros resultados en Asturias y Euskadi*. Comunicación presentada al simposio Evaluación en rehabilitación, IV Congreso de Evaluación Psicológica, Santiago de Compostela. España.
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Rueda, M. B., Santos, A. M. & González, I. (1997, marzo). *Una aproximación psicométrica a la Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares*. Comunicación presentada al simposio Nuevas aportaciones en psicología de la rehabilitación, II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca, España.
- Benony, H., Daloz, L., Bungener, C., Chahraoui, K., Frenay, C. & Auvin, J. (2002). Emotional factors and subjective quality of life in subjects with spinal cord injuries *The American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 (6), 437-445.
- Bogner, H. & Gallo, J. (2004). Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 126-132.
- Conde, V., Esteban, T. & Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31 (5), 469-497.
- Daverat, P. (1992). Assessment of rehabilitation in patients with spinal cord injuries: Methodological considerations. *Paraplegia*, 30 (10), 759-761.
- De Carvalho, S. A., Andrade, M. J., Tavares, M. A. & Feitas, J. L. (1998). Spinal cord injury and psychological response. *General Hospital Psychiatry*, 20 (6), 353-359.
- Dryden, D. M., Saunders, L. D., Rowe, B. H., May, L. A., Yiannakoulis, N., Svenson, L. W. et al. (2005). Depression following traumatic cord injury. *Neuroepidemiology*, 25 (2), 55-61.
- Elliott, T. R. & Frank, R. G. (1996). Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77 (9), 816-823.
- English, R. W. (1983). The application of personality theory to explain psychological reactions to physical disability. En J. Stubbins (Ed.), *Social and psychological aspects of disability* (pp. 325-332). Baltimore: University Park Press.
- Estores, I. M. & Sipski, M. L. (2004). Women's issues after spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 10, 107-125.
- Fuhrer, M. J., Rintala, D. H., Hart, K. A., Clearman, R. & Young, M. E. (1993). Depressive symptomatology in persons with spinal cord injury who reside in the community. *Archives of Physical Medicine on Rehabilitation*, 74 (3), 255-260.
- García, L. (2007). *La perspectiva de género en el proceso de adaptación a la lesión medular*. Tesis doctoral, Universidad de Oviedo. Recuperado el 2 de febrero, 2010, de <http://www.tesisenred.net/TDR-0423107-101846>
- Heinemann, A. W. (1995). Measures of coping and reaction to disability. En L.A. Cushman & M. J. Scherer (Eds.), *Psychological assessment in medical rehabilitation* (pp. 39-100). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hughes, R. B., Swedlund, N., Petersen, N. & Nosek, M. A. (2001). Depression and women with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 7 (1), 16-24.
- Kalpakjian, C. Z. & Albright, K. J. (2006). An examination of depression through the lens of spinal cord injury. *Women's Health Issues*, 16, 380-388.

- Kennedy, P. & Evans, M. J. (2001). Evaluation of post traumatic distress in the first 6 months following spinal cord injury. *Spinal Cord Injury Nursing: A publication of American Association of Spinal Cord Injury Nurses*, 39 (7), 381-386.
- Krause, J. S. (1998). Subjective well-being after spinal cord injury: Relationship to gender, race-ethnicity and chronologic age. *Rehabilitation Psychology*, 43 (4), 282-296.
- Krause, J. S. & Broderick, L. E. (2004). Outcomes after spinal cord injury: Comparisons as a function of gender and race and ethnicity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 355-362.
- Krause, J. S., Broderick, L. E. & Broyles, J. (2004). Subjective well-being among african-american with spinal cord injury: An exploratory study between men and women. *Neurorehabilitation*, 19 (2), 81-89.
- Krause, J. S., Kemp, B. & Cocker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: Ration to gender, ethnicity, aging and socioeconomic indicators. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 (8), 1099-1109.
- Krause, J. & Reed, K. (2009). Life satisfaction and self-reported problems after spinal cord injury: Measurement of underling dimensions. *Rehabilitation Psychology*, 54 (3), 343-350.
- Krause, J. S., Saladin, L. K. & Adkin, R. H. (2009). Disparities in subjective well-being, participation and health after spinal cord injury: A 6 year longitudinal study. *NeuroRehabilitation*, 24, 47-56.
- Krause, J. S., Saunders, L. L., Reed, K. S., Coker, J. Zhai, Y. & Johnson, E. (2009). Comparison of the Patient Health Questionnaire and the Older Adult Health and Mood Questionnaire for self-reported depressive symptoms after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 54 (4), 440-448.
- Laatsch, L. & Shahani, B. T. (1996). The relationship between age, gender and psychological distress in rehabilitation inpatients. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 18 (12), 604-608.
- Malec, J. (1985). Personality factors associated with severe traumatic disability. *Rehabilitation Psychology*, 30 (3), 165-172.
- McColl, M. A. & Skinner, H. A. (1992). Measuring psychological outcomes following rehabilitation. *Canadian Journal of Public Health*, 83 (1), 12-17.
- Noreau, L. & Fougereyrollas, P. (1996). Evaluation of the concept of handicap: A measure of the life habits of individuals with a lesion of the spinal cord. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10 (2), 81-97.
- Pelechano, V. (1972). *La personalidad en función de los parámetros de estímulo en la solución de problemas*. Tesis doctoral no publicada, 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. & Báguena, M. J. (1983). Un cuestionario de Locus de Control (LUCAM). *Análisis y Modificación de Conducta*, 9 (20), 5-46.
- Pelechano, V., Matud, P. & de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (63), 91-149.
- Pentland, W., Walker, J., Mines, P., Trembaly, M., Brouwer, B. & Gould, M. (2002). Women with spinal cord injury and the impact of aging. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 40 (8), 374-387.
- Radnitz, C. (1998). A comparison of posttraumatic stress disorder in veterans with and without spinal cord injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (4), 676-680.
- Radnitz, C., Hsu, L., Willard, J., Perez-Strumolo, L., Festa, J., Lillian, L.B. et al. (2002). Posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury: Trauma-related risk factors. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (3), 505-520.
- Rohe, D. E. & Krause, J. S. (1998). Personality and life adjustment after spinal cord injury: An exploratory study. *Rehabilitation Psychology*, 43 (2), 118-130.
- Rueda, M. B. & Aguado, A. L. (2003). Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Madrid: IMSERSO.
- Rueda, B., Aguado, A. L. & Alcedo, M. A. (2009). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas in-

- tervinientes en el proceso de adaptación a la lesión medular: una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial* 17 (2), 109-124.
- Rueda, B., Aguado, A. L., Alcedo, M. A. & Arias, B. (2004). Evaluación del afrontamiento de las personas con lesión medular. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30 (130), 273-310.
- Shontz, F. C. (1983). Physical disability and personality: Theory and research. En J. Stubbins (Ed.), *Social and psychological aspects of disability* (pp. 333-354). Baltimore: University Park Press.
- Thompson, N. J., Coker, J., Krause, J. S. & Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48, 100-108.
- Trieschmann, R. B. (1984). The Psychological Aspects of Spinal Cord Injury. En C. J. Golden (Ed.), *Current Topics in Rehabilitation Psychology* (pp. 125-137). Orlando: Grune & Stratton.
- Trieschmann, R. B. (1988). *Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social and Vocational Rehabilitation*. Nueva York: Demos Publications.
- Trieschmann, R. B. (1992). Psychosocial research in spinal cord injury: The state of the art. *Paraplegia*, 30 (1), 58-60.

