



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

**“LA PERSPECTIVA DE GÉNERO
EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN
A LA LESIÓN MEDULAR”**

Autora: LARA GARCÍA CARENAS

Director: ANTONIO-LEÓN AGUADO DÍAZ

Tesis doctoral

Departamento de Psicología

2006



Universidad
de Oviedo

Reservados todos los derechos
© El autor

Edita: Universidad de Oviedo
Biblioteca Universitaria, 2007
Colección Tesis Doctoral-TDR nº 2

ISBN: 978-84-690-6620-1
D.L.: AS.02273 -2007



*A ti, papá, por tu fuerza desde el silencio,
a mamá y a Laura, por vuestro apoyo y comprensión,
a ti, Manu, por tu amor sin condiciones.*

ÍNDICES

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICES.....	7
ÍNDICE GENERAL	9
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	12
AGRADECIMIENTOS.....	17
FINANCIACIÓN	19
1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	21
1.1. RESUMEN GENERAL.....	21
1.2. PALABRAS CLAVE.....	22
2. JUSTIFICACIÓN.....	23
PARTE TEÓRICA	27
3. LESIÓN MEDULAR	29
3.1. INTRODUCCIÓN	29
3.2. ALGUNAS NOTAS HISTÓRICAS SOBRE LA LM	29
3.3. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN	30
3.4. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA	32
3.5. CONSECUENCIAS FÍSICAS Y FUNCIONALES.....	33
3.6. RESUMEN	35
4. PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN	36
4.1. INTRODUCCIÓN	36
4.2. DESARROLLO HISTÓRICO	36
4.3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA ADAPTACIÓN A LA LM.....	38
4.4. LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS ESTUDIADAS EN PERSONAS CON LM	41
4.5. RESUMEN	44
5. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LM: LA DOBLE DISCRIMINACIÓN	45
5.1. INTRODUCCIÓN	45
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	46
5.3. DESARROLLO HISTÓRICO	47
5.4. LOS DERECHOS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD.....	49
5.4.1. LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES.....	50
5.4.2. LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL MARCO DE LA UNIÓN EUROPEA	51
5.4.3. POLÍTICAS DE IGUALDAD EN EL ESTADO ESPAÑOL.....	52
5.4.4. LAS POLÍTICAS EN MATERIA DE DISCAPACIDAD	53

5.4.5. DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	53
5.5. ÁMBITOS EN LOS QUE LA MUJER SUFRE DISCRIMINACIÓN.....	55
5.6. DEMANDAS Y PROPUESTAS DE FUTURO	58
5.7. RESUMEN	60
6. INVESTIGACIÓN EN LM Y PERSPECTIVA DE GÉNERO	62
6.1. INTRODUCCIÓN	62
6.2. PUBLICACIONES SOBRE LM Y PERSPECTIVA DE GÉNERO	64
6.3. PUBLICACIONES SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.....	69
6.4. ESTUDIOS COMPARATIVOS.....	80
6.5. PUBLICACIONES SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS	88
6.5.1. INVESTIGACIONES SOBRE DEPRESIÓN.....	88
6.5.2. INVESTIGACIONES SOBRE ANSIEDAD, MOTIVACIÓN Y TEMAS CONEXOS	97
6.5.3. INVESTIGACIONES SOBRE EXTRAVERSIÓN Y NEUROTICISMO	102
6.5.4. INVESTIGACIONES SOBRE <i>LOCUS DE CONTROL</i>	105
6.5.5. INVESTIGACIONES SOBRE AFRONTAMIENTO.....	110
6.6. RESUMEN	117
7. DISCUSIÓN	118
8. CONCLUSIONES	122
9. RESUMEN DE LA PARTE TEÓRICA.....	123
PARTE EMPÍRICA	127
10. INTRODUCCIÓN	129
11. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	129
11.1. OBJETIVOS	129
11.2. HIPÓTESIS.....	130
12. MÉTODO	132
12.1. INTRODUCCIÓN	132
12.2. PROCEDIMIENTO	133
12.3. MUESTRA	134
12.4. INSTRUMENTOS.....	143
12.4.1. CUESTIONARIO E-N	145
12.4.2. CUESTIONARIO MAE.....	145
12.4.3. CUESTIONARIO LUCAM	146
12.4.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUALES	146
12.4.5. CUESTIONARIO DE REMEMORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	147
12.4.6. INVENTARIO DE BECK.....	147
12.5. RESUMEN	148

13. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	148
13.1. INTRODUCCIÓN	148
13.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES	149
13.3. ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS	151
13.4. ANÁLISIS DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE GÉNERO: COMPARACIÓN INTER-GRUPOS	151
13.4.1. CUESTIONARIO E-N Y GÉNERO	152
13.4.2. CUESTIONARIO MAE Y GÉNERO.....	158
13.4.3. CUESTIONARIO LUCAM Y GÉNERO	164
13.4.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y GÉNERO	169
13.4.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y GÉNERO	174
13.4.6. INVENTARIO DE BECK Y GÉNERO	178
13.5. ANÁLISIS DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS EN EL GRUPO DE LAS MUJERES EN FUNCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS: COMPARACIÓN INTRA-GRUPOS.....	183
13.5.1. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y TIPO DE LESIÓN	184
13.5.2. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y FECHA DE ALTA MÉDICA	187
13.5.3. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y COMPLICACIONES MÉDICAS..	191
13.5.4. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y ETIOLOGÍA DE LA LM.....	195
13.5.5. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y NIVEL DE LA LESIÓN.....	199
13.5.6. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	205
13.5.7. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y NÚMERO DE REINGRESOS.....	207
13.5.8. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y EDAD DE ADQUISICIÓN	210
13.5.9. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y TIEMPO TRANSCURRIDO.....	215
13.6. ANÁLISIS DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS EN EL GRUPO DE LAS MUJERES EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIO- DEMOGRÁFICAS: COMPARACIÓN INTRA-GRUPOS.....	219
13.6.1. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y EDAD	220
13.6.2. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y NIVEL CULTURAL	225
13.6.3. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y ESTADO CIVIL.....	229
13.6.4. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y OCUPACIÓN	232
14. RESUMEN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	236
14.1. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO.....	236
14.2. CONCLUSIONES	240
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	242
ANEXOS.....	265
EMELM: ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACIÓN DE PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR.....	267

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Tipologías de la LM (Tomada de Aguado y Alcedo, 1995a, p. 164).....	31
Tabla 2. Funcionalidad asociada a la LM según el nivel de la lesión (Tomada de Lindemann, 1981, p. 219).....	34
Tabla 3. Publicaciones sobre LM y la perspectiva de género.	64
Tabla 4. Publicaciones sobre sexualidad y reproducción.....	70
Tabla 5. Estudios comparativos.	81
Tabla 6. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre depresión.	89
Tabla 7. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre ansiedad, motivación y temas conexos.....	98
Tabla 8. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre extraversión y neuroticismo.	103
Tabla 9. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre <i>locus de control</i> . .	106
Tabla 10. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre afrontamiento....	111
Tabla 11. Características descriptivas de la muestra por género.....	135
Gráfico 1. Gráfico de sectores de la variable género.	135
Tabla 12.1. Características descriptivas de la muestra por edad.	136
Tabla 12.2. Características descriptivas de la muestra por la edad de adquisición de la LM. ..	136
Tabla 12.3. Características descriptivas de la muestra por los años con la LM.	137
Tabla 13. Características descriptivas de la muestra por procedencia.	137
Tabla 14. Características descriptivas de la muestra por residencia.	137
Tabla 15. Características descriptivas de la muestra por estado civil.	138
Gráfico 2. Gráfico de sectores de la variable estado civil.	138
Tabla 16. Características descriptivas de la muestra por nivel cultural.	139
Tabla 17. Características descriptivas de la muestra por nivel profesional.....	139
Tabla 18. Características descriptivas de la muestra por ocupación.	140
Tabla 19. Características descriptivas de la muestra por tipo de lesión (I).	140
Tabla 20. Características descriptivas de la muestra por tipo de lesión (II).....	140
Gráfico 3. Gráfico de sectores de la variable tipo de lesión.....	141
Tabla 21. Características descriptivas de la muestra por nivel de la lesión.	141
Tabla 22. Características descriptivas de la muestra por etiología.....	142
Tabla 23. Características descriptivas de la muestra por complicaciones médicas (causas de reingresos).	143
Tabla 24. Índices de fiabilidad de las escalas psicológicas.	151
Tabla 25.1. Estadísticos descriptivos de la subescala E.	152
Tabla 25.2. Estadísticos en función del género en la subescala E.....	153
Gráfico 4. Gráfico de cajas de la subescala E.	153
Gráfico 5. Dispersigrama de la subescala E.	154
Tabla 25.3. Estadísticos descriptivos de la subescala N.....	154
Tabla 25.4. Estadísticos en función del género en la subescala N.	155
Gráfico 6. Gráfico de cajas de la subescala N.	156
Gráfico 7. Dispersigrama de la subescala N.....	156

Tabla 25.5. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en la subescala E.....	157
Tabla 25.6. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en la subescala N.	158
Tabla 25.7. Estadísticos de grupo en el Cuestionario E-N.....	159
Tabla 25.8. Prueba de muestras independientes en el Cuestionario E-N.	159
Tabla 26.1. Estadísticos descriptivos del cuestionario MAE.	160
Tabla 26.2. Estadísticos en función del género en el cuestionario MAE.	160
Gráfico 8. Gráfico de cajas del cuestionario MAE.	161
Gráfico 9. Dispersigrama del cuestionario MAE.	161
Tabla 26.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el cuestionario MAE.	162
Tabla 26.4. Estadísticos de grupo en el cuestionario MAE.....	163
Tabla 26.5. Prueba de muestras independientes en el cuestionario MAE.....	163
Tabla 27.1. Estadísticos descriptivos del cuestionario LUCAM.....	165
Tabla 27.2. Estadísticos en función del género en el cuestionario LUCAM.	165
Gráfico 10. Gráfico de cajas del cuestionario LUCAM.....	166
Gráfico 11. Dispersigrama del cuestionario LUCAM.....	166
Tabla 27.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el cuestionario LUCAM...	167
Tabla 27.4. Estadísticos de grupo en el cuestionario LUCAM.	168
Tabla 27.5. Prueba de muestras independientes en el cuestionario LUCAM.	168
Tabla 28.1. Estadísticos descriptivos del cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.	169
Tabla 28.2. Estadísticos en función del género en el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.....	170
Gráfico 12. Gráfico de cajas del cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.	171
Gráfico 13. Dispersigrama del cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.....	171
Tabla 28.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.....	172
Tabla 28.4. Estadísticos de grupo en el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual. ..	173
Tabla 28.5. Prueba de muestras independientes en el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.	173
Tabla 29.1. Estadísticos descriptivos del cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado.	174
Tabla 29.2. Estadísticos en función del género en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado.	175
Gráfico 14. Gráfico de cajas del cuestionario estrategias de afrontamiento rememorado.	175
Gráfico 15. Dispersigrama del cuestionario estrategias de afrontamiento rememorado.....	176
Tabla 29.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el cuestionario estrategias de afrontamiento rememorado.....	176
Tabla 29.4. Estadísticos de grupo en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado.	177
Tabla 29.5. Prueba de muestras independientes en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado.....	177
Tabla 30.1. Estadísticos descriptivos del inventario de Beck.	179
Tabla 30.2. Estadísticos en función del género en el inventario de Beck.	179
Gráfico 16. Gráfico de cajas del inventario de Beck.....	180
Gráfico 17. Dispersigrama del inventario de Beck.	180
Tabla 30.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el inventario de Beck.	181
Tabla 30.4. Estadísticos de grupo en el inventario de Beck.....	182

Tabla 30.5. Prueba de muestras independientes en el inventario de Beck.	182
Tabla 31.1. Rangos promedios en función del tipo de lesión en el grupo de mujeres.	186
Tabla 31.2. Estadísticos de contraste en función del tipo de lesión en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.	186
Gráfico 18. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del tipo de lesión.	187
Tabla 32.1. Rangos promedios en función de la fecha de alta médica en el grupo de mujeres.	189
Tabla 32.2. Estadísticos de contraste en función de la fecha de alta médica en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.	190
Gráfico 19. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la fecha de alta médica.	190
Tabla 33.1. Rangos promedios en función de las complicaciones médicas en el grupo de mujeres.	193
Tabla 33.2. Estadísticos de contraste en función de las complicaciones médicas en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.	194
Gráfico 20. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de las complicaciones médicas.	194
Tabla 34.1. Rangos promedios en función de la etiología de la discapacidad en el grupo de mujeres.	197
Tabla 34.2. Estadísticos de contraste en función de la etiología de la discapacidad en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.	198
Gráfico 21. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la etiología de la discapacidad.	198
Tabla 35.1. Rangos promedios en función del nivel de la lesión en el grupo de mujeres.	201
Tabla 35.2. Estadísticos de contraste en función del nivel de la lesión en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.	202
Tabla 35.3. Comparación rangos promedios en el grupo de mujeres en función del nivel de la lesión (I).	202
Tabla 35.4. Estadístico de contraste en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney (I). ...	202
Tabla 35.5. Comparación rangos promedios en el grupo de mujeres en función del nivel de la lesión (II).	202
Tabla 35.6. Estadístico de contraste en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney (II). ..	203
Tabla 35.7. Comparación rangos promedios en el grupo de mujeres en función del nivel de la lesión (III).	203
Tabla 35.8. Estadístico de contraste en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney (III)..	203
Gráfico 22. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del nivel de la lesión.	204
Tabla 36. Correlación no paramétrica en función del tiempo de hospitalización en el grupo de mujeres: Rho de Spearman.	207
Tabla 37. Correlación no paramétrica en función del número de reingresos en el grupo de mujeres: Rho de Spearman.	209
Tabla 38.1. Resumen de procesamiento de casos de la variable edad de adquisición de la LM en el grupo de mujeres.	210
Tabla 38.2. Percentiles de la variable edad de adquisición de la LM en el grupo de mujeres. ..	210
Tabla 38.3. Rangos promedios en función de la edad de adquisición de la LM en el grupo de mujeres.	212
Tabla 38.4. Estadísticos de contraste en función de la edad de adquisición de la LM en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.	213

Tabla 38.5. Comparación rangos promedios en el grupo de mujeres en función de la edad de adquisición de la LM.	213
Tabla 38.6. Estadístico de contraste en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.	213
Gráfico 23. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la edad de adquisición de la LM.	214
Tabla 39.1. Resumen de procesamiento de casos de la variable tiempo transcurrido con la LM en el grupo de mujeres.	215
Tabla 39.2. Percentiles de la variable tiempo transcurrido con la LM en el grupo de mujeres.	215
Tabla 39.3. Rangos promedios en función del tiempo transcurrido con la LM en el grupo de mujeres.	217
Tabla 39.4. Estadísticos de contraste en función del tiempo transcurrido con la LM en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.	218
Gráfico 24. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del tiempo transcurrido con la LM.	218
Tabla 40.1. Resumen de procesamiento de casos de la variable edad en el grupo de mujeres.	221
Tabla 40.2. Percentiles de la variable edad en el grupo de mujeres.	221
Gráfico 25. Gráfico de cajas de la variable edad en el grupo de mujeres.	221
Tabla 40.3. Rangos promedios en función de la edad en el grupo de mujeres.	223
Tabla 40.4. Estadísticos de contraste en función de la edad en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.	223
Gráfico 26. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la edad.	224
Tabla 41.1. Rangos promedios en función del nivel cultural en el grupo de mujeres.	227
Tabla 41.2. Estadísticos de contraste en función del nivel cultural en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.	227
Gráfico 27. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del nivel cultural.	228
Tabla 42.1. Rangos promedios en función del estado civil en el grupo de mujeres.	231
Tabla 42.2. Estadísticos de contraste en función del estado civil en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.	231
Gráfico 28. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del estado civil.	232
Tabla 43.1. Rangos promedios en función de la ocupación en el grupo de mujeres.	234
Tabla 43.2. Estadísticos de contraste en función de la ocupación en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.	235
Gráfico 29. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la ocupación.	235
Tabla 44. Síntesis de resultados y sus implicaciones en función de las hipótesis de trabajo.	238

AGRADECIMIENTOS

El trabajo que se presenta ha sido posible gracias al apoyo de muchas personas que me han ayudado y han colaborado conmigo, directa e indirectamente durante todo este largo proceso.

En primer lugar, quiero agradecer a mi director de tesis, el Profesor Dr. D. Antonio León Aguado Díaz, pues el trabajo que a continuación se expone no hubiera sido posible sin su paciencia, conocimiento, experiencia y asesoramiento incondicionales. En segundo lugar, también quiero expresar mi agradecimiento a la Profesora Dra. D^a. M^a Ángeles Alcedo Rodríguez, quien ha sabido transmitirme comprensión, dulzura, serenidad y calma en los momentos de flaqueza. Y, en tercer lugar, mi más expresivo agradecimiento a mis compañeros y amigos del equipo de investigación que el Profesor Aguado dirige desde la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, quienes en todo momento me han aportado su apoyo y su colaboración.

También quiero agradecer a ASPAYM Principado de Asturias (Asociación de Paraplégicos y Grandes Minusválidos del Principado de Asturias) y a varias asociaciones de Vizcaya y Valladolid, su disponibilidad en la obtención de la muestra y la consiguiente oportunidad para realizar este trabajo.

Por último, una mención especial a todos aquellas personas con lesión medular que de una forma desinteresada y voluntaria han formado parte de este estudio ayudándonos a conocer, a través de su propia experiencia, un poco más acerca de la lesión medular.

A todos ellos y a otros que sin nombrarlos saben quiénes son, simplemente gracias.

FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido subvencionado por el Gobierno del Principado de Asturias con cargo a fondos provenientes del Plan de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación de Asturias. Dicho trabajo es el fruto de una Beca Predoctoral para la formación en investigación y docencia del Principado de Asturias (Ref. BP03-021) concedida por la Fundación FICYT y a una ayuda para la finalización de la tesis doctoral (Ref. UNOV-06-FTDOC-20) otorgada por la Universidad de Oviedo.

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

1.1. RESUMEN GENERAL

Esta tesis doctoral se enmarca en la línea de estudios centrados en el abordaje de los aspectos psicológicos implicados en la rehabilitación de las personas con discapacidad física desde la perspectiva de género. En este contexto, vamos a analizar si la doble discriminación existente en nuestra sociedad para con las mujeres se traduce en algún perfil psicológico específico que justifique tal discriminación. En otras palabras, nuestra investigación se centra en comparar y estudiar las diferencias entre mujeres y varones en las escalas psicológicas de la EMELM (*extraversión, neuroticismo, ansiedad de ejecución, motivación, locus de control, afrontamiento y depresión*) y comprobar si dichas diferencias son reales y, en consecuencia, la situación de discriminación que sufren las mujeres puede basarse en tales diferencias. En este sentido, los objetivos específicos planteados en este estudio son, por un lado, comparar la supuesta variabilidad intergrupos (mujeres-hombres) en las escalas psicológicas, y por otro, estudiar la variabilidad en el grupo de las mujeres (intra-grupo) analizando las posibles diferencias en función de una serie de variables de carácter clínico y socio-demográfico.

En función de estos objetivos, la muestra de nuestra investigación está compuesta por 143 personas con lesión medular (LM) de larga evolución. El 69.2% de la muestra total está compuesta por varones (N = 99) y el 30.8% por mujeres (N = 44). Es decir, casi las tres cuartas partes corresponden al género masculino. La distribución de la muestra en torno a esta variable concuerda con los datos aportados por otros estudios epidemiológicos (80% de varones frente a 20% de mujeres), aunque en nuestro estudio la proporción de mujeres es algo superior probablemente debido a dos factores: por un lado, el mayor peso que ejercen las mujeres en las asociaciones, entidades que han sido nuestras principales colaboradoras a la hora de reclutar la muestra; y, por otro, al presentar éstas una mayor disponibilidad y colaboración. En cuanto a la etiología, la más frecuente son los accidentes de tráfico, seguidos por los laborales y otros de diversa índole, y el tipo más común de lesión son las completas a nivel dorsal, en concreto, paraplejias. Así mismo, está formada principalmente por varones, con una media de edad de 38.85 años, solteros y con niveles culturales básicos (estudios primarios). La gran mayoría reside en zonas urbanas de Asturias. En suma, el análisis de la muestra de personas con LM de nuestro estudio revela que puede ser considerada como representativa de este colectivo, eso sí, más heterogénea de lo que habitualmente suelen ser las muestras recogidas en la bibliografía al uso sobre el tema.

En cuanto al instrumento de evaluación, en esta investigación hemos utilizado la “Escala Multidimensional de Evaluación de LM” (EMELM), de Aguado, centrándonos para nuestro estudio en las seis escalas psicológicas (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*) que constituyen los componentes psicológicos de la EMELM.

Los principales resultados obtenidos son los siguientes:

- No aparecen diferencias significativas en las escalas psicológicas analizadas en función de la variable “género”.
- En general, las variables clínicas no guardan relación con las respuestas obtenidas en las escalas psicológicas por el grupo de las mujeres. 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 LM* no explican las puntuaciones de las mujeres con LM. Solamente encontramos dos variables relevantes. Por un lado, el “*nivel de la lesión*” influye en las respuestas de *extraversión* y *afrentamiento rememorado*. En concreto, hemos observado 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*. Por otro, la “*edad de adquisición de la LM*” influye en las respuestas dadas en el *Inventario de depresión de Beck*, de forma que las mujeres más depresivas son aquellas que adquieren la LM después de los 30 años.
- Algunas variables socio-demográficas (*nivel cultural* y *estado civil*) están relacionadas con las respuestas de las mujeres en las escalas psicológicas. En concreto, en el *nivel cultural*, son las personas con estudios primarios las que presentan unas puntuaciones más altas en *depresión*. Esto puede ser debido a que tengan más dificultades para enfrentarse a la nueva situación y sean más propensas a presentar cuadros depresivos. En los resultados relativos al *estado civil*, las mujeres casadas son más vulnerables a presentar cuadros *depresivos*, en contra de lo que en un principio pudiéramos suponer, debido al apoyo que ejercería la pareja ante la situación de crisis. Sin embargo, otras variables como la *edad* y la *ocupación* han demostrado ser independientes de las respuestas dadas en las escalas psicológicas por las mujeres de nuestra muestra.
- En su conjunto, los resultados obtenidos en nuestro estudio implican 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 personas con LM no siguen un patrón fijo de adaptación y, por supuesto, no todas las consecuencias de la LM implican una patología psicológica.

En síntesis, podemos concluir afirmando que no existen diferencias significativas en las escalas psicológicas en función de la variable “género”. Existen diferencias individuales en cada una de las escalas psicológicas analizadas, pero dichas diferencias nunca están influenciadas por el género de las personas de nuestra muestra. Tampoco aparece un perfil psicológico en el grupo de las mujeres con LM que las caracterice ni que justifique la *doble discriminación social*. Esto aboga por la existencia de procesos individualizados de adaptación a la discapacidad física sobrevenida.

1.2. PALABRAS CLAVE

Perspectiva de género, género, mujer, discapacidad, aspectos psicológicos, extraversión, neuroticismo, ansiedad, motivación, locus de control, afrontamiento, depresión y sexualidad.

2. JUSTIFICACIÓN

La lesión medular (LM) es una de las discapacidades más graves que pueden afectar a la vida de una persona y de su entorno ya que repercutirá en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales. Es, también, una de las discapacidades físicas más estudiadas históricamente. Las publicaciones sobre aspectos médicos, bastante numerosas, han dado resultados claros y precisos. En nuestra literatura son abundantes los artículos relativos al control de esfínteres, infecciones del tracto urinario, del riñón, ulceraciones por inmovilidad, etc., debido a los progresos y avances en el ámbito médico. Sin embargo, los trabajos relativos a las implicaciones emocionales o psicológicas derivadas de una LM son menos numerosos y en ocasiones su metodología carece de rigor experimental.

En cuanto a la perspectiva de género, somos conocedores de la *doble discriminación* que sufren las mujeres con discapacidad en nuestro entorno, tanto por el hecho de ser mujeres como por ser discapacitadas. Hoy en día, afortunadamente, la situación ha mejorado, pues existen políticas y planes de acciones positivas encaminadas a mejorar la situación de desigualdad creada. Sin embargo, aún se siguen existiendo múltiples discriminaciones, mitos y falsas creencias en torno a la mujer con discapacidad y, en concreto, con LM, de las que posteriormente hablaremos y que necesitan una solución urgente.

Este trabajo es fruto del interés por mostrar que el género no establece diferencia alguna en la rehabilitación, recuperación y posterior integración en la comunidad de las personas con LM y que los mitos y falacias entorpecen, cuando no limitan, el proceso de rehabilitación de las personas con LM.

En relación a dicho proceso, el profesor Dr. D. Antonio León Aguado Díaz, y el equipo de investigación que dirige, en el cual tengo el honor de encontrarme integrada, viene desarrollando desde hace años una línea de investigación orientada a la rehabilitación de las personas con LM y al estudio de todos los factores relacionados con el mismo.

Constituye un interés preferente para este equipo la investigación de los aspectos psicológicos implicados en la rehabilitación de las personas con discapacidad física. Desde esta perspectiva se ha profundizado en las diferentes áreas de estudio e intervención en psicología de la rehabilitación, con el fin de acercar las corrientes más actuales de la psicología y revitalizar así el campo de investigación en dicha especialidad, siendo la LM y el proceso de adaptación a ella uno de los temas centrales. Para tales objetivos, se ha trabajado en dos direcciones complementarias, por un lado el desarrollo de un modelo teórico coherente a partir de la revisión de la bibliografía y de la obtención de evidencia empírica y, por otro, la creación de instrumentos de evaluación depurados metodológicamente, como el que presentamos en esta tesis.

Desde esta última perspectiva, en diferentes ocasiones se ha expresado la preocupación por las cuestiones metodológicas y las técnicas de evaluación en psicología de la rehabilitación (Aguado, 1989a, 1994; Aguado y Alcedo, 1999). Ante la constatación de la dispersión de sus áreas de investigación y sus formas de evaluación, se ha reiterado la necesidad de realizar estudios para responder a una de las cuestiones pendientes en psicología de la rehabilitación, esto es, la construcción de instrumentos de evaluación válidos que permitan la obtención de evidencia empírica sobre las variables psicológicas relacionadas con la LM y el modelo de las diferencias individuales (Aguado,

do y Alcedo, 1995b, 1999; Aguado, González, Alcedo y Arias, 2003; Aguado, Rueda, Alcedo y Arias, 2003; Rueda, Aguado, Alcedo, y Arias, 2004). En esta línea de trabajo sobre diversos aspectos y técnicas de evaluación, se enmarca la construcción de la EMELM - *Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con Lesión Medular*, de Aguado, instrumento que utilizaremos en nuestra investigación y sobre la que ya se han presentado datos acerca de sus propiedades psicométricas (Aguado, Alcedo, Rueda, Flórez y Gutiérrez, 1994; Aguado, Alcedo, Rueda, Santos y González, 1997).

La *Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con LM* (EMELM) es un instrumento que permite la evaluación global de las personas con LM e incluye datos clínicos, médicos y de funcionalidad, información sobre fisioterapia, actividades de la vida diaria y cuidados de enfermería, así como otros sobre integración social, del entorno y psicológicos, con cuestionarios para evaluar la *extraversión*, el *neuroticismo*, la *ansiedad de ejecución*, la *motivación*, el *locus de control*, las *estrategias de afrontamiento*, *actuales y rememoradas*, y la *depresión*.

La tesis doctoral, que presentamos bajo el título “*la perspectiva de género en el proceso de adaptación a la LM*”, se enmarca en la línea de estudios centrados en el abordaje de los aspectos psicológicos implicados en la rehabilitación de las discapacidades físicas teniendo en cuenta la perspectiva de género.

En este contexto y desde esta perspectiva de género, nuestra investigación se centra en analizar si la *doble discriminación* existente en nuestra sociedad para con las mujeres se traduce en algún perfil psicológico específico en las escalas psicológicas que justifique tal discriminación. En otras palabras, nuestra investigación tiene como objetivo comparar y estudiar las diferencias entre mujeres y varones en las escalas psicológicas de la EMELM (*extraversión*, *neuroticismo*, *ansiedad de ejecución*, *motivación*, *locus de control*, *afrontamiento* y *depresión*) y analizar si dichas diferencias son reales y se pueden achacar a la situación de discriminación que sufren las mujeres, o a la inversa, que tal situación de discriminación se base en tales diferencias. De esta forma, los objetivos específicos planteados en este estudio son, por un lado, comparar la supuesta variabilidad inter-grupos (mujeres-hombres) en las escalas psicológicas, y por otro, estudiar la variabilidad en el grupo de las mujeres (intra-grupo) analizando las posibles diferencias en función de una serie de variables de carácter clínico y socio-demográfico.

Por último, sólo resta añadir que dada la importancia que el impacto de la LM tiene sobre la persona y los seres que le rodean la convierten en un área de gran interés científico. Si a esto añadimos la evidencia de la tendencia de crecimiento continuo en la prevalencia de la LM y su alto coste personal, económico y social, el interés científico de su estudio está más que justificado.

Una vez introducido y justificado nuestro trabajo, pasamos a exponer los contenidos del mismo que, como suele ser habitual, se encuentra estructurado en dos partes, una teórica y otra empírica.

La **parte teórica** tiene siete bloques diferenciados. Comienza con un apartado dedicado a la LM (*capítulo 3*), en el que se explican las principales características que definen a esta discapacidad física, su tipología, etiología y epidemiología, así como sus principales consecuencias físicas y psicológicas.

A continuación, en el *capítulo 4*, exponemos el marco teórico de la psicología de la rehabilitación, su definición y surgimiento como especialidad. Posteriormente, nos acercamos al proceso de adaptación a la discapacidad física sobrevenida en general, y a la LM en particular, teniendo en cuenta la doble vertiente con la que se ha tratado el tema, el *modelo de las etapas* y el de las *diferencias individuales*. Por último, hablamos del papel de las variables psicológicas en la adaptación de la persona a la LM.

En el *capítulo 5*, continuamos con un acercamiento a nuestro objeto central de estudio, la perspectiva de género, donde comenzamos explicando las nociones de género y perspectiva de género y describiendo el trato discriminatorio que han recibido a lo largo de la historia las personas con discapacidad, en general, y las mujeres, en particular. A continuación, exponemos los derechos de las mujeres con discapacidad al mismo tiempo que explicamos la andadura recorrida para llegar al reconocimiento de tales derechos y hacemos un breve recorrido por los principales ámbitos en los que las mujeres con discapacidad sufren exclusión y discriminación. Por último, presentamos las principales demandas de este colectivo así como sus propuestas de futuro.

En el *capítulo 6* vamos a realizar una revisión bibliográfica de las principales publicaciones acerca del tema que nos ocupa, la perspectiva de género y la LM, para así comprobar el grado de conocimientos existentes al respecto.

Para terminar con esta parte teórica, exponemos una discusión (*capítulo 7*) sobre la revisión bibliográfica y las principales conclusiones (*capítulo 8*) a las que hemos llegado y que nos permiten determinar el andamiaje teórico sobre el que sustentamos nuestro proyecto. Finalizaremos con un resumen de los principales aspectos abordados en esta parte teórica (*capítulo 9*).

En la **parte empírica** de este proyecto exponemos los objetivos, tanto generales como específicos, y las hipótesis de partida de nuestra investigación (*capítulo 11*). Posteriormente, ya en el *capítulo 12*, mostramos la metodología del estudio, la selección de la muestra, las variables estudiadas y el instrumento de evaluación utilizado. Una vez expuestas las principales características sociodemográficas y clínicas que definen la muestra, presentamos los resultados obtenidos en nuestro estudio empírico (*capítulo 13*). Por último, el *capítulo 14* está dedicado al resumen de los principales resultados obtenidos y las conclusiones a las que hemos llegado.

Presentadas y explicadas las razones y motivos seleccionadas para planificar y desarrollar este estudio, pasamos de seguido a abordar los principales aspectos que nos van a permitir acercarnos y conocer más a fondo la perspectiva de género en el proceso de adaptación a la LM.

PARTE TEÓRICA

3. LESIÓN MEDULAR

3.1. INTRODUCCIÓN

En este apartado vamos a adentrarnos al conocimiento de la LM. Comenzamos realizando un recorrido histórico sobre la LM. A continuación, presentamos su definición y clasificación. También nos acercamos a su etiología y epidemiología, y finalizamos el capítulo hablando de las principales consecuencias físicas y funcionales que acarrea la LM.

3.2. ALGUNAS NOTAS HISTÓRICAS SOBRE LA LM

La LM es una afección tan antigua como la historia de la humanidad. Siguiendo la revisión que Aguado (1995) realiza sobre el tema, la primera documentación disponible la encontramos en el Papiro Quirúrgico de Edwin Smith, aproximadamente del tercer milenio antes de Cristo, el cual hace referencia a *traumatismos espinales* y nos aproxima a una primera definición de la LM, “*una dolencia que no puede ser tratada*”.

Hipócrates (460-377 a.C.), padre de la medicina, ofrece también una descripción bastante precisa de la *paraplejia*, sus complicaciones y algunos de sus remedios, entre ellos los relativos a la ingesta de líquidos y la dieta adecuada. Así mismo, este autor describe métodos como la reducción por tracción y el banco de extensión para el tratamiento de las dislocaciones vertebrales que ha sido ampliamente utilizado (Aguado, 1995).

En el siglo XIX, el conocimiento anatómico de la LM se perfeccionó considerablemente gracias a las autopsias. En el periodo anterior a la primera guerra mundial, los avances en el ámbito quirúrgico fueron muy importantes. Sin embargo, debido a las infecciones y úlceras eran muy pocas las personas con LM que sobrevivían. Será a partir de la segunda guerra mundial, con la aparición de las sulfamidas y los antibióticos en los años 30 y 40, cuando las tasas de mortalidad se reducen de manera notoria y considerada (Forner, 2001).

No podemos dejar de mencionar la labor de Sir Ludwig Guttmann y su clásico “*Lesiones medulares: Tratamiento global e investigación*” (1981), quien con su trabajo a partir de 1944 en el *Centro Nacional de Lesionados Medulares del Hospital de Stoke-Maneville*, cambió radicalmente el pronóstico y el tratamiento de la LM. Bajo un modelo de “integración social” se promovía una asistencia integral e individual a cada paciente. Todo lo contrario de la que hasta entonces se había llevado a cabo, basada exclusivamente en los aspectos médicos.

El método del Guttmann se extendió por todo el mundo. Concretamente en España se creó el Instituto Guttmann de Barcelona (1965) y el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo (1974), centros especializados que cuentan con una dilatada experiencia en el tratamiento y la rehabilitación de personas con LM.

Una vez revisadas las principales fuentes documentales e históricas sobre la LM, pasamos a continuación a conocer su descripción y principales clasificaciones.

3.3. DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN

Para abordar la LM vamos a comenzar explicando lo que es la médula espinal y la función que desempeña. Así, siguiendo a Mendoza (1996), diremos que es la parte del sistema nervioso central que tiene como misión conectar el encéfalo con el resto del cuerpo, transmitiendo los impulsos nerviosos de forma activa, ya que puede ampliar dichos impulsos. Es una estructura continua en la que no se puede hacer ninguna división y está situada en el interior de la columna vertebral, esta última, formada por 33 vértebras, de las cuales siete son cervicales, doce dorsales, cinco lumbares, cinco sacras y cuatro coccígeas; estas dos últimas forman dos huesos, el sacro y el cóccix o coxis.

A la hora de definir qué es la LM, hemos optado por seguir a Brucker (1983, p. 285) quien afirma:

“El término LM se refiere a una conmoción, compresión, laceración o corte transversal de la médula espinal que resulta en la pérdida de función neurológica por debajo del nivel de lesión. Las pérdidas pueden envolver falta de control motor voluntario de los músculos esqueléticos, pérdida de sensación y pérdida de la función autónoma. La extensión de estas pérdidas depende del nivel de la médula espinal en el que ocurre la lesión y de la cantidad de daño neural residual”.

De acuerdo con esta definición, las consecuencias de la LM afectan a todos los ámbitos de la vida de la persona, tanto física como psicológica y socialmente. Las secuelas físicas y neurológicas pueden alterar la movilidad voluntaria, el control de esfínteres, la sensibilidad, la respuesta sexual y el funcionamiento del sistema autonómico, según el nivel de la lesión. Cabe destacar, y no en menor medida, las variables psicosociales en juego, los cambios en su estilo de vida y su influencia en la dinámica familiar y social, que exigen a la persona grandes esfuerzos de afrontamiento y de adaptación a la nueva realidad.

En lo referente al pronóstico, hasta hace no demasiado tiempo se consideraba muy grave. Actualmente, gracias al progreso de la medicina y de la rehabilitación, la morbilidad y la mortalidad han descendido drásticamente en la última década (Brown, 1992; DeVivo y Stover, 1995). En la actualidad, lejos de ser considerada una lesión mortal, el período de hospitalización con cuidados asistenciales intensivos se complementa con un tratamiento rehabilitador para optimizar la funcionalidad y la autonomía en las actividades de la vida diaria. Se intenta que la persona se incorpore cuanto antes a la vida en sociedad, realice un seguimiento médico periódico, y tenga un papel activo en su mantenimiento y prevención de posibles complicaciones. Junto al control de los aspectos médicos, las variables psicológicas, sociales y ambientales tienen también un papel fundamental en su calidad de vida (Trieschmann, 1992a).

Consecuencia directa de estos avances resulta el aumento considerable de las expectativas de vida de las personas con LM, que Brucker (1983) situaba ya en 30,2 años después del accidente y que publicaciones más recientes aproximan a las de la población general (Aguado y Alcedo, 2005; Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias y Verdugo, 2003; Castro y Bravo, 1993; Go, DeVivo y Richards, 1995). Este incremento de las ex-

pectativas de vida amplía el campo de actuación y los retos que se plantean en la rehabilitación de la LM. En este sentido, cobran importancia los aspectos evolutivos y se introducen nuevos ámbitos, como el envejecimiento de las personas con LM y la necesidad de considerar su proceso de adaptación durante los diferentes ciclos de la vida (Eisenberg y Saltz, 1991; Holicky y Charlifue, 1999; Kemp y Krause, 1999; McColl, Stirling, Walker, Corey y Wilkins, 1999; Trieschmann, 1987).

En relación al segundo de los aspectos a tratar en este apartado, el de la *clasificación* de la LM, esta discapacidad puede ser catalogada en función de criterios variados, según se atienda a unos u otros aspectos de la LM, como pueden ser la etiología, la sintomatología, la naturaleza del tejido afectado, el nivel de la lesión o la extensión de la misma.

Tradicionalmente, podemos afirmar que la tipología de la LM se suele establecer en función de dos criterios principales, el nivel vertebral de la lesión y su extensión, completa o incompleta. Así, cuando la LM es **completa**, se habla de *paraplejia* si la lesión se produce a nivel dorsal, lumbar o sacro y si afecta a las extremidades inferiores, y la *tetraplejia* implica lesiones altas, a nivel cervical, afectando a las cuatro extremidades. El término *pentaplejia* se utiliza de forma específica para describir una lesión cervical muy alta que afecta no sólo a las cuatro extremidades, sino también a la movilidad del cuello. Cuando la LM es **incompleta**, se diferencia entre *paraparesia*, LM de nivel vertebral bajo que afecta a las extremidades inferiores, y *tetraparesia*, LM de nivel superior que afecta a las cuatro extremidades (Aguado y Alcedo, 1995a).

Por su parte, Aguado y Alcedo (1995a) elaboran el siguiente esquema de tipologías, atendiendo a los aspectos antes citados: nivel, extensión, etiología y sintomatología asociados a la LM (**tabla 1**).

CRITERIO	TIPOLOGÍA DE LA LM
ETIOLOGÍA	Médicas: causas congénitas o enfermedades médicas.
	Traumáticas: fracturas, luxaciones o contusiones vertebrales.
EXTENSIÓN	Completa: tetraplejia o paraplejia, si la lesión transversal en la médula es total.
	Incompleta: tetraparesia o paraparesia, si la lesión transversal en la médula es parcial.
NATURALEZA DEL TEJIDO AFECTADO	Médula: suelen ser lesiones irreversibles.
	Raíces nerviosas: aunque lentas, suelen regenerarse.
	Vasos sanguíneos: pueden dar lugar a daños medulares en zonas irrigadas.
SÍNTOMAS	Espásticas: musculatura dura, movimientos reflejos desordenados y dificultades de movilidad pasiva.
	Flácidas: musculatura blanda, sin dificultades de movilización pasiva ni movimientos reflejos.

Tabla 1. Tipologías de la LM (Tomada de Aguado y Alcedo, 1995a, p. 164).

Una vez revisada la descripción y clasificación de esta discapacidad física pasaremos, en el siguiente apartado, a la explicación de los aspectos relacionados con la etiología y epidemiología del la LM.

3.4. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

En relación a la etiología de la lesión, los datos aportados por Aguado y Alcedo (1995a) y De Pinto y Sánchez (2000) señalan como causa principal de la LM las lesiones traumáticas, las cuales ocupan en torno al 75% de los casos. El 25% restante corresponde a las de origen médico. De las primeras, aproximadamente el 50% son consecuencia de accidentes de tráfico, y a éstos le seguirían las caídas, los accidentes laborales, deportivos, intentos de autolisis y otros de menor cuantía.

Dentro de las causas de origen médico, son las derivadas de diferentes enfermedades, tales como las lesiones vasculares y los procesos comprensivos, inflamatorios, degenerativos y tumorales, las que presentan una mayor tasa de incidencia.

En cuanto a la epidemiología de la LM, Aguado y Alcedo (1995a) señalan que afecta sobre todo a varones (80%), jóvenes (un 62% entre 15 y 29 años), que residen en zonas urbanas. El 20% restante corresponde a mujeres. La proporción en cuanto a género es de 4:1. No obstante, esta proporción se reduce a 2:1 en los mayores de 50 años debido a la mayor incidencia de las lesiones no traumáticas o médicas con el paso del tiempo y el aumento de la edad.

Como bien podemos comprobar por los datos anteriormente citados, ser varón y menor de 30 años constituye un factor de riesgo importante a la hora de sufrir una LM. Parece que los chicos jóvenes tienden a realizar más conductas de riesgo que las mujeres como, por ejemplo, conducir vehículos a altas velocidades, deportes de alto riesgo, etc., conductas que aumentan la posibilidad de adquirir una LM.

En cuanto a la prevalencia de la LM, son muchas las dificultades para calcular la cifra exacta de personas con LM ante la falta de un censo real que recoja datos actuales. Este hecho no es exclusivo de la LM ni de nuestro país, tal y como señalaron Aguado y Alcedo (1990) en una revisión crítica de las estadísticas españolas de minusválidos físicos, ya que podemos hacerlo extensivo a todas las discapacidades.

La *incidencia* de la LM traumática varía en los distintos países del mundo, desde las 40-55 personas por millón de habitantes al año en EE.UU. y Japón, 30 en Australia, hasta la cifra entre 10-20 aceptada para Europa (García y Herruzo, 1995). Sólo en EE.UU. se producen anualmente entre 8.000 y 10.000 LM. Por tanto, debemos tener en cuenta, que la incidencia de la LM varía significativamente de unos países a otros aunque los datos se desconocen de forma explícita y exhaustiva.

Si nos atenemos a los datos, en España, la tasa se sitúa en torno a 20-25 casos por millón de habitantes. En nuestro país se dan entre 800 y 1.000 casos por año, estimando el número total de afectados en torno a 30.000 (Aguado y Alcedo, 1995a).

Es más, dadas las condiciones de vida actuales, se pronostica un aumento de jóvenes varones con LM con una larga esperanza de vida, así como un incremento de adultos recientemente lesionados. Por tanto, son muchas las personas que tienen que enfrentarse a un fuerte estrés psicológico que exige grandes esfuerzos de adaptación (Aguado y Alcedo, 1995a).

En resumen, se trata, pues, de una enfermedad de baja incidencia pero de gran importancia personal y social, dados los cambios que impone la LM en el estilo de vida

de las personas afectadas. En este sentido, García y Herruzo (1995) resaltan el enorme coste económico y social de esta lesión en todo el mundo y hablan de la necesidad de iniciar planes globales de prevención adecuados, para lo cual es imprescindible un conocimiento de las características de esta población, y no sólo de su número. Esta necesidad de aumentar el conocimiento de los aspectos cuantitativos y cualitativos de las personas con discapacidad no es una cuestión específica de la LM, sino que se puede hacer extensible a todas las discapacidades físicas y a la discapacidad en general. En este sentido, y partiendo de la premisa del abordaje multidisciplinar de la rehabilitación, la psicología de la rehabilitación puede jugar un papel importante en la comprensión y el manejo de los aspectos psicológicos de la LM y de la discapacidad en general.

Pasaremos a continuación a presentar las principales consecuencias físicas y funcionales que la LM provoca en una persona que la padece, para terminar este capítulo haciendo referencia a las consecuencias psicológicas derivadas de esta discapacidad.

3.5. CONSECUENCIAS FÍSICAS Y FUNCIONALES

La médula espinal conecta, como hemos dicho anteriormente, el encéfalo con el resto del cuerpo y, por tanto, el daño producido en ella no sólo afecta al sistema motor y al movimiento de las extremidades. También aparecen toda una serie de síntomas, no tan evidentes a simple vista, pero que acarrear alteraciones importantes en la circulación sanguínea, que pueden producir hipotensión y falta de tono muscular, alteraciones en la función sexual, en el aparato digestivo, en el aparato urinario, en la micción y la defecación, y en la piel (Mendoza, 1996).

No todas las lesiones medulares van a implicar una misma pérdida funcional ya que esta dependerá de la altura a que haya sido segmentada la médula. Cuanto más bajo sea el nivel de la lesión, mayor será el grado de fuerza muscular disponible para la rehabilitación posterior de la persona y viceversa.

Lindemann (1981) enumera los posibles tipos de funcionamiento según el nivel de afectación de la LM (**tabla 2**).

En lo relativo a las pérdidas funcionales que acarrea la LM, Freed (1993) distingue diferentes alteraciones en función del nivel de la lesión:

- **Cervical 4 (C4):** Los pacientes tetraplégicos C4 conservan un buen uso de los músculos esternocleidomastoideo, trapecio y paraespinales cervicales superiores. No tienen función voluntaria en los brazos, el tronco o extremidades inferiores. Nos encontramos ante personas que para mover la silla, comunicarse, utilizar aparatos, etc., usan mecanismos activados por la voz, humedad y presión de la boca, soplos, etc.
- **Cervical 5 (C5):** A este nivel pueden utilizar los músculos deltoides y bíceps para realizar actividades de la vida diaria, si bien necesitan ayuda para la musculatura no funcional de la mano y la muñeca. Se puede esperar de los pacientes tetraplégicos C5 que se alimenten solos, realicen algunas actividades de higiene, ayuden a que se les vista con la extremidad superior y a la colocación de ortesis, empujen la silla de ruedas cortas distancias, usen máquina de escribir eléctrica, etc. A este nivel aún necesitan ayuda para levantarse.

- **Cervical 6 (C6):** Presentan una musculatura del hombro con inervación casi completa, flexión del codo y extensión casi radial de la muñeca. A este nivel los pacientes ya son más diestros para vestirse, a menudo lo hacen de forma completa, pueden empujar la silla largas distancias, se trasladan de la cama a la silla utilizando el trapecio o una barra. Es a partir del este nivel cuando pueden conducir un coche adaptado con controles manuales.

NIVEL	FUNCIONALIDAD
C1-C3: Pentaplejia	Preserva las funciones de masticar, deglutir, hablar y soplar. Dependencia muy alta. Silla eléctrica mando mentón. Respirador.
C4: Tetraplejia	No puede ponerse en pie. Capacidad respiratoria reducida. Silla de ruedas eléctrica. Puede leer y escribir con adaptaciones en la boca. Asistencia continua para las actividades de la vida diaria.
C5: Tetraplejia	No puede ponerse en pie. Capacidad respiratoria reducida. Alta dependencia. Silla de ruedas con adaptaciones en el aro impulsor. Puede comer, beber, escribir y realizar funciones simples de la vida diaria con adaptaciones en las manos.
C6: Tetraplejia	No puede ponerse en pie. Impulsa la silla de ruedas con más potencia. Puede afeitarse y afeitarse con maquinilla eléctrica. Tiene posibilidades de mejorar sustancialmente la función de sus manos con una operación.
C7: Tetraplejia	No puede ponerse en pie. Capacidad respiratoria reducida. Dependencia. Silla de ruedas. Puede pasarse de la silla a la cama solo y moverse con independencia. La función de sus manos después de la cirugía es satisfactoria. Puede conducir un automóvil adaptado.
C8-D1: Paraplejia	Capacidad respiratoria reducida. Dependencia parcial. Silla de ruedas. Conducción de coche con control manual.
D1-D5: Paraplejia	Capacidad respiratoria reducida. Totalmente independientes en la silla de ruedas. Conducción de coche con control manual. Puede realizar actividades de la casa (planchar, coser, cocinar, etc.). Trabajo sedentario, de actividad mental y manual. Algunos pueden conseguir caminar de forma pendular en distancias cortas con aparatos y bastones.
D6-D10: Paraplejia	Independencia. Silla de ruedas. Conducción de coche con control manual. Puede caminar de forma pendular con aparatos largos y bastones. Si es musculoso, puede subir y bajar escaleras.
D11-D12: Paraplejia	Puede caminar en todos los terrenos. Las adaptaciones para el coche, en su hogar y en su trabajo serán reducidas.
L1-L4: Paraplejia	Completa independencia. Camina con ayuda de aparatos y bastones. Conducción de coche con control manual.

Tabla 2. Funcionalidad asociada a la LM según el nivel de la lesión (Tomada de Lindemann, 1981, p. 219).

- **Cervical 7 (C7):** En este nivel ya tienen el tríceps y los flexores y extensores extrínsecos de los dedos totalmente funcionales. Son capaces de pasar a la posición de sentado y, por lo tanto, pueden pasar de la cama a la silla y tienen movilidad en las manos sin férulas. En muchos casos llevan a cabo una vida independiente desde la silla de ruedas.
- **Dorsal 1 (D1):** Tienen extremidades superiores normales, pero carecen de musculatura troncal para un equilibrio completo en posición de sentado y de la musculatura

latura abdominal para realizar la respiración diafragmática. Son completamente independientes en el ámbito de silla de ruedas ya que pueden vestirse y alimentarse, desarrollar actividades higiénicas, lograr los traslados, conducir un automóvil y desplazarse fuera del hogar.

- **Dorsal 6 (D6):** Tienen conservada la funcionalidad superior del tronco, por lo tanto, presentan mayor incremento de la reserva respiratoria. Poseen independencia en la silla de ruedas para las actividades de la vida diaria. Se les pueden proporcionar ortosis para la postura de pie, pero no se debe esperar que caminen.
- **Dorsal 12 (D12):** Tienen control abdominal total y dorsal prácticamente completo, así como reserva respiratoria intacta. Presentan extremidades superiores totalmente funcionales que les proporcionan una funcionalidad completa desde la posición de sentado. Pueden ponerse de pie aunque la deambulacion funcional sigue siendo un problema. Logran independencia en las actividades de la vida diaria.
- **Lumbar 4 (L4):** Estos pacientes tienen uso de los flexores de la cadera y los extensores de la rodilla y pueden permanecer de pie sin ortosis, y caminar sin soporte externo. La deambulacion, asistida con ortosis de tobillo-pie y muletas, es oscilante y laboriosa. Son individuos casi completamente independientes, aunque con cierta dificultad para subir escaleras y para actividades que requieran cambios repetitivos de la posición de sentado a la de pie.

En algunas fuentes se ofrecen datos más detallados (Miguel, 2001) sobre los diferentes tipos de lesión. El mayor porcentaje de las mismas se da a nivel dorsal (42,7%), seguido del nivel cervical (38,5%) y del lumbo-sacro (17,8%). Los niveles más frecuentes son: dentro del dorsal, el D12-L1 (18%), y en el cervical, el C5-C6 (20,7%), niveles ambos que corresponden a zonas de máxima movilidad de la columna vertebral y, por tanto, muy vulnerables.

Una vez abordadas en este apartado las consecuencias físicas y funcionales que deja tras de sí una LM, nos centraremos, a continuación, en las consecuencias psicológicas que la lesión provoca abordadas bajo el capítulo de la psicología de la rehabilitación.

3.6. RESUMEN

A lo largo de estas páginas hemos definido qué es una LM, cuáles son sus características etiológicas y epidemiológicas, y cuáles las consecuencias que de ella se derivan tanto en el ámbito físico como funcional.

Hemos empezado explicando lo que es la médula espinal y la función que desempeña, como parte del sistema nervioso central, al conectar el encéfalo con el resto del cuerpo, transmitiendo los impulsos nerviosos de forma activa. Estamos ante una estructura continua, en la que no se puede hacer ninguna división, situada en el interior de la columna vertebral, formada por 33 vértebras, de las cuales siete son cervicales, doce dorsales, cinco lumbares, cinco sacras y cuatro coccigeas. También hemos expuesto las diferentes clasificaciones que pueden hacerse de la lesión atendiendo a diferentes aspectos: nivel, extensión, etiología y sintomatología asociadas a la LM.

En relación con la etiología de la lesión, la mayoría de los estudios señalan como causa principal las lesiones traumáticas, las cuales ocupan en torno al 75% de los casos. El 25% restante corresponde a las de origen médico. De las primeras, aproximadamente el 50% son consecuencia de accidentes de tráfico. A continuación, le seguirían las caídas, los accidentes laborales, deportivos, intentos de autolisis y otros.

Sobre la epidemiología de la LM hemos comprobado que afecta sobre todo a varones (80%), jóvenes (un 62% entre 15 y 29 años), y residentes en zonas urbanas. El 20% restante corresponde a mujeres. Como bien podemos comprobar, ser varón y menor de 30 años constituye un factor de riesgo importante a la hora de sufrir una lesión.

En cuanto a las consecuencias físicas y funcionales que la lesión acarrea hemos visto que el daño producido en la médula no sólo afecta al sistema motor y al movimiento de las extremidades, sino que también aparecen toda una serie de síntomas, no tan evidentes a simple vista, pero que provocan alteraciones importantes. A saber, dificultades en la circulación sanguínea, que pueden producir hipotensión y falta de tono muscular, alteraciones en la función sexual, en el aparato digestivo, en el aparato urinario, en la micción y defecación, y en la piel.

Una vez concluida esta primera parte introductoria dedicada a la descripción de la LM y de sus consecuencias físicas y funcionales, pasamos seguidamente a desarrollar en el siguiente capítulo el tema relativo a la psicología de la rehabilitación y las consecuencias psicológicas implicadas en la adaptación a la LM.

4. PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN

4.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo comenzaremos exponiendo el marco teórico de la psicología de la rehabilitación, su definición y surgimiento como especialidad. Posteriormente, nos acercaremos al proceso de adaptación a la discapacidad física sobrevenida en general, y a la LM en particular, teniendo en cuenta el doble enfoque con el que se ha tratado el tema, el *modelo de las etapas* y el de las *diferencias individuales*. Por último, hablaremos del papel de las variables psicológicas en la adaptación de la persona a la LM.

4.2. DESARROLLO HISTÓRICO

Como se amplía en Aguado (1995), históricamente, el nacimiento de la psicología de la rehabilitación se produce durante la *II Guerra Mundial*, con la toma de conciencia de la incidencia e importancia de los factores psicológicos y sociales en la rehabilitación y la entrada de nuevos profesionales procedentes de las ciencias sociales y de la conducta. Los recursos dedicados a la participación y a la formación de los psicólogos para su intervención en este campo en el entorno norteamericano van configurando una especialidad con entidad propia. Su desarrollo y expansión en los Estados Unidos han dado lugar a la creación de la *Division 22 (Psychological Aspects of Disability*, posteriormente *Rehabilitation Psychology*) de la *American Psychological Association* (APA), cuyos principios aparecen proclamados en las Actas de los Congresos de 1972 y

1975, y pueden encontrarse en los clásicos manuales editados por Garrett (1953), Wright (1959), Lofquist (1960), Neff (1971), Golden (1984) y Bolton (1987).

A la hora de buscar una definición de psicología de la rehabilitación, seguimos a Fraser (1984) quien la define como un área de especialidad que tiene una serie de sub-áreas, temas, roles y principios compartidos por los psicólogos que trabajan en el campo de la rehabilitación y que son distintivos y característicos de tal especialidad. A esta afirmación se suman todos aquellos autores que defienden la importancia de las variables psicológicas y el papel del psicólogo en la rehabilitación, así como la necesidad de ampliar su campo de investigación y aplicación (Aguado, 1987, 1989a, 1995; Lofquist, 1979; Shontz y Wright, 1980; Trieschman, 1980, 1984). Otros autores como Ruano (1993) y Verdugo (1999), también, han revisado el marco conceptual y teórico de la psicología de la rehabilitación en nuestro país.

En cuanto al desarrollo de esta disciplina, Aguado (1995) lo describe en estrecha relación con el devenir histórico del *movimiento rehabilitador*. Surgida inicialmente para atender a los mutilados y veteranos de guerra, la psicología de la rehabilitación vio extender sus avances y aportaciones a todas las discapacidades físicas, a la vez que se afirmaba la necesidad de considerar no sólo las variables físicas, sino también las psicológicas y sociales. Con el tiempo se amplía la atención a la pluralidad de colectivos y, en la década de los ochenta, se caracteriza por un pluralismo conceptual y técnico, configurando en la actualidad un campo de atención a la discapacidad extenso, amplio, variado y disperso.

Los principios de la psicología de la rehabilitación están en estrecha conexión con los planteamientos *comunitarios* y *biopsicosociales* imperantes en las ciencias de la salud, conexión que ha dado lugar a influencias recíprocas y enriquecedoras. Por un lado, la evolución de la psicología de la rehabilitación y su atención a las discapacidades ha repercutido en la dinamización de otras especialidades de la psicología, realizando aportaciones directas a la psicología clínica, la psicología infantil y la evaluación psicológica en general (Aguado, 1995). Por otro lado, la psicología de la rehabilitación, inicialmente muy influenciada por la *teoría de campo* de Lewin (1935), se ha beneficiado de las aportaciones de otros desarrollos de la psicología, como la modificación de conducta, la evaluación psicológica, la psicología de la salud y la psicología comunitaria.

En general, el estudio de los aspectos psicológicos de la discapacidad física ha girado en torno a dos ejes principales de investigación. Por un lado, el estudio de las características de personalidad de los grupos de personas con discapacidad y, por otro, el proceso de adaptación, ajuste o impacto psicológico ante la aparición de la discapacidad física (Aguado, 1990). Estas áreas de estudio han tenido su máximo desarrollo en la LM.

El origen de la psicología de la rehabilitación durante la *II Guerra Mundial* marca como constante una búsqueda de soluciones prácticas a la problemática inmediata y la urgencia de intervención en el entorno rehabilitador, en detrimento de la investigación y del rigor metodológico. En este sentido, es necesario mencionar la precaria situación de la investigación en psicología de la rehabilitación que presenta grandes deficiencias metodológicas. Al tiempo que su desarrollo teórico se ha centrado en temas como la depresión o las etapas de adaptación a la lesión apartándose de la metodología científica (Aguado, 1995). De esta forma, autores como Aguado (1989a, 1994), Shontz (1991), McColl y Skinner (1992), Glueckauf (1993), Aguado y Alcedo (1999), que han

abordado el tema de forma específica, confirman la existencia de serios problemas metodológicos presentes en la evaluación psicológica en rehabilitación y la necesidad evidente de una actualización tecnológica.

Según Aguado (1989a), a la necesidad de conectar la evaluación con la intervención, abandonando la predominancia de la evaluación con mera finalidad diagnóstica y clasificadora, se suma la necesidad de construir instrumentos válidos para la evaluación de las personas con discapacidad y adecuados al entorno rehabilitador.

Hechas estas matizaciones y presentado el marco teórico de la psicología de la rehabilitación, pasamos a centrarnos en el estudio del proceso de adaptación a la discapacidad física sobrevenida y a la LM.

4.3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA ADAPTACIÓN A LA LM

Los principios de multidimensionalidad y de abordaje integral de la rehabilitación que compartimos hoy en día no han estado siempre presentes en el estudio de la adaptación a la LM. Ha sido necesaria una evolución de los enfoques, la incorporación del modelo biopsicosocial, los principios de la intervención comunitaria y las aportaciones derivadas de las ciencias de la salud, para llegar a la situación actual.

La complejidad y la multidimensionalidad de la adaptación a la LM ha sido sugerida de forma unánime por numerosos autores (Aguado, 1990; Brucker, 1983; Butt, 1989; Heinemann, 1995; Lindemann, 1981; Richards, 1986; Trieschmann, 1984, 1988, 1992b). Esta multidimensionalidad de la adaptación ya estaba implícita en el trabajo de Shontz (1980), que describía cuatro niveles de impacto de la discapacidad: el directo, el instrumental, la reacción emocional y el molar. Por su parte, Richards (1986) define la adaptación a la LM como un concepto multifacético que abarca diferentes dimensiones, entre las que incluye la conducta, los sentimientos y las actitudes. En esta misma línea, Dunn (1975) distingue diferentes áreas de adaptación a la LM: la adaptación física, la social, la sexual y la psicológica. Drew-Cates (1989) introduce el punto de vista de la persona con LM y describe diferentes dimensiones en el proceso de adaptación: enfoque personal, aspectos físicos, emocionales, racionales, productivos y laborales, estrategias de afrontamiento, recursos personales, condiciones del entorno y actitudinales.

De esta forma, las aportaciones realizadas desde las diferentes perspectivas teóricas nos llevan a entender la adaptación a la LM como un concepto complejo y multidimensional que debe considerar los factores *biológicos*, *psicológicos*, *sociales* y del *entorno*. Bajo esta perspectiva, algunos autores han señalado la conveniencia de realizar evaluaciones multidimensionales y análisis multivariados que contribuyan a aclarar la falta de concordancia entre muchos de los estudios realizados de mediciones aisladas (Aguado, 1990; Bas, Gala y Díaz, 1994). Sin embargo, las dificultades para abordar dicha multidimensionalidad son obvias, lo que ha motivado que en la práctica las investigaciones se hayan centrado en los aspectos psicológicos de la adaptación a la LM.

De acuerdo con Trieschmann (1988, 1992b), la adaptación es el proceso de restaurar el equilibrio entre los factores psicosociales, orgánico-biológicos y ambientales de la vida de una persona, alterado por la aparición de la discapacidad. Esta autora describe el resultado final de la adaptación a la LM como una ecuación en la que intervienen numerosos factores e interactúan variables personales, orgánicas y ambientales.

Sin embargo, todas estas variables no han sido siempre consideradas en el estudio de la adaptación a la LM. Ante la falta de un modelo global que integre todos los factores intervinientes en el proceso de adaptación a la LM, podemos hablar de un predominio del estudio de los factores psicológicos y una postergación de las variables del entorno (Aguado, 1990; Trieschmann, 1984).

Por otro lado, la ausencia de una definición única de adaptación a la LM ha estado acompañada de dificultades en su evaluación y operativización. Así, autores como Trieschman (1988), Aguado (1990), Daverat (1992), Aguado y Alcedo (1995b) y Heinemann (1995b) revelan muchos obstáculos y deficiencias metodológicas en dichas investigaciones.

En efecto, el desarrollo teórico de la psicología de la rehabilitación se revela como insuficiente y estancado en su estudio de la adaptación a la LM y reclama la introducción de nuevas variables que contribuyan a explicar de forma satisfactoria las diferencias individuales encontradas.

En general, se suele admitir la existencia de dos enfoques principales en el estudio de la adaptación a la LM, el modelo de las *etapas* y el modelo de las *diferencias individuales* (Aguado, 1990; Brucker, 1983).

El *modelo de las etapas* postula que la persona pasa progresivamente por diferentes fases, resolviendo los problemas psicológicos asociados a cada etapa hasta conseguir la adaptación a la LM de forma satisfactoria. Detrás de las teorías de las etapas está implícita la idea de que la *depresión* y la *negación*, elementos clave del proceso de adaptación, son respuestas esperadas e incluso necesarias en el proceso natural de duelo por la pérdida. Aplicando esta perspectiva se ha afirmado que no aceptar la pérdida de las propias habilidades interfiere y obstaculiza la motivación y la rehabilitación de la persona con LM (Dembo, Leviton y Wright, 1956; Heijn y Granger, 1974).

De tal forma, el modelo asume una serie de etapas predecibles que ocurren en una secuencia determinada por la que la persona tiene que pasar necesariamente para lograr la adaptación y la aceptación de la LM. Pero, como señala Aguado (1990), no hay un acuerdo sobre el número de etapas y el orden de su sucesión no coincide, los estudios carecen de una metodología diferencial, y hay un cuerpo creciente de datos que contradicen la existencia de un proceso único de adaptación a la LM. Todas estas razones hacen insostenible la teoría de las etapas y han promovido un desplazamiento del interés investigador hacia las diferentes variables psicológicas intervinientes en dicho proceso de adaptación, para poder explicar las diferencias individuales encontradas.

Frente a esta situación de estancamiento, surge el *modelo de las diferencias individuales*, 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. Autores de esta línea de investigación afirman también que no existe una personalidad única de la persona con LM y que no hay correlación entre la *gravedad* de la discapacidad y el *desajuste psicológico* (Aguado, 1990; Shontz, 1983; Trieschman, 1984). Desde este modelo se hace especial hincapié en la importancia de las variables *psicológicas* en el proceso de adaptación y la *individualidad* de dicho proceso.

Aguado (1990) realizó un análisis comparativo de los modelos de las etapas y los modelos de las diferencias individuales en función de tres criterios principales: la

coherencia teórica, el respaldo empírico y las implicaciones terapéuticas, defendiendo la superioridad de los modelos de las diferencias individuales para explicar la adaptación a la LM. Mientras que el modelo de las etapas carece de coherencia teórica y de respaldo empírico, a la vez que propone un tratamiento estandarizado de la persona convirtiéndola en mero receptor pasivo de la rehabilitación, el modelo de las diferencias individuales presenta datos válidos en contra de dichas etapas y tiene respaldo empírico parcial. La coherencia teórica de este último modelo se basa en la incorporación de variables alternativas para explicar el proceso específico y diferencial de adaptación de cada persona desde el reclamo de la introducción de una metodología diferencial. Consecuentemente, este autor propone un tratamiento individualizado en el que la persona se convierta en un agente activo de su proceso de rehabilitación.

Por otro lado, 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 comienzan a reclamar la necesidad de una metodología diferencial. Sin embargo, el desarrollo actual de las investigaciones sobre la adaptación a la LM es el resultado de la diversidad y la dispersión de las variables psicológicas estudiadas. Podemos hablar de un momento en el que se está acumulando evidencia empírica sobre las diferencias individuales pero falta un modelo teórico global que integre los resultados obtenidos y explique la relación entre las variables intervinientes de forma satisfactoria (Aguado, 1990).

En este sentido, Elliot y Frank (1996) sugieren la conveniencia de que las teorías actuales sobre la adaptación a la LM adopten una perspectiva biopsicosocial que tenga en cuenta los efectos interactivos entre los parámetros de la discapacidad, los estresores psicosociales y los factores del binomio persona-ambiente. Ello permitiría explicar las diferencias individuales, predecir la depresión y otros indicadores de dicha adaptación.

Por todo lo dicho hasta el momento, un requisito imprescindible para poder avanzar en la comprensión de la adaptación a la LM es abandonar las posiciones especulativas propias del modelo de las etapas y realizar mediciones objetivas y estandarizadas aplicando la metodología diferencial, desde los presupuestos de las diferencias individuales (Aguado, 1990; Shontz, 1989). Ello requiere tanto la identificación de las variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la LM como la construcción de instrumentos válidos para su evaluación en el contexto de la rehabilitación, demanda cada vez más frecuente entre los investigadores (Aguado y Alcedo, 1999; Buckelew, Baumstark, Frank y Hewett, 1990; Elliot y Umlauf, 1995; Heinemann, 1995b; Jubala y Brenes, 1988; Lindemann, 1981; Trieschmann, 1984).

Es dentro de este *modelo de las diferencias individuales* en el que se enmarca el trabajo del equipo de investigación del que formamos parte. En este marco se gesta y elabora la “*Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con Lesión Medular*” (EMELM) (Aguado, 1994), instrumento que va a ser utilizado en nuestra investigación. Dicha escala ha sido diseñada para evaluar aspectos psicológicos, físicos y socioambientales, que permiten conocer las necesidades personales de cada sujeto, y hacer de la rehabilitación un proceso individualizado y personalizado, según las necesidades de cada uno. A través de esta escala se han investigado aspectos relacionados con las características psicológicas de las personas con LM, y ya se han presentado resultados relativos a calidad de vida (González, 2001) y a estrategias de afrontamiento (Rueda, 2001).

En síntesis, nos encontramos, por un lado, con las variables propias del sujeto que pueden condicionar su adaptación a la lesión, es decir la personalidad previa y las habilidades de afrontamiento que el individuo poseía antes de la lesión (Aguado, 1990; Allden, 1992; Brucker, 1983). Por otro, con las variables externas, como la familia, entorno social y barreras de todo tipo, arquitectónicas, sociales, económicas, etc. Con relación a la familia, Pelechano (1991) considera que en las enfermedades crónicas el núcleo familiar debe servir como base a los programas de intervención. Esta misma idea es sostenida por Burish y Bradley (1983), quienes además hacen hincapié en el hecho de que la familia puede no darse cuenta de su relevancia y además no saber cómo ayudar en el proceso de rehabilitación, con lo que pueden perjudicar al sujeto sobreprotegiéndolo o, por el contrario, distanciándose de él. Por su parte Tate, Rasmussen y Maynard (1991) aseguran que el contacto con otras personas con LM, plenamente integradas en la sociedad, facilita la adaptación a esta nueva situación. Y, por último, Frieden y Cole (1985) aseguran que al igual que existen variables que facilitan la adaptación hay otras que la dificultan, como es el caso de las barreras ambientales (arquitectónicas), las barreras personales (sociales) y las económicas (ingresos).

Es más, la siguiente afirmación de Heinemann (1995a) nos lleva a pensar que, en ocasiones, son las actitudes sociales las que determinan ese proceso de ajuste. Como acertadamente afirma Heinemann, la discapacidad se encuentra más en la mirada del otro que en las consecuencias físicas o psicológicas derivadas de la misma:

“La discapacidad sólo existe cuando la adaptación está en marcha, pero quienes la ven desde fuera reaccionan a las señales visibles de la discapacidad y a menudo tratan a la persona como si tuviese una minusvalía aunque la adaptación sea completa” (p.344).

A continuación, y después de revisar la delimitación conceptual que reconoce la importancia y el predominio de las variables psicológicas intervinientes, vamos a analizar cuáles han sido las variables más estudiadas en la literatura para explicar los aspectos psicológicos de la LM. Para ello presentaremos una panorámica general de las variables que se han introduciendo en el estudio de la LM.

4.4. LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS ESTUDIADAS EN PERSONAS CON LM

El objetivo de la rehabilitación no es únicamente la recuperación médico-funcional, sino una adaptación satisfactoria a una situación radicalmente distinta, proceso en el que las variables psicológicas juegan un papel central (Aguado, 1990; Alden, 1992; Brucker, 1983; Craig, Hancock, Dickson y Chang, 1997; Hammell, 1994; Jochheim, 1983; Karney, 1976; Lindemann, 1981; Trieschmann, 1980; Woodbury, 1978; Woodrich y Patterson, 1983).

Sin embargo, las variables psicológicas en las personas con LM han sido estudiadas como producto de una atomización de las áreas evaluadas y de enfoques centrados en una sola variable, razones que han contribuido a la ausencia de un modelo global para explicar el complejo proceso de adaptación. A continuación, vamos a presentar aquellas variables que han sido más estudiadas, ya que muchas de ellas serán objetivo de nuestro trabajo en la parte empírica.

En primer lugar, la “*depresión*” ha sido la más evaluada con diferencia entre las variables psicológicas tradicionalmente estudiadas en las personas con LM. La mayoría de las investigaciones se han realizado desde el enfoque de la *psicopatología* y se han centrado en la morbilidad psicológica de las personas con LM (Boekamp, Overholser y Schubert, 1996; Cushman y Dijkers, 1991; Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman y Young, 1993; Fullerton, Harvey, Klein, y Howell, 1981; Howell, Fullerton, Judd, Burrows y Brown, 1986; Judd, Stone, Webber, Brown y Burrows, 1989; Kemp, Krause y Adkins, 1999; Kishi, Robinson y Forrester, 1994). Frente a esto, parece más adecuado el estudio de la depresión desde la perspectiva biopsicosocial, que considera que la forma de actuar de la persona con LM y las estrategias de afrontamiento utilizadas tienen mucho que ver en el estado emocional asociado (Boekamp et al., 1996). Desde este planteamiento, la depresión no sería ya un fin de estudio en sí misma sino un indicador del proceso de adaptación.

También ha sido frecuente su estudio como *indicador de adaptación* a la LM (Frank, Elliot, Corcoran y Wonderlich, 1987; Kemp y Krause, 1999; Overholser, Schubert, Foliart y Frost, 1993; Umlauf y Frank, 1983). Algunos estudios la han relacionado con el *nivel de actividad* (MacDonald, Nielson y Cameron, 1987) o con aspectos *neuropsicológicos* (Davidoff, Andrade, Tavares y Feitas, 1990).

En ocasiones el estudio de la depresión en personas con LM se ha visto evaluado junto con el *enfado* (Bracken, Shepard y Webb, 1981), la *hostilidad* (Richards, 1984), y la *ansiedad* (Craig, Hancock y Dickson, 1999; Hancock, Craig, Tennant, Chang, 1993; Somasundaram, Balakrishnan, Ravindran y Shanmugasundaram, 1992). Dentro de la ansiedad, merece la pena destacar los estudios de Radnitz (1998) y de Radnitz et al. (1998), centrados en el estudio de los trastornos de ansiedad asociados al *estrés post-traumático* en personas con LM de etiología traumática. El último trabajo citado (Radnitz et al., 1998), encuentra que las personas con una tetraplejia manifiestan menos sentimientos de estrés postraumático que veteranos con paraplejia. Es decir, el hecho de tener una lesión más alta (tetraplejia) no aumenta, en absoluto, el riesgo de sufrir algún tipo de trastorno de estrés postraumático.

Otra variable muy estudiada en la literatura ha sido el “*locus de control*”, como componente esencial de la conducta humana motivada en su necesidad de dar sentido a los acontecimientos que rodean a la persona, de poder predecir y anticipar tales eventos, de sentirse al mando y poseedor de opciones de comportamiento (Bermúdez y Pérez, 1989). De acuerdo con estos autores, el *locus* se puede definir como el grado en el que una persona percibe los resultados como contingentes con su conducta y se refiere a la creencia que tiene una persona de que su respuesta influirá o no en la consecución del refuerzo. Así, una persona con *locus externo* percibe que tiene poco control sobre su vida y no encuentra relación entre su conducta y los sucesos externos, percibiéndolos como resultado de la suerte, el azar, el destino o las personas con autoridad. Por el contrario, una persona con *locus interno* cree que su conducta tiene relación directa con sus consecuencias.

La revisión de la literatura sugiere la importancia del *locus* en la rehabilitación y en el proceso de adaptación a la LM (Frank, Van Valin y Elliot, 1987; Trieschmann, 1984, 1988), y ofrece evidencia del efecto moderador del *locus* sobre la depresión y de su papel favorecedor del bienestar emocional durante dicho proceso de adaptación (Frank y Elliot, 1989; Shadish, Hickman y Arrick, 1981; Silver, 1982). Lamentablemente, la importancia concedida al *locus* en los estudios sobre la LM no ha ido acompañada

de una investigación sistemática, y la bibliografía revisada muestra la existencia de frecuentes irregularidades, tanto en su concepción como en los instrumentos utilizados para su medición. Una vez más se ponen de manifiesto la ausencia de un desarrollo teórico global, así como de instrumentos validados para la población con LM, aspectos que dificultan la comparación de resultados e impiden la obtención de datos concluyentes.

En tercer lugar, podemos destacar el “*afrentamiento*” que aparece en la escena científica como una variable prometedora para el estudio de las áreas de salud y, consecuentemente, de la rehabilitación. Esta importancia se refleja en los estudios sobre las personas con LM con su aportación de teoría, instrumentos de medición y una nueva línea de investigación. Aquí se incluyen los trabajos iniciales de Silver y Wortman (1980), Silver (1982), Felton y Revenson (1984), junto a los trabajos que introducen el afrontamiento como una variable central del proceso de adaptación, como Frank, Elliot et al. (1987), Frank, Umlauf, Wonderlich, Askanazi, Buckelew y Elliott (1987), Drew-Cates (1989), Buckelew et al. (1990), Buckelew, Frank, Elliot, Chaney y Hewett (1991), Barone (1993), Hanson, Buckelew, Hewett y O’Neal (1993), Meyer (1998) y Soltz (1998).

En esta línea de trabajos queremos destacar los resultados obtenidos en el proceso de adaptación de unos cuestionarios de evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM en el momento actual (*Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*) y en el momento de aparición de la lesión (*Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento*). Dichos cuestionarios, construidos por Pelechano para la evaluación del afrontamiento en el área de la salud, han sido adaptados a una población de personas con LM. Dicha adaptación demuestra la utilidad de tales instrumentos en el entorno rehabilitador, en línea con el beneficio que para la psicología de la rehabilitación ha supuesto la introducción de las teorías del estrés y del estudio del afrontamiento como variable relevante en el proceso de adaptación a una discapacidad adquirida como es la LM (Rueda, 2001; Rueda y Aguado, 2003; Rueda, Aguado et al., 2004).

Otras variables psicológicas a las que se ha prestado atención, aunque en mucho menor grado, en el estudio de las personas con LM son el “*autoconcepto*” (Green, Pratt y Grigsby, 1984; Mayer y Eisenberg, 1982; Ortiz, 1990; Sherrill, Hinson Gench y Kennedy, 1990), la “*autoestima*” (Coyle, Lesnik-Emas y Kinney, 1994; Kennedy, Gorsuch y Marsh, 1995), la “*imagen corporal*” (Euchner, 1980; Evans, 1983; Ortiz, López, Martín y Juan, 1990; Sangorrín, 1977) y el “*cambio de valores*” (Keany y Glueckauf, 1993; Weir, 1987; Wright, 1983).

Es importante subrayar también el estudio de la *personalidad previa* (English, 1983; Shontz, 1980) y los *estilos de vida previos* y los *factores conductuales de riesgo* (Aguado, 1990; Brucker, 1983; Coyle, Shank, Kinney y Hutchins, 1993; Ditunno, McCauley y Marquette, 1985; Mawson, Jacobs, Winchester y Biundo, 1988; Noreau y Fougeyrollas, 1996; Trieschmann, 1980, 1984).

Un número creciente de autores han sugerido la importancia del *entorno hospitalario* (Hanson, 1974; Kahn, 1977; Kennedy, Fisher y Pearson, 1988; Nelson, 1992; Tate, Maynard y Forchheimer, 1992; Trieschmann, 1988) y se ha señalado la relevancia de variables como la comunicación de la *información* sobre la LM (Aguado, 1990; Anguera, 1980; Dunn, Sommer y Gambina, 1992; Rintala, Hanover, Alexander, Sanson-Fisher, Willems y Halstead, 1986; Trieschmann, 1984).

Entre las variables psicosociales estudiadas en las personas con LM una de las que más atención está recibiendo es el “*apoyo social*”. Los autores están de acuerdo en su papel favorecedor del *bienestar* y de la adaptación a la LM (Decker, 1982; McNett, 1987; Pollets, 1985; Rintala, Young, Hart, Clearman y Fuhrer, 1992; Schulz y Decker, 1985; Thoits, 1986), del *estado de salud* y de la *calidad de vida* (Anson, Stanwyck y Krause, 1993; Herrick, Elliot y Crow, 1994).

En numerosas ocasiones se ha señalado también la importancia del papel de la “*familia*” en el proceso de rehabilitación y de adaptación a la LM (Bray, 1980; Elliot y Shewchuk, 1998; McGowan y Roth, 1987; Robertson, 1989; Sullivan, 1994). Algunos autores han estudiado el *impacto* de la aparición de la lesión en la familia (Cleveland, 1989; Hoad, Oliver y Silver, 1990; Neilson, 1990; Steinbauer, 1989) y el *afrentamiento* familiar de la LM (Danielson, Hamel-Bissell y Winstead-Fry, 1993; Turnbull, Patter-son, Behr, Murphy, Marquis y Blue-Banning, 1993).

Entre las variables “*cognitivas*” derivadas de los estudios sobre los sucesos vita-les traumáticos utilizadas para explicar la adaptación a la LM encontramos la *negocia-ción con la realidad* (Elliot, Witty, Herrick y Hoffman, 1991; Snyder, 1989), la *ilusión* (Janoff-Bulman, 1989), la *esperanza* (Laskiwski y Morse, 1993; Mason, 1994; Snyder, 1989), las *creencias irreales* (Snyder, 1989; Taylor, Collins, Skokan y Aspinwall, 1989) y la *búsqueda de significado* (Dollinger, 1986; Silver, 1982; Taylor, 1983).

Paralelamente se ha producido también una progresiva inclusión del “*punto de vista del lesionado medular*” sobre la rehabilitación y el proceso de adaptación (Dew-Cates, 1989; Nelson, 1990a, 1990b; Pelletier, Rogers y Thurer, 1985). En este sentido Krause (1998) resalta la importancia de la *percepción subjetiva* de las personas con LM sobre su adaptación, como ya se mostró en el trabajo testimonial de Caywood (1974).

En resumen, podemos afirmar que las variables psicológicas en las personas con LM han sido estudiadas como producto de una atomización de las áreas evaluadas y de enfoques centrados en una sola variable, razones que han contribuido a la ausencia de un modelo global para explicar el complejo proceso de adaptación. De todas ellas, la variable que más atención ha recibido ha sido la depresión, seguida de otras como el *locus de control*, el afrontamiento, el auto-concepto, la personalidad previa, el entorno hospitalario, el apoyo social y la familia.

4.5. RESUMEN

En este apartado hemos hablado de la psicología de la rehabilitación, de su nacimiento como disciplina, de su desarrollo histórico y de su definición. A lo largo de estas páginas hemos debatido la adaptación del sujeto a la LM desde los diferentes enfoques que lo han acompañado a lo largo de la historia, el *modelo de las etapas* y el de las *diferencias individuales*. Ya, por último, hemos presentado las principales variables que se han estudiado en torno a la adaptación a la lesión de las personas con LM.

Hemos expuesto el surgimiento de la psicología de la rehabilitación durante la *II Guerra Mundial*, con la toma de conciencia de la incidencia e importancia de los factores psicológicos y sociales en la rehabilitación y la entrada de nuevos profesionales. También, hemos tratado su desarrollo en estrecha relación con el devenir histórico del *movimiento rehabilitador*. Surgida inicialmente para atender a los mutilados y veteranos

de guerra, la psicología de la rehabilitación vio extender sus avances y aportaciones a todas las discapacidades físicas, a la vez que se afirmaba la necesidad de considerar no sólo las variables físicas, sino también las psicológicas y sociales. A la hora de buscar una definición de psicología de la rehabilitación, la consideramos como un área de especialidad que tiene una serie de subáreas, temas, roles y principios compartidos por los psicólogos que trabajan en el campo de la rehabilitación y que son distintivos y característicos de tal especialidad.

Con relación a la adaptación del sujeto a la lesión, hemos visto que ha sido necesaria una evolución de los enfoques, la incorporación del modelo biopsicosocial, los principios de la intervención comunitaria y las aportaciones derivadas de las ciencias de la salud, para llegar a los principios de multidimensionalidad y de abordaje integral de la rehabilitación que compartimos hoy en día. En general, se suele admitir la existencia de dos enfoques principales en el estudio de la adaptación a la LM: el modelo de las *etapas* y el modelo de las *diferencias individuales*. Podríamos resumir la trayectoria seguida por la psicología de la rehabilitación en sus investigaciones sobre las variables psicológicas de la LM como un avance desde el modelo de las etapas centrado en el estudio de la reacción emocional, el proceso único de adaptación y la personalidad del lesionado medular, hasta la realización de estudios cuyos resultados apoyan la existencia de diferencias individuales.

Bajo este panorama, hemos explicado la inexistencia de un modelo global, la unanimidad sobre la importancia de las variables psicológicas en este proceso, junto con una defensa creciente del modelo de las diferencias individuales como alternativa a la circularidad del modelo de las etapas.

Aceptada la importancia del estudio de los aspectos psicológicos en la adaptación a la LM, terminamos exponiendo aquellas variables que han sido más objeto de estudio por los investigadores tales como la depresión, el *locus de control* o el afrontamiento y que formarán parte de nuestro objeto de estudio en este trabajo.

En el siguiente capítulo vamos a presentar la perspectiva de género en la discapacidad, hablaremos del tema de la *doble discriminación* que afecta a este colectivo: en primer lugar, por el hecho de ser mujeres y, en segundo, por ser personas con discapacidad y, en concreto, con LM.

5. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA LM: LA DOBLE DISCRIMINACIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo comenzamos, en primer lugar, explicando las nociones de género y perspectiva de género. En segundo lugar, describimos el trato discriminatorio que han recibido a lo largo de la historia las mujeres y, en especial, aquellas con algún tipo de discapacidad. En el tercer apartado, exponemos los derechos de las mujeres con discapacidad al mismo tiempo que explicamos la andadura recorrida para llegar al reconocimiento de tales derechos. En cuarto lugar, hacemos un breve recorrido por los principales ámbitos en los que las mujeres con discapacidad sufren exclusión y discrimi-

minación. Por último, en quinto lugar, presentamos las principales demandas de este colectivo así como sus propuestas de actuación futuras.

Posteriormente, en el capítulo sexto, concretamente en el apartado 6.2, publicaciones sobre LM y perspectiva de género, volveremos sobre el tema al detallar las publicaciones encontradas al respecto en la revisión bibliográfica.

Nuestro propósito no estriba en realizar una revisión exhaustiva del tema, puesto que ni es el objetivo de la tesis ni tampoco encontramos libros o manuales de bibliografía al uso donde se tratara la perspectiva de género de forma sistemática, y menos aún en referencia directa a las mujeres con LM. Así que las fuentes documentales que hemos utilizado son conclusiones y propuestas obtenidas de congresos, debates, comités científicos, comisiones, etc., con las cuales elaboramos una síntesis de las principales directrices que se aboran sobre este tema.

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Si hay un concepto clave en toda la cuestión que proponemos es el de “género”. Por ello, de partida queremos reflejar alguna de las definiciones que sobre el mismo se han efectuado. Así, si seguimos a Harding (1987), cuando hablamos de género nos referimos a una construcción social sistemática de lo que se asume como “lo masculino” y “lo femenino”. Decimos construcción social porque está presente en todas las sociedades e impregna todas las dimensiones de la vida pública y privada, ya que el género no está determinado por la biología como sería el caso del sexo. Posteriormente, Facio (1992) nos ofrece una descripción más elaborada de género, cuando dice:

“En realidad, el género hace referencia a la dicotomía sexual que es impuesta socialmente a través de roles y estereotipos, que hacen aparecer a los sexos como diametralmente opuestos. Es así que a partir de una exagerada importancia que se da a las diferencias biológicas reales, se construyen roles para cada sexo. Peor aún, las características con que se define a uno y otro sexo gozan de distinto valor y legitiman la subordinación del sexo femenino, subordinación que no es dada por la naturaleza. Es decir, mientras que el concepto de “sexo” podría afirmarse que es fisiológico, el de género es una construcción social. Esta distinción es muy importante, ya que nos permite entender que no hay nada de natural en los roles y características sexuales y que, por lo tanto, pueden ser transformados” (p.52).

Sentado el concepto de género, abordamos a partir del mismo el significado del término “perspectiva de género”. Para hacerlo acudimos a Lagarte (1997), cuando explica:

“La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras en que lo hacen” (p. 15).

5.3. DESARROLLO HISTÓRICO

Tradicionalmente, en palabras de Ramiro (2003), la sociedad ha tendido a aislar y a segregar a las mujeres con discapacidad, y a pesar de los logros y avances obtenidos en los últimos años, este tipo de discriminación sigue representando un problema grave y alarmante. Sin embargo, al contrario de lo que ocurre con otro tipo de grupos vulnerables o que sufren discriminación, las mujeres con discapacidad carecen generalizadamente de recursos o dispositivos legales eficaces para eliminar y corregir dichas conductas discriminatorias.

Las mujeres se enfrentan continuamente, siguiendo a la misma autora (Ramiro, 2003), a dichas circunstancias, que se evidencian en cotas mayores de desempleo, salarios inferiores, menor acceso a los servicios de salud, mayores carencias educativas, escaso o nulo acceso a los programas y servicios dirigidos a mujeres en general, mayor riesgo de padecer situaciones de violencia y todo tipo de abusos, etc., realidad que se agrava por la existencia de normas y políticas que fomentan la dependencia y por la dificultad de introducir modificaciones en los hábitos preexistentes. De igual modo, las mujeres con discapacidad soportan aún con más crudeza que los varones con discapacidad la persistencia de prejuicios, estereotipos e ideas recibidas, generalizados en todos los ámbitos, que distorsionan la imagen social y la percepción normalizada de este grupo humano.

En esta misma línea, se sitúa el *“Manifiesto de las mujeres con discapacidad de Europa”* (Foro Europeo, 1997), documento que expone en pocas páginas las principales inquietudes de estas mujeres y las recomendaciones dirigidas a los Estados para mejorar la vida de las mujeres y niñas con discapacidad en la Unión Europea sin importar su origen, religión, raza, orientación sexual, edad o tipo de discapacidad. Este documento debe ser considerado un instrumento para el debate, la toma de decisiones y para ser aplicado en forma de leyes, políticas, planes de acción, etc. La ideología fundamental del manifiesto es la noción de derechos humanos e igualdad de oportunidades. La no discriminación y la lucha por conseguir la igualdad de oportunidades debe desarrollarse de manera simultánea en diferentes frentes y lugares. Este documento incluye recomendaciones relacionadas con áreas de interés prioritario para las mujeres con discapacidad en Europa, como son entre otras: derechos humanos y ética, legislación nacional y europea, convenciones y demás instrumentos jurídicos internacionales, educación, empleo y formación profesional, matrimonio, relaciones, maternidad y vida familiar, violencia, abuso sexual, capacitación, preparación de líderes y participación en decisiones, atención médica y sanitaria, cultura, tiempo libre, deportes, información estadística, investigación, etc.

En el abordaje del tema que nos ocupa, el manifiesto toma como punto de partida en el análisis de la igualdad, el artículo 14, incluido en el Título I de la Constitución, relativo a los *“Derechos y deberes fundamentales”*, en el cual se establece:

“Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”

El derecho a la igualdad, como derecho fundamental, está garantizado y goza de una protección especial en nuestro sistema jurídico, sin embargo, las formas de expresión que adopta la desigualdad a veces son tan opacas y tan enraizadas en nuestro com-

portamiento, que se hace necesario un esfuerzo de esclarecimiento para poderlas detectar.

A su vez, para Gorrotxategi (1999), los hombres han dominado el espacio público y también han ejercido su poder en el ámbito privado. Este poder ha dado origen a un sistema de jerarquías que se conoce como “*patriarcado*”. De acuerdo con la organización patriarcal de la sociedad, ambos sexos han desempeñado siempre papeles sociales diferentes. Así, las mujeres han quedado reducidas, en su inmensa mayoría, al espacio doméstico de la familia.

Ya desde la niñez se nos enseña a identificarnos con determinados roles de género, cumpliendo con las expectativas que la estructura social patriarcal proyecta sobre hombres y mujeres. Existe pues lo que se denomina una construcción de la masculinidad y de la femineidad (Harding, 1987). Las desigualdades no vienen dadas por la diferencia biológica, sino por el rol diferencial otorgado a uno y otro sexo y, sobre todo, por su desigual valoración: hablamos aquí de la construcción del binomio sexo/género (Andreu, Pujol, Riu, Sanz y Torres, 2002).

Si hacemos un poco de memoria y siguiendo al Departamento de Proyectos del CAMF (2003), los movimientos feministas más o menos organizados se empieza a producir con fuerza a partir del S. XVIII, que es cuando los principios de “*Igualdad y de la Libertad*” son los nudos esenciales de la conciencia europea.

En España, es a partir de la II República, en 1931, y de la promulgación de su Constitución, cuando las mujeres obtuvieron el derecho al voto. Hay que decir que en casi todos los países europeos fue aproximadamente después de la *Primera Guerra Mundial* cuando se reconoció el derecho al voto a las mujeres que ya se ha ejercido ininterrumpidamente hasta la actualidad. No es así en España, donde a partir de 1939 la irrupción de la dictadura franquista suprimió éste y todos los derechos inherentes a un Estado democrático de derecho.

Ya en la década de los setenta, el movimiento feminista fue adquiriendo relevancia, sobre todo entre las mujeres universitarias. El derecho al voto fue reconocido el primero. La Constitución de 1978 reconoció los derechos reivindicados por el movimiento feminista, que posteriormente fueron desarrollándose en leyes.

En 1983 se creó el “*Instituto de la Mujer*” en el ámbito nacional. Fue en estos años cuando empezaron a crearse concejalías de la mujer y se fueron abriendo centros de información de los derechos de la mujer, centros de documentación, de planificación, casas de acogida, y se promovieron y subvencionaron centros de información y formación para la búsqueda de empleo, asociaciones para la asistencia a mujeres maltratadas, violadas, separadas y divorciadas.

Siguiendo la misma fuente (Departamento de Proyectos del CAMF, 2003), en los últimos veinte años, puede decirse que nuestro país ha conseguido ponerse a la altura de los más avanzados de Occidente en materia de igualdad. Muchas de las barreras que mantenían a las mujeres en situación de inferioridad han sido superadas: las barreras legales, la falta de preparación educativa, etc. Aparentemente, por tanto, se dan las condiciones para que la igualdad sea posible.

Sin embargo, desde otras perspectivas (Chicano, 2002; García de la Cruz y Zarco, 2004), los datos objetivos nos van a situar en otra realidad muy diferente. Estamos, por tanto, ante una situación de igualdad formal, pero muy lejos de una igualdad real.

El modelo económico actual, en palabras del Departamento de Proyectos del CAMF, 2003, presiona para mantener las desigualdades. La participación de las mujeres en el ámbito laboral, aún teniendo presente los avances alcanzados en los últimos años especialmente en nuestro país, sigue siendo muy inferior al de los hombres. Así, España sigue siendo el país de la Unión Europea donde la diferencia entre la tasa de ocupación masculina y femenina es mayor, más de 27 puntos, muy por encima de Italia, Portugal o Grecia. Además, las mujeres cobran de media el 60% que los hombres por el desempeño de un trabajo similar.

En España, según datos extraídos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (INE, 2000), existen 3.528.221 personas con discapacidad de las cuales 2.030.397 son mujeres. Del total de mujeres que representan un 58% de la población de personas con discapacidad de nuestro país, existen 659.329 que se encuentran en edad de trabajar de las cuales sólo 104.568 trabajan (el 15,86%) y 51.762 están paradas. El resto, es decir, 502.999, por razones muy diversas, nunca se han planteado acceder al mercado de trabajo. En cuanto a los datos referidos a la formación, podemos comprobar que del total de mujeres con discapacidad, 252.763 son analfabetas (el 12,44%); 338.388 (el 16,66%) tienen estudios primarios; 54.228 (el 2,67%) cuentan con estudios secundarios, y sólo 31.760 (el 1, 56%) tiene estudios superiores. Estos datos de la Encuesta del INE (2000) seguramente nos hacen entender mejor la situación a la que nos enfrentamos.

A raíz de estos últimos datos, se han constatado las enormes dificultades que tienen las mujeres para acceder al empleo. Sólo un 7,20% de las mujeres con discapacidad tienen trabajo remunerado, frente a un 17,37% de los hombres con discapacidad. En ambos casos, el nivel de inserción en el mercado laboral es muy bajo, pero sin duda alguna la discriminación asociada al género influye en que el porcentaje de mujeres con discapacidad sea inferior a la mitad del porcentaje de hombres (Fernández, 2002).

Para finalizar, podemos concluir que hablar de personas con discapacidad implica referirse a un colectivo que encuentra numerosas barreras en el camino hacia su integración social. Hablar de mujeres con discapacidad es aludir a una *doble discriminación*, que viene dada por su condición de persona con discapacidad y por su género. Los roles tradicionales que han primado en nuestra sociedad han relegado a la mujer hasta hace pocos años a los papeles de madre y esposa, obligándola a construir su subjetividad femenina sobre la base de estos patrones. El hecho de que esta construcción social acerca de la identidad de la mujeres descansa sobre bases tan limitadoras y estereotipadas ha supuesto una restricción aún más patente, si cabe, para las mujeres con discapacidad (Chicano, 2002).

5.4. LOS DERECHOS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

En este segundo apartado vamos a conocer a groso modo la andadura recorrida para alcanzar el reconocimiento de los derechos de las mujeres. Para ello vamos a presentar las diferentes conferencias mundiales celebradas y las principales cuestiones que en estos foros se debatieron. Asimismo, analizaremos las nuevas propuestas en materia

de género procedentes de la Unión Europea y realizaremos un breve repaso de la política de igualdad desarrollada en nuestro país a partir de la transición democrática. Al no existir una política que contemple la doble transversalidad género/discapacidad, haremos alusión a la política general de integración de las personas con discapacidad tratando de hacer las conexiones pertinentes que las relacionen con la política de igualdad entre géneros. Ya para finalizar el apartado, expondremos la declaración de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

5.4.1. LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES

Siguiendo al Departamento de Proyectos del CAMF (2003), las principales conferencias mundiales auspiciadas por Naciones Unidas que se han celebrado desde 1975, necesarias para entender el proceso de reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos son:

- 1) *Conferencia de México (1975)*: Coincidiendo con el Año Internacional de la Mujer. La Asamblea General identificó tres objetivos que se convertirían en la base de la labor de las Naciones Unidas en beneficio de la mujer:
 - La igualdad plena de género y la eliminación de la discriminación por motivos de género.
 - La integración y plena participación de la mujer en el desarrollo.
 - Una contribución cada vez mayor de la mujer al fortalecimiento de la paz mundial.

En la Conferencia se aprobó un Plan de Acción Mundial que contenía recomendaciones que los Estados debían seguir con el objetivo de ir eliminando las desigualdades entre hombres y mujeres en distintos ámbitos.

- 2) *II Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Copenhague (1980)*: En esta Conferencia se toma conciencia de que existe disparidad entre los derechos garantizados y la capacidad de las mujeres para ejercer tales derechos, de ahí que se ponga el acento en la educación, los servicios adecuados para la salud y en iguales oportunidades para el empleo. La tensión política impidió que se consensuara un documento, aunque como resultado de la Conferencia se aprobó un nuevo Plan de Acción que saca a la luz una serie de factores que ponen de relieve el por qué de la discrepancia entre los derechos jurídicamente reconocidos para las mujeres y su realización (Rubio, 2002). En la Conferencia se señalaron los siguientes aspectos:
 - Falta de participación adecuada del hombre en el mejoramiento del papel de la mujer en la sociedad.
 - Voluntad política insuficiente.
 - Falta de reconocimiento del valor de las contribuciones de la mujer a la sociedad.
 - Escasez de mujeres en posiciones de adopción de decisiones.
 - Insuficientes servicios para apoyar el papel de la mujer en la vida nacional, como cooperativas, guarderías infantiles y facilidades de crédito.
 - Falta de los recursos financieros necesarios en general.

- Falta de sensibilización entre las propias mujeres respecto de las oportunidades disponibles.
- 3) *III Conferencia de Nairobi (1985)*: Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz. Considerada como la cuna del feminismo a esfera mundial. La evaluación de los esfuerzos realizados para disminuir la brecha existente entre hombres y mujeres no fue demasiado positiva. Se concluyó con que sólo una minoría de mujeres se había visto beneficiada con las medidas adoptadas. Para solventar estas dificultades se identificaron tres categorías básicas de nuevas medidas:
- Medidas constitucionales y jurídicas.
 - Igualdad en la participación social.
 - Igualdad en la participación política y en la adopción de decisiones.
- 4) *IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing (Pekín, 1995)*: En esta Conferencia se produjo el reconocimiento de la necesidad de trasladar el centro de la atención de la mujer al concepto de género, teniendo presente la necesidad de repensar la estructura social patriarcal en la que se desarrollan las relaciones entre mujeres y hombres. Asimismo, se introdujo el concepto del “*empowerment*” o “*empoderamiento*” a favor de las mujeres y, además, se acogió la noción de “*género*”, así como las modificaciones no sexistas del lenguaje (Bernardini, 1999). En el contexto de los Derechos Humanos, y de otros instrumentos jurídicos de las Naciones Unidas, encontramos el principio de no discriminación en el Preámbulo de la Carta de Naciones Unidas de 1946; así como en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y en los dos Pactos de 1966 sobre Derechos Civiles y Políticos y Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Como instrumentos jurídicos específicos destacan la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, ratificada por España en 1983; la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer adoptada por la Asamblea General en 1993; así como la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo de 1986.
- 5) *Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad (Bruselas, 1997)*: Este manifiesto está integrado por una recopilación de recomendaciones relacionadas con diversas áreas de interés prioritario, destinadas a mejorar la vida de las mujeres y niñas con discapacidad en el marco de la Unión Europea. En él se hace una revisión de las recomendaciones del Seminario de expertos de la ONU sobre mujeres con discapacidad, celebrado en Viena en 1990.

5.4.2. LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL MARCO DE LA UNIÓN EUROPEA

De acuerdo con los datos aportados por el Departamento de Proyectos del CAMF (2003), la entrada en vigor del Tratado de Ámsterdam (1 de mayo de 1999), marca un hito en la política de igualdad de la Unión Europea. Ello implica un refuerzo de la igualdad de trato entre hombres y mujeres y de la igualdad de oportunidades. Los Estados miembros tendrán, también, la posibilidad de mantener o adoptar ventajas espe-

cíficas para el género infrarrepresentado con el fin de facilitarle el ejercicio de una actividad profesional o impedir o compensar desventajas en la carrera profesional.

Asimismo y continuando con estos datos, la Carta de Derechos Fundamentales de Niza (2000), texto que reúne en uno los derechos civiles, políticos, económicos, sociales enunciados hasta la fecha en distintas fuentes internacionales, europeas o nacionales, reconoce la igualdad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos, además, de reconocer que el principio de igualdad no impide la adopción o mantenimiento de medidas que ofrezcan ventajas concretas a favor del género menos representado. Sin embargo, no aborda todavía cuestiones tan fundamentales como la violencia de género.

Los mismos principios y preceptos son aplicables al ámbito de la discapacidad, no existen prescripciones que aborden específicamente la cuestión del género y la discapacidad, aunque hay que destacar algunos proyectos financiados por la Unión Europea que sí abordan esta cuestión de los que se han extraído conclusiones muy interesantes, en el marco de Programas contra la violencia de género, contra la exclusión social, etc (Andreu et al., 2000).

5.4.3. POLÍTICAS DE IGUALDAD EN EL ESTADO ESPAÑOL

Una vez vistos los derechos de las mujeres en el ámbito de Naciones Unidas y Europa, toca ahora introducirnos en la política que se ha seguido en nuestro país en materia de igualdad entre mujeres y hombres.

En palabras del Departamento de Proyectos del CAMF (2003), durante la dictadura franquista las mujeres se vieron subordinadas y sometidas. Con la transición democrática modificar esta situación, al menos en el plano legal, fue una de las tareas más importantes. Así, durante los primeros años las reformas legales ocuparon gran parte de la agenda. En 1975 se abolió el permiso marital, autorización por la que el marido permitía a su esposa, por ejemplo, aceptar un trabajo, abrir un negocio o una cuenta bancaria. Este permiso era necesario para iniciar procedimientos legales, suscribir contratos, comprar y vender bienes y realizar viajes de cierta duración. La lucha por la igualdad formal, sin embargo, no era suficiente. Hay que tener presente que los puntos de donde parten hombres y mujeres son muy desiguales y el reconocimiento de la igualdad de derechos, aún siendo importantísimo, no asegura que de facto las cosas vayan a mejorar. La necesidad de introducir medidas positivas que colocaran a las mujeres en el mismo punto de partida en el que se encontraban los hombres era pues fundamental. Así, pocos años después comenzaron a formarse los primeros órganos encargados de desarrollar la política de igualdad de oportunidades. En el año 1983 se crea en “*Instituto de la Mujer*”, como organismo autónomo. Esto supuso un importante punto de inflexión en las políticas de igualdad en nuestro país, ya que hasta la fecha, durante el gobierno de la “*Unión de Centro Democrático*” (UCD) había existido una “*Subdirección General de la Condición Femenina*” dependiente del Ministerio de Cultura y Bienestar Social, que vino a sustituir a la “*Sección Femenina*” del régimen franquista. A partir de 1983 se elaboraron cuatro planes:

- - I y II Planes de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres (1988-1990; 1993-1995).
- - III y IV Planes para Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (1997-2000; 2003-2006).

- Plan de Acción para las mujeres con discapacidad 2007 (Consejo de Ministros, 1 de diciembre de 2006).

5.4.4. LAS POLÍTICAS EN MATERIA DE DISCAPACIDAD

En este punto se reseñan las principales líneas de actuación e instrumentos legales relativos a la discapacidad. En el ámbito de las Naciones Unidas encontramos los siguientes instrumentos (Departamento de Proyectos del CAMF, 2003):

- Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental de 1971.
- Declaración de los Derechos de las Personas con Discapacidad de 1975.
- Declaración del Año Internacional de las Personas con Discapacidad en 1981.
- Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, adoptado por la Asamblea General en diciembre de 1982. Este programa dedica una atención especial a la situación de las mujeres con discapacidad y reconoce la existencia de necesidades específicas.
- Decenio de las Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad, que abarcó el período 1983-1992.
- Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad de 1993.
- Declaración del 3 de diciembre como Día Internacional de la Discapacidad.
- Convenio 159, de la Organización Internacional del Trabajo de 1983, relativo a la Rehabilitación Profesional y el Empleo.
- Recomendación 99, sobre Rehabilitación Profesional de las Personas con Discapacidad de 1955 y otros Convenios de la OIT relativos a la igualdad de oportunidades.
- Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, dicha acción impulsada por la Unión Europea, comienza en 1974 con el Programa de acción comunitaria para la readaptación profesional de los minusválidos, y fue aprobado en el mismo año.

Todos y cada uno de estos instrumentos legales son necesarios y tiene una gran importancia para continuar trabajando por la igualdad de las personas con discapacidad, por ello, en el siguiente apartado presentamos la declaración completa de tales derechos.

5.4.5. DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Pasamos a presentar en este último apartado, la declaración de los derechos humanos de las personas con discapacidad (Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, 1975):

- El término "*persona con discapacidad*" significa cualquier persona imposibilitada de asegurarse total o parcialmente por sí misma las necesidades de un individuo normal y/o una vida social, como resultado de una deficiencia, sea congénita o no, en su capacidad física o mental.
- Las personas con discapacidad gozarán de todos los derechos establecidos en esta declaración. Estos derechos deben ser dados a todas las personas con discapacidad sin ninguna excepción, sea cual fuere, y sin distinción o discriminación en base a raza, color, sexo, idioma, religión, política y otros motivos, origen social o nacional, situación económica, nacimiento o cualquier otra situación aplicada, ya sea a la persona con discapacidad o a su familia.
- Las personas con discapacidad gozarán de todos los derechos inherentes al respeto por su dignidad humana. Las personas con discapacidad, cualesquiera que sean su origen, naturaleza y seriedad de su impedimento e incapacidad, tienen los mismos derechos fundamentales como sus conciudadanos de su misma edad, lo cual implica primero y sobre todo, el derecho a una vida decente, tan normal y plena hasta donde sea posible.
- Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos civiles y políticos que otros seres humanos; el artículo 7 de la Declaración de los Derechos de las Personas Retrasadas Mentales se aplica a cualquier posible limitación o supresión de esos derechos a personas mentalmente discapacitadas.
- Las personas con discapacidad están sujetas a las medidas concebidas para permitirles llegar a ser tan suficientes como sea posible.
- Las personas con discapacidad tienen derecho a tratamiento médico, psicológico y a ejercicios, incluyendo aparatos ortopédicos y prótesis, a rehabilitación médica y social, educación, entrenamiento y rehabilitación, ayuda, conserjería, servicios de colocación y otros servicios, los cuales lo capacitarán para desarrollar el máximo su aptitud y destreza y apresurará el proceso de su integración o reintegración social.
- Las personas con discapacidad tienen derecho al seguro social, económico y a un nivel decente de vida. Tienen derecho de acuerdo a su capacidad, a conseguir trabajo y retenerlo, a comprometerse en una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a asociarse en gremios o sindicatos.
- Las personas con discapacidad tienen derecho a que sus necesidades especiales sean tomadas en consideración a todos los niveles de planteamiento económico y social.
- Las personas con discapacidad tienen el derecho a vivir con sus familiares o con sus padres adoptivos, a participar en todas las actividades sociales, creativas y de recreación. Ninguna persona con discapacidad debe de estar sujeta, hasta donde su residencia lo permita, a tratamiento diferencial del adquirido por su condición o por la mejoría que pueda derivar de eso. Si la permanencia de una persona incapacitada en un centro especializado es indispensable, el ambiente, las condiciones de vida existentes en ese lugar deben ser lo más parecidos posibles a las condiciones de vida de una persona de esa edad.

- Las personas con discapacidad deben de estar protegidas de toda explotación, de todo trato y regulación discriminatoria, abusiva o de naturaleza degradante.
- Las personas con discapacidad deben poder conseguir ayuda legal calificada cuando tal ayuda sea indispensable para la protección de su persona y de sus propiedades. Si se instruye un proceso judicial en su contra, el procedimiento debe tener en consideración la incapacidad física y mental de la persona.
- Las organizaciones de personas con discapacidad deben ser consultadas sobre los asuntos relacionados con los derechos de las personas con discapacidad.
- Las personas con discapacidad, sus familiares y comunidades, deben recibir información completa, por todos los medios apropiados, de los derechos contenidos en esta Declaración.

Hasta aquí ha quedado dibujado el marco fundamental en el que se desarrolla la política sobre discapacidad. Los instrumentos legales son numerosos y es cada vez más evidente la necesidad de hacer mayores esfuerzos para conseguir mejores condiciones de vida para las personas con discapacidad. A continuación, entraremos a analizar los distintos ámbitos de exclusión en la vida de las mujeres con discapacidad y a desvelar algunos de los principales problemas a los que tienen que enfrentarse.

5.5. ÁMBITOS EN LOS QUE LA MUJER SUFRE DISCRIMINACIÓN

Como ya se ha dicho, las mujeres con discapacidad se enfrentan a una *doble discriminación* y a múltiples barreras que dificultan la consecución de objetivos de la vida considerados como esenciales. A continuación, pasamos a presentar los principales ámbitos en los que la mujer sufre exclusión, tomados de las conclusiones del “*I Congreso Internacional sobre Mujer y Discapacidad*” (Comité Científico, 2003):

- *Integración social*: La sobreprotección familiar impide el desarrollo y la autonomía personal de las personas con discapacidad, haciéndose más evidente en las mujeres. Según García (1998), las mujeres con discapacidad, “dependientes” y “vulnerables”, también contribuyen al sostenimiento de sus hogares, realizando tareas que a priori podrían ser consideradas poco adecuadas para mujeres sobre las que recaen tantos prejuicios. Aún siendo ciudadanas de un país del primer mundo, tenemos que recordar, que las mujeres con discapacidad de nuestro país soportan un nivel de analfabetismo que ronda el 30% y una tasa de actividad laboral de tan sólo el 20% (Cózar, 2002). Aunque no existen datos fiables al respecto, un alto porcentaje de estas mujeres tiene problemas para encontrar pareja y formar una familia y se estima que tienen mayores posibilidades de convertirse en víctimas de malos tratos. Estas dificultades unidas a las fuertes presiones para cumplir con un canon de perfección estética inalcanzable para la mayoría de las mujeres generan cuadros de fuerte desmotivación e inseguridad. Además, es frecuente que las familias ejerzan una protección desmesurada sobre sus hijas y determinen de antemano cuál va a ser su futuro, sin atender a sus propias aspiraciones. De esta manera, se les arrebató a estas mujeres un derecho tan fundamental como es el de gobernar su propia vida.

- *Integración laboral:* Centrémonos ahora en el empleo, ámbito hasta hace pocos años vedado incluso a las mujeres sin discapacidad, las dificultades se multiplican. Esto influye directamente en su inserción laboral. Por ello, se hace necesaria la formación de las propias mujeres con discapacidad, de padres y familiares y de educadores. Es necesario destacar la precariedad laboral de mujeres con discapacidad y la necesidad de potenciar la aplicación de la legislación vigente; sensibilizar al empresariado sobre las cualidades de las personas con discapacidad para el trabajo y potenciar las políticas activas para mejorar la inserción de las mujeres con discapacidad en el mercado laboral. Aunque tanto las mujeres como los hombres con discapacidad sufren discriminación en esta esfera, las mujeres se encuentran en una situación de mayor exclusión. El ahorro de los costes de producción se ha convertido en la ley fundamental del nuevo mercado global, y cualquier incidencia que afecte a la rentabilidad es eliminada por ineficiente. En este contexto, ser mujer y discapacitada coloca a millares de mujeres en nuestra comunidad en una situación complicada, al estar fuera del marco de lo que se considera “normal”, por lo tanto productivo, eficaz, en suma, económicamente conveniente. Por todo esto resulta indispensable adoptar medidas que frenen esta tendencia, promocionando la igualdad de oportunidades y el cumplimiento de las obligaciones internacionales que salvaguardan de la dignidad en el trabajo.
- *Educación:* Para alcanzar la igualdad de oportunidades es condición imprescindible una buena educación. Las mujeres con discapacidad, siguiendo a Antxustegi (2002), deben disfrutar de pleno acceso a la educación y a la formación a lo largo de toda su vida y del derecho a recibir enseñanza en los niveles primario, secundario y superior. Tenemos que tener en cuenta que el derecho a la educación es uno de los derechos de la ciudadanía y que, por lo tanto, constituye un deber de los poderes públicos realizar una política tendente a propiciar una respuesta educativa adecuada a las personas con discapacidad, así como a establecer medidas encaminadas a la compensación de desigualdades de origen dentro del sistema educativo.
- *Salud:* La información sanitaria a las mujeres con discapacidad debe ser mejorada, siendo necesario articular medidas de prevención específicas. En cuanto a la investigación específica sobre la salud, debe partirse de la realidad de las mujeres con discapacidad y no extrapolar conclusiones desde los estudios realizados sobre la población masculina. La medicina ha sido una de esas disciplinas donde el sexismo ha estado presente y sólo en los últimos años se ha comenzado a debatir el carácter sexista de la investigación y la práctica médicas. Con estos antecedentes es fácil entender que la ciencia médica haya considerado al varón como modelo neutro sobre el cual poder ensayar y sacar conclusiones extrapolables al 51% restante de la humanidad, es decir, a las mujeres. Los informes epidemiológicos generalmente carecen de información en función del género, dando una falsa imagen de comportamientos homogéneos entre mujeres y hombres, y por tanto, las respuestas a nivel individual y de la colectividad tienden a plantear esquemas de atención, prevención y rehabilitación también homogéneos entre la mujer y el hombre (Pérez-Gil, Ramírez y Ravelo, 1995). Además, y yendo aún más lejos, si analizamos la medicina desde una perspectiva sexista y la combinamos con la de la discapacidad, nos encontramos con que aún son muchas las lagunas que existen y que se traducen en la aplicación de tratamien-

tos, cuando los hay, inadecuados y prácticas negligentes. De esta manera, muchas mujeres con discapacidad en nuestro país se encuentran desatendidas y no reciben el tratamiento médico necesario.

- *Sexualidad y maternidad*: Un punto clave en este tema, al igual que en el anterior apartado, consiste en fomentar la investigación sobre la sexualidad femenina partiendo de la realidad de la mujer y no extrapolar conclusiones desde los estudios realizados sobre población masculina. Debemos huir de la complementariedad para reivindicar la diversidad de lo femenino y lo masculino, respetando sus diferentes formas de sentir, gozar y percibir. A lo largo de la historia, la caracterización de las mujeres con discapacidad como seres asexuados comienza ya en la niñez, consolidándose una imagen social, y más aún, una autopercepción, de un grupo de mujeres que no experimentan deseo y con pocas posibilidades de que alguien pueda llegar a sentir deseo por ellas. Esto, unido a una visión conservadora del sexo ligado de manera exclusiva a la reproducción, restringe aún más las posibilidades de reconocimiento ya que precisamente para la sociedad las mujeres con discapacidad representan aquello que no debe ser “reproducido” (López, 1993). Hay que tener presente que los derechos humanos de las personas con discapacidad pertenecen cada vez menos al ámbito de un grupo social con determinadas necesidades y que son, en mayor medida, el requisito para fomentar los derechos de todos (Naciones Unidas, 2003). En cuanto a la maternidad, la sociedad debe ser más humana en la aceptación de la misma por parte de las mujeres con discapacidad y los servicios públicos deben apoyar a aquellas mujeres que desean ser madres, ofertando los servicios que la mujer necesita y siendo más flexibles.
- *Violencia*: Existen determinadas formas de violencia que solamente pueden ejercerse sobre la mujer. Como señala *Amnistía Internacional* (2001), la tortura que se inflige a la mujer tiene sus raíces en una cultura global que niega a la mujer los mismos derechos que el hombre y que legitima la apropiación violenta del cuerpo de la mujer para satisfacer deseos individuales. En este informe de *Amnistía Internacional*, las mujeres pobres y socialmente marginadas son especialmente vulnerables a la tortura y a los malos tratos. En muchos casos las políticas y prácticas racistas y sexistas agravan la violencia que sufren y aumentan su vulnerabilidad ante nuevos actos de violencia. Las normas sociales y culturales que niegan a la mujer la igualdad de derechos con el hombre también la hacen más vulnerable a los malos tratos físicos y psicológicos, y a los abusos sexuales. El común denominador es la discriminación de la mujer, que se le niegan ciertos derechos fundamentales por el mero hecho de ser mujer. La violencia que se ejerce sobre las mujeres es pues, un problema global. En particular, *Amnistía Internacional* considera que el Estado español debe tomar medidas eficaces para prevenir los malos tratos contra las mujeres, investigar todas las denuncias de violencia contra las mujeres, garantizar que los maltratadores reciben condenas apropiadas al delito y proporcionar a las mujeres que han sufrido estos crímenes compensación adecuada. Centrándonos en la específica situación de las mujeres con discapacidad, encontramos que el riesgo de que sean víctimas de violencia se multiplica, especialmente en aquellos casos en los que la discapacidad sitúa a la mujer en una posición de especial vulnerabilidad. Los factores que hacen que las mujeres con discapacidad sean más vulnerables a la violencia son (Iglesias, Jonecken, Gil, Mickler y Knudsen, 1998):

- El hecho de ser menos capaces de defenderse físicamente.
- Tener mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a problemas de comunicación.
- La dificultad de acceso a los puntos de información y asesoramiento, principalmente debido a la existencia de todo tipo de barreras arquitectónicas y de comunicación.
- Una más baja autoestima y el menosprecio de la propia imagen como mujer.
- El enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados a la condición de mujer y la negación de éstos mismos en la mujer con discapacidad.
- Mayor dependencia de la asistencia y cuidados de otros. Miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados.
- Menor credibilidad a la hora de denunciar hechos de este tipo ante algunos estamentos sociales.
- Vivir frecuentemente en entornos que favorecen la violencia: familias desestructuradas, instituciones, residencias y hospitales.
- Las mujeres que sufren asaltos más severos y frecuentes son aquellas que tienen una plurideficiencia, problemas de desarrollo mental, de comunicación y aquellas que adquirieron su discapacidad desde el nacimiento.

Una vez expuestos los principales ámbitos que constituyen focos de exclusión para las mujeres con discapacidad, pasamos a presentar, en el siguiente apartado, las demandas más llamativas recogidas en el colectivo de mujeres con discapacidad junto con sus propuestas de actuación para el futuro.

5.6. DEMANDAS Y PROPUESTAS DE FUTURO

Los ámbitos de necesidades y demandas de las mujeres con discapacidad coinciden con aquellos campos en los que es más urgente y necesario desplegar una actividad intensa que haga realidad la equiparación de derechos y la igualdad de oportunidades. Los obstáculos con que se encuentran las mujeres con discapacidad tienen múltiples dimensiones, siendo en la mayoría de las ocasiones el medio en el que viven el que presenta más problemas que la propia discapacidad. Así, las barreras físicas que se encuentran en los edificios públicos y en los sistemas de transporte impiden la participación igualitaria de las personas con discapacidad dificultando sus actividades diarias (CERMI, 2002). Pero también, podemos observar sin demasiado esfuerzo cómo los estereotipos y las ideas basadas en prejuicios todavía vigentes en nuestra sociedad resultan ser una de las principales barreras que dificultan significativamente el deseo manifiesto de ser un miembro activo y efectivo de la comunidad (Fernández, 2002).

Atendiendo a la realidad social y a la situación objetiva de las personas con discapacidad, la atención se concentra preferentemente en aquellas esferas que generan más factores de exclusión para las mujeres, determinando un menor grado de desarrollo personal y social y unas menores posibilidades de acceso normalizado a los derechos, bienes y servicios de la comunidad. En concreto, y siguiendo al CERMI (2002) y a Ra-

miro (2003), las necesidades y demandas preferentes de las mujeres con discapacidad son:

- *La no discriminación y la igualdad de oportunidades*: Las mujeres con discapacidad, globalmente consideradas, siguen sufriendo discriminaciones por razón de género y de discapacidad, hechos que suponen una vulneración de los derechos que debe tener garantizados toda persona, con independencia de sus circunstancias.
- *La incorporación al mercado laboral en igualdad de condiciones*: Es una de las materias que concierne tanto a las mujeres como a los hombres con discapacidad, pero cuyos efectos más negativos soportan las mujeres con discapacidad en mucho mayor grado; ya que ante una carencia de formación y cualificación adecuadas, las mujeres con discapacidad tienen escasas o nulas posibilidades de acceder al mercado de trabajo, percibir ingresos y mejorar su situación. Por ello, es necesario por parte de los poderes públicos un compromiso teniendo en cuenta esta situación de doble desventaja, facilitando la conciliación de la vida familiar y laboral.
- *Respecto a la salud*: Las mujeres con discapacidad están entre las más importantes consumidoras de cuidados médicos. Existen numerosas barreras para acceder a la planificación familiar y a la asistencia a la reproducción, todo ello sin tener en cuenta las necesidades de control de tales situaciones por parte de las propias usuarias. Es necesaria la sensibilización y formación del personal médico-sanitario sobre la atención específica a las mujeres con discapacidad cuando hacen uso de los servicios sanitarios.
- *En relación a las mujeres con discapacidad más vulnerables*: No podemos olvidarnos de que dentro del grupo de mujeres con discapacidad existen una serie de sectores especialmente vulnerables, puesto que en ellos confluyen un conjunto de variables que multiplican su discriminación: niñas, mujeres severamente afectadas, mujeres que no pueden representarse a sí mismas, residentes en ámbitos rurales, inmigrantes, etc.
- *Con respecto a las familias*: Es necesario estimular un cambio de actitudes en la familia que libere a las mujeres con discapacidad de la especial sobreprotección que sufren frente al resto de miembros de la familia, mucho más acusada que la de los varones con discapacidad. En el ámbito familiar, las mujeres con discapacidad también están discriminadas debido al rol social que culturalmente se les ha otorgado.
- *Autopercepción e imagen social*: La influencia de la discapacidad en la imagen corporal de la mujer, no ajustada a los cánones de belleza femeninos que los medios de comunicación crean y difunden, hace que en muchas circunstancias las mujeres con discapacidad encuentren mermada su autoestima. La propia discapacidad determina negativamente el mantenimiento de relaciones sociales, sobre todo, de índole afectiva.

Desde la perspectiva de género, y como propuesta de futuro, se considera necesaria la adopción de determinadas medidas que permitan crear las condiciones para una

sociedad compartida. Entre ellas, siguiendo a Chicano (2002), podemos destacar las siguientes:

- Fomentar la erradicación de los estereotipos sexistas en la educación, la publicidad, el lenguaje y los medios de comunicación social.
- Desarrollar una nueva cultura que incorpore los valores del nuevo modelo de sociedad y que se refleje en los instrumentos que conforman la socialización de la colectividad.
- Potenciar en los medios de comunicación, en el lenguaje y en la publicidad una imagen de la mujer acorde con su realidad social.
- Incorporar a los currículos las aportaciones de las mujeres.
- La variable género debe contemplarse en todos los trabajos de tipo investigador o similar que se hagan.
- Los resultados de encuestas e investigaciones deben divulgarse.
- Deben incrementarse los recursos destinados a promover un cambio social.

Por último y de cara a un futuro próximo, el Comité Científico (2003) propone que las políticas, las tecnologías y los servicios deben evitar la discriminación y estar diseñados desde su origen para ser utilizados de manera normalizada por todas las personas en la máxima variedad de circunstancias y situaciones posibles. Por ello, las administraciones, el mundo empresarial, y en general todos los agentes sociales deben coordinarse para ofrecer servicios y tecnologías que lleguen a las mujeres con discapacidad y les sean útiles para el desarrollo de su propia identidad, de sus propias aspiraciones y dar así solución a sus problemas específicos.

5.7. RESUMEN

A lo largo de este capítulo hemos sentado las bases sobre los conceptos de género y perspectiva de género, dejando clara la distinción entre sexo y género. Consideramos necesaria una adecuada deconstrucción de conceptos claves tales como *sexo*, *género* y *discapacidad* para entendernos correctamente todas las personas involucradas con esta temática. Pues es de este modo como podremos avanzar en el diseño y la planificación de políticas que se deben complementar con actuaciones no sobreprotectoras ni discriminatorias en el ámbito familiar y doméstico.

También hemos intentado describir el trato discriminatorio que han recibido a lo largo de la historia las mujeres y, en especial, aquellas con algún tipo de discapacidad. Al tiempo que hemos expuesto los principales ámbitos en que dichas mujeres están marginadas tales como la integración social y laboral, la educación, la salud, la sexualidad, y la violencia. El género y la discapacidad interactúan colocando a las mujeres con discapacidad en una posición desigual respecto a los hombres y a las personas sin discapacidad, por lo que se puede afirmar que las mujeres con discapacidad sufren una *doble discriminación*.

A continuación, presentamos el recorrido histórico necesario para llegar al reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. La necesidad de poner en práctica políticas que tengan en cuenta la especificidad de la mujer con discapacidad es una de las principales demandas a los poderes públicos, ya que si bien es importante contar con un marco normativo que prohíba las prácticas discriminatorias, se hace igualmente necesario contar con instrumentos que materialicen la igualdad de oportunidades y que reduzcan las brechas entre hombres y mujeres. En definitiva, crear una sociedad verdaderamente plural, donde todos y todas participemos, sólo puede resultar viable si existe un reconocimiento de los derechos de las mujeres, y no ya sólo eso, sino también una eficacia material de dichos derechos, incluyendo las distintas perspectivas que pueden incidir en el género.

Por último, en cuanto a las demandas y propuestas de actuación futuras cabe destacar la necesidad de cubrir la formación de mujeres con discapacidad para favorecer su plena inserción socio-laboral, pero no conformándose con un modelo de formación tradicional, sino exigiendo una formación basada en valores de solidaridad y tolerancia, incluyendo la perspectiva de género en la educación. Éste es el fundamento sobre el que debe construirse una sociedad abierta y plural. Ciertamente, ser mujer y discapacitada coloca en una situación difícil, al estar aparentemente fuera del marco de lo que se considera productivo, eficaz y económicamente conveniente. Es por ello indispensable adoptar medidas que frenen esta tendencia, promoviendo la igualdad de oportunidades y el efectivo cumplimiento de las obligaciones internacionales de salvaguarda de la dignidad en el trabajo. Es necesaria la creación de servicios de información y orientación para abordar el tema de la sexualidad, la vida en pareja y la maternidad en la discapacidad de forma natural y sin tabúes. La lucha contra la violencia sobre las mujeres en todas sus facetas, institucional, social, familiar es una reivindicación constante. Este problema, extensible a todas las mujeres, ofrece especiales peculiaridades en casos de discapacidad. Esto exige la adopción de actuaciones diferenciadas de las encaminadas a prevenir la violencia de las mujeres en general.

Como adelantábamos al principio de este capítulo, nuestro objetivo no es realizar una revisión exhaustiva del tema sino presentar una síntesis con las principales directrices sobre el mismo, obtenidas a través de las fuentes documentales en las que nos hemos basado. La gran mayoría de dichas fuentes han sido conclusiones y propuestas obtenidas de congresos, debates, comités científicos y comisiones, ya que no encontramos libros ni bibliografía al uso donde se tratara la perspectiva de género de forma sistemática y objetiva, y menos aún en referencia directa a las mujeres con LM.

Los únicos datos empíricos relativos a dicho tema provienen de la inserción laboral de las mujeres con discapacidad. Dentro de nuestro país, del total de mujeres que representan un 58% de la población de personas con discapacidad, existen 659.329 que se encuentran en edad de trabajar de las cuales sólo 104.568 trabajan (el 15,86%) y 51.762 están paradas. El resto, es decir, 502.999, por razones muy diversas, nunca se han planteado acceder al mercado de trabajo. A raíz de estos últimos datos, se observan las enormes dificultades que tienen las mujeres para acceder al empleo. Sólo un 7,20% de las mujeres con discapacidad tienen trabajo remunerado, frente a un 17,37% de los hombres con discapacidad. En ambos casos, el nivel de inserción en el mercado laboral es muy bajo, pero sin duda alguna la discriminación asociada al género influye en que el porcentaje de mujeres con discapacidad sea inferior a la mitad del porcentaje de hombres.

Para concluir, hemos comprobado que el tema de la *doble discriminación* en las mujeres con discapacidad se aborda de forma genérica, globalizadora, es decir, no se hacen distinciones entre los distintos tipos de discapacidad (en concreto, no hemos encontrado nada específico en LM) a la hora de incidir en los ámbitos de exclusión, en las demandas o en las propuestas de actuación futuras del colectivo al que nos estamos refiriendo. Lógicamente, nosotros consideramos que en función del tipo de discapacidad, dichas demandas, propuestas y ámbitos de discriminación no van a ser los mismos y, por tanto, sería necesario un análisis y estudio específico de cada una de las discapacidades.

Una vez abordada la perspectiva de género, en el siguiente capítulo vamos a presentar una revisión bibliográfica con las principales publicaciones sobre dicha perspectiva de género en las personas con LM, objetivo directo de nuestra tesis.

6. INVESTIGACIÓN EN LM Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

6.1. INTRODUCCIÓN

Hemos hecho hasta aquí un recorrido histórico y una revisión teórica de los dos conceptos, *lesión medular* y *género*, que constituyen nuestro objeto de estudio en este trabajo. En el próximo capítulo vamos a proceder al análisis de las publicaciones halladas en la literatura sobre *la perspectiva de género en la lesión medular*, pretendiendo ver el tipo de trabajos en los que se aborda el tema e identificar las áreas temáticas de estudio en las que se han interesado los investigadores. Tras el correspondiente resumen de este capítulo sexto, finalizaremos con una discusión sobre los aspectos más relevantes encontrados en la revisión bibliográfica y una exposición de las principales conclusiones a las que hemos llegado en la parte teórica.

Para conocer la literatura existente, nuestro primer paso consistió en hacer una búsqueda bibliográfica genérica en las bases de datos más punteras sobre el tema. Éstas son en primer lugar, **Psycinfo**, destinada a la publicación de artículos y resúmenes de revistas de Psicología y otras disciplinas y perteneciente a la *American Psychological Association* (APA). En segundo lugar, **Psicodoc**, base de datos bibliográfica elaborada por el *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid* en colaboración con la *Biblioteca de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid* y donde encontramos publicaciones únicamente en castellano. En tercer lugar, **ISOC**, donde hallamos artículos de revistas españolas especializadas en ciencias sociales y humanidades. En cuarto lugar, **ERIC**, base de datos relativa a educación y a la cual accedimos a través del portal de acceso a revistas electrónicas y bases de datos **EBSCOHOST**. En quinto lugar, **IBECs**, índice bibliográfico español en ciencias de la salud. Y, por último en **Medline**, donde encontramos citas bibliográficas y resúmenes de artículos de revistas biomédicas. También utilizamos en este proceso de búsqueda **Scopus**, portal de información académica y científica que engloba la mayor colección a nivel mundial de resúmenes e índices de literatura científica, técnica y médica. La fecha límite de la búsqueda fue diciembre del 2005 y los descriptores utilizados fueron los siguientes:

Disability, Spinal Cord Injury, Gender y Women/an.

Del total de referencias bibliográficas obtenidas, en primer lugar, queremos destacar la disparidad encontrada en muchos de ellos. Así, encontramos artículos que comparaban específicamente a varones y a mujeres, otros que trataban el tema de la sexualidad en la mujer, otros muchos en los que se estudiaban las variables psicológicas que pueden mediar en el ajuste de la persona al sufrir una LM y, por último, un grupo de publicaciones que trataban temas varios como el envejecimiento en la mujer con LM, la calidad de vida y los problemas específicos derivados de la perspectiva de género (*doble discriminación*) entre otros. Del resultado de esta primera búsqueda obtuvimos un total de 62 publicaciones.

Después de este primer acercamiento al tema objeto de estudio y viendo la panorámica al respecto del mismo, nos propusimos llevar a cabo una búsqueda más específica para profundizar sobre todo en el abordaje de determinadas variables psicológicas implicadas en la evolución de la LM y que constituyen nuestro objeto de estudio. De esta forma, los siguientes descriptores utilizados, introducidos en múltiples combinaciones, fueron los siguientes:

Disability, Spinal Cord Injury, Gender, Women/an, Extraversion, Neuroticism, Anxiety, Motivation, Locus of Control, Coping y Depression.

Como resultado de esta segunda búsqueda más exhaustiva obtuvimos un total de 36 referencias bibliográficas. Del volumen de trabajos encontrados, queremos destacar que en algunos de ellos los autores no hacen distinción en función del género (hombres y mujeres) de los participantes. Sin embargo, decidimos incluirlas en nuestro estudio ya que resultan de gran interés por la temática que abordan aunque no realicen comparaciones en función del género o no se refirieran exclusivamente a mujeres. Por todo ello, finalmente, nos quedamos con un total de 98 artículos que seguidamente pasaremos a comentar.

Un problema que se nos planteó a la hora de explicar y mostrar los artículos encontrados fue el criterio a seguir para su clasificación, pues la disparidad encontrada en ellos fue cuanto menos llamativa, como ya mencionamos anteriormente. Finalmente, después de varias lecturas hemos utilizado como criterio de clasificación *la relación de los temas abordados en las publicaciones en función de nuestro objetivo de trabajo*. En consecuencia, agrupamos las investigaciones en cuatro subgrupos:

- **Publicaciones sobre LM y la perspectiva de género:** En este primer apartado incluimos aquellas publicaciones en las que se abordan los problemas específicos derivados de la perspectiva de género y, en concreto, el de la *doble discriminación*, incluyendo aspectos como la calidad de vida en la mujer con LM y el tema más reciente del envejecimiento de las personas con LM de edad.
- **Publicaciones sobre sexualidad y reproducción:** En el segundo apartado abordaremos las publicaciones que hacen referencia a la actividad sexual y a los cambios que ésta experimenta cuando a una mujer le sobreviene una LM.
- **Estudios comparativos:** En el tercer apartado incluimos todas aquellas publicaciones que comparan directamente bajo la perspectiva de género diferentes aspectos que afectan a la vida de hombres y mujeres con LM.

- **Publicaciones sobre aspectos psicológicos:** En el cuarto apartado recogemos todas las investigaciones relacionadas con las cinco variables psicológicas que resultan objetivo de nuestro estudio, aunque ordenadas en función de su presencia en la bibliografía: *depresión, ansiedad, motivación y temas conexos, extraversión y neuroticismo, locus de control y afrontamiento.*

Iniciamos el análisis de publicaciones comenzando por el grupo de la perspectiva de género.

6.2. PUBLICACIONES SOBRE LM Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Para comenzar, en este apartado presentamos un conjunto de publicaciones relacionadas con la perspectiva de género. Las primeras publicaciones son de naturaleza teórica, mientras que las últimas ofrecen datos empíricos. Entre los temas más importantes que se abordan, cabe destacar el problema de la *doble discriminación*, el envejecimiento y la calidad de vida de la mujer con LM. Presentamos de seguido los 9 artículos encontrados (**tabla 3**).

AUTOR/ES	N	OBSERVACIONES
Dancausa et al. (1998)		Estudio teórico. El género es causa de diferenciación negativa para las mujeres. Las mujeres con discapacidad tienen mayores dificultades para acceder a la formación y al empleo. La discapacidad de género debe ser combatida.
Pentland et al. (2002)		Estudio teórico. Descripción de lo que sienten las mujeres con LM. Sensación de aislamiento, olvido y demanda de mejor sistema de salud y rehabilitación.
Malasaña (2003)		Estudio teórico. El debate de género ha permanecido en el olvido. Más de la mitad de la población europea, mujeres. Importancia del movimiento asociativos.
Quispe (2003)		Estudio teórico. Necesidad de fomentar las políticas que favorezcan a las mujeres con discapacidad en el ámbito formativo, sanitario y social.
Estores y Sipski (2004)		Revisión de literatura sobre mujer y LM desde 1994 hasta 2004. Necesidades médicas y psico-sociales no han sido cubiertas.
Leduc y Lepage (2002)	587	Relación de la calidad de vida y la LM. "Short Form Health Survey (SF-36)". La calidad de vida en LM presenta índices más bajos que en población normal. Varones LM, mejores índices de salud mental, vitalidad y funcionamiento físico.
Goodwin y Compton (2004)	6	Relación entre actividad física y envejecimiento con discapacidad. Las mujeres con discapacidad reconocen la pérdida de libertad física y recalcan la importancia de la misma para el mantenimiento de su bienestar físico y psicológico.
Pentland et al. (2003)	29	Estudio de los cambios extrínsecos e intrínsecos que experimentan mujeres LM. Necesidad de conocer cómo se adaptan a la nueva situación e identificar los recursos y las barreras.
Hassouneh-Phillips y McNeff (2004)	13	Estudio del abuso a mujeres con LM. Denuncia de la negligencia y el abuso a este colectivo. Tipos de abuso, factores de vulnerabilidad, respuestas conductuales y efectos psicológicos.

Tabla 3. Publicaciones sobre LM y la perspectiva de género.

Dancausa et al. (1998) subrayan en su artículo que el *género*, hoy por hoy, en España, es una causa de diferenciación en negativo, aunque no en el mismo grado para todas las mujeres. Las mujeres con algún tipo de discapacidad, tienen que soportar doblemente el modelo impuesto de belleza, la situación de dependencia y subordinación sobre la que tradicionalmente se ha construido la identidad femenina. Las mujeres con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, tienen mayores dificultades para acceder

a la formación o al empleo que sus compañeros y, bajo aparentes medidas protectoras, se convierten en mano de obra gratuita en el ámbito familiar, se les coarta su desarrollo personal y profesional negándoles el derecho a tomar decisiones sobre su vida. La discapacidad no debe ser un obstáculo para que las mujeres tengan una vida de calidad rica en experiencias personales. La desigualdad por motivos de género debe ser combatida por las sociedades democráticas a fin de alcanzar un equilibrio social y, sobre todo, en aquellas personas con más riesgo de discriminación como son las mujeres con discapacidad.

Pentland y su equipo estudian el envejecimiento de la mujer con LM y todos los cambios relacionados con el mismo. En una primera investigación, Pentland et al. (2002) describen cómo afrontan el envejecimiento las mujeres con LM más veteranas. La muestra la componen mujeres con edades comprendidas entre los 31 y los 70 años. Entre los cambios físicos más comunes destacan los relacionados con la sexualidad y la ginecología, así como las alteraciones de la vejiga y el intestino. En el ámbito socio-emocional, las mujeres se sienten dependientes, aisladas e ignoradas y manifiestan preocupación por su estabilidad económica, las barreras arquitectónicas y sociales, el acceso al ocio y la igualdad de oportunidades. La diferencia más notable es la sensación de aislamiento y la percepción de que los servicios sanitarios están poco especializados. Muchas de estas razones ya las enumeran otros autores respecto al envejecimiento de los varones con LM y de las mujeres con discapacidad en general. Por lo tanto, las mujeres con discapacidad reflejan problemas similares a otros grupos de discapacidad respecto a sus expresiones de miedo e incertidumbre ante el envejecimiento, mientras que demuestra tener una enorme fuerza emocional. Lo más particular de este colectivo es el profundo aislamiento, el sentimiento de ser olvidadas, así como la demanda de un mejor sistema de salud, rehabilitación y seguridad social. Más específicamente reclaman apoyo psicológico en el proceso de rehabilitación, información sexual para ellas y sus parejas, atención clínica, incentivar la investigación en el campo ginecológico, estabilidad económica e igualdad social. Sólo un año después, Pentland et al. (2003) continúan esta línea de publicación tratando de divulgar cómo experimentan las mujeres con discapacidad, y en concreto con LM, con una edad media o avanzada la pérdida de roles y los cambios a nivel ocupacional. Los autores del artículo consideran que estas mujeres experimentan multitud de cambios intrínsecos (físicos y psicológicos) al mismo tiempo que extrínsecos (los hijos abandonan el hogar, divorcios, envejecimiento de los padres). Es, por tanto, necesario conocer cómo se adaptan las mujeres con LM a esta nueva situación que les trae más complicaciones e identificar los recursos y las barreras para que continúen participando en sus ocupaciones independientemente de su edad. Para este estudio se hicieron entrevistas pro teléfono a 29 mujeres con LM. Una vez finalizadas todas las entrevistas, se obtuvieron una serie de pautas importantes, así por ejemplo, se detectaron los factores personales y ocupacionales que provocan los cambios en las mujeres con LM de mediana edad, las respuestas adaptativas para continuar con sus ocupaciones y las implicaciones que estas nuevas adaptaciones provocan. Por último, los autores destacan que debido a la edad y a dichos cambios las mujeres del estudio manifestaron sentir que en muchas ocasiones tienen que abandonar sus roles y ocupaciones y que con ello se sienten aisladas e incomprendidas.

Malasaña (2003) reivindica en su artículo el hecho que durante demasiado tiempo la atención se ha centrado en el colectivo de la discapacidad en general, mientras que el debate de género ha permanecido en el olvido. La situación de las mujeres y sus necesidades no se han escuchado y no podemos olvidar que más de la mitad de la pobla-

ción europea con discapacidad son mujeres. Éstas sufren una múltiple discriminación frente a los hombres y a las mujeres sin discapacidad. Para denunciar esta situación es necesario que estas mujeres sean escuchadas y es importante hacerlo desde el trabajo colectivo a través del movimiento asociativo. Así pues, fomentar la participación activa y el acceso a la toma de decisiones es fundamental. Esto supone compromiso e implicación personal para asumir responsabilidades y transformar la realidad. Como conclusión del artículo se subraya la importancia de los movimientos asociativos para luchar contra la discriminación de las mujeres con discapacidad y conseguir crear una identidad de la mujer con discapacidad, creando sus propios espacios para tratar aquellos temas que más les afectan y adoptar posturas reivindicativas. Para conseguir ver a la mujer como un ser libre e independiente es importante rechazar imágenes negativas de dependencia, impotencia y pasividad. La lucha por la igualdad de oportunidades ha de desarrollarse desde diferentes frentes: legislación, educación, acceso a la formación, etc., pero sobre todo desde la capacitación para la participación y la toma de decisiones.

Quispe (2003) enfatiza la necesidad de fomentar políticas que favorezcan a las mujeres con discapacidad que sufren *doble discriminación*. El autor presenta este artículo con el fin de poder avanzar hacia la plena integración y la no discriminación de un colectivo concreto como son las mujeres con discapacidad, representando de esta forma un grupo doblemente discriminado. De todos es sabido que la discapacidad afecta tanto a hombres como a mujeres, sin embargo en este artículo el interés se dirige hacia las mujeres puesto que la sociedad las sigue discriminando en algunas ocasiones y esta discriminación es doble cuando la mujer además presenta alguna discapacidad. Este colectivo sufre situaciones discriminatorias en su vida cotidiana, que afectan a diversos ámbitos. En el ámbito formativo presentan un menor nivel educativo y cultural y un acceso más limitado a la formación. En el ámbito sanitario tienen una mayor dependencia e impotencia y un menor acceso igualitario a los servicios sanitarios. En el ámbito social son escasos los servicios, programas o acciones destinadas a este colectivo y se caracterizan por una mayor vulnerabilidad a la violencia. La lucha de las mujeres con discapacidad contra la discriminación en todas sus dimensiones y ámbitos debe ser una reivindicación constante y continua. Pero para ello se debe informar, sensibilizar y concienciar de la situación que padecen al entorno cercano y a la sociedad en general, a fin de contribuir a reducir las situaciones discriminatorias hacia este colectivo.

Estores y Sipski (2004) comienzan su artículo exponiendo que las mujeres con LM tienen una serie de necesidades médicas y psico-sociales que no han sido estudiadas y especificadas por la literatura ni investigadas desde el campo de la medicina. El propósito de la presente investigación es plantear los problemas específicos desde la perspectiva de género, hablar de la metodología utilizada en las intervenciones y del gran vacío existente en la literatura en torno al tema de la mujer con LM. Para ello llevan a cabo una revisión bibliográfica en el Medline y en la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) desde el año 1994 hasta el año 2004, buscando todos los estudios y publicaciones comprendidos en este periodo de tiempo. Los trabajos encontrados son agrupados en tres grandes grupos: publicaciones de carácter médico, psicológico y social. Dentro del grupo de los estudios médicos, se recogen publicaciones sobre cuidados ginecológicos, endocrinos, metabólicos y urológicos. También aparecen artículos relacionados con la movilidad, las conductas preventivas y el envejecimiento. En el apartado de los estudios psicológicos y sociales se tratan temas como la sexualidad y el tratamiento de las disfunciones sexuales una vez ocurrida la LM, la violencia doméstica, la reintegración en la comunidad y la calidad de vida. Los autores también hacen una crítica a la meto-

dología utilizada en la mayoría de las investigaciones, muchas de las muestras son incidentales (no aleatorias) y además no suelen utilizarse grupos de comparación con los que poder evaluar los resultados obtenidos. Como reflexión del estudio se pone de manifiesto la necesidad de prestar más atención a las diferencias encontradas en las mujeres con LM y de ampliar la investigación sobre este campo.

Hasta aquí las revisiones de tipo teórico basadas en reflexiones personales, descripciones sobre la situación de la mujer con discapacidad, revisiones de la literatura, etc. A continuación, presentamos aquellos trabajos que ofrecen algún tipo de dato empírico.

Leduc y Lepage (2002) estudian si la calidad de vida relacionada desde el punto de vista de la salud (“*Health- Related Quality of Life*”) tiene algún tipo de relación con el tener o no una LM. En su investigación participan 587 personas con LM (20% mujeres y el 80% varones) con edades que oscilan entre los 30 y los 60 años y procedentes de la zona de Quebec (Canadá). Todos los participantes en el estudio cumplimentan el “*Short Form Health Survey*” (*SF-36*), formado por ocho subescalas. En los resultados se observan puntuaciones más bajas en las ocho subescalas en el grupo de personas con LM respecto a la población no discapacitada (sin LM). En cuanto a la variable género, sólo aparecen diferencias significativas en tres de las ocho subescalas, en concreto en el funcionamiento físico, en la vitalidad y en la salud mental, donde los varones obtienen puntuaciones más altas que las mujeres. Además, el análisis de las variables médicas y socio-demográficas con las ocho escalas de *SF-36* nos indica que el ser más joven, el tener un empleo y el no haber estado ingresado en los años anteriores previos al estudio es asociado con una mayor calidad de vida. En esta investigación también son evaluadas las complicaciones médicas a medio y largo plazo y el envejecimiento. Como principal conclusión del estudio, se afirma que las personas con LM presentan unos índices de calidad de vida, asociados a la salud, más bajos que la población general.

Goodwin y Compton (2004) se plantean estudiar la relación entre la actividad física y el envejecimiento en mujeres con discapacidad. Para ello, estudian a 6 mujeres, entre cuyas discapacidades se encuentra la parálisis cerebral (N = 2), la LM (N = 3) y el accidente-cerebro-vascular (ACV) (N = 1). Las edades de estas mujeres oscilan entre los 22 y 37 años, siendo la media del grupo de 28 años. Las opiniones de las participantes en el estudio fueron recogidas por medio de entrevistas semi-estructuradas, cada una de las cuales fue grabada y posteriormente transcrita. Entre las conclusiones obtenidas, destaca en primer lugar, el considerar la actividad física como incorporada en sus rutinas diarias. En segundo lugar, todas las mujeres participantes reconocen la pérdida de movilidad y de autonomía física que sufrieron a consecuencia de LM. Y, en tercer lugar, subrayan la importancia de esta actividad física para el mantenimiento de su bienestar tanto físico como psicológico. En resumen, es importante destacar la actividad física como elemento necesario en la promoción y prevención de la salud en mujeres con discapacidad.

Hassounh-Phillips y McNeff (2004) denuncian la negligencia y el abuso que en numerosas ocasiones sufren las mujeres con LM y subrayan que este tema ha de ser un objetivo prioritario de estudio y de investigación. En este trabajo participan 13 mujeres con LM las cuales fueron víctimas de abusos una vez sufrida la LM. Estas mujeres son entrevistadas por profesionales de la salud por medio de entrevistas individualizadas. A lo largo del estudio las participantes son capaces de identificar los tipos de abuso y los principales factores de vulnerabilidad. También, de modificar sus respuestas ante el

abuso y de ver las repercusiones de las mismas en su salud. Como conclusión del estudio, se enfatiza la necesidad de fomentar la investigación específica en el tema del abuso que sufren las mujeres con LM.

Una vez expuesto este conjunto de trabajos, pasamos a presentar aquellos datos y resultados que se confirman con más claridad. En el grupo de estudios teóricos, las conclusiones más relevantes son las siguientes:

- Desde el punto de vista del envejecimiento, las mujeres con LM se muestran similares a otros grupos de discapacidad respecto a sus expresiones de miedo y respeto al envejecimiento, mientras que demuestran tener una enorme fuerza emocional (Pentland et al., 2002, 2003).
- Además, siguiendo a estos mismos autores, lo más particular de este colectivo es el profundo aislamiento, el sentimiento de ser olvidadas, así como la demanda de un mejor sistema de salud, rehabilitación y seguridad social. Más específicamente demandan soporte personal en el proceso de rehabilitación, intervención temprana psicológica, información sexual para ellas y sus parejas, atención clínica, investigación en el campo ginecológico y seguridad económica y social.
- Según Malasaña (2003) durante mucho tiempo el foco de atención se ha centrado en la discapacidad en general dejando la perspectiva de género en el olvido. Más de la mitad de la población europea con discapacidad son mujeres, éstas sufren una múltiple discriminación frente a los hombres y a las mujeres sin discapacidad. Para denunciar esta situación es necesario que estas mujeres sean escuchadas y es importante hacerlo desde el trabajo colectivo a través del movimiento asociativo. Así pues, fomentar la participación activa y el acceso a la toma de decisiones es fundamental. Esto supone compromiso e implicación personal para asumir responsabilidades y transformar la realidad.
- A su vez, Quispe (2003) enfatiza la necesidad de fomentar políticas que favorezcan a las mujeres con discapacidad que sufren doble discriminación poder avanzar hacia la plena integración y la no discriminación de un colectivo concreto. Este colectivo sufre situaciones discriminatorias en su vida cotidiana, que afectan a diversos ámbitos como son la educación, el empleo, la sanidad, la familia, las relaciones sociales, etc., y que impiden el pleno y digno desarrollo personal, social y profesional de esas mujeres con discapacidad.
- Por su parte, Estores y Sipski (2004) subrayan la necesidad de prestar más atención a las diferencias encontradas en las mujeres con LM y a expandir la investigación sobre este campo. Las mujeres con LM tienen una serie de necesidades médicas y psico-sociales que no han sido estudiadas y especificadas por la literatura ni investigadas desde el campo de la medicina.
- Finalmente, Estores y Sipski (2004) recalcan problemas específicos desde la perspectiva de género y critican el gran vacío existente en la literatura en torno al tema de la mujer con LM. Debe cuidarse la metodología utilizada en las intervenciones pues muchas de las muestras son incidentales (no aleatorias) y además no suelen utilizarse grupos de comparación con los que poder evaluar los resultados obtenidos.

En cuanto al grupo de estudios empíricos, cuyos resultados están avalados por datos, podemos destacar:

- En la calidad de vida, factores como el ser más joven, el tener un empleo y el no haber estado ingresado en años anteriores están asociados con un incremento de la misma. Sin embargo, las personas con LM presentan unos índices más bajos de calidad de vida, asociados a la salud, que la población general. Y, dentro de las personas con LM, son los varones los que puntúan más alto en vitalidad, salud mental y funcionamiento físico (Leduc y Lepage, 2002).
- La actividad física, para Goodwin y Compton (2004), es un elemento necesario en la promoción y prevención de la salud en mujeres con discapacidad.

En síntesis, el conjunto de publicaciones que acabamos de detallar se compone de temáticas diversas como ya adelantamos en párrafos anteriores. De tal forma, en primer lugar, hemos presentado investigaciones de naturaleza teórica que abordan temas como el envejecimiento (Pentland et al., 2002, 2003) y la doble discriminación (Dancusa et al., 1998; Estores y Sipski, 2004; Malasaña, 2003; Quispe, 2003). En segundo lugar, hemos expuesto aquellos estudios que nos aportaran algún tipo de dato empírico. En este grupo, mucho menos numeroso, se han tratado temas tan dispares como la calidad de vida (Leduc y Lepage, 2002), la actividad física (Goodwin y Compton, 2004) y la negligencia o el abuso (Hassouneh-Phillips y McNeff, 2004).

A continuación, presentamos un conjunto amplio de trabajos relacionados con la actividad sexual de la mujer y los cambios que experimenta cuando le sobreviene una LM.

6.3. PUBLICACIONES SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Este grupo de publicaciones engloba, por un lado, los estudios relacionados con los cambios en la vida sexual de las mujeres con LM y, por otro, los trabajos que comparan las respuestas sexuales de varones y mujeres con LM, tratando de observar las diferencias entre ambos grupos. En primer lugar, es necesario aclarar que los estudios relativos a la mujer con discapacidad física son pocos en general, y menos aún los específicos sobre mujeres con LM (como el trabajo de Campo y Sánchez, 2003) si los comparamos con los trabajos que aparecen en la literatura acerca de la sexualidad de los hombres con LM. Algunas de las razones que pueden explicar este déficit pueden ser, por un lado, que las mujeres representan un pequeño porcentaje del colectivo de personas con LM (aproximadamente un 20%), y por otro, que las mujeres no presentan alteraciones fisiológicas importantes que les impidan poder mantener relaciones sexuales y tener hijos. No obstante, las consecuencias de una lesión hacen que la mujer viva la sexualidad de forma diferente, como describen Campo y Sánchez, 2003, razón por la que es necesario ampliar este tema.

En la revisión nos hemos encontrado desde estudios de tipo correlacional en los que participaban mujeres con rangos de edades muy amplios y lesiones muy variadas, las cuales cumplimentaban cuestionarios, escalas o participaban en grupos de terapia, a otros más teóricos que realizan una revisión de la literatura publicada sobre la sexualidad de las mujeres con LM. A continuación presentamos los 22 artículos que hemos seleccionado para este bloque temático, tal y como aparecen en la **tabla 4**.

AUTOR/ES	N	OBSERVACIONES
Sipski (1993)		Revisión de la literatura sobre disfunciones sexuales en la mujer. Actividad sexual, ciclo de respuesta sexual, capacidad orgásmica y menstruación.
Sipski (1998)		Revisión de la literatura sobre el impacto de la LM en las respuestas sexuales. Además de cambios psicológicos y físicos, cambio en la respuesta al ciclo sexual.
Sipski y Alexander (1993)	25	Evaluación de cambios en las respuestas sexuales antes y después de la LM. Cuatro áreas de estudio: ajuste sexual, actividades y preferencias sexuales, deseo sexual y nivel de satisfacción. El 76% cree tener un ajuste sexual adecuado.
Sipski, Alexander y Rosen (2001)	89	Evaluación de la capacidad para experimentar orgasmos en situación de laboratorio. Menos del 50% de las LM sienten orgasmos. El tiempo para experimentar un orgasmo fue significativamente superior en el grupo de LM.
Willmuth (1987)		Revisión de la literatura sobre LM y sexualidad. Ciclo en la respuesta sexual, función de reproducción, conducta y ajuste sexual, asesoramiento, rehabilitación. Consideraciones valiosas sobre cuestiones metodológicas.
Whipple et al. (1996)	8	Estudio descriptivo. Trayectoria común en todas las participantes. La mayoría pasa por una serie de fases en su vida sexual tras la LM. Relevancia de matizar resultados en función de la variable tiempo transcurrido tras la LM.
Schopp et al. (2002)	28	Estudio descriptivo. Evaluación de conductas preventivas para el cuidado de la salud en general y de la parte ginecológica.
Charlifue et al. (1992)	231	Evaluación de temas sobre sexualidad. Un 60% sufren amenorrea durante cinco meses después de LM. El 69% están satisfechas con sus vidas sexuales.
Donohue et al. (1995)	186	Evaluación de temas sobre sexualidad: masturbación, respuesta sexual en sueño, sexo no coital, anticoncepción, técnicas para provocar satisfacción y placer, etc.
Kettl (1991)	27	Evaluación de la sexualidad y actividad después de LM. Para 26% menos importante que antes de la LM; para 23% su vida sexual menos satisfactorias.
Richards et al. (1997)	15	Evaluación de la vida sexual y de las relaciones. Grabadoras y entrevistas semi-estructuradas. Importancia de la educación sexual.
Zwerner (1982)	68	Evaluación de necesidades individuales y prestación de asesoramiento. Menos de la mitad reciben asesoramiento sexual. Necesidad de recibir más información.
Jackson y Wadley (1999)	472	Evaluación de condiciones de salud reproductiva y conductas a nivel preventivo en mujeres con LM. Los problemas ginecológicos son similares antes y después de la LM, excepto en infecciones del tracto urinario y de vejiga.
Lysberg et al. (2003)	48	Evaluación de la vida sexual de mujeres con LM. Más del 50% era activa sexualmente antes de la LM. Para el 50% sus vidas sexuales no han cambiado.
Singh y Sharma (2005)	40	Evaluación de la actividad sexual de mujeres indias con LM. El sexo y la importancia del mismo en sus vidas no cambia en cuanto a intensidad. Sólo un 30% ha recibido algún tipo de información sobre sexualidad.
Reitz, Tobe, et al. (2004)	63	Evaluación de la vida sexual de mujeres y hombres con LM. 87% de varones y 75% de mujeres, bastante satisfechos en la mayoría de las esferas de su vida. 44% de varones y 8% de mujeres, satisfechos con su vida sexual.
Fitting et al. (1978)	24	Cambios en respuestas sexuales antes y después de LM. Mujeres entre 20 y 40 años. Relaciones sexuales espontáneas y activas. Necesidad de asesoramiento.
Westgren et al. (1997)	62	Evaluación de cambios en respuestas sexuales antes y después de la LM. Sólo las mujeres con lesiones cervicales asignan menor importancia a la sexualidad.
Black, Sipski y Strauss (1998)	121	Evaluación de cambios en las respuestas sexuales antes y después de la LM. "Derogatis Sexual Functioning Inventory". Áreas evaluadas: información, experiencia, actitudes, síntomas psicológicos, fantasías, satisfacción sexual, etc.
Leibowitz (2003)	24	Cambios en las respuestas sexuales. Relaciones personales de antes de LM suelen romperse; pero muchas LM vuelven a encontrar compañero sentimental.
Ferreiro-V. et al. (2004)	37	Cambios en las respuestas sexuales antes y después de LM. 62% mantiene una actividad sexual regular. 69% está satisfecha con su vida sexual.
Sawyer, Allen, Reisin (1983)		Eficacia del "microcounseling" (terapia individual) en grupo experimental. Grupo control sólo tareas de lectura. Gran eficacia de la terapia individualizada.

Tabla 4. Publicaciones sobre sexualidad y reproducción.

En primer lugar, destacamos el grupo de trabajos que Sipski y su equipo desarrollan en torno a la sexualidad y la LM desde la perspectiva de género. Como ejes fundamentales en su investigación presentan por un lado, revisiones de la literatura sobre las alteraciones a nivel sexual que experimentan las mujeres al sufrir una LM (Sipski, 1993) y sobre el impacto que una LM puede provocar en las respuestas sexuales de hombres y mujeres (Sipski, 1998). Por otro lado, comparan los cambios en las conductas sexuales de las mujeres con LM antes y después de la lesión (Sipski y Alexander, 1993) y evalúan su capacidad para experimentar orgasmos (Sipski, Alexander y Rosen, 2001). A continuación, presentamos de forma más pormenorizada cada uno de estos estudios.

Sipski (1993) realiza una revisión de la literatura disponible sobre las alteraciones sexuales existentes en las mujeres después de sufrir una LM. Este autor se centra en estudiar una serie de conceptos relacionados con la sexualidad, en concreto, la actividad sexual, el ciclo de la respuesta sexual, la capacidad orgásmica y la menstruación y expone las investigaciones más relevantes sobre cada uno de los temas. Sipski concluye que hasta la fecha las disfunciones sexuales de mujeres con LM no han sido estudiadas adecuadamente. Los cuestionarios o tests que se pasan a mujeres para evaluar los efectos que la lesión causa en su vida sexual deben ir acompañados de un detallado y riguroso examen neurológico que debería ser realizado inmediatamente después de la lesión, accidente, enfermedad, etc. Además, este proceso de evaluación requiere exámenes psicológicos más profundos que los meros auto-informes que los sujetos cumplimentan sobre si mismos. Sólo cuando esta información sea obtenida se podrá realizar un pronóstico adecuado de la capacidad sexual de una mujer con LM. El autor reitera que las futuras líneas de investigación deben ser mucho más exactas y precisas a la hora de examinar y estudiar estas respuestas sexuales.

Sipski (1998) realiza una revisión de la literatura para estudiar el impacto que una LM puede provocar en las repuestas sexuales de hombres y mujeres. En los varones, el efecto de la lesión va a depender del nivel y tipo de la misma. Así, los estudios sobre el tema revelan que en lesiones completas entre un 70% y un 93% de las personas con LM tendrán erecciones de carácter reflejo, pero ninguno de ellos experimentará erecciones psicógenas. Sólo un 4% de los varones eyacula espontáneamente. En lesiones incompletas entre un 67% y un 95% tendrán algún tipo de erección y un 70% son capaces de eyacular. Sobre la capacidad para llegar a sentir un orgasmo son entre un 42% y un 61% los que manifiestan sentirlos, aunque todos están de acuerdo en que las sensaciones ahora son vividas de forma muy diferente a antes de sufrir la lesión. En las mujeres el impacto que provoca la lesión es similar que en los hombres. En lesiones completas se tienen lubricaciones reflejas, pero en ningún caso psicógenas. En el caso de las lesiones incompletas las mujeres con LM mantienen la capacidad de conseguir lubricaciones reflejas y psicógenas. De todos estos datos Sipski concluye que la LM conlleva una disminución de la satisfacción sexual tanto en hombres como en mujeres al mismo tiempo que una disminución en el deseo y la frecuencia de la actividad sexual. Además de los cambios psicológicos y físicos se produce también un cambio en la respuesta al ciclo sexual, lo cual podría explicar la disminución de la función sexual en los sujetos que sufren un a LM.

Sipski y Alexander (1993), en un trabajo con una muestra de 25 mujeres, con una media de edad de 34 años, evalúan los cambios en las conductas sexuales antes y después de la lesión. Las cuatro grandes áreas que estudian son ajuste sexual, actividades y preferencias sexuales, deseo sexual y nivel de satisfacción y habilidades sexuales.

Las caricias y los besos son actividades muy comunes después de la lesión. Mientras que el deseo y la satisfacción disminuyen en casi todas las mujeres. El 76% de la muestra manifiesta un ajuste sexual adecuado. Por último, la mayoría se queja de no haber recibido ningún tipo de información o asesoramiento sobre los cambios en su sexualidad.

Sipski et al. (2001) se plantean dos objetivos en su trabajo, por un lado, evaluar la capacidad para experimentar orgasmos de un grupo de mujeres con LM en una situación de laboratorio y, por otro, medir las respuestas genitales y subjetivas que éstas manifiestan a través de la proyección de audiovisuales eróticos, en algunas ocasiones solos y, en otras, acompañados de estimulaciones. Para ello se crean dos grupos, uno experimental, formado por 68 mujeres con LM con edades comprendidas desde los 18 a los 52 años, y otro control, formado por 21 mujeres sin discapacidad y con el mismo rango de edad. Los resultados reflejan que menos del 50% de las mujeres con LM sienten un orgasmo, comparadas con el 100% del grupo control que sí lo manifiestan. Dentro del grupo experimental, sólo el 17% de mujeres con lesiones bajas (S2-S5) experimentan orgasmos en comparación con el 59% del resto del grupo con lesiones en otros niveles que sí lo experimentaron. En cuanto al tiempo para llegar a experimentar los orgasmos fue significativamente superior en el grupo de LM que en el control. Por último, los autores concluyen que también hay diferencias en ambos grupos en cuanto a la descripción subjetiva de la sensación experimentada con los orgasmos.

Willmuth (1987) realiza una revisión de la literatura sobre LM y sexualidad. En su investigación examina diferentes aspectos relacionados con el ciclo en la respuesta sexual, la función de reproducción, la conducta y el ajuste sexual y el asesoramiento y la rehabilitación sexual. El autor afirma que en los últimos diez años se han incrementado sustancialmente las publicaciones sobre cómo una LM afecta a la sexualidad de hombres y mujeres. Las consecuencias psicológicas y el proceso de rehabilitación han sido continuamente investigados. Sin embargo, las limitaciones metodológicas son serias. Entre ellas podemos destacar que se trabaja con muestras mayores lo cual parece que incrementa el rigor científico. Sin embargo, estos grupos proceden siempre de hombres hospitalizados, con lo que parece que la población femenina y/o no hospitalizada no sufriría nunca una lesión. Por otro lado, se suele trabajar con población recientemente lesionada, por tanto, son muy pocos los estudios longitudinales o aquellos que estudien los efectos de la LM a largo plazo. Asimismo, también destaca que la mayoría de los instrumentos de evaluación utilizados en las investigaciones son autoinformes y, por tanto, el problema de la subjetividad queda implícito en todos ellos. De igual forma, Willmuth argumenta que la terapia sexual y la rehabilitación son aspectos relativamente nuevos en el cuidado de la LM. La gran mayoría de los programas existentes siguen un formato grupal donde se proporciona información de tipo sexual por medio de un experto. Lo ideal sería que se produjeran intervenciones a esfera individual, que se aclarasen dudas, que temas como aprender a proporcionar placer y satisfacción fueran objetivos prioritarios, que se tuviese clara la diferencia entre disfunciones biológicas y psicológicas, etc. Por tanto, en el futuro cabe esperar que los programas de terapia se centren más en la educación sexual y el asesoramiento individual que en un determinado fármaco para el tratamiento de una disfunción específica. Es necesario citar en nuestro trabajo este estudio de Willmuth (1987), porque aunque no guarda una relación directa con la perspectiva de género, resulta muy interesante su crítica a la metodología con la que se hacen buena parte de las investigaciones en este campo, la selección de la muestra y los instrumentos utilizados en las intervenciones.

Whipple, Richards, Tepper y Komisaruk (1996) llevan a cabo un estudio con el objetivo de proporcionar más información sobre la vida sexual de las mujeres con LM y sus propias experiencias en las relaciones de pareja. En este estudio participaron 8 mujeres con edades comprendidas entre los 32 y los 47 años con lesiones medulares completas que son entrevistadas con protocolos semi-estructurados. Se observa una “trayectoria sexual” común en todos las participantes, es decir, que la mayoría de ellas pasan por una serie de fases en su vida sexual desde que sufren la lesión. Así, cuando se les comienza preguntado acerca de cómo vivían su sexualidad y qué tipo de actividades llevaban a cabo antes de la lesión, todas ellas la relacionan y le dan prioridad al coito. Cuando se les pregunta por cómo la vivieron inmediatamente después de la lesión, afirman que hubo una especie de “cierre”, de “caída” en sus vidas sexuales. La sexualidad dejó de ser percibida por ellas como algo prioritario. Sin embargo, cuando comienza el proceso de rehabilitación aparece un nuevo periodo en que poco a poco van redescubriendo una nueva sexualidad y nuevas formas de disfrutarla. Por último, años después de la lesión (aproximadamente después de una década de haberse producido la lesión) afirman vivir relaciones caracterizadas por la comunicación, la creatividad y la imaginación con sus parejas. A las participantes también se les preguntó por el tipo de educación o información de tipo sexual que habían recibido después de la lesión. Todas están de acuerdo al afirmar que ésta fue más bien pobre y reclaman que el asesoramiento sobre este tema es parte fundamental en la terapia de rehabilitación.

Schopp, Kirkpatrick, Sanford, Hagglund y Wongvatunyu (2002) comentan en su artículo la precaria situación que, en numerosas ocasiones, experimentan las mujeres con LM cuando acuden a los servicios de ginecología. Este colectivo de mujeres es propenso a ser grupo de riesgo en aspectos relacionados con este tipo de servicios y, también, en cualquier otro tipo de problemas de salud en general. El propósito de este estudio era determinar los efectos que puede provocar el personal de los servicios ginecológicos tanto en las mujeres con LM como en otras con diferentes discapacidades. En concreto, se analizan los efectos de que puede ejercer la participación clínica en la puesta en marcha de conductas preventivas para el cuidado de la salud en general y, específicamente, de la parte ginecológica. En la investigación participan 28 mujeres que son evaluadas en tres ocasiones: inmediatamente después de realizar la consulta ginecológica, a los tres meses y los nueve. Los resultados indican una tendencia al aumento de las exploraciones de mama en la evaluación llevada a cabo a los tres meses de la primera revisión clínica. Sin embargo, otro tipo de conductas preventivas como dietas, ejercicio físico, etc., no aumentaron. Se infiere un descenso importante en los niveles de estrés en las mujeres que participan en el estudio. Para finalizar, los autores proponen que los profesionales de mundo sanitario deben ser partícipes de la puesta en marcha de conductas preventivas de este tipo, necesarias para la población en general y, en especial, para las mujeres con discapacidad.

Charlifue, Gerhart, Menter, Whiteneck y Manley (1992) trabajaron en temas de sexualidad con un total de 231 mujeres con LM con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años. Los análisis estadísticos revelan que el 60% sufren amenorrea unos cinco meses después de la lesión. Las mujeres con una paraparesia tienen posteriormente más embarazos que aquellas con una cuadriplejia. El 69% de las mujeres están satisfechas con sus experiencias sexuales aunque reclaman más asesoramiento e información por parte de los profesionales durante su periodo de rehabilitación en los temas relativos a la sexualidad.

Donohue y Gebhard (1995) se plantean profundizar en temas tales como la masturbación, la respuesta sexual en el sueño, el sexo no coital, el coito, la anticoncepción y las técnicas especiales para provocar satisfacción que utilizan el colectivo de personas con LM participantes en esta investigación. La muestra está formada por 186 personas, 140 hombres y 46 mujeres con LM, todos ellos mayores de edad y con una media de 28 años. Los sujetos cumplimentan dos entrevistas. En la primera se les explica el objetivo de la investigación, se les invitaba a participar y se procura establecer una relación de empatía. En el segundo encuentro, si aceptan continuar, se les realiza la entrevista propiamente dicha, donde se evalúa a los participantes con un amplio cuestionario que recoge desde ítems puramente demográficos hasta cuestiones mucho más íntimas y personales relacionadas con el plano sexual.

En relación al primero de los objetivos del estudio, “*la conducta de masturbación*”, cabe destacar que un 61% de las mujeres con LM se masturban, aunque de ellas sólo un 67% llegan a un orgasmo. Al masturbarse, la mitad de ellas siente lubricación vaginal, sólo una de cada diez no siente nada y, una de cada tres no distingue la sensación de lubricación. En cuanto a los hombres, los datos resultan más contradictorios. Los varones relacionan la masturbación más con la erección y posterior eyaculación que con la satisfacción personal. Por eso, gran parte de ellos manifiestan haber perdido esta conducta que tan frecuentemente realizaban antes de la lesión. Aún así, un 55% de los hombres manifiesta llevar a cabo conductas de masturbación.

En cuanto a “*la respuesta sexual en el sueño*”, las mujeres manifiestan que después de la lesión hay un corte en todo tipo de sueño erótico. Sin embargo, pasados seis meses son ya la mitad las que afirman tener algún sueño y, pasado el primer año, más de las tres cuartas partes. Al preguntarles si llegaban a sentir un orgasmo mientras dormían, solo un 11% contestaron afirmativamente. En cuanto a los varones, la respuesta en el periodo inicial es similar. Sin embargo, a los seis meses dos de las terceras partes ya tiene sueños eróticos y al año un 90% de los varones.

En lo referente al “*sexo no coital*”, tanto varones como mujeres le dan una gran importancia ya antes de la lesión pero sobre todo después. Consideran que la sensación de placer, afecto, auto-estima y orgasmo puede ser conseguida sin necesidad de una penetración. En las mujeres hay un 83% que practican sexo no coital pasado un año de la lesión. En el caso de los varones, el porcentaje es superior pues son cuatro de cinco los que lo practican pasados doce meses.

En lo relativo al “*coito*” propiamente dicho, de las 46 mujeres participantes tres de ellas (el 6.5%) son vírgenes, 30 (el 65.2%) tenían coitos antes y los siguen manteniendo después de la lesión, dos (el 4.3%) los tenían antes pero no después, y once (el 23.9%) tuvieron su primer coito después de la LM. Por parte de los varones, hay 25 sujetos que no volvieron a tener relaciones coitales después de la lesión y 13 hombres que tuvieron su primer coito después de la lesión.

Por último, y en relación a “*anticoncepción*” y “*técnicas para provocar placer*”, se encuentran los siguientes resultados. Sobre los métodos anticonceptivos, sólo una cuarta parte de las mujeres afirma no usar ninguno y un 90% de los varones afirma usarlos regularmente. En cuanto a las formas de provocar placer, muy relacionadas con el sexo no coital, tanto hombres como mujeres dan una gran importancia, entre otras, a la estimulación de las zonas erógenas y genitales, a la estimulación de determinadas

partes del cuerpo (cuello, orejas, manos, hombros, etc.), al sexo oral y a películas o vídeos de contenido erótico.

En síntesis, en este artículo se hace un análisis pormenorizado de diferentes aspectos que afectan a la sexualidad de varones y mujeres con LM, tratando de comparar las diferencias en ambos grupos. Así, en la conducta de masturbación, más de la mitad de la muestra de ambos grupos continúa masturbándose. Sin embargo, muchas mujeres tienen dificultad para llegar al orgasmo y muchos hombres la relacionan más con la erección y posterior eyaculación que con la satisfacción personal. El sexo no coital es practicado por más de un 80% de la muestra y en ambos grupos se le da gran importancia. En cuanto al coito propiamente dicho, cabe destacar el alto índice de varones (13 personas) y mujeres (11 personas) que tuvieron su primer coito después de la LM. La anticoncepción es un tema que preocupa a ambos grupos y la mayoría de ellos, tanto varones como mujeres, los usa con regularidad después de la LM. Por último, en cuanto a las técnicas para provocar placer también hay una coincidencia entre ambos grupos, resultando la estimulación de las zonas erógenas y genitales y las películas o vídeos de contenido erótico las más utilizadas. En conclusión, los aspectos que afectan a la sexualidad de hombres y mujeres con LM, tiene muchos elementos en común. Son muchos y relevantes los cambios a los que van a tener que enfrentarse, pero en ningún caso las diferencias son tan marcadas desde el punto de vista de la perspectiva de género.

Kettl (1991) trabaja con 27 mujeres con LM quienes cumplimentan un cuestionario sobre su percepción de la sexualidad y de su conducta y actividad después de sufrir la LM. Los resultados muestran que un 26% consideran el sexo menos importante que antes de sufrir la LM y un 23% manifiestan que sus vidas sexuales son menos satisfactorias. Un 52% de las encuestadas afirman sentir orgasmos después de sufrir la lesión, aunque la mitad de ellas manifiestan sentirlos de forma diferente a antes de sufrir la lesión. La mayor percepción de cambio la experimentan en sus propios cuerpos. Las mujeres con LM consideran sus cuerpos sólo la mitad de atractivos o interesantes que antes de sufrir la lesión. Este grupo de mujeres manifiesta la necesidad de información, consulta y asesoramiento sobre el tema de la sexualidad en el momento de sufrir una LM pues los cambios que se experimentan son nuevos y desconocidos.

Richards, Tepper, Whipple y Komisaruk (1997) examinan la vida sexual y las relaciones de 15 mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 55 años con una LM completa. En el estudio se utilizaron grabadoras y entrevistas semi-estructuradas y la investigación fue llevada a cabo por un equipo multidisciplinar. Durante todas las sesiones se discutían y debatían las relaciones y las actividades sexuales de estas mujeres. Los resultados muestran la importancia que la educación sexual tiene para todas las participantes en el estudio. Como conclusión del mismo, se aboga para que dicha educación sea tenida en cuenta en futuros estudios sobre el tema.

Zwerner (1982) debate sobre las consecuencias sexuales de la LM en mujeres y muestra los resultados de una encuesta pasada a un grupo de 68 personas con LM a las cuales se les preguntó acerca del asesoramiento e información sexual que habían recibido. Los resultados muestran que sólo 30 mujeres han recibido algún tipo de información o asesoramiento sexual, y todas ellas manifiestan la necesidad de contar con más cantidad de información que la que han recibido. La investigación concluye que el asesoramiento y la información deben llegar a ser parte integrante del proceso de rehabilitación sexual en mujeres con LM.

Jackson y Wadley (1999) comienzan su estudio denunciando la escasa atención que han recibido los cuidados de la salud ginecológica y reproductiva de las mujeres con LM. En el presente artículo se revisan estas condiciones de salud reproductiva y las conductas a nivel preventivo que suelen tener las mujeres con LM. La muestra está formada por 472 mujeres mayores de 18 años y con al menos un año de experiencia con la lesión. Todas ellas fueron seleccionadas de 10 clínicas privadas y específicas de LM. Entre los temas centrales por los que se pregunta a estas mujeres destacan los aspectos ginecológicos, sexuales y la salud en torno al periodo de la menopausia. En los resultados se observa que los problemas ginecológicos son similares antes y después de sufrir la lesión, excepto las infecciones del tracto urinario y de la vejiga. Las infecciones de transmisión sexual son menos comunes después de producirse la lesión, pero esta diferencia no resulta significativa en ningún caso. En cuanto a la maternidad, sólo el 14% de la muestra volvió a quedarse embarazada después de sufrir la lesión. Las razones que dan para esta disminución son las dificultades a las que se enfrentaron (nacimiento de bebés con muy poco peso, problemas de desarrollo y numerosas complicaciones durante el periodo de gestación). La actividad sexual de este grupo, el 87% de la muestra manifiesta haber mantenido relaciones de penetración antes de la lesión y un 67% de la misma las continúa manteniendo ahora. Por último, en cuanto a la menopausia, sólo el 19% de las mujeres que tuvieron la menopausia después de sufrir la LM acudió a una terapia de tratamiento hormonal. Como conclusión del estudio, se afirma que la actividad y el funcionamiento sexual después de sufrir una LM tienen sus consecuencias y sufren cambios. Por tanto, se demanda la necesidad de unos cuidados de la salud ginecológica y reproductiva para las mujeres con LM.

Lysberg y Severinsson (2003) pretenden conocer mediante una entrevista estructurada cómo es la vida sexual de un grupo de 48 mujeres con lesiones medulares sobrevenidas como mínimo hace un año, aunque la media de tiempo con la LM está en 10 años. Más del 50% de la muestra era activa sexualmente antes de la LM. Uno de los datos más interesantes estuvo en que el 50% de las participantes responden que sus vidas sexuales no han cambiado como resultado de sufrir la LM. Aunque un 21% sí afirman que la sexualidad perdió importancia para ellas. Los autores consideran importante continuar investigando en este campo para orientar y asesorar a las mujeres con LM en esta nueva etapa en sus vidas.

Singh y Sharma (2005) evalúan la actividad sexual de un grupo de mujeres con LM para poder orientar el proceso rehabilitador hacia aquellos aspectos que consideren más necesarios. En este estudio participaron 40 mujeres indias con LM que son entrevistadas con cuestionarios estandarizados. Entre los temas por los que se les pregunta a las participantes caben destacar: la evaluación de su actividad sexual, los problemas médicos que interfieren en su actividad sexual, la menstruación, el embarazo, el cuidado de los niños y las relaciones de pareja. El sexo y la importancia del mismo en sus vidas no cambia en cuanto a intensidad para estas mujeres después de sufrir una LM. Lo que realmente dificulta su desarrollo con normalidad son temas como las disfunciones de vejiga e intestino, las posturas en la cama, el dolor, la espasticidad, la satisfacción del compañero y los tabúes que todavía existen en nuestra sociedad en torno a la sexualidad. Sólo el 30% de las mujeres manifiesta haber recibido algún tipo de información sobre sexualidad y consideran muy necesario en el proceso de rehabilitación el desarrollo de unidades de terapia sexual donde se les informe de manera adecuada y con profesionalidad acerca de todos los cambios que su sexualidad va a experimentar en su nueva situación.

Reitz, Tobe, Knapp y Schurch (2004) investigan la vida sexual de un grupo de hombres y mujeres con LM para determinar en qué medida afecta a su calidad de vida. Como instrumento de evaluación utilizan un cuestionario estandarizado que cumplimenta un total de 63 personas con LM, 47 hombres y 16 mujeres. Dicho cuestionario evalúa la actividad sexual, el deseo y la satisfacción personal una vez sufrida la LM. Los resultados muestran que un 44% de los hombres y un 38% de las mujeres manifiestan sentirse satisfechos con sus vidas sexuales y sólo un 37.5% de las mujeres y un 57% de los hombres afirman seguir manteniendo relaciones sexuales con penetración después de la lesión. Sin embargo, el 87% de los varones y el 75% de las mujeres afirman tener una buena calidad de vida. Como conclusión del estudio, no se observó relación entre la calidad de vida y la actividad sexual después de la LM.

Fitting, Salisbury, Davies y Mayclin (1978) examinan en su estudio las diferencias en la respuesta sexual antes y después de una LM y en el auto-concepto. En la investigación participan 24 mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 40 años, las cuales completan un cuestionario y realizan una entrevista individual grabada. La mayoría de las mujeres entrevistadas se ven atractivas (en diferentes grados) y continúan manteniendo relaciones sexuales después de la LM. De éstas, el mayor porcentaje considera sus relaciones sexuales espontáneas y activas, aunque muchas también comentan que los cambios en el funcionamiento del intestino y la vejiga han inhibido parte de sus expresiones sexuales. Todas las participantes demandan la necesidad de asesoramiento y de información sobre sexualidad. Los autores concluyen la existencia de una interrelación entre la sexualidad y el auto-concepto en el proceso de adaptación a una discapacidad sobrevenida.

Westgren, Hultling, Levi, Seiger y Westgren (1997) trabajan con un total de 62 mujeres con LM. La evaluación se realiza mediante una entrevista estructurada con el fin de conocer la importancia de la actividad sexual antes y después de la lesión y de evaluar las principales complicaciones médicas que podían intervenir en dicha actividad sexual. Del total de la muestra, únicamente las mujeres con lesiones cervicales altas (completas o incompletas) asignan menor importancia a la sexualidad. En el resto de los grupos con lesiones más bajas las diferencias encontradas entre pre y postest no son estadísticamente significativas. La incontinencia urinaria, la espasticidad y los problemas de movilidad fueron los problemas médicos que resultaron significativos y que podían influir negativamente en las actividades sexuales de la pareja. Sólo una de cada seis mujeres había recibido algún tipo de información antes de abandonar el hospital. Por lo que respecta a las parejas, ninguno de los compañeros sentimentales había obtenido algún tipo de información a la salida del centro hospitalario.

Black, Sipski y Strauss (1998) comparan el funcionamiento sexual de 84 mujeres con LM, con 37 mujeres no lesionadas que actuaron como grupo de comparación. Ambos grupos completan el "*Derogatis Sexual Functioning Inventory*", instrumento que evalúa el funcionamiento sexual en diferentes áreas: información, experiencia, actitudes, síntomas psicológicos, fantasías, satisfacción sexual, etc. Los resultados muestran un nivel de satisfacción sexual significativamente más bajo en el grupo de personas con LM. Sin embargo, la satisfacción sexual disminuye con la edad en ambos grupos, no apareciendo, por tanto, diferencias significativas entre mujeres con lesión y sin LM.

Leibowitz (2003) parte en su investigación de considerar que las mujeres con LM constituyen una minoría numérica dentro del colectivo de personas con LM. Aunque el cambio en la sociedad se está produciendo, la información y el conocimiento

científico que tenemos sobre los cambios que sufren las mujeres en su esfera sexual y sobre sus principales necesidades es mucho menor en comparación con los varones. En este estudio participan un grupo de 24 mujeres con LM que son entrevistadas con protocolos semi-estructurados. Los objetivos se centran, por un lado, en examinar los cambios que sufren sus respuestas sexuales y, por otro, en incrementar el conocimiento que tenemos sobre sus experiencias y necesidades de manera que ello contribuya a mejorar el asesoramiento sexual y los servicios de rehabilitación. Durante las entrevistas las participantes hablan sobre sus relaciones y de cómo la discapacidad había afectado a sus vidas de pareja. Se puede apreciar a la vista de los resultados que la mayoría de las relaciones que han comenzado antes de la lesión se rompen en el momento en que esta sucede. Sin embargo, también es cierto que muchas de ellas vuelven a encontrar un nuevo compañero. Por otra parte, son las mujeres que manifiestan tener una vida sexual activa las que afirman sentirse más cómodas con sus parejas y mantienen una buena comunicación con ellos. La mayoría de las mujeres no consideraron un tema importante el de la sexualidad en las primeras etapas de la lesión, sin embargo, una vez pasado el shock inicial la sexualidad vuelve a ocupar un lugar prioritario.

Ferreiro-Velasco, Barca-Buyo, Salvador de la Barrera, Montoto-Marqués, Miguéns y Rodríguez-Sotillo (2004) se proponen determinar si existen diferencias en las relaciones sexuales entre antes y después de la lesión y conocer la implicación y el grado de participación en el coito de una muestra de mujeres españolas con LM. Participaron un total de 37 mujeres con una media de edad de 40 años y con un tiempo de lesión media de 10 años. Los resultados ponen de manifiesto que del total de la muestra, un 62% afirman seguir manteniendo una actividad sexual regular después de la lesión. Las mujeres que sufren la lesión antes de los 18 años corren mucho más riesgo de no volver a mantener relaciones que aquellas que adquieren la lesión con posterioridad. Del total del grupo, el 69% se muestran satisfechas con su vida sexual actual y el 77.4% considera que la información recibida por parte del equipo médico acerca de los cambios que iban a experimentar en su vida sexual fue insuficiente cuando no, en muchas ocasiones, inexistente. Los autores concluyen que tras la lesión se experimenta un descenso notable en la frecuencia de las relaciones sexuales así como una reducción significativa en la capacidad para buscar y sentir un orgasmo. A pesar de los cambios y los problemas que puedan surgir durante el coito, la mayoría de las participantes se muestran satisfechas con sus vidas sexuales actuales. Por otro lado, la adquisición de la lesión antes de los 18 años implica un alto riesgo de no volver a tener relaciones sexuales en la vida adulta. Por último, es necesario que la mujer con LM reciba información sexual durante el periodo de rehabilitación.

Sawyer, Allen, Reisin (1983) comprueban la eficacia de un modelo de “*microcounseling*”, es decir, de terapia individual, en un grupo de mujeres con LM, que conforman el grupo experimental, comparándolas con un grupo control de personas con LM que participaban exclusivamente en tareas de lectura sobre el tema de forma grupal y sin ningún tipo de asesoramiento a nivel individual ni de grupo. Al finalizar el programa de terapia, se observa la gran eficacia del modelo de “*microcounseling*” (terapia individualizada).

Llegados a este punto, tenemos que destacar que en la mayoría de las investigaciones revisadas no se tiene en cuenta la variable “tiempo transcurrido tras la LM”, es decir, los resultados serán distintos y su generalidad cuestionable si no tenemos en cuenta cuando se produjo la LM. Como excepción, cabe destacar la investigación de Whipple et al. (1996), donde se matiza de forma muy clara esta variable (las mujeres de

su estudio llevan una década con la LM). Teniendo en cuenta esta situación y, por tanto, cuestionando los resultados hallados en las investigaciones podemos destacar las siguientes conclusiones:

- Para las mujeres tienen una gran importancia las caricias, los besos y los juegos sexuales más allá del coito propiamente dicho (Sipski y Alexander, 1993).
- Aparecen con frecuencia cambios significativos entre el antes y el después de la LM en *la frecuencia en las relaciones sexuales y en la capacidad para sentir y percibir los orgasmos*. La gran mayoría continúan, aunque sea en menor cantidad, manteniendo relaciones sexuales una vez sufrida la LM; no obstante, en ocasiones manifiestan que su “vida sexual” les resulta menos espontánea, interesante y satisfactoria. Sí continúan teniendo orgasmos pero manifiestan sentirlos de una forma distinta (Kettl, 1991).
- En cuanto a sus cuerpos, los perciben y consideran menos atractivos e interesantes, aunque ello no es obstáculo para seguir manteniendo una activa vida sexual. Las mujeres que tienen una vida sexual activa manifiestan sentirse cómodas con su faceta sexual. Han tenido que buscar nuevos caminos y formas de intercambio sexual, pero les gusta experimentarlos con su pareja y afirman tener una buena comunicación con ellos (Kettl, 1991).
- La mayoría de las mujeres no consideran un tema importante el de la sexualidad en las primeras etapas de la lesión, sin embargo, una vez pasado el shock inicial la sexualidad vuelve a ocupar un lugar prioritario para ellas (Leibowitz, 2003).
- La incontinencia urinaria, la espasticidad y las limitaciones de movilidad parecen ser los aspectos que pueden influir más negativamente en las actividades sexuales de la pareja (Westgren et al., 1997).
- Los problemas ginecológicos son similares antes que después de sufrir la lesión, excepto las infecciones del tracto urinario y de la vejiga. En cuanto a las infecciones de transmisión sexual son menos comunes después de producirse la lesión, pero esta diferencia no resulta significativa en ningún caso (Jackson y Wadley, 1999).
- En cuanto al tema relativo al embarazo, siguiendo a estos autores, un escaso porcentaje vuelven a quedarse embarazadas después de sufrir la lesión. Las razones que dan para esta disminución en la tasa de natalidad son las dificultades a las que se enfrentaron (nacimiento de bebés con muy poco peso, problemas de desarrollo y numerosas complicaciones durante el periodo de gestación). Por tanto, se demanda la necesidad de unos cuidados de la salud ginecológica y reproductiva y la puesta en marcha de conductas preventivas para las mujeres con LM.

Por último, si nos gustaría destacar la importancia de la educación y del asesoramiento sexual en el proceso de rehabilitación y de la adecuada transmisión de la información. El abordaje de la sexualidad se considera parte esencial del “proceso de integración social” de la mujer con LM (Charlifue et al., 1992; Ferreiro-Velasco et al., 2004; Kettl, 1991; Lysberg y Severinsson, 2003; Sipski, 1993; Sipski y Alexander, 1993; Zwerner, 1982).

Como síntesis de este apartado dedicado a las publicaciones sobre sexualidad y reproducción que afectan especialmente a la mujer con LM, podemos observar estudios de diverso tipo donde la tónica general ha sido el obviar la variable “tiempo transcurrido tras la LM”. Entre éstos, cabe destacar un número importante de artículos que tratan de comparar las diferencias entre el antes y el después de la LM evaluando las respuestas y el grado y tipo de actividad sexual (Black et al., 1998; Fitting et al., 1978; Leibowitz, 2003; Lysberg y Severinsson, 2003; Richards et al., 1997; Whipple et al., 1996). Otros donde se evalúan las principales complicaciones con las que se enfrentan las mujeres a la hora de mantener relaciones sexuales y que pueden constituir, en ocasiones, un freno a la hora de realizarlas (Singh y Sharma, 2005; Westgren et al., 1997). Y, otros donde se pone de manifiesto como viven y experimentan los cuidados relativos a la ginecología y la maternidad las mujeres con LM (Jackson y Wadley, 1999; Schopp et al., 2002). Finalmente, se subraya la importancia del asesoramiento y de la transmisión adecuada de la información (Charlifue et al., 1992; Ferreiro-Velasco et al., 2004; Kettl, 1991; Lysberg y Severinsson, 2003; Sipski, 1993; Sipski y Alexander, 199; Zwerner, 1982).

En el siguiente apartado vamos a presentar todas las publicaciones que, bajo la perspectiva de género, comparan diferentes ámbitos que afectan a la vida de mujeres y varones con LM.

6.4. ESTUDIOS COMPARATIVOS

A continuación, presentamos aquellas publicaciones donde se comparan los resultados obtenidos en función del género de los participantes en las mismas, es decir, de los varones y mujeres con LM. Tales publicaciones que aparecen resumidas en la **tabla 5**, tienen como objetivo común el tratar de identificar elementos diferenciales mediante los cuales podamos caracterizar a los hombres y mujeres con LM. Presentamos a continuación los 13 estudios que finalmente hemos seleccionado.

Krause y Anson (1997) se proponen un doble objetivo en su investigación, por un lado, desarrollar una prueba que permita medir la percepción subjetiva de bienestar, estando éste relacionado con la satisfacción con la vida, el ajuste personal y los problemas personales en el colectivo de personas con LM, y, por otro, analizar y comparar estas percepciones subjetivas en función de la raza y el género. En el estudio participan 125 mujeres y 109 hombres blancos y 30 mujeres y 96 hombres no blancos, todos ellos con una media de edad de 38.8 años. Todos completan el “*Multidimensional Adjustment Profile*” (MAP), formado por un total de 10 escalas y donde 9 de las cuales fueron sometidas a análisis factoriales para este estudio. En el análisis comparativo en función del género, los sujetos blancos muestran puntuaciones más altas en la satisfacción con las profesiones y más bajas en los problemas que guardan relación con los déficits de habilidades y las limitaciones financieras. Por otra parte, aparecen correlaciones entre el género y la raza en tres escalas (ansiedad, ajuste personal e incomodidad psíquica), en las cuales los hombres no blancos y las mujeres blancas reflejan niveles más bajos de ansiedad, mejor ajuste personal y menos incomodidad psíquica. Debido a estos resultados, los autores demandan la necesidad de seguir investigando en esta línea para aportar datos más consistentes en el futuro.

AUTOR/ES	N	OBSERVACIONES
Krause y Anson (1997)	360	Influencia de género o raza en variable bienestar. "Multidimensional Adjustment Profile (MAP)". Evaluación de percepción subjetiva del bienestar relacionada con satisfacción con la vida, el ajuste personal y los problemas personales.
Krause (1998)	597	Influencia del género o la raza en la variable "bienestar". Prueba aplicada: "Life Situation Questionnaire". Análisis multivariados. Los hombres obtienen puntuaciones más bajas en las escala de relaciones interpersonales.
Cardenas, Bryce, et al. (2004)	7.379	Influencia de género o raza en la prevalencia y gravedad del dolor. 16 entos especializados en LM. Etiología traumática en todos. No diferencias significativas en función del género. Las personas negras, índice de prevalencia más bajo.
Krause y Broderick (2004)	475	Influencia de género o raza en la variable "bienestar". 4 centros especializados en LM. 40% son mujeres. Pruebas: "Life Situation Questionnaire-Revised, Older Adult Health and Mood Questionnaire", "Craig Handicap Assessment Reporting Technique" y "Behavioral Risk Factor Surveillance System".
Budh, Lund et al. (2003)	130	Influencia del género en la percepción del dolor y en la prevalencia del mismo. Evaluación durante 12 meses. LM con dolor crónico. Las mujeres tienen una mayor percepción del dolor y consumen más analgésicos.
Forchheimer, Kalpaljian y Tate (2004)	2.048	Influencia del género en las barreras medio-ambientales, la participación social o la integración en la comunidad. LM entre 1975 y 2002. Estudio retrospectivo. Todos los participantes eran menores de edad en el momento de sobrevenir la lesión. Pruebas: "Craig Handicap Assessment Reporting Technique" y "Craig Hospital Inventory of Environmental Factors".
Krause, Broderick y Broyles (2004)	309	Influencia del género en la variable bienestar en LM afro-americanos, todos mayores de edad y con un mínimo de un año con LM. Pruebas: "Life Situation Questionnaire-Revised", "Purpose in Life Scale", "Older Adult Health" y "Mood Questionnaire". El género sí que aparece como variable significativa.
McColl, Charlifue et al. (2004)	134	Influencia del género en el proceso de envejecimiento. Todos los participantes llevan con la lesión al menos 20 años. Pruebas: "Perceived Stress Scale", "Craig Handicap Assessment and Questionnaire" y "Life Satisfaction Index".
Greenwald, Seel et al. (2001)	1.027	Influencia del género en el proceso de rehabilitación. 20 centros especializados en LM. Tres evaluaciones: admisión, durante proceso, alta terapéutica. "ASIA Motor Index Score", "Functional Independence Measure (FIM) Motor Scale".
Scivoletto, Morganti y Molinari (2004)	281	Influencia del género en el proceso de rehabilitación y de recuperación neurológica y funcional. "ASIA Motor Index Score", "ASIA Impairment Scale", "Barthel Index", "Rivermead Mobility Index" y "Walking Index for Spinal Cord Injury". Recuperación neurológica y funcional similar en varones y mujeres.
Sipski, Jackson, et al. (2004)	14.433	Influencia del género en la recuperación neurológica y funcional. "ASIA Motor Index Score", "ASIA Impairment Scale" y "FIM Motor Scale". Las mujeres mejor recuperación neurológica y los varones mejor recuperación funcional al término del proceso de rehabilitación.
Furlan et al. (2005)	55	Influencia del género en complicaciones médicas y en resultados clínicos y neurológicos. LM cervicales agudas. Evaluación entre 1998-2000. Similar incidencia de infecciones, complicaciones cardiovasculares e inflamaciones. El género no correlaciona con resultados neurológicos.
Calancie, Molano y Broton (2005)	229	Epidemiología y demografía de la población con LM actualidad y hace una década en Florida. Actualidad, mayor porcentaje de mujeres con LM, mayor porcentaje de LM incompletas. Menor porcentaje de LM por arma de fuego.

Tabla 5. Estudios comparativos.

Krause (1998) compara en su estudio si el género y la raza tienen algún tipo de influencia en la percepción subjetiva de bienestar que manifiestan las personas con LM. En esta investigación participan 597 personas con LM, 241 mujeres y 356 varones, todos ellos mayores de edad y con al menos dos años con la LM. Esta percepción subjetiva fue medida mediante dos índices globales y siete escalas del "Life Situation Ques-

tionnaire”. Para comparar los resultados relativos a las percepciones subjetivas de los participantes en función del género y la raza se realizan análisis multivariados. Los resultados respecto a la raza, muestran que en los grupos minoritarios (no blancos) aparecen puntuaciones más bajas en esta percepción subjetiva en el *índice de satisfacción global* y en las *escalas de oportunidades, situación económica y circunstancias de la vida*. En cuanto al género, los hombres tienen puntuaciones más bajas que las mujeres en la *escala de relaciones interpersonales*. De otro lado, la variable edad mostró una asociación muy baja con la percepción subjetiva de bienestar. En síntesis, estos resultados sugieren que los profesionales de la rehabilitación deben prestar una mayor atención al género, la raza y las diferencias en la edad a la hora de trabajar con personas con LM.

Cardenas, Bryce, Shem, Richards y Elhefni (2004) examinan la prevalencia y la gravedad del dolor en personas con LM, tratando de comprobar si existe algún tipo de diferencia significativa en función del género y de la raza. En este estudio participan 7379 personas con LM sobrevenida de forma traumática y procedentes de 16 centros específicos y especializados en LM, en concreto de los llamados “*Model Spinal Cord Injury System*” (MSCIS) de EEUU desde 1998 a 2002. En cuanto a la variable género, el 75% de la muestra son varones y el 25% restante mujeres. Los resultados muestran que el dolor parece estable a lo largo del tiempo, así el primer año después de la lesión el porcentaje del dolor es de un 81% y a los 25 años de la misma se mantiene en un 82.7%. Por otra parte, en cuanto al género, el dolor no es más frecuente en mujeres que en hombres pues no aparecen en ningún caso diferencias significativas en función de la gravedad del mismo. Sin embargo, la prevalencia del dolor sí que resultó significativamente más baja en personas no blancas, aunque éstas tienden a dar puntuaciones más altas cuando el dolor está presente en el momento de la evaluación. Otro tema que resulta interesante en la investigación es que los lesionados con trabajo en el momento en el que sobreviene la lesión, los que tienen una educación superior y los no tetraplégicos tienen puntuaciones más altas en la prevalencia del dolor. Por otra parte, parece que el dolor interfiere más en el trabajo en las mujeres y en personas de raza negra pero sólo al principio. Y lo mismo ocurre para los que no tienen trabajo en el momento de la evaluación, para las personas con LM cuya causa de la lesión fue la violencia, para los sujetos parapléjicos y para los sujetos con lesiones incompletas. En síntesis, se recalca que el dolor es algo común y un problema importante para las personas con LM. Aunque al principio puede interferir negativamente con el trabajo, con el paso del tiempo dicha interferencia es menos frecuente debido a la adaptación del sujeto a la lesión. Las diferencias en cuanto al género no son significativas y, en cuanto a la raza, las personas negras tienden a presentar un índice más bajo de prevalencia del dolor, excepto cuando el dolor está presente en el momento de la evaluación.

Krause, Broderick y Broyles (2004) tratan de identificar las posibles diferencias de género en función de la experiencia subjetiva de bienestar de un grupo de 309 personas con LM afro-americanas, de las cuales el 22% son mujeres. Todos ellos eran mayores de edad en el momento de la evaluación y llevaban como mínimo un año con la lesión en el momento del estudio. Los cuestionarios que cumplimentaron los participantes son: “*Life Situation Questionnaire-Revised*”, “*Purpose in Life Scale*”, “*Older Adult Health*” y el “*Mood Questionnaire*”. Los resultados reflejan que el género sí aparece como variable significativa y, por tanto, son varias las diferencias encontradas en función del mismo. Así, las mujeres tienen puntuaciones mucho más altas en depresión y en sentimientos de afecto negativos que los hombres y, al mismo tiempo, más bajas en propósitos de vida y planes de futuro. En cuanto a la capacidad de solucionar los pro-

blemas y cuidados de la vida diaria, los varones tienen mayores dificultades con las úlceras y los temas de sexualidad mientras que las mujeres sí parecen estar satisfechas en las relaciones sexuales y, sin embargo, encuentran sus mayores obstáculos en los apartados relativos al afrontamiento a la nueva situación y al afecto. Como conclusiones del estudio, los autores afirman que está claro que las diferencias entre hombres y mujeres afro-americanos existen y que serán necesarias nuevas líneas de investigación para definir de forma más clara y precisa dichas diferencias.

Budh, Lund, Hultling, Levi, Werhagen y Ertzgaard (2003) tienen por objetivo investigar si el género influye en la percepción del dolor y en la prevalencia del mismo en la población con LM. La muestra está compuesta por 130 pacientes con LM que sufren dolor crónico y que estuvieron ingresados en el “*Spinalis SCI Unit*” de Estocolmo. A los sujetos participantes se les sigue y evalúa durante un periodo de 12 meses. Al término de los cuales, los resultados nos muestran que son las mujeres las que tienen una percepción y nociocepción del dolor mucho más alta que los varones con LM. Además, tienden a tener un consumo más elevado de analgésicos que los hombres. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas de género en cuanto a la localización del dolor, la aparición del mismo, los factores que pueden afectar a su mantenimiento, el número de regiones del cuerpo afectadas por dicho dolor, la intensidad o el grado de satisfacción con la vida que pudieran tener en función del mismo. Como conclusiones de estudio, se subraya que los hombres y mujeres con LM describen el dolor de forma similar aunque son las mujeres las que manifiestan una prevalencia del dolor y una auto-percepción mucho más alta que los hombres, al mismo tiempo que su consumo de opiáceos y anti-inflamatorios no esteroides también es superior. Sin embargo, cabe destacar que en este estudio no se tiene en cuenta la variable “tiempo transcurrido tras la LM” de las personas que participan en él. Por lo tanto, los resultados revisados pueden ser distintos y su validez y generalidad cuestionable.

Forchheimer, Kalpaljian y Tate (2004) investigan la posible relación entre el género, las barreras medio-ambientales, la participación social y la integración en la comunidad. La muestra está compuesta de 2048 personas con LM pertenecientes a diferentes MSCIS de EEUU, quienes fueron evaluados mediante un estudio retrospectivo. Los participantes en el estudio habían sufrido la LM entre 1975 y 2002 y tenían al menos 18 años en el momento en que fueron evaluados. Del total de los participantes en el estudio, el 77.9% de la muestra eran varones y el 22.1% restante mujeres, con una edad media en el momento de la evaluación de 41.9 años. Las pruebas que completaron todos los sujetos fueron el “*Craig Handicap Assessment y el Reporting Technique*” (CHART) para evaluar su integración en la comunidad y el “*Craig Hospital Inventory of Environmental Factors*” (CHIEF) para evaluar las barreras medio-ambientales. De forma más concisa, el CHART evalúa a su vez seis dimensiones de participación social: independencia cognitiva, independencia psíquica, movilidad, ocupación, integración social y autonomía económica. En cuanto al CHIEF evalúa por su parte cinco dimensiones: actitudes y apoyo, servicios y asistencia, estabilidad psíquica, ideología política y funcionamiento en el trabajo o colegio. Los resultados indican que en el CHIEF, el género está relacionado con las barreras medio-ambientales y son las mujeres quienes se sienten más afectadas y con un mayor número de barreras que superar. En cuanto al CHART, las diferencias de género sólo se observan en una de sus escalas, en concreto, en la “escala de ocupación social”, en la cual son de nuevo las mujeres las que manifiestan sentirse ausentes y muy limitadas en su participación social.

Krause, Broderick y Broyles (2004) tratan de identificar las posibles diferencias de género en función de la experiencia subjetiva de bienestar de un grupo de 309 personas con LM afro-americanas, de las cuales el 22% son mujeres. Todos ellos eran mayores de edad en el momento de la evaluación y llevaban como mínimo un año con la lesión en el momento del estudio. Los cuestionarios que cumplimentaron los participantes son: “*Life Situation Questionnaire-Revised*”, “*Purpose in Life Scale*”, “*Older Adult Health*” y el “*Mood Questionnaire*”. Los resultados reflejan que el género sí aparece como variable significativa y, por tanto, son varias las diferencias encontradas en función del mismo. Así, las mujeres tienen puntuaciones mucho más altas en depresión y en sentimientos de afecto negativos que los hombres y, al mismo tiempo, más bajas en propósitos de vida y planes de futuro. En cuanto a la capacidad de solucionar los problemas y cuidados de la vida diaria, los varones tienen mayores dificultades con las úlceras y los temas de sexualidad mientras que las mujeres sí parecen estar satisfechas en las relaciones sexuales y, sin embargo, encuentran sus mayores obstáculos en los apartados relativos al afrontamiento a la nueva situación y al afecto. Como conclusiones del estudio, los autores afirman que está claro que las diferencias entre hombres y mujeres afro-americanos existen y que serán necesarias nuevas líneas de investigación para definir de forma más clara y precisa dichas diferencias.

McColl, Charlifue, Glass, Lawson y Savic (2004) tienen como objetivo identificar diferencias en el proceso de envejecimiento de un grupo de hombres y mujeres con LM. En este estudio participan 67 hombres y 67 mujeres con al menos 20 años de lesión. Las variables en función de las cuales se seleccionó la muestra son la edad, el país de origen y el tiempo que llevan con la discapacidad. La media de edad de la muestra es de 57 años y la de tiempo con la lesión de 33 años. Además, ellos mismos cumplimentaron y reenviaron por correo las siguientes escalas: “*Perceived Stress Scale*”, “*Craig Handicap Assessment and Questionnaire*” y “*Life Satisfaction Index*”. Los resultados muestran que no hay diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto a calidad de vida, aunque las mujeres suelen referirse a su envejecimiento como un proceso más “acelerado”, mientras que los varones suelen caracterizarlo como algo más “complicado”. Entre los problemas que más destacan las mujeres se encuentran los referidos al dolor, la fatiga, el cuidado de la piel y los relacionados con el transporte. Sin embargo, entre los hombres merece la pena mencionar aquellos relacionados con la salud (diabetes). Como conclusiones del estudio se subraya la importancia de tener en cuenta las diferencias del género en el proceso de envejecimiento de las personas con LM y recalcan la necesidad de promover cuidados preventivos en la salud de este colectivo en su proceso de envejecimiento.

Greenwald, Seel, Cifu y Shan (2001) estudian si el género puede influir en el periodo de rehabilitación de las personas con LM. A tal efecto, se examinan las diferencias de género a lo largo de todo el proceso, los costes en los tratamientos y los resultados obtenidos. En el estudio participan 20 centros médicos de donde se obtiene la selección de la muestra, un total de 1027 adultos con LM, de los cuales la mitad eran mujeres (N = 537) y la mitad restante varones (N = 537), que estuvieron hospitalizados en los mismos entre 1988 y 1998. Las pruebas que cumplimentan los pacientes en el momento de admisión, en el proceso de rehabilitación y en el alta terapéutica son el “*ASIA Motor Index Score*” y el “*Functional Independence Measure (FIM) Motor Scale*”. Los análisis estadísticos revelan que no existen diferencias significativas en función del género en el *FIM Motor Scale* ni en el momento de la admisión ni en alta terapéutica y tampoco aparecen diferencias en las puntuaciones en el *ASIA Motor Index Score* en el periodo de

rehabilitación. Por tanto, la conclusión a la que se llega en este estudio es que el género no es una variable significativa y, por tanto, no existe ningún tipo de relación entre el género de las personas con LM y los resultados obtenidos a lo largo del proceso de rehabilitación.

Scivoletto, Morganti y Molinari (2004) tratan de evaluar si las diferencias de género pueden mediar en el proceso de rehabilitación posterior de las personas con LM. En esta investigación participan 281 pacientes, 98 mujeres y 183 varones, que son clasificados en función del tipo de lesión, su etiología, su nivel, las complicaciones médicas posteriores a la misma y las intervenciones sufridas. Las medidas que se toman a todos los sujetos participantes son: “*ASIA Motor Index Score*”, “*ASIA Impairment Scale*”, el “*Barthel Index*”, el “*Rivermead Mobility Index*” y el “*Walking Index for Spinal Cord Injury*”. Los resultados reflejan que la totalidad de la muestra femenina tiene una frecuencia más baja de lesiones traumáticas y de complicaciones en la admisión mientras que presenta una frecuencia más alta de lesiones incompletas. En cuanto a la recuperación neurológica y funcional de los pacientes los datos nos muestran que manifiestan una recuperación similar hombres que mujeres. Como conclusión, se afirma que el género no parece guardar relación con la recuperación de las personas con LM, aunque serían necesarios más estudios como éste para analizar y evaluar dichos aspectos.

Sipski, Jackson, Gomez-Marin, Estores y Stein (2004) se proponen comprobar si el género puede ser una variable diferenciadora en la recuperación neurológica y funcional de las personas con LM. En esta investigación participaron un total de 14.433 personas seleccionadas en centros de LM (*MSCIS*) a lo largo de los EE.UU. De ellos, un 81.5% son varones y un 18.5% mujeres. Los instrumentos con los que se evaluaron fueron: “*ASIA Motor Index Score*”, “*ASIA Impairment Scale*” y “*FIM Motor Scale*”. Los resultados muestran que cuando los sujetos son evaluados en función de la gravedad de la lesión, aparecen cambios en las puntuaciones motóricas del *ASIA*, tanto en el momento de sobrevenir la lesión como a los 12 meses de sufrir la misma. Además, estos cambios fueron más elevados para las mujeres que para los varones tanto con lesiones completas ($p=.035$) como incompletas ($p=.031$). En lo relativo a la recuperación funcional en la *FIM Motor Scale*, los hombres con lesiones completas suelen tener puntuaciones más altas cuando obtienen el alta médica, excepto aquellos con niveles de lesión muy altas (C1-C4 y C6). Por su parte, las mujeres con lesiones incompletas altas (C1-C4) también puntúan alto y de forma similar a los varones. En el resto de niveles de lesiones incompletas no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. A la vista de estos resultados, los autores concluyen que las mujeres tienen una mayor recuperación neuronal que los hombres. Sin embargo, en función del nivel y grado de la lesión, los varones tienden a estar mejor funcionalmente al término del proceso de rehabilitación cuando reciben el alta médica.

Furlan, Krassioukov y Fehlings (2005) subrayan la importancia de estudiar las posibles diferencias de género en personas con LM, las cuales repercutirán en sus resultados clínicos y neurológicos. Para ello, recogen todos los casos de lesiones cervicales agudas que llegan al “*Toronto Western Hospital*” desde 1998 hasta 2000. Son en total 38 varones (con una edad media de 51.6 años) y 17 mujeres (con una media de 63.2 años). Los dos grupos se comparan en función del nivel de la lesión y de la gravedad de la misma. Los resultados indican que durante la hospitalización el 44.7% de los hombres y el 52.9% de las mujeres desarrollan algún tipo de complicación, sin que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Ambos grupos muestran similar incidencia de infecciones, complicaciones cardiovasculares e inflamaciones. Los análisis

univariados y multivariados revelan una alta incidencia de complicaciones psiquiátricas y de trombosis en las mujeres. Los resultados neurológicos no correlacionan con el género. Aún así, y a pesar de no ser significativas las diferencias sí se observa una tendencia a que las mujeres puntúen más alto en las respuestas relativas a la depresión. Como conclusiones del estudio, los autores recalcan la importancia de desarrollar protocolos específicos para las personas con LM que tengan por objetivo mejorar y maximizar su calidad de vida.

Calancie, Molano y Broton (2005) quieren comprobar en su investigación si las variables epidemiológicas y demográficas que definen a la población con LM en el estado de Florida son las mismas en la actualidad que las que reflejaban estudios hechos en la misma zona hace 10 años. Con este propósito la muestra para el estudio queda compuesta por 229 personas con LM. Los resultados del mismo reflejan, en primer lugar, que el porcentaje de mujeres con LM en la actualidad es superior al de la mayoría de los estudios realizados hace una década, al igual que la edad media de hombres y mujeres. En segundo lugar, los datos reflejan que el porcentaje de personas con lesiones incompletas también es superior ahora que hace 10 años. Por último, la incidencia de LM que tienen como causa las armas de fuego tiende a disminuir en los últimos años. Los autores concluyen afirmando que la tendencia, en las zonas urbanas del estado de Florida en relación a la LM, es hacia la aparición de lesiones de menor gravedad que en años anteriores.

En definitiva, este conjunto de estudios sobre análisis comparativos en función del género de las personas con LM ponen de manifiesto los siguientes aspectos:

- Son numerosos los estudios que tratan de evaluar la percepción de “bienestar” de los hombres y mujeres con LM. En general, son las mujeres las que puntúan más bajo en temas de satisfacción con la salud y con la vida familiar y, sin embargo, reflejan las puntuaciones más altas en relaciones interpersonales y en satisfacción con el personal sanitario (Krause, 1998; Krause y Anson, 1997; Krause y Broderick, 2004; Krause et al., 2004).
- Se pone de manifiesto que en el periodo de rehabilitación de las personas con LM, el género no aparece como un factor significativo ni en el momento de la admisión, ni en el del alta terapéutica. Así, concluimos que el género no parece influir en la recuperación de las personas con LM (Greenwald et al., 2001; Scivoletto et al, 2001).
- La percepción y la prevalencia del dolor son otro de los elementos más estudiados. Los resultados muestran que son las mujeres las que tienen una percepción del dolor mucho más alta que los varones con LM. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas de género en cuanto a la localización del dolor, la aparición del mismo, los factores que pueden afectar a su mantenimiento, el número de regiones del cuerpo afectadas por dicho dolor, la intensidad o el grado de satisfacción con la vida que pudieran tener en función del mismo. Los hombres y mujeres con LM describen el dolor de forma similar y no aparecen en ningún caso diferencias significativas en función de la gravedad del mismo (Cárdenas et al., 2004).

- Además, debido probablemente a esta percepción del dolor, el consumo de analgésicos, de opiáceos y anti-inflamatorios no esteroideos es bastante más elevado en las mujeres que en los hombres (Budh et al., 2003).
- Los resultados reflejan que el género está relacionado con las barreras medio-ambientales y las mujeres, en este sentido, se sienten más afectadas y con un mayor número de barreras que superar (Forchheimer et al., 2004).
- En el tema del envejecimiento, hemos visto que no hay diferencias significativas entre ambos géneros en cuanto a calidad de vida, aunque sí es cierto que las mujeres suelen referirse a su envejecimiento como un proceso más “acelerado”, es decir, más prematuro, mientras que los varones suelen caracterizarlo como algo más “complicado”, es decir, que conlleva más trastornos asociados (McColl et al., 2004).
- Entre los problemas que más destacan las mujeres, siguiendo a McColl et al. (2004), en este proceso de envejecimiento se encuentran los referidos al dolor, la fatiga, los relativos al cuidado de la piel y aquellos relacionados con el transporte. Sin embargo, entre los hombres merece la pena mencionar aquellos relacionados con la salud (diabetes) y los cambios en las adaptaciones de sus sistemas de trabajo. Es importante tener en cuenta las diferencias del género en el proceso de envejecimiento de las personas con LM y enfatizar la necesidad de promover los cuidados preventivos en la salud de este colectivo en su proceso de envejecimiento.
- En el estudio de Sipski et al. (2004), las mujeres tienen una mayor recuperación neuronal que los hombres. Sin embargo, en función del nivel y grado de la lesión, los varones tienden a estar mejor funcionalmente al término del proceso de rehabilitación con el alta médica.
- En cambio para Furlan et al. (2005), los resultados neurológicos no correlacionan con el género. Sin embargo, los datos revelan una alta incidencia de complicaciones psiquiátricas y de trombosis en las mujeres. Aún así, y a pesar de no ser significativas las diferencias, sí se observa una tendencia a que las mujeres puntúen más alto en las respuestas relativas a conductas depresivas.
- Por último, las mujeres tienen puntuaciones más altas en ansiedad y en sentimientos de afecto negativos que los hombres y, al mismo tiempo, más bajas en propósitos de vida y planes de futuro. En cuanto a la capacidad de solucionar los problemas y cuidados de la vida diaria, los varones tienen mayores dificultades con las úlceras y los temas de sexualidad mientras que las mujeres sí parecen estar satisfechas en las relaciones sexuales y, sin embargo, encuentran sus mayores obstáculos en los apartados relativos al afrontamiento a la nueva situación y al afecto (Krause et al., 2004).

Como síntesis de este apartado dedicado a las publicaciones que hacen referencia a los estudios comparativos entre hombres y mujeres con LM, nos hemos encontrado con estudios que tenían por objetivo evaluar y analizar la percepción subjetiva de bienestar de la población con LM (Krause, 1998; Krause y Anson, 1997; Krause y Broderick, 2004; Krause et al., 2004); otros donde la percepción y prevalencia del dolor ocupaba un lugar prioritario como elemento de estudio (Budh et al., 2003; Cardenas et

al., 2004) y otros, donde los principales factores de estudio, para determinar si las diferencias de género resultaban estadísticamente significativas, fueron el periodo de rehabilitación (Greenwald et al., 2001; Scivoletto et al., 2004), la recuperación neurológica y funcional (Furlan et al., 2005; Sipski et al., 2004), las barreras medioambientales (Forchheimer et al., 2004) o el envejecimiento (McColl et al., 2004). En suma, trabajos variados pero que nos aportan datos interesantes acerca de cómo se encuentra el campo de la investigación el ámbito del género y la LM.

A continuación, pasamos a presentar los trabajos relativos a las variables psicológicas que afectan a la vida de los hombres y, especialmente, de las mujeres con LM.

6.5. PUBLICACIONES SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS

En este apartado recogemos todas aquellas publicaciones relacionadas con las variables psicológicas que constituyen nuestro objeto de estudio en este trabajo. La forma en la que vamos a presentar las diferentes investigaciones encontradas guarda relación con la presencia de las mismas en la literatura. De esta forma, presentamos en primer lugar todos los estudios relacionados con la depresión, por ser esta la variable psicológica de la cual hemos encontrado un mayor volumen de investigaciones. A continuación, en segundo lugar, exponemos todos los trabajos relativos a la motivación, ansiedad y temas conexos. En tercer lugar, las publicaciones que versan sobre extraversión y neuroticismo. En cuarto lugar, los estudios relacionados con el *locus de control*. Y, para finalizar, en quinto lugar, presentamos las investigaciones que abordan el tema del afrontamiento.

6.5.1. INVESTIGACIONES SOBRE DEPRESIÓN

En este subapartado, presentamos las publicaciones relacionadas con la variable depresión (**tabla 6**). Es este un campo muy interesante y al que la literatura ha dedicado un amplio número de investigaciones, representando con diferencia, la variable más estudiada con un dilatado volumen de trabajos relacionados con ella (Hancock et al., 1993).

McColl (2002) presenta, en su estudio teórico, datos epidemiológicos recientes donde se muestra que la incidencia de la LM se incrementa en mujeres de aproximadamente 60 años. La distribución etiológica es ahora bimodal, con mayor número de varones jóvenes y de mujeres mayores. McColl considera que aparece una clara relación entre el tiempo que la mujer lleva con la discapacidad y las características del propio envejecimiento, en concreto, los efectos psicológicos del mismo. Este autor hace hincapié en las dificultades más relevantes relacionadas con estos factores y las clasifica en tres categorías: en la primera, se centrarían todos los problemas relacionados con el ámbito médico; en la segunda, todas las relacionadas con el campo psicológico y, en la tercera, aquellas que abordan aspectos ambientales.

AUTOR/ES	N	OBSERVACIONES
McColl (2002)		Estudio teórico sobre el incremento de la LM en mujeres de aproximadamente 60 años. Los problemas o dificultades más relevantes relacionados con las mujeres con LM son de carácter médico, psicológico y ambiental.
Fuhrer et al. (1993)	140	Evaluación de la sintomatología depresiva. Pruebas: "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale" y "Craig Handicap Assessment and Reporting Technique" y "Fone Functional Independence Measure". Las mujeres con LM presentan índices en depresión más altos que los varones.
Laatsch y Shahani (1996)	48	Evaluación de la depresión. Distintas discapacidades: ACV, tumores cerebrales, esclerosis múltiple, amputaciones y LM. Los varones y los sujetos más jóvenes muestran más síntomas depresivos.
Hughes, Swedlund, et al. (2001)	64	Evaluación de la depresión en mujeres con LM. "Medical Outcomes Study Short Form-36", "Craig Handicap Assessment and Reporting Technique", "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale", etc. Alta prevalencia depresión. Variables relevantes: abuso previo (físico y psicológico), percepción estrés, aislamiento social.
Kennedy y Evans (2001)	85	Evaluación de grado de depresión y estrés postraumático. "Impact of Event Scale", "Self Assessment Index", "Beck Depression Inventory" y "FIM". Angustia mucho más elevada en mujeres y pacientes con altos niveles de ansiedad.
Shenk et al. (1997)	160	Evaluación de factores predictores de la depresión como incapacidad personal, auto-eficacia, desórdenes cognitivos. Comparación entre sujetos con LM y esclerosis múltiple. "Ambulation and Body Care and Movement Items Scales of the Sickness Impact Profile", "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale", etc. Esclerosis múltiple presentan niveles más altos de depresión.
Cobos, Sánchez, Pérez y Vila (2004)	38	Evaluación de los componentes subjetivos de las emociones. Metodología experimental: entrevistas estructuradas y fotografías. No hay diferencias significativas entre grupo control y experimental en la exposición de fotografías.
Hartkopp, Bronnum-et al. (1998)	888	Relación entre la capacidad funcional y el riesgo de suicidio en personas con LM. Prueba: "Standardized Mortality Ratios of Suicides". Porcentaje de suicidios en población con LM, cinco veces superior.
Krause, Kemp y Cocker (2000)	1391	Relación entre la depresión y variables como edad, género e indicadores socio-económicos. Prueba utilizada: "Older Adult Health and Mood Questionnaire". El envejecimiento correlaciona positivamente con la depresión.
Kennedy y Rogers (2000)	108	Prevalencia de la depresión y de la ansiedad. Estudio longitudinal. 14 evaluaciones entre 1990 y 1994. Pruebas: "Beck Depression Inventory", "Beck Hopelessness Scale", "State Anxiety Inventory" y "Social Support Questionnaire". Meses iniciales y los cercanos al alta terapéutica, puntuaciones más altas en depresión.
Corcoran et al. (1988)	176	Influencia de métodos analógicos en respuestas depresivas. Simulación en vivo, video y en radio-cassette. En vivo, mayor ansiedad y respuestas de hostilidad.
Brown, Bell, Maynard, et al. (1999)	114	Relación entre culpabilidad y adaptación a LM. "SF36 Mental Health Depression / Vitality", "Craig Handicap Assessment Reporting Technique", entrevistas telefónicas. Meses iniciales y cercanos a alta, puntuaciones más altas en depresión.
Benony, Daloz, et al. (2002)	66	Comparación de sintomatología depresiva en LM y en población general. Pruebas aplicadas: "Diagnostic Interview Self-Administered" y el "Progressive Matriz 38". No aparecen diferencias significativas entre ambos grupos en niveles de depresión. Gran apoyo de familia, amigos y personal sanitario para los LM.
Nielsen (2003)	69	Prevalencia de desórdenes de estrés postraumático y depresión en personas con LM recientes. Pruebas: "Harvard Trauma Questionnaire" y "Medical-Based Emocional Distress Scale". Un 20% presenta depresión y ansiedad.
Dryden et al. (2005)	201	Evaluación factores de riesgo asociados a depresión. Importantes: historial médico previo, otros episodios depresivos, abusos consumo de drogas, déficits neurológicos.
Osteraker y Levi (2005)	36	Evaluación de indicadores de depresión en LM hospitalizados. Evaluación de 2000 a 2002. "BDI", "Strukturerad Psykiatrisk Intervju för Allmänläkare", "Structured Clinical Interview for DSM Disorders" y "Alcohol Use Disorders Identification Test". Uso de sustancias psicotrópicas, muy habitual para ansiedad y depresión.

Tabla 6. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre depresión.

En el ámbito de los problemas de carácter médico, la característica más dominante en la literatura es la presencia de osteoporosis en mujeres con LM. Una segunda categoría que también preocupa mucho a las mujeres son todas las complicaciones ginecológicas relacionadas con la menopausia. En líneas generales, los estudios muestran que no hay diferencias relevantes en esta variable con la población general. Sin embargo, las mujeres con LM presentan una serie de complicaciones en esta etapa que las diferencian del resto. Finalmente, otros temas como la incontinencia urinaria, las infecciones renales y el control del peso, son aspectos que también les preocupan.

En la categoría de complicaciones psicológicas, la depresión es la mayor preocupación para las mujeres con LM de una cierta edad, tal y como recoge toda la literatura sobre el tema. Los tres factores de riesgo que influyen en esta sintomatología depresiva son la edad, el género y la discapacidad. En cuanto a las preocupaciones en el ámbito social, las tres más importantes son los cuidados sanitarios personales, el empleo y el transporte. Sobre los cuidados sanitarios personales, las mujeres se quejan de la falta de intimidad, de la escasa preparación de los cuidadores y de la atención que reciben de ellos. En cuanto al empleo, es menos probable que una mujer vuelva a trabajar después de la LM si la comparamos con un hombre. Por último, en cuanto al transporte, se comprueba que las mujeres lo usan mucho menos que los varones, lo que inevitablemente las hace ser menos independientes y autónomas.

Y, finalmente, en la categoría de complicaciones ambientales las barreras arquitectónicas ocupan la principal fuente de preocupación. Las dificultades para acceder a los centros de salud primaria y preventiva junto con todos los servicios de tipo ginecológico representan los aspectos más limitantes.

En suma, hemos visto una serie de variables que afectan a la mujer con LM mayor de 60 años. La literatura es clara considerando que la LM en sí, es una variable mucho más determinante que el género para evaluar los efectos del envejecimiento y los cambios que se producen. Por lo tanto, es necesaria más información e investigación en este campo para continuar perfilando los factores que afectan al envejecimiento de las mujeres con LM.

Fuhrer et al. (1993) invetigan la sintomatología depresiva en una muestra de 100 varones y 40 mujeres con LM, con una edad media de 37 años y que llevan con la LM una media de 24 años. Las pruebas que cumplimentan los participantes son: la “*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*” (CES-D), el “*Craig Handicap Assessment and Reperoting Technique*” (CHART) y el “*Fone Functional Independence Measure*” (Fone FIM). Los resultados reflejan que 44 participantes (31,4%) del estudio presentan puntuaciones elevadas en conductas depresivas en el momento de la evaluación, de los que un alto porcentaje, son mujeres. No aparece ninguna correlación con otras variables como la edad, la raza, la gravedad de la lesión o el tiempo que lleven con la misma. Sin embargo, se observa que la variable “movilidad”, recogida en una de las dimensiones del CHART, puede ser relevante en la relación entre el género y la depresión en la LM. Así, la autonomía dentro y fuera de la casa y la integración en la comunidad es mucho más elevada en los hombres que en las mujeres con LM. Lo cual puede implicar, que los hombres se sienten menos deprimidos porque son más independientes en su vida diaria, salen más de casa, tienen más movilidad y son más autónomos. Para finalizar, los autores subrayan la importancia de estudios de este tipo para profundizar en las variables que provocan estos índices superiores de depresión en las mujeres en LM y poder intervenir en el desarrollo de terapias adecuadas.

Laatsch y Shahani (1996) afirman que aunque la depresión es comúnmente aceptada como una reacción emocional dominante tras la pérdida de funcionalidad y movilidad derivada de una discapacidad, también es cierto que ésta varía ampliamente en función de los pacientes y de su rehabilitación. De esta manera, los autores pretenden que este estudio no se focalice exclusivamente en los síntomas de la depresión sino en ampliar el conocimiento sobre el abanico de síntomas psicológicos que rodean este proceso. En la investigación participan 48 personas (24 mujeres y 24 varones) con distintas discapacidades, entre ellos: accidentes cerebro-vasculares, tumores cerebrales, esclerosis múltiple, amputaciones y, por supuesto, lesiones medulares. No aparece correlación entre la edad, el nivel educacional y el daño neuropsicológico. Por el contrario si aparece una correlación inversa entre la edad y la ansiedad, la hostilidad y la ideas paranoicas. Es decir, las personas con discapacidad más jóvenes presentan niveles más altos de ansiedad, hostilidad y paranoia. Si analizamos los resultados en función de la edad y del género, se observa que presentan índices más altos en conductas depresivas los varones frente a las mujeres y los jóvenes frente a las personas de más edad. En resumen, el género y la edad son variables relevantes en la evaluación de la depresión de las personas con discapacidad. Un aspecto relevante en este estudio que sin duda debemos subrayar, es que no se analizan los resultados en función de la variable “tipo de discapacidad”. Esto nos hace dudar de la validez de las conclusiones obtenidas puesto que la muestra es muy heterogénea y, sin duda, el tipo de discapacidad debería haberse tenido en cuenta.

Hughes, Swedlund, Petersen y Nosek (2001) investigan la variable depresión en un grupo de 64 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años, siendo la edad media de la muestra los 44.6 años, y llevando con la lesión al menos dos años. Las participantes son seleccionadas de un abanico de clínicas públicas y privadas, de forma completamente voluntaria. Las pruebas que se aplican son: el “*Medical Outcomes Study Short Form-36*” (SF-36), el “*Craig Handicap Assessment and Reporting Technique*” (CHART), el “*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*” (CES-D), el “*Medical Outcomes Study Social Support Scale*” y el “*Abuse Assessment Screen-Disability*” (AAS-D). En los primeros datos se observa una alta prevalencia de sintomatología depresiva (59.4%) en el grupo. Sin embargo, debemos de ser cautos porque en la muestra aparece un alto índice de abuso, tanto físico como psicológico, sufrido a lo largo del año anterior al estudio, en concreto 9 mujeres así lo manifiestan. Por tanto, esta variable es crucial a la hora de interpretar los porcentajes en depresión. Otras variables estudiadas y que se asocian con la sintomatología depresiva son la ausencia de apoyo social, un bajo nivel educativo, la percepción de estrés, el aislamiento social, el dolor, la falta de autonomía y el desempleo. Aunque de todas ellas, son la percepción de estrés y el aislamiento social, las variables más relevantes para desarrollar cuadros depresivos. En resumen, se debe continuar la investigación en este campo pero con estudios de tipo longitudinal para que las variables evaluadas puedan analizarse a lo largo de un periodo de tiempo y no con una evaluación puntual como en este caso.

Kennedy y Evans (2001) evalúan el grado de depresión y estrés postraumático de un grupo de personas con LM recientes, en los seis primeros meses tras la lesión. En el estudio participan 85 lesionados con una media de edad de 32.6 años y todos ellos llevan entre 6 y 24 semanas con la lesión. En cuanto a la distribución de la muestra por género, el 80% de la misma estaba formada por varones y el 20% por mujeres. Del total de la muestra, el 40% tienen paraplejía y el 60% restante tetraplejía. La causa más común del traumatismo en este grupo son los accidentes de tráfico, seguido de las caídas y de los accidentes deportivos. Las pruebas que los sujetos cumplimentan son el “*Impact*

of Event Scale” para medir el impacto que la LM causó en la persona y el grado de evitación a la nueva situación, el *“Self Assessment Index”* (SAI) para evaluar ansiedad, el *“Beck Depression Inventory”* (BDI) para depresión y el *“FIM”* para evaluar el grado de dependencia. Los resultados reflejan que un 14% de la muestra presenta niveles altos de depresión. Analizadas las diferencias en función del género, las mujeres presentan índices más altos en conductas depresivas que los varones. Por tanto, al evaluar la depresión en las personas con LM, el género sí aparece como variable relevante y que debe ser tomada en cuenta en los procesos de rehabilitación.

Shenk et al. (1997) se plantean varios objetivos en su investigación. En primer lugar, determinar si pueden ser factores predictores de la depresión la incapacidad personal, la auto-eficacia y los desórdenes cognitivos. El segundo objetivo del estudio es comparar si las personas con esclerosis mostraban niveles más altos de incapacidad, desórdenes cognitivos y depresión, y por otra parte, niveles más bajos en auto-eficacia que las personas con LM. La muestra está formada por 80 personas con LM que llevan con la lesión una media de ocho años (29 mujeres y 51 hombres) y otros 80 (52 mujeres y 28 hombres) con esclerosis múltiple con diagnóstico confirmado hace diez años. Las pruebas que se aplican a los participantes en el estudio son: el *“Ambulation and Body Care and Movement Items Scales of the Sickness Impact Profile”* (SIP) para evaluar grado de actividad, movilidad y autonomía, el *“Center for Epidemiologic Studies Depression Scale”* (CES-D) para depresión, el *“Attitudes Index”* (AI) para incapacidad, el *“Cognitive Beliefs Questionnaire”* (CBQ) para distorsiones cognitivas, el *“Beliefs Scale”* (BS) para auto-eficacia y el *“Medical Information Questionnaire”* para evaluar información y diagnóstico clínico. Los resultados nos indican que tanto la incapacidad como la auto-eficacia personal son elementos predictores de la depresión para los dos grupos analizados. En cuanto al segundo de los objetivos, los resultados lo confirman puesto que el grupo de esclerosis múltiple exhibe niveles más altos de depresión y de incapacidad personal y, más bajos de auto-eficacia que el grupo de personas con LM. Por último, el género no resultó variable relevante en ninguno de los análisis realizados.

Cobos, Sánchez, Pérez y Vila (2004) investigan, bajo una metodología experimental, los componentes subjetivos de las emociones y como éstos pueden variar cuando se produce una LM. En su investigación participan 19 personas, 7 mujeres y 12 hombres, todos ellos llevan con la LM al menos 18 meses, los cuales responden mediante entrevistas estructuradas a cuestiones relacionadas con su pasado antes de la lesión y su presente emocional. Sus respuestas son comparadas con otro grupo de 19 sujetos sin LM seleccionados en función de la edad, sexo y educación. Además de las entrevistas estructuradas, los participantes en el estudio deben visualizar 10 fotografías relacionadas con experiencias placenteras, 10 neutras y 10 relacionadas con experiencias desagradables, todas ellas seleccionadas del *“International Affective Picture System”* y valorar en ellas su percepción y nivel de *arousal*. No hay diferencias significativas entre ambos grupos en la descripción de las experiencias emocionales ni en la exposición de las fotografías. En cuanto a la variable género, tampoco se encuentran diferencias significativas. De las pruebas pasadas, en todas las escalas de emoción (ocio, amor, sentimentalismo y emociones positivas, miedo, tristeza y emociones negativas en general), el grupo de personas con LM puntúa siempre en los ítems con un “no cambio” o un “incremento” respecto al pasado, sobre todo en el sentimiento de tristeza donde las puntuaciones son mucho más altas.

Hartkopp, Bronnum-Hansen, Seidenschnur y Biering-Sorensen (1998) investigan la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de suicidio en personas con LM. En esta investigación participan 888 personas que están hospitalizados en algún momento desde 1953 hasta 1990 en el “*SCI Center Denmark*”. Del total, 888 personas con LM, mueren 236 personas y de éstos a 23 se les diagnostica como causa de la muerte el suicidio. El instrumento de evaluación utilizado fue el “*Standardized Mortality Ratios of Suicides*”. Los resultados muestran que el porcentaje de suicidios en personas con LM es cinco veces superior al de la población general y además es más alto en mujeres que en varones. Por otra parte, parece que el índice de suicidios es el doble en el primer periodo de evaluación (1953-1971) respecto del segundo (1972-1990). Por último, también se encontró que el índice de suicidios en personas que se infravaloran a ellas mismas dobla al grupo que tiene una opinión positiva sobre sí mismos. Para finalizar, los autores proponen que, dada la alta frecuencia de suicidios en personas con LM y sobre todo en mujeres y personas con baja autoestima, es necesario incrementar el apoyo psicológico en los procesos de rehabilitación, previniendo y controlando de esta forma los síntomas depresivos que puedan aparecer.

Krause, Kemp y Cocker (2000) investigan la relación entre la edad, el género, la raza, los indicadores socioeconómicos y los síntomas de la depresión después de una LM. La muestra, obtenida del “*Hospital de Rehabilitación de Southeastern*”, está formada por personas con LM traumática que tienen como mínimo 18 años cuando empiezan a participar en el estudio y una lesión de al menos un año de duración. Se encuentran 1923 participantes potenciales de los que finalmente participan 1391 (el 72% del total), de los cuales el 70% son varones. El instrumento de medida utilizado fue el “*Older Adult Health and Mood Questionnaire*”, cuestionario diseñado para población geriátrica siguiendo los criterios del *DSM III-R* y validado con el *MMPI*. Los resultados muestran que el 48% de los participantes presenta algún síntoma clínico significativo. El género no resulta una variable relevante por sí sola para la depresión. Sin embargo, al analizarla de forma conjunta con la raza, ambas variables resultan significativas. De esta forma, el grupo de mujeres no blancas es el que puntúa más alto en depresión (39,2%) y, en el lado opuesto, están los varones blancos (21.6%). El envejecimiento es un factor que correlaciona positivamente con la depresión. Sin embargo, la educación y la experiencia propia no median en estas asociaciones. En síntesis, los síntomas de depresión tienen una alta prevalencia después de la lesión y correlacionan con la edad y el binomio género/ raza.

Kennedy y Rogers (2000) realizan un estudio longitudinal para examinar la prevalencia de la depresión y de la ansiedad en un grupo de personas con LM. Los participantes en el estudio son evaluados a lo largo de cuatro años, desde su llegada al hospital, en el momento de la lesión, hasta cuando ya están reinsertados en la comunidad. A lo largo de este periodo, comprendido entre 1990 y 1994, serán evaluados en 14 ocasiones. La muestra está formada por 108 sujetos, 19 mujeres y 85 varones, con edades comprendidas entre los 16 y los 64 años. Los participantes cumplimentan el “*Beck Depression Inventory (BDI)*” el “*Beck Hopelessness Scale*”, el “*State Anxiety Inventory*” y el “*Social Support Questionnaire*”. Las puntuaciones más altas en depresión y ansiedad se obtienen en los meses iniciales y en los previos al alta terapéutica cuando el paciente a de regresar a casa. Como hecho puntual, las puntuaciones de depresión y ansiedad muestran un incremento constante entre la semana 24 y la 48, en las cuales las puntuaciones en ambas variables alcanzan sus máximas cotas. Es, por tanto, muy importante la evaluación y el seguimiento de la LM en los años posteriores a la misma, y en con-

creto, en momentos puntuales como el comienzo del periodo de rehabilitación y el próximo a la vuelta a casa.

A continuación, presentamos un conjunto de estudios que no guardan una relación directa con la perspectiva de género. Sin embargo, hemos creído conveniente incluirlos en nuestro trabajo por su interés en el estudio de la variable depresión en las personas con LM. De esta forma, se exponen investigaciones que no concretan los resultados en función de la variable género pero que sí nos aportan otros datos relevantes para nuestro trabajo.

Corcoran, Frank y Elliott (1988) tratan de comprobar los efectos de diferentes métodos analógicos en las respuestas depresivas de personas con LM. La muestra está formada por 68 hombres y 108 mujeres con LM que son expuestos a una serie de representaciones ficticias. En dichas representaciones un actor varón simula a una persona con LM al que se le está haciendo una entrevista. Este actor va variando su representación, de tal forma, que en unas ocasiones es un hombre deprimido y en otras no. La simulación puede aparecer en vivo, en vídeo (con y sin sonido) y en radio-cassette. Los participantes que visualizan situaciones depresivas son los que presentan más reacciones negativas hacia los actores de dichas situaciones. Por otra parte, también se observa que las personas con LM que participaron de las simulaciones en vivo expresan mayor ansiedad y sentimientos de hostilidad que los que presenciaron otro tipo de representaciones, en vídeo y radio-cassette.

Brown, Bell, Maynard, Richardson y Wagner (1999) investigan la relación entre el sentimiento de culpabilidad al sobrevenir la lesión y su adaptación a la misma a largo tiempo. La muestra está formada por 114 participantes que sufren la LM entre 1985 y 1990. La media de edad de los participantes es de 39 años siendo el 12% de ellos mujeres. En cuanto a la media de años con la lesión, ésta se estipula en 8.7 años. Los instrumentos de evaluación que completan los participantes son dos: el "*Craig Handicap Assessment Reporting Technique*" para atribuir la causa de la lesión, y el "*SF36 Mental Health Depression/Vitality*" para atribuir la responsabilidad de la lesión, la capacidad funcional y los síntomas depresivos si los hubiera. Además de estas dos pruebas, a 26 personas (de las cuales 8 son personas tetrapléjicas) se les hace una entrevista por teléfono. Los resultados muestran que no aparecen asociaciones significativas entre las atribuciones de causa y la adaptación posterior a la lesión. Los resultados son muy similares entre los pacientes que se culpan a ellos mismos y los que culpan a otros de ser los causantes de su lesión. Como conclusión, los autores subrayan que la adaptación a la lesión con el paso del tiempo no está relacionada con el sentimiento de culpabilidad que desarrollan los sujetos.

Benony, Daloz, Bungener, Chahraoui, Frenay y Auvin (2002) investigan si las personas con LM presentan índices de depresión más altos que el resto de la población, al mismo tiempo que tratan de evaluar su calidad de vida y el apoyo social que reciben. Para ello, toman una muestra de 33 personas con LM con cuatro o más años de lesión, que son comparadas con otras 33 personas sin LM. Las pruebas que se aplican a los participantes son el "*Diagnostic Interview Self-Administered*" y el "*Progressive Matrix 38*". Los resultados no muestran diferencias significativas entre ambos grupos en los niveles de depresión. Sin embargo, existen variables como el género, la condición física y las actividades de ocio en las que discrepan ambos grupos. Las personas con LM presentaron más ansiedad, percepciones deterioradas, extrema preocupación por sus propios cuerpos y sensaciones de ansiedad. Por último, en cuanto al apoyo social, el grupo

con LM lo percibe como altamente satisfactorio y significativamente más alto que el grupo de comparación. Encuentran gran apoyo en la familia, los amigos y el personal sanitario.

Nielsen (2003) estudia la prevalencia del estrés postraumático y de la ansiedad en personas con LM agudas. En este estudio participan un total de 69 pacientes con paraplejía y tetraplejía que se encuentran en proceso de rehabilitación (fisioterapia) en dos hospitales rehabilitadores de Dinamarca. Las dos pruebas que cumplimentan los participantes son el “*Harvard Trauma Questionnaire*” y el “*Medical-Based Emotional Distress Scale*”. Un 20% de los participantes presenta desórdenes psicológicos, en concreto, depresión y ansiedad. La edad y el nivel de la lesión fueron relacionados con estos desórdenes psicológicos en pacientes con lesiones traumáticas. Para finalizar su artículo, Nielsen subraya que las personas con lesiones recientes incrementan el riesgo de padecer desórdenes de estrés postraumático y de otros síntomas psicológicos como la depresión y la ansiedad.

Dryden et al. (2005) tratan de identificar los factores de riesgo asociados a la depresión. Para este estudio, realizado en Canadá, participan un total de 201 pacientes con al menos 6 años con la LM. Los resultados reflejan que del total de la muestra analizada, un 28,9% de los sujetos, en concreto 58 personas con LM, han sido tratados de depresión. Ahora bien, buscando las causas de la misma, los historiales previos indican que la mayoría constituían un grupo vulnerable ante cuadros depresivos. Así, en sus historiales médicos previos aparecían otros episodios depresivos, abusos en consumo de drogas y déficits neurológicos. Estos datos sugieren que a la hora de evaluar una depresión en un LM, se ha de tener en cuenta no sólo la aparición de la lesión sino otros factores de riesgo previos a la misma y que pueden ser los causantes de la sintomatología depresiva. De tal forma, los pacientes durante su hospitalización y, posteriormente, en su reinserción a la comunidad deben ser seguidos de cerca por los servicios de salud mental proponiendo tratamientos individualizados en función de las características y necesidades de cada persona.

Osteraker y Levi (2005) evalúan la prevalencia de indicadores de ansiedad en personas con LM. En este estudio participan un total de 36 pacientes ingresados en un centro de rehabilitación desde el año 2000 al 2002. A los participantes se les evalúa en el momento de su admisión en el centro, en el momento de su alta terapéutica y a los seis meses de su reinserción en la comunidad. Los participantes cumplimentan, además de una entrevista personal, varias pruebas psicológicas como el “*Beck Depression Inventory*” (BDI), el “*Strukturerad Psykiatrisk Intervju för Allmänläkare*” (SPIFA), el “*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*” (SCID) y el “*Alcohol Use Disorders Identification Test*” (AUDIT). Los resultados de las pruebas reflejan que la medicación de sustancias psicotrópicas es más que común en estos pacientes, lo que sugiere que la alta incidencia de ansiedad y depresión en este colectivo trata de ser reducida únicamente mediante fármacos. Otro dato interesante es que muy pocos pacientes habían tenido antes de la lesión problemas psicológicos. Por último, un 25% de la muestra manifiesta consumo frecuente de alcohol. Las conclusiones del estudio ponen de manifiesto que parece común la medicación de fármacos como única vía para solucionar los problemas psicológicos de estos pacientes, sobre todo los de ansiedad y depresión. Hay también indicadores de un alto consumo de alcohol en los participantes en el estudio. Para finalizar, los autores subrayan que esta forma de reducir los problemas psicológicos con fármacos y sin ningún tipo de terapia psicológica alternativa es algo común que se está llevando a cabo en numerosos centros de rehabilitación de personas con LM.

En todo este conjunto de trabajos presentados, donde principalmente se estudia la depresión y la sintomatología asociada a ella una vez sobrevenida la LM, podemos observar lo siguiente:

- No existe unanimidad ni acuerdo en las publicaciones en cuanto a sí el género influye o no en la depresión de las personas con LM. Así, hemos presentado artículos donde los varones eran más vulnerables a presentar cuadros depresivos y sobre todo si éstos eran jóvenes (Laatsch y Shahani, 1996) y otros, los más numerosos, donde son las mujeres las que muestran puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva (Fuhrer et al., 1993; Hughes et al., 2001; Kennedy y Evans, 2001).
- Las razones asociadas a esta alta prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres con LM son la ausencia de apoyo social, un bajo nivel educativo, la percepción de estrés, el aislamiento social, el dolor, la falta de autonomía, el abuso previo (físico y psicológico) y el desempleo. Aunque de todas ellas, las más importantes son la percepción de estrés y el aislamiento social (Hughes et al., 2001).
- La alta frecuencia de suicidios en personas con LM, encontradas en el estudio de Hartkopp et al. (1998), hace necesario incrementar el apoyo psicológico en los procesos de rehabilitación, previniendo y controlando de esta forma los síntomas depresivos que puedan aparecer.
- Las puntuaciones en depresión y ansiedad son mucho más elevadas en los meses iniciales posteriores a la lesión y en los previos al alta terapéutica cuando el paciente ha de regresar a casa y volver a recuperar su vida anterior. Es, por tanto, necesario continuar con la investigación en el cuidado psicológico y en el perfeccionamiento del proceso de rehabilitación (Brown et al., 1999; Kennedy y Rogers, 2000).
- A la hora de evaluar una depresión en un LM se ha de tener en cuenta, según Dryden et al. (2005), no sólo la causa traumática de la lesión sino otros factores de riesgo previos a la misma (episodios depresivos, abusos en consumo de drogas y déficits neurológicos) y que pueden ser los causantes de la sintomatología depresiva. Por nuestra parte, compartimos esta línea de trabajo de Dryden et al. (2005) al no predisponer de ante mano a la LM como el origen de la depresión. Por el contrario, habrá que evaluar otros factores de riesgo previos y que puedan resultar causantes de la misma.
- Parece común la medicación con fármacos psicotrópicos como única vía para solucionar los problemas psicológicos de estos pacientes, sobre todo los de ansiedad y depresión. De esta forma, el reducir los problemas psicológicos con fármacos y sin ningún tipo de terapia psicológica alternativa parece ser algo normal que se está llevando a cabo en numerosos centros de rehabilitación de personas con LM (Osteraker y Levi, 2005).

Como síntesis en este apartado destacar, por un lado, la disparidad de opiniones que la literatura científica aporta sobre el tema de la depresión y el género. Así, hemos encontrado artículos donde son las mujeres las que presentan puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva (Fuhrer et al., 1993; Hughes et al., 2001; Kennedy y

Evans, 2001) y otros, donde los hombres y sobre todo si son jóvenes son los más vulnerables a presentar cuadros depresivos (Laatsch y Shahani, 1996). Al mismo tiempo, se han expuesto investigaciones donde se comparaban los niveles de depresión de la población con LM con los de la población normal, sin discapacidad (Benony et al., 2002). Por otra parte, también hemos presentado investigaciones donde se evaluaban otros temas como el índice de suicidios en la población con LM (Hartkopp et al., 1998), el consumo y abuso de drogas y déficits neurológicos previos a la lesión (Dryden et al., 2005) y la medicación excesiva con sustancia psicotrópicas para reducir los síntomas de ansiedad y depresión (Osteraker y Levi, 2005).

Una vez presentadas las principales publicaciones sobre depresión, pasamos a conocer aquellas relacionadas con ansiedad, motivación y otros temas conexos.

6.5.2. INVESTIGACIONES SOBRE ANSIEDAD, MOTIVACIÓN Y TEMAS CONEXOS

A continuación, comentamos las publicaciones encontradas sobre ansiedad y motivación, así como otros aspectos vinculados a estas variables, tan necesarias en los procesos de rehabilitación de las personas con LM, tal y como se observa en la **tabla 7**.

Brillhart y Johnson (1997) realizan un estudio cualitativo donde subrayan la importancia de la motivación que reciben a lo largo del proceso de rehabilitación los adultos con LM. En esta investigación participan 9 hombres y 3 mujeres con lesiones medulares completas. Los participantes son entrevistados en torno a dos cuestiones fundamentales: en primer lugar, sobre el tipo de motivación que recibieron durante su estancia en el hospital y en segundo lugar, acerca del trato que recibieron de las enfermeras y del personal sanitario durante su proceso de rehabilitación. Como datos más significativos cabe destacar que la motivación que reciben por parte de las enfermeras y del personal rehabilitador, en general, es básica y fundamental para su proceso de rehabilitación. Sus intervenciones durante la rehabilitación pueden consistir en apoyo informal, o formal, tanto a nivel individual como de grupo. La labor de las enfermeras parece prioritaria porque éstas establecen contacto con los pacientes y con sus familiares y, por tanto, han de ser capaces de promover objetivos de autonomía, optimización del funcionamiento, independencia, calidad de vida y afrontamiento, así como otra serie de objetivos necesarios para su recuperación íntegra.

Cook (1979) investiga en su estudio los sentimientos de depresión, las reacciones de ansiedad y la negación de la situación cuando sobreviene una LM. La muestra está compuesta por un grupo de 118 personas con LM con una media de edad de 30 años, los cuales cumplimentan el “*Mini-Mult*” y el “*State-Trait Anxiety Inventory*”. Los resultados muestran, en primer lugar, que las respuestas de depresión y ansiedad fueron prácticamente inexistentes en la muestra. En segundo lugar, una tercera parte de los participantes son incapaces de aceptar la nueva situación y niegan lo ocurrido. En tercer lugar, una quinta parte del total tiende a aislarse de la gente y se muestran hostiles y no asertivos. En cuanto a otras variables como el género, el tiempo o la causa de la lesión y el lugar donde se esté llevando a cabo el proceso de rehabilitación, no aparece en ninguna de ellas relación con el ajuste psicológico. Si que aparece, sin embargo, con la variable tipo o nivel de lesión, de tal forma que se asocia la paraplejia con los sentimientos de negación y la tetraplejia con la ansiedad. En cuanto a variable edad, son los participantes mayores los que puntúan más alto en las escalas de neuroticismo.

Martz (2002) se propone en su estudio comprobar si las diferentes reacciones psicológicas por las que pasa una persona con LM pueden resultar variables predictoras de su futura estabilidad emocional. Para ello, se seleccionan en un principio 979 sujetos pertenecientes a dos unidades clínicas de LM. Del total, deciden participar en el estudio 317. Entre ellos hay lesionados veteranos que llevan varios años conviviendo con la discapacidad y otros con lesiones muy recientes. Las pruebas que cumplimentan los participantes son: “*Reactions to Impairment and Disability Inventory*” (RIDDI) y el “*Future Time Orientation Scale*” (FTO). Los resultados ponen de manifiesto que existe una serie de reacciones psicológicas como son el shock inicial y el desconocimiento que afectan a ambos grupos (veteranos y lesionados recientes). Sin embargo, aparecen otras como la ansiedad, la depresión y la hostilidad que afectan sólo al grupo de veteranos y que se consideran los mejores predictores para la futura estabilidad/inestabilidad emocional de los sujetos. El autor finaliza sugiriendo que dichas variables deben ser tenidas en cuenta en el proceso de rehabilitación de las personas con LM.

AUTOR/ES	N	OBSERVACIONES
Brillhart y Johnson (1997)	12	Estudio cualitativo. Evaluación de la motivación a través del apoyo informal o formal. La motivación de las enfermeras y del personal rehabilitador básicas.
Cook (1979)	118	Evaluación de ansiedad y depresión tras LM. Pruebas: “Mini-Mult” y “State-Trait Anxiety Inventory”. Ansiedad y depresión prácticamente inexistentes. Género, tiempo o causa de lesión no se relacionan con ajuste psicológico.
Martz (2002)	317	Evaluación de reacciones psicológicas predictoras de estabilidad emocional. “Reactions to Impairment and Disability Inventory” y “Future Time Orientation Scale”. Reacciones como shock inicial y desconocimiento, predictores.
Martz y Livneh (2003)	317	Evaluación de la ansiedad ante la muerte como predictora de futura estabilidad emocional. “Death Anxiety Scale (DAS)” y “Future Time Orientation Scale (FTOS)”. Variables predictoras: ansiedad ante la muerte, dolor crónico y úlceras.
Martz (2004)	313	Evaluación de la ansiedad ante la muerte como predictor de estrés postraumático. Prueba: “Purdue Posttraumatic Stress Disorder Scale” (PPTSD-R). Variables predictoras: ansiedad ante la muerte, niveles de dolor y vivencias religiosas.
Milligan (2004)	66	Evaluación de factores personales, aceptación de la discapacidad, <i>locus de control</i> , ansiedad, motivación, inseguridad, predictores de conductas de evitación futuras (relaciones personales íntimas, salidas al exterior de forma autónoma por percepción de barreras, etc). Algunos factores estudiados sí resultaron relevantes.
Radnitz (1998)	140	Influencia del nivel de LM en la aparición de desórdenes de estrés postraumático. Pruebas: “Clinician Administered PTSD Scale”, “Structured Clinical Interview for DSM-III-R”, “Impact of Event Scale” y “Trauma Severity Rating Scale”. La lesión alta no aumenta el riesgo de sufrir algún trastorno de estrés.
Weingardt, Hsu y Dunn (2001)	117	Influencia de sustancias abusivas (alcohol y otras drogas) en desórdenes psicológicos. Pruebas: “Alcohol Use Disorders Identification Test” y varios ítems de ansiedad y depresión. Prevalencia de desórdenes similar a población normal.
Tasiemski, Kennedy, et al. (2004)	678	Influencia de las barreras que dificultan la participación en deportes. Pruebas: “Athletic Identity Measurement Scale”, “Sports Participation Questionnaire”, “Life Satisfaction Questionnaire” y “Hospital Anxiety and Depression Scale”. No aparece relación entre ansiedad de ejecución o depresión con la identidad atlética.
Gorski, Slifer, et al. (2005)	3	Eficacia de refuerzos en el proceso de rehabilitación. Programa de contratos conductuales. La línea base mejora del 20% al 80%.

Tabla 7. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre ansiedad, motivación y temas conexos.

Martz y Livneh (2003) tratan de examinar si existe algún tipo de relación entre la ansiedad ante la muerte y la estabilidad emocional futura en personas afectadas por una LM. En el estudio participan 317 personas con LM, con una media de edad de 50.7 años y de los que el 81.6% son varones. Los cuestionarios que cumplimentaron los sujetos fueron entre otros el “*Death Anxiety Scale*” (DAS) y el “*Future Time Orientation Scale*” (FTOS). En el análisis del proceso también se tuvo en cuenta la posible influencia de variables socio-demográficas y otras propias de la discapacidad. Los resultados muestran como predictoras de la estabilidad/inestabilidad futura de las personas con LM, por un lado, a dos variables propias de la discapacidad (el dolor crónico y la aparición de úlceras) y, por otro, a la ansiedad ante la muerte. Además, los autores añaden que la depresión también aparece como variable relevante, de forma que las personas depresivas tienden a ser inestables emocionalmente en el futuro. Los autores hacen hincapié en subrayar la importancia que tiene la evaluación y la detección precoz de estos síntomas psicológicos como la ansiedad o la depresión para prevenir desórdenes futuros.

Martz (2004) examina, en la línea del estudio anterior, si la ansiedad ante la muerte puede representar un elemento predictor de estrés postraumático en un futuro para personas con LM. En el estudio participan 313 veteranos con LM, de los cuales un 86.6% son varones y un 13.4%, mujeres. Todos ellos cumplimentan el “*Purdue Post-traumatic Stress Disorder Scale*” (PPTSD-R). Entre los resultados cabe destacar la ansiedad ante la muerte como variable predictor de estrés postraumático. Ítem más, la conciencia de la muerte, los niveles de dolor y las vivencias religiosas o espirituales resultaron también como factores predictores del estrés postraumático. De acuerdo con todo esto, parece que una posible terapia consistiría en reconducir y reestructurar todos los tópicos relativos a la muerte para reducir de esta forma las reacciones de estrés postraumático que pudieran aparecer con posterioridad.

Milligan (2004) estudia una serie de factores personales (aceptación de la discapacidad, *locus de control*, ansiedad social y evitación, motivación, inseguridad) que pueden ser potenciales predictores de conductas de evitación futuras (relaciones personales íntimas, salidas al exterior de forma autónoma por percepción de barreras, etc.). En la investigación participan 58 hombres y 8 mujeres, todos ellos solteros. Entre los factores estudiados, cabe destacar que la ansiedad de ejecución, la motivación y la inseguridad no resultaron variables relevantes. Sin embargo, la aceptación de la discapacidad y el *locus de control* si aparecen como factores predictores en la percepción de barreras arquitectónicas. Por otra parte, los datos reflejan que el 67% de la muestra no ha vuelto a tener relaciones íntimas después de la lesión. Los motivos principales que dan para esta ausencia de relaciones son las dificultades que aparecen en su funcionamiento sexual, los problemas de accesibilidad y movilidad y las actitudes negativas. Los resultados sugieren que las intervenciones por parte del personal sanitario en estos temas son fundamentales de cara a la rehabilitación de los pacientes con LM.

Radnitz (1998) estudia la influencia del nivel de la LM en la aparición de desórdenes de estrés postraumático. Para ello, compara un grupo de personas con una LM con otro de personas sin discapacidad. El total de la muestra está compuesta por 45 personas con paraplejía, 52 personas con tetraplejía y 43 personas sin discapacidad. Las pruebas que los sujetos participantes cumplimentaron fueron las siguientes: el “*Clinician Administered PTSD Scale*”, el “*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*”, el “*Impacto of Event Scale*” y el “*Trauma Severity Rating Scale*”. Los autores encuentran que las personas con una tetraplejía manifiestan menos sentimientos de estrés postra-

mático que aquellas con una paraplejia. Estos resultados ponen de manifiesto que tener una lesión más alta no aumenta, en absoluto, el riesgo de sufrir algún tipo de trastorno de estrés postraumático. Mientras que la paraplejia sí que aparece asociada con la aparición de los síntomas.

Weingardt, Hsu y Dunn (2001) tienen como principal objetivo comprobar si el uso de sustancias abusivas (alcohol y otro tipo de drogas) puede influir en desórdenes psicológicos de la población con LM de larga duración. La muestra está formada por un grupo natural, basado en los pacientes que ingresan a lo largo de ocho meses en el “*Veterans Affairs SCI Center*”. En el estudio participan un total de 115 varones y dos mujeres con LM, edad media de 57.8 años, el tiempo con la lesión de 20 años y todos ellos tuvieron reingresos por diversas razones. Las pruebas aplicadas a los participantes son el “*Alcohol Use Disorders Identification Test*” (AUDIT) y varios ítems sueltos de pruebas que evaluaban ansiedad y depresión. Los resultados muestran que un 6.2% de la muestra tenían problemas con el alcohol y un 40% manifiesta síntomas de ansiedad. La ansiedad y la depresión correlacionan positivamente con el índice de reingresos hospitalarios. Para finalizar, los autores concluyen que la prevalencia de estos desórdenes en la población con LM es similar a la de la población en general.

Tasiemski, Kennedy, Gardner, Blaikley (2004) se proponen identificar las principales barreras que dificultan la participación en los deportes a las personas con LM. En este estudio participan 678 sujetos divididos en tres grupos: adultos con LM, adultos sin discapacidad y jóvenes con otra discapacidad física. Para ello, cumplimentan la *Athletic Identity Measurement Scale* (AIMS) tratando de evaluar las propiedades psicométricas de la misma e intentando averiguar la posible existencia de una “identidad atlética” en personas con LM. Además del AIMS, los participantes en el estudio también son evaluados con el “*Sports Participation Questionnaire*”, el “*Life Satisfaction Questionnaire*” y el “*Hospital Anxiety and Depression Scale*”. Una vez comparados los tres grupos, se observa que los deportistas adultos con LM manifiestan niveles más bajos de “identidad atlética” que los adultos sin discapacidad y los adolescentes con alguna otra discapacidad física que también participaron en la investigación. Las puntuaciones en el AIMS varían en función del género, el tipo de deporte y las horas entrenadas a la semana. Sin embargo, no aparece ningún tipo de relación entre la identidad atlética y la depresión, la ansiedad de ejecución o la satisfacción con la vida.

Gorski, Slifer, Townsend, Kelly-Suttka y Amari (2005) tratan de demostrar la eficacia de un método basado en el uso de diferentes refuerzos durante el proceso de rehabilitación de tres adolescentes con LM, tetrapléjicos y con edades entre los 14 y 16 años. Dicho método consiste en un programa de contratos conductuales durante el periodo de hospitalización de los sujetos. En este programa el adolescente debe apuntar semanalmente su porcentaje de conformidad con las metas propuestas en el proceso de rehabilitación, el porcentaje de actitudes negativas observadas en sus sesiones de terapia y, por último, las mejoras observadas en su rehabilitación física (fisioterapia). A la vista de los resultados, los sujetos se manifiestan conformes con las demandas y metas propuestas en el proceso de rehabilitación, mejorando sus porcentajes desde una línea base inicial que oscilaba entre un 20% y un 65% hasta llegar a un 80% o más después de que los pacientes hayan recibido diferentes refuerzos por participar en el programa. A su vez, manifiestan menos cólera, tristeza y frustración durante las sesiones de terapia una vez comenzados los contratos de contingencia. Los adolescentes se mostraron muy conformes con el tratamiento y sus efectos. En síntesis, líneas de investigación futuras de-

berían potenciar programas de este tipo donde se da especial relevancia a la motivación de las personas con LM.

En definitiva, este conjunto de estudios sobre la ansiedad de ejecución y la motivación de las personas con LM ponen de manifiesto los siguientes aspectos:

- En muchos de los estudios se analizan de forma conjunta las variables de ansiedad y depresión, no dejando muchas veces claro cuál de ellas se pretende evaluar.
- La mayoría de los artículos encontrados sobre ansiedad y motivación no hacen mención a las diferencias de dichas variables en función del género.
- Tampoco es frecuente la matización del tiempo transcurrido tras la LM.
- No hemos encontrado ningún trabajo que trate el tema de la ansiedad de ejecución o de la motivación en la mujer con LM.
- A lo largo de esta revisión, hemos encontrado trabajos donde el ajuste psicológico de la persona con LM se relacionaba con diferentes variables, entre ellas, el tiempo con la LM (Martz, 2002), la ansiedad ante la muerte y el dolor crónico (Martz, 2004; Martz y Livneh, 2003) o el nivel de la LM (Radnitz, 1998). En el lado opuesto, también presentamos publicaciones donde el ajuste psicológico no guardaba ninguna relación con variables como el género, el tiempo transcurrido tras la lesión, el lugar donde se esté llevando a cabo el proceso de rehabilitación o la causa de la lesión (Cook, 1979). En síntesis, no hay unanimidad ni acuerdo en la literatura publicada sobre todas estas variables y su supuesta influencia en el ajuste psicológico de la persona con LM. A la vista de estos resultados, debemos ser más cautos en este tema debido a la ausencia de datos científicos, tal y como acabamos de presentar.
- La motivación aparece como un factor básico en el proceso de rehabilitación de los adultos con LM. Además, cabe destacar el importante papel que juega la motivación que transmite el personal sanitario, y en concreto, las enfermeras (Brillhart y Jonson, 1997).
- La prevalencia de desórdenes psicológicos debidos al abuso de sustancias (alcohol y otro tipo de drogas) en la población con LM es similar a la de la población en general (Weingardt et al., 2001).
- La ansiedad ante la muerte resulta una variable predictora para desarrollar en un futuro desórdenes de estrés postraumático. Además, la conciencia de la muerte, los niveles de dolor y las vivencias religiosas o espirituales resultaron también factores predictores del estrés postraumático. De acuerdo con todo esto, parece que una posible terapia consistiría en reconducir y reestructurar todos los tópicos relativos a la muerte para reducir de esta forma las reacciones de estrés postraumático que pudieran aparecer con posterioridad (Martz, 2004; Martz y Liben, 2003).
- Los deportistas adultos con LM manifiestan niveles más bajos de “*identidad atlética*” que los adultos sin discapacidad y los adolescentes con alguna otra discapacidad física. Sus puntuaciones varían en función del género, el tipo de deporte

y las horas entrenadas a la semana. No aparece ningún tipo de relación entre la identidad atlética y la depresión, la ansiedad de ejecución o la satisfacción con la vida (Tasiemski, 2004).

- Los tratamientos de rehabilitación multidisciplinar, siguiendo a Gorski, 2005, basados en programas de contratos conductuales durante la hospitalización de los lesionados, resultan muy eficaces en términos de motivación. Los resultados muestran que los sujetos se manifiestan conformes con las demandas y metas propuestas en el proceso de rehabilitación, mejorando sus porcentajes desde una línea base inicial. Los pacientes manifiestan menos cólera, tristeza y frustración durante las sesiones de terapia una vez comenzados los contratos de contingencia.
- De esta forma, futuras líneas de investigación deben incrementar el desarrollo de este tipo de programas donde la variable “motivación” ocupa un lugar relevante (Gorski et al., 2005).

Como síntesis de lo dicho hasta el momento, podemos observar la diversidad de temas que abordan la ansiedad y la motivación de las personas con LM. Así, hemos encontrado algunos artículos donde se hace especial mención a la importancia de la motivación en el proceso de rehabilitación de las personas con LM (Brillhart y Jonson, 1997; Gorski et al., 2005) y, otros donde la ansiedad ante la muerte se refleja como variable predictora de cara a desarrollar estrés postraumático (Martz, 2004; Martz y Livneh, 2003). Otros temas que hemos encontrado en la revisión son: el estudio sobre la prevalencia de desórdenes psicológicos debidos al abuso de sustancias en la población con LM (Weingardt et al., 2001); las diferentes reacciones psicológicas por las que pasa un LM como predictoras de su estabilidad emocional (Martz, 2002) y, las principales barreras que dificultan la participación en los deportes de las personas con LM (Tasiemski et al., 2004). Sin embargo, una vez más debemos matizar que no hemos encontrado ningún artículo que abordara el estudio de la ansiedad o la motivación, específicamente, en la mujer con LM.

En el siguiente subapartado se exponen aquellos trabajos que abordan las variables de extraversión y/o neuroticismo en LM.

6.5.3. INVESTIGACIONES SOBRE EXTRAVERSIÓN Y NEUROTICISMO

Este subapartado recoge aquellas publicaciones en las que explícita o implícitamente se trata el tema de la extraversión y/o el neuroticismo en los varones y mujeres con LM (**tabla 8**).

Richardson y Tupper (1975) tratan de identificar una serie de factores psicológicos que pueden interferir en la rehabilitación de las personas con LM. Para ello pasan el “*Middlesex Hospital Questionnaire*” a una muestra de 100 sujetos que recibían rehabilitación en el momento en el que fueron evaluados. De los cien sujetos participantes, un 78% manifiestan sentirse muy bien o moderadamente bien. El 22% restante se encuentran tristes y reflejan altas puntuaciones en las escalas de neuroticismo. En cuanto a las diferencias por género, las mujeres puntúan alto en las subescalas de depresión y de ansiedad (sobre todo en las manifestaciones somáticas) y los varones en las subescalas de depresión, obsesión y ansiedad flotante o generalizada. Entre las variables asociadas al porcentaje de personas que manifiestan sentirse tristes destacan el tener un largo his-

torial médico, el haber sido sometidos a varias intervenciones y el no tener un diagnóstico específico de la lesión. Para finalizar, los investigadores proponen que las personas con LM deberían combinar la rehabilitación física con la psicológica.

AUTOR/ES	N	OBSERVACIONES
Richardson y Tupper (1975)	100	Influencia de factores psicológicos en la rehabilitación de los LM. Prueba: "Middlesex Hospital Questionnaire". El 22% se encuentran tristes y puntúan muy alto en neuroticismo. Variables asociadas: historial médico largo, varias intervenciones, no diagnóstico claro. No diferencias varones y mujeres
Malec (1985)	111	Factores de personalidad que predispongan al LM a un mejor ajuste psicológico. Pruebas: EPI y "Derogatis Symptom Checklist (SCL-90)". LM más graves y más tiempo hospitalizados, extravertidos y menos ansiedad.
Heinrich (1996)	232	Relación entre las características de la personalidad y el tipo de empleo, la satisfacción en el trabajo y la satisfacción en la vida. La satisfacción de los LM en el trabajo y en la vida es explicada en función de sus niveles de neuroticismo.
De Carvalho, Andrade, et al. (1998)	65	Estudio retrospectivo, población portuguesa, de 1993 a 1995. Pruebas: "SCL-90-R", EPI y "Escala de Evaluación de Estilos de Afrontamiento de Figueira". Correlación positiva entre neuroticismo y psicopatología.
Bockian, Lee y Fidanque (2003)	80	Evaluación de la supuesta personalidad dominante e impulsiva de los LM. Pruebas: "Demographics Questionnaire", "Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)" y "Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)". No hay diferencias significativas entre el grupo control y el experimental.

Tabla 8. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre extraversión y neuroticismo.

Malec (1985) toma como punto de partida en su investigación que determinados rasgos de la personalidad, como el ser una persona emprendedora y activa, pueden ser factores que predispongan a un mejor ajuste psicológico cuando la persona sufre una LM. En este estudio participan un total de 111 personas con LM de diversa etiología y gravedad pero todas ellas asociadas al dolor crónico. Los sujetos cumplimentan el "Eysenck Personality Inventory" (EPI) y el "Derogatis Symptom Checklist" (SCL-90). Los resultados muestran que el grupo de personas con lesiones traumáticas de mayor gravedad son más extrovertidos y presentan niveles más bajos de ansiedad. Merece la pena destacar este resultado ya que, paradójicamente son los sujetos que pasan más tiempo hospitalizados debido a la gravedad de la LM quienes puntúan más alto en la escala de extraversión y más bajo en la de ansiedad en comparación con otros LM que reciben el alta con anterioridad y, por tanto, regresan antes a sus casas. Como conclusión del estudio, los autores destacan la importancia del contexto hospitalario y de las características de la personalidad en las terapias psicológicas.

Heinrich (1996) tiene como objetivo en este estudio buscar una supuesta personalidad en las personas con LM. Para ello, investiga las relaciones entre las características de la personalidad y el tipo de empleo, la satisfacción en el trabajo y la satisfacción con la vida en una muestra de 77 personas con LM que son comparados con un grupo de 155 personas sin LM pero con otra discapacidad. Los resultados muestran que los varones con LM son menos impulsivos y expresan un mayor número de emociones negativas. Entre las personas con LM, los niveles de neuroticismo, la percepción de barreras a la hora de buscar empleo y la percepción de la propia competencia personal son variables relevantes a la hora de determinar la satisfacción con la propia vida. Por últi-

mo, los niveles de neuroticismo, extraversión y la importancia que cada persona le da al mundo laboral resultan relevantes para determinar la satisfacción en el trabajo.

De Carvalho, Andrade, Tavares y Feitas (1998) llevan a cabo el primer estudio retrospectivo hecho con población portuguesa. En él participan 65 pacientes tratados en la unidad de rehabilitación desde 1993 a 1995. Entre los objetivos propuestos, destaca en primer lugar, tratar de identificar las respuestas psicológicas ante la aparición de una LM; en segundo lugar, determinar si pueden influir determinados rasgos de la personalidad y evaluar las estrategias de afrontamiento que mejoran los procesos de ajuste a la lesión y, por último, comparar las posibles diferencias en función del tipo de lesión. Como procedimiento de trabajo se realizaban dos evaluaciones a todos los sujetos. En la primera de ellas los sujetos cumplimentan el “*SCL-90-R*”, el “*EPI*” y la “*Escala de Evaluación de Estilos de Afrontamiento de Figueira*”. En la segunda evaluación los sujetos sólo contestan el *SCL-90-R*. En la primera de las evaluaciones realizadas, los resultados muestran puntuaciones altas en depresión en el 60% de los casos, normalmente asociadas a problemas para dormir, ideas de suicidio y sentimientos de culpabilidad. En la segunda evaluación, las conductas depresivas continúan apareciendo en el 33% de los pacientes. Por otra parte, los autores también encuentran una correlación positiva entre la psicopatología y el neuroticismo. Por último, en relación al tercero de los objetivos propuestos, se concluye que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de los sujetos en función del tipo de lesión (tetraplejia o paraplejia).

Bockian, Lee y Fidanque (2003) tratan de investigar la causa principal de las LM, resultando que la práctica de actividades de riesgo, como la conducción violenta y los deportes de aventura, está presente en la mayor parte de las LM sobrevenidas. Por estas razones, las personas con tendencia a la conducta impulsiva son consideradas como grupo de riesgo de LM. De igual forma y como correlato, se suele hablar de una personalidad dominante e impulsiva en las personas con LM. Precisamente esta supuesta personalidad dominante e impulsiva es el objetivo de este estudio en el cual participan 40 personas con LM con una media de 5 años con la lesión y otras 40 personas no LM que representan el grupo de comparación. Aunque los autores del estudio se refieren a este último grupo (personas sin LM) como grupo control, nosotros preferimos utilizar el término grupo de comparación, ya que en realidad partimos de un estudio comparativo donde se estudian las diferencias entre dos grupos y no de un estudio experimental puesto que no existe manipulación de la variable independiente. En la investigación, todos los participantes cumplimentan tres pruebas: el “*Demographics Questionnaire*”, el “*Structured Interview for DSM-IV Personality*” (SIDP-IV) y el “*Millon Clinical Multiaxial Inventory*” (MCMI-III). Los resultados muestran que no hay diferencias significativas entre ambos grupos. Los desórdenes de impulsividad y tendencia al riesgo (personalidad antisocial, histriónica, agresivo, narcisista y borderline) no son relevantes ni en el grupo de personas con LM ni en el de comparación. Sin embargo, las puntuaciones sobre respuestas depresivas y conductas de evitación sí son más altas en el grupo de personas con LM.

En todo este conjunto de trabajos, en los que principalmente se estudian las variables de extraversión y neuroticismo en LM sobrevenidas, podemos observar lo siguiente:

- Son pocos los estudios dedicados a la evaluación de las variables de extraversión y neuroticismo en personas con LM.

- En toda la revisión, no hemos encontrado ni un solo artículo que analizara dichas variables en la mujer con LM. Y, sólo aparece uno donde se comparan dichas variables en función del género (Richardson y Tupper, 1975).
- Richardson y Tupper (1975) en su investigación tratan de indentificar factores o variables psicológicas que sean relevantes en función del género. Así, las mujeres son más neuróticas, depresivas y ansiosas (sobre todo en las manifestaciones somáticas), mientras que los varones tienen respuestas más altas en las escalas de obsesión y ansiedad flotante o generalizada.
- En la mayoría de las publicaciones se mezclan las variables psicológicas, no dejando claro cuáles de ellas son realmente el objetivo a evaluar.
- En el estudio de Malec (1985), son las personas con lesiones de mayor gravedad los más extravertidos y los que presentan niveles más bajos de ansiedad. Paradójicamente, por lo tanto, son las personas que pasan más tiempo hospitalizados los que puntúan más alto en las escalas de extraversión y más bajo en ansiedad en comparación con aquellos que reciben con anterioridad el alta terapéutica.

En síntesis, en este apartado hemos podido comprobar el estado en el que se encuentra la investigación en el estudio de determinadas variables psicológicas relacionadas con la LM. De esta forma, sólo hemos encontrado una publicación que estudiase la extraversión o el neuroticismo, comparando las supuestas diferencias entre hombres y mujeres con LM (Richardson y Tupper, 1975). Además, no hemos encontrado ni un solo trabajo que hiciese mención de estas variables referidas a la mujer con LM. Por otra parte, han sido varios los trabajos presentados donde se mezclan las variables de estudio, sin dejar claro en la mayoría de las investigaciones que es lo que se pretende estudiar (De Carvalho et al., 1998) y, también, otros donde aunque el objetivo sea estudiar la extraversión y el neuroticismo, se comparan las personas con LM bien con grupos con lesiones no traumáticas (Malec, 1985) o con otros sin ningún tipo de LM (Bockian et al., 2003; Heinrich, 1996), pero nunca entre varones y mujeres que sería lo deseado para nuestro trabajo. Por todo lo dicho, estamos en condiciones de afirmar que la investigación sobre la perspectiva de género y las variables de extraversión y neuroticismo en las personas con LM, se encuentra muy poco desarrollada por la literatura.

En el siguiente apartado, presentamos las publicaciones que versan sobre el *locus de control* de las personas con LM.

6.5.4. INVESTIGACIONES SOBRE *LOCUS DE CONTROL*

En este apartado presentamos todas las investigaciones relativas a *locus de control* (**tabla 9**), factor clave y determinante para conseguir un buen ajuste psicológico cuando sobreviene una LM.

En primer lugar, creemos conveniente destacar al grupo de investigación de Craig por su importante aportación al estudio de esta variable psicológica en el proceso de adaptación a la LM. Como principales objetivos en sus investigaciones se plantean, por un lado, conocer los efectos que provoca la LM en la percepción de control personal, la auto-estima y las estrategias de afrontamiento (Craig, Hancock y Chang, 1994; Hancock et al., 1993). Y, por otro, comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-

conductual en grupos de personas con LM durante el periodo de rehabilitación en el hospital (Craig, Hancock, Chang y Dickon, 1997, 1998; Craig, Hancock y Dickon, 1999). A pesar de no analizar las diferencias en función del género, hemos decidido incluir a este equipo de trabajo por realizar estudios de tipo longitudinal donde los participantes son evaluados en varias ocasiones a lo largo de un intervalo entre uno y dos años. A continuación, presentamos de forma más detallada cada uno de los trabajos a los que estamos haciendo referencia.

AUTOR/ES	N	OBSERVACIONES
Hancock et al. (1993)	82	Evalúan respuestas psicológicas como auto-control, auto-estima y estilos de afrontamiento. “Locus Control of Behaviour Scale”, “Ronsenberg’s Self-Esteem Scale” y “Mental Adjustment Cancer Scale”. LM niveles más bajos de auto-estima y más actitudes de fatalismo y desesperación.
Craig, Hancock y Chang (1994)		Estudio longitudinal de dos años. Evalúan respuestas psicológicas como auto-control, auto-estima y estilos de afrontamiento. “Locus Control of Behaviour Scale”, “Ronsenberg’s Self-Esteem Scale” y “Mental Adjustment Cancer Scale”. Durante primer año, grupo LM percibe su vida controlada desde el exterior, su auto-estima está muy baja y manifiesta conductas y pensamientos fatalistas.
Craig, Hancock, Dickson y Chang (1997)	69	Eficacia de la terapia cognitivo-conductual. Estudio longitudinal con tres evaluaciones: antes del tratamiento, inmediatamente después y a los 12 meses. Evalueación de la ansiedad, la depresión y el locus de control.
Craig, Hancock, Chang y Dickon (1998)		Eficacia de la terapia cognitivo-conductual. Comprobar si la percepción de <i>locus de control</i> de las personas que acuden a esta terapia varía. Recomendación de este tipo de programas como elementos básicos de la rehabilitación.
Craig, Hancock y Dickon (1999)	59	Estudio longitudinal basado en Craig et al. (1998). Eficacia de la intervención psicológica temprana en la adaptación a la LM. Terapia cognitivo-conductual. El grupo experimental mejora significativamente su proceso de adaptación.
Canupp, Waites, et al. (1997)	163	Estudio prospectivo. Evaluación del abandono de las revisiones médicas anuales. Pruebas: “Health Locus of Control Scale” y “Health Beliefs Models”. El género, la raza, el nivel de la lesión o la educación no resultaron significativas.
Thompson, Coker, Krause y Henry (2003)	1391	Estudio transversal. Influencia de los objetivos o metas personales en la adaptación a la LM. Pruebas: “Ladder of Adjustment”, “Purpose in Life Scale”, “Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire” y “Multidimensional Health Locus of Control Scale”. El apoyo social, el afrontamiento, el <i>locus de control</i> y el nivel de la lesión tienen relación con la adaptación a la LM.
Boschen, Tonack y Gargaro (2003)	100	Evaluación de la calidad de vida al integrarse en la comunidad. Metodología: grupos de discusión. El <i>locus de control</i> , marcador subjetivo para determinar la calidad de vida, la productividad y la inserción en la comunidad.
Fiedler (1998)	60	Eficacia de intervención de un grupo de terapia educativa hospitalaria. El grupo de terapia refleja una aumento en su <i>locus de control</i> interno tras tratamiento.

Tabla 9. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre *locus de control*.

Hancock et al. (1993) investigan las respuestas psicológicas que acompañan a una LM. A través de una revisión en la literatura, comprueban que la depresión es, con diferencia, la variable más estudiada con un dilatado volumen de trabajos relacionados con ella. Estos autores se proponen explorar otras variables psicológicas como las percepciones de auto-control, la auto-estima y los estilos de afrontamiento durante el primer año de LM. En la investigación participan 41 personas con LM que se comparan con otras 41 personas sin lesión. Los cuestionarios que cumplimentan los participantes en tres momentos diferentes a lo largo de este primer año son: “*Locus of Control of Be-*

haviour Scale” y el “*Ronsenberg’s Self-Esteem Scale*” en los cuales se evalúan estilos diferentes afrontamiento, la inseguridad, el fatalismo y la desesperación. En los resultados se puede observar que el grupo de LM tiene más percepciones de control externo, niveles más bajos de auto-estima y más actitudes de fatalismo y desesperación que el de comparación. En cuanto a las diferencias en el tiempo (tres medidas diferentes), no hubo diferencias significativas entre los dos grupos. Este grupo de autores subraya la necesidad de continuar investigando en este campo para fomentar las terapias psicológicas en el proceso de rehabilitación.

Craig et al. (1994) llevan a cabo un estudio longitudinal durante dos años con el objetivo de investigar los efectos que provoca la LM en la percepción de control personal, la auto-estima y las estrategias de afrontamiento. En la investigación participan un grupo de personas con LM y un grupo de comparación (sin LM) que son evaluados en cuatro ocasiones a lo largo de los dos años. Las pruebas aplicadas son: el “*Locus of Control of Behaviour Scale*” y el “*Ronsenberg’s Self-Esteem Scale*”. Durante el primer año, el grupo con LM percibe su vida controlada desde el exterior, su auto-estima está muy baja y manifiesta conductas y pensamientos fatalistas. En el postest realizado a los dos años, no hay diferencias significativas en la auto-estima y en las estrategias de afrontamiento entre ambos grupos. Sin embargo, el *locus de control* sí varía, y se observa que el grupo de personas con LM son más externalistas, es decir, tienen focalizarlos en el exterior.

Craig et al. (1997, 1998) intentan comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en un grupo de personas con LM durante su periodo de rehabilitación en el hospital. En el primero de los estudios, Craig et al (1997) estudia respuestas de ansiedad, depresión y locus de control en un grupo de personas con LM (N = 28) que participan de la terapia cognitivo-conductual durante su rehabilitación, comparándolas con otro grupo que sigue la rehabilitación tradicional, sin terapia (N = 41). Los participantes son evaluados en tres momentos: antes de comenzar el tratamiento, inmediatamente después de terminarlo y después de un año. En la investigación realizada al año siguiente, Craig (1998), tiene por objetivo comprobar si la percepción del *locus de control* de las personas que participan en la terapia podía variar respecto a otro grupo de comparación formado por personas con LM también hospitalizados pero que no son beneficiarios de ninguna terapia. Las puntuaciones en el *locus de control* son altas para ambos grupos y no hay diferencias significativas entre ambos en relación a estas respuestas. Sin embargo, después de esta medida, inmediata a la finalización de la terapia, se extraen de ambos grupos los sujetos que inicialmente habían percibido sus vidas controladas desde el exterior (*locus de control externo*). A estos sujetos se les sigue durante dos años, y al cabo de los mismos, se concluye que de todos ellos, los lesionados que habían participado en la terapia tienen puntuaciones mucho más altas en el control sobre ellos mismos (*locus de control interno*) que los miembros del grupo control. Así pues, y a la vista de dichos resultados los autores proponen que programas de este tipo han de ser incluidos como elementos básicos en los procesos de rehabilitación de las personas con LM.

Craig et al. (1999) tomando como base las investigaciones de Craig et al. (1997, 1998), realizan un estudio longitudinal y con una metodología cuasi-experimental, en Sydney (Australia). Su objetivo principal era comprobar la efectividad de la intervención psicológica temprana, bajo una terapia cognitivo-conductual, en la adaptación de las personas con LM a la nueva situación. En el estudio participan 28 personas con LM que se benefician de una terapia cognitivo-conductual durante el periodo de rehabilitación.

ción el hospital y un grupo de comparación formado por 31 personas que acuden a la rehabilitación tradicional sin someterse a la terapia. Cabe destacar, una ausencia de suicidios en ambos grupos. Tampoco aparecen diferencias en cuanto a la percepción de discriminación social. Sin embargo, se adaptan mucho mejor a la LM el grupo de personas que se benefician de la terapia. En general, el estudio revela que la terapia cognitivo-conductual mejora significativamente el proceso de adaptación de las personas con LM a la nueva situación.

Canupp, Waites, DeVivo y Richards (1997) realizan un estudio prospectivo para tratar de determinar cuáles son los motivos por los que una parte importante de las personas con LM abandonan sus evaluaciones y revisiones anuales. En esta investigación se trata de identificar cuáles son los principales factores causantes de estas bajas en las consultas de revisión. Para ello la muestra estará formada por 61 personas con LM no conformes con las revisiones y 102 lesionados conformes y que acuden con regularidad a las clínicas para hacerse las evaluaciones pertinentes. Todos los sujetos participantes completan dos cuestionarios, el "*Health Locus of Control Scale*" y el "*Health Beliefs Models*". Una vez analizados los datos, las variables que resultan relacionadas con el absentismo en las revisiones médicas anuales son: la distancia de los hogares a los hospitales o clínicas, el medio de transporte, la falsa creencia que las revisiones ya no sirven para nada, el tiempo, la actitud y disposición del médico con el que deben pasar dichas revisiones. Otras variables como el género, la raza, el nivel o la etiología de la lesión y la educación no resultan relevantes.

Thompson, Coker, Krause y Henry (2003) llevan a cabo un estudio transversal en el que tratan de determinar en qué medida los objetivos personales que tenemos en la vida influyen en la adaptación de las personas a la LM. La muestra está formada por 1391 adultos con lesión sobrevenida un año o más antes de la participación en el estudio. Las medidas utilizadas son el "*Ladder of Adjustment*" y el "*Purpose in Life Scale*" para valorar los propósitos en la vida, y el "*Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire*" y el "*Multidimensional Health Locus of Control Scale*" para determinar el *locus de control*. Los resultados muestran que el apoyo social y el afrontamiento guardan relación con la adaptación, así como el *locus de control* y el nivel de la lesión. Ítem más, los propósitos de vida median las relaciones entre cada una de las variables independientes (discapacidad, personalidad y *locus de control*) y la variable dependiente (la adaptación). De esta forma, dichos propósitos son un buen predictor de la adaptación futura a la lesión.

Boschen, Tonack y Gargaro (2003) se proponen como objetivo general en su estudio examinar la integración en la comunidad y la satisfacción con la calidad de vida de un grupo de 100 personas con LM. En el estudio se combinan la metodología cuantitativa y la cualitativa. De esta forma, por una parte y desde la metodología cuantitativa, los participantes completan tres cuestionarios. Y, por otra, se seleccionan aleatoriamente 34 del total de los 100 participantes a los que se organiza en grupos para evaluar su ajuste en la reinserción a la comunidad, utilizando como procedimiento los grupos de discusión propios de la metodología cualitativa. Los resultados indican que el *locus de control* es crucial como marcador subjetivo a la hora de determinar la calidad de vida, la productividad, la satisfacción con las actividades de la vida diaria y con la inserción en la comunidad. Los participantes en el estudio manifiestan que sí es necesario un ajuste importante después de sobrevenir una LM y que este puede ser posible por medio de la educación, la participación en actividades y la reincorporación a la sociedad en general.

Todos los participantes denuncian la falta de información sobre todos los aspectos que afectan a las personas con LM.

Fiedler (1998) se plantea como objetivo en su investigación comprobar la eficacia de la intervención de un grupo de terapia basada en el entrenamiento y la educación para aumentar las percepciones de control interno en grupo de 30 personas con LM que son comparados con otras 30 personas con LM que no reciben tratamiento. La hipótesis inicial de la que se parte es que el grupo de terapia va a aumentar su *locus de control* interno una vez finalizado el tratamiento. Los resultados confirman dicha hipótesis puesto que las personas que se benefician de la terapia muestran un aumento en su *locus de control* interno una vez finalizada la misma. Lo cual implica una mayor autonomía a la hora de realizar las tareas de la vida diaria.

Una vez expuesto este conjunto de trabajos sobre el *locus de control* en personas con LM llega el momento de presentar aquellos datos y resultados que se confirman con más claridad. Así, podemos afirmar que:

- No hemos encontrado ningún trabajo que aborde el *locus de control* en la mujer con LM.
- Las personas con LM tienen más percepciones de control externo, niveles más bajos de auto-estima y muestran más actitudes de fatalismo y desesperación durante el primer año. Sin embargo, al cabo de dos años, ya no hay diferencias significativas con la población normal (Hancock et al., 1993).
- Los lesionados que han participado en psicoterapia educativa durante su proceso de rehabilitación tienen puntuaciones mucho más altas en el control sobre ellos mismos (*locus de control interno*) que aquellas personas que por diversos motivos no se han beneficiado de ella. Esto se traduce en una notable mejora en los resultados del proceso de rehabilitación y en una mayor autonomía a la hora de realizar las tareas de la vida diaria (Fiedler, 1998).
- Se propone que los programas de terapia psicológica cognitivo-conductual sean incluidos como elementos básicos en los procesos de rehabilitación de las personas con LM puesto que son muy relevantes en el proceso de adaptación a la nueva situación (Craig et al., 1998, 1999).
- El *locus de control* es crucial como marcador subjetivo a la hora de determinar la calidad de vida, la productividad, la satisfacción con las actividades de la vida diaria y la inserción en la comunidad. Las personas con LM manifiestan que sí es necesario un ajuste psicológico importante después de sobrevenir una LM y que este puede ser posible por medio de la educación, la participación en actividades y la reincorporación a la sociedad en general (Boschen et al., 2003).

En síntesis, en este bloque de publicaciones sobre el *locus de control*, hemos comprobado la importancia que tienen los trabajos relacionados con la puesta en marcha de terapias psicológicas (terapia educativa hospitalaria y cognitivo-conductual) para mantener un buen ajuste en los sujetos que sufren una LM (Craig et al., 1998, 1999; Fiedler, 1998). Otras de las investigaciones presentadas han dirigido su atención a mostrar la evolución que determinadas variables como la auto-estima y algunos sentimientos como el fatalismo o la desesperación a lo largo de los dos primeros años después de

sobrevener la lesión (Craig et al., 1994; Hancock et al., 1993). Por último, hemos recogido otros trabajos que consideran al *locus de control* como marcador subjetivo crucial a la hora de determinar la calidad de vida, la productividad, la satisfacción con las actividades de la vida diaria y con la inserción en la comunidad (Boschen, 2003).

A continuación, exponemos aquellos trabajos relacionados con el afrontamiento, que expresan los hombres y mujeres con LM.

6.5.5. INVESTIGACIONES SOBRE AFRONTAMIENTO

Las investigaciones relativas al afrontamiento de las personas con LM son un capítulo interesante e importante dentro de nuestra investigación. Son abundantes las publicaciones encontradas en torno a esta variable. Sin embargo, las relativas a la perspectiva de género son muy escasas tal y como podemos observar en la **tabla 10**.

Galvin y Godfrey (2001) revisan en este artículo la literatura disponible sobre el ajuste psicológico y la capacidad de afrontamiento del individuo al sufrir una LM. Al mismo tiempo, ilustran y explican lo adecuado del “*Stress Appraisal and Coping Model*” (SAC) como modelo a seguir en el proceso de rehabilitación de las personas con LM. En este trabajo se revisan todas las publicaciones sobre el tema presentes en la literatura científica desde hace tres décadas, al mismo tiempo que se evalúan y critican tomando como marco el SAC. La conclusión a la que llegan Galvin y Godfrey es que el ajuste psicológico es predecible teniendo en cuenta numerosas variables psicológicas, entre ellas el afrontamiento, la valoración personal y los recursos psicológicos de cada persona. Por otra parte, la literatura más reciente sugiere que la intervención psicológica debe dirigirse a promover un ajuste positivo sobre todo para aquellas personas con LM con alto riesgo de depresión. Como conclusiones del artículo se propone que el modelo SAC pueda ser generalizado a la población con LM, al tiempo que se sugiere que la investigación en el futuro incluya el desarrollo de tratamientos específicos e individualizados en función de las necesidades de cada paciente.

Kinder (2005) realiza una revisión de la literatura para estudiar en qué punto se encuentra la investigación en el tema del afrontamiento y cuáles son los principales factores relacionados con el mismo cuando se produce una LM. El autor parte de la hipótesis de que el apoyo social y las pautas de conducta positivas relacionadas con la salud pueden funcionar como indicadores positivos en afrontamiento a la nueva situación. Una vez revisadas numerosas investigaciones, Kinder llega a la conclusión que la fortaleza personal correlaciona con la salud más que la enfermedad, de forma que cuanto más fuertes y seguros nos sintamos como personas, mejor salud podremos tener en nuestra vida. Por otra parte, el autor pone de manifiesto que el estrés y la enfermedad también correlacionan, es decir, cuanto más estresados estamos más posibilidades tenemos de caer enfermos. Además, Kinder en su estudio lleva a cabo un análisis cualitativo con ocho mujeres parapléjicas. De dicho análisis se revelan las siguientes conclusiones relacionadas con la LM: en primer lugar, los aspectos psicológicos de la LM están asociados con el tipo de LM y sus consecuencias; en segundo lugar, los aspectos psicológicos de la LM están asociados con las estrategias personales en solución de problemas y cambio a la nueva situación y, por último, los aspectos sociales de la LM están asociados con las relaciones personales y profesionales de la persona con LM.

AUTOR/ES	N	OBSERVACIONES
Galvin y Godfrey (2001)		Revisión de literatura sobre ajuste psicológico y afrontamiento. Modelo a seguir en el proceso de rehabilitación: "Stress Appraisal and Coping Model (SAC)".
Kinder (2005)	8	Revisión de la literatura sobre el afrontamiento. Principales factores relacionados con el mismo cuando sucede una LM.
Alden (1992)		Estudio teórico. Reflexión sobre impacto de la LM en la familia y en la persona. Importancia del equipo rehabilitador para lograr un buen ajuste personal.
Quigley (1995)	5	Estudio cualitativo. Experiencias de un grupo de mujeres en su reinserción a la vida social. Nuevos mecanismos de adaptación y negociación. Numerosas barreras físicas y sociales.
Engstrom (2005)	20	Estudio cualitativo. Experiencias personales de LM desde el momento del accidente, fases o etapas por las que pasan.
Chan, Lee y Lieh-Mak (2000)	106	Estudio retrospectivo. Evaluación del ajuste psicosocial de parejas de Hong Kong. Pruebas: "Levenson's Internality", "Powerful Others", "Chance Scale", "Provision of Social Relationship", "Ways of Coping Checklist", "Dyadic Adjustment Scale", "Beck Depression Inventory", "Satisfaction with Life Situation", "Katz Adjustment Scale- Relative Form". Los casados antes de la LM son más depresivos que los que contraen matrimonio después de sobreenir ésta.
Kennedy, Duff, Evans y Beedie (2003)	85	Estudio piloto donde se evalúan variables como la auto-estima, el ajuste personal y la adaptación a la LM. Modelo del programa "Coping Effectiveness Training". Pruebas: "State Anxiety Inventory", "Beck Depression Inventory", "Coping Strategies", "Self- Perception Scale", "Functional Independence Measure" y "General Demographical Information". El grupo experimental reduce significativamente sus niveles de ansiedad y depresión.
Kennedy, Taylor y Duff (2005)		Basado en Kennedy et al. (2003). Procedimiento: Modelo CET. Valorar la eficacia del mismo en afrontamiento, ansiedad, depresión y auto-estima.
Mason (1995)	30	Relación entre estrategias de afrontamiento, nivel de la lesión y cambios funcionales. Evaluación en dos momentos diferentes del proceso rehabilitador a lo largos de dos años. Pruebas: "FIM", "Ways of Coping Questionnaire" y "43- ítem Millar Hope Scale". Relación inversa entre el afrontamiento y el funcionamiento del LM, en el momento de admisión en el hospital.
Elfstrom, Ryden, Kreuter, Taft y Sullivan (2005)	256	Relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Pruebas: "Spinal Cord Lesion-related Coping Strategies Questionnaire", "Spinal Cord Injury Quality of Life Questionnaire" y "Short-Form 36 Health Survey Versión 2.0". Estrategias de afrontamiento correlacionan positivamente con calidad de vida.
Alexander, Hwang y Sipski (2002)	310	Evaluación del ajuste psicológico en madres LM en relación a sus parejas e hijos. No hay diferencias significativas entre madres con y sin LM. No afecta la LM de la madre al ajuste psicológico del hijo.
Elfstrom, Kreuter, Ryden, et al. (2002)	255	Evaluación de las estrategias de afrontamiento en el ajuste psicológico futuro. El afrontamiento como factor predictor claro del ajuste psicológico. Niveles altos de aceptación de la discapacidad unidos a niveles bajos de ansiedad.
Isaksson, Skar y Lexell (2005)	13	Evaluación de los cambios en su red social y su repercusión para participar en las ocupaciones cotidianas. Necesidad de apoyo social y emocional.
Kennedy, Lowe, Grey y Short (1995)	71	Comparación de la variable afrontamiento en LM agudos y de larga evolución. La negación y desvinculación son estrategias utilizadas en ambos grupos. Correlación inversa entre afrontamiento y depresión en el grupo de agudos.
Sable y Bocarro (2004)	12	Valoración del programa "Promoting Access Transition and Health" como básico en el programa rehabilitador. Necesario para posterior integración en la comunidad. Promociona salud, educación, apoyo social y emocional, etc.

Tabla 10. Publicaciones sobre aspectos psicológicos: Investigaciones sobre afrontamiento.

Alden (1992) presenta un artículo donde reflexiona sobre el impacto que la LM tiene tanto en la familia como en la persona que la sufre haciendo especial hincapié en las consecuencias psicológicas que la rodean. Así, en el momento inicial cuando se pro-

duce la lesión, las reacciones más comunes son el shock, la desorientación, el miedo, la negación y la ansiedad, la depresión y los desórdenes de estrés postraumático. En estas condiciones, lo que los sujetos necesitan es ser tranquilizados, haciéndoles ver que todas sus reacciones están dentro de la normalidad. El equipo rehabilitador, especialmente el psicólogo, debe ayudar asegurando que la rehabilitación del paciente es posible siempre que se tengan en cuenta sus preocupaciones y sus estrategias de afrontamiento, ambas necesarias para lograr un buen ajuste personal. En el proceso de rehabilitación, estas estrategias serán evaluadas por medio de conductas observables y de logros cognitivos.

Quigley (1995) estudia las experiencias de un grupo de mujeres con LM, una vez que reciben el alta terapéutica y regresan a sus hogares, teniendo que enfrentarse a su reinserción en la vida comunitaria lo cual supone un cambio de roles. En este trabajo participan 5 mujeres con LM de edades comprendidas entre los 25 y 45 años y que llevan conviviendo con la lesión entre 3 y 5 años. Las participantes en este estudio ponen en marcha nuevos mecanismos de adaptación y negociación, al tiempo que desarrollan un nuevo rol de “defensoras de sí mismas”. Estos nuevos mecanismos los desarrollan fundamentalmente en tres aspectos de sus vidas: en las rutinas diarias, en las relaciones personales y en la comunidad. En las conclusiones del estudio, se considera este nuevo rol (auto-defensa) como necesario porque aún son numerosas las barreras físicas y sociales con las que se encuentran las mujeres con LM.

Engstrom (2005) relata en su artículo la experiencia que toda persona con LM adulta afronta cuando sufre una LM. El objetivo del estudio es mostrar la LM como una discapacidad importante, que puede ser motivo de estigmatización y de pérdida de identidad personal. El autor manifiesta que cuando al individuo le sobreviene la lesión a de enfrentarse a un proceso de confrontación entre las dificultades que ahora se le aparecen y los procesos de identidad personal con los que llevaba conviviendo toda su vida. Deberá reestructurar los esquemas y enfrentarse a la nueva situación. En este estudio se entrevista a 20 personas con LM los cuales describen sus experiencias personales desde el momento del accidente en el que se produce un corte en sus vidas, pasando a continuación por un proceso de incongruencia personal y negación de lo sucedido. Es en estos momentos cuando los niveles de ansiedad, tristeza y estrés son muy elevados. Sólo cuando la persona supera esta fase, comienza a reestructurar su identidad y a mitigar todos los sentimientos negativos, será posible que los niveles de ansiedad vuelvan a sus cotas normales.

Chan, Lee y Lieh-Mak (2000), mediante un estudio retrospectivo, entrevistan a través de cuestionarios estructurados a 66 personas con LM y a 40 de sus cónyuges para tratar de evaluar el ajuste psicosocial de las parejas de Hong Kong. Los cuestionarios que cumplimentaron los participantes en el estudio son: el “Levenson’s Internality”, el “Powerful Others” y el “Chance Scale” para evaluar *locus de control*; el “Provisión of Social Relationship” para medir la percepción de apoyo social; el “Ways of Coping Checklist” para estudiar las estrategias de afrontamiento; el “Dyadic Adjustment Scale” para el ajuste con la pareja; el “Beck Depression Inventory” para evaluar la depresión; el “Satisfaction with Life Situation” para ver la satisfacción con la vida y el “Katz Adjustment Scale- Relative Form” para evaluar el rol de ajuste social. Los resultados de las pruebas ponen de manifiesto que las personas con LM que estaban casados antes de sufrir la lesión tienden a ser más depresivos que los que contraen matrimonio después de la misma. Sin embargo, ambos grupos no difieren en términos de satisfacción con la vida. En cuanto a las parejas, aquellas que se mantienen desde antes de la lesión tienen puntuaciones más altas en dependencia y carga, es decir, estas personas se sienten más

atadas que los matrimonios que se forman después de aparecer la lesión. Como conclusiones del estudio, los autores ponen de manifiesto que la aparición de una LM no obstaculiza y cambia sólo la vida de la persona con LM sino también la de sus compañeros sentimentales. Una misma lesión puede provocar reacciones muy diferentes en función de la persona que la padezca y de su entorno. Por eso, temas como el *locus de control* y las habilidades y estrategias de afrontamiento a la nueva situación son básicas para ser evaluadas y trabajadas en todo proceso de rehabilitación.

Kennedy, Duff, Evans y Beedie (2003) se proponen como objetivo generalizar un estudio piloto donde se evalúan variables psicológicas, la auto-estima, el ajuste personal y la adaptación a la LM. Para ello, toman como modelo el programa “*Coping Effectiveness Training*” (CET), basado en las teorías sobre el estrés y el afrontamiento y donde se trata de dotar a los participantes de estrategias de afrontamiento y control de la nueva situación para lograr con éxito un buen ajuste psicológico. La muestra está formada por 45 personas que participan del modelo CET y y otras 40 personas que forman el grupo de comparación. En cuanto a la composición de la muestra, el 81% son varones y su media de edad se sitúa en 34.7 años. A lo largo del proceso, tres controladores son los encargados de evaluar las diferencias entre los participantes de ambos grupos. Las pruebas que cumplimentaron los sujetos son: el “*State Anxiety Inventory* (SAI), el “*Beck Depression Inventory*” (BDI), “*Coping Strategies*” (COPE), el “*Self-Perception Scale*” (SPS), el “*Functional Independence Measure*” (FIM) y el “*General Demographical Information*”. A los participantes se les evalúa en tres momentos, en primer lugar, antes de comenzar el tratamiento, en segundo lugar, justo después de finalizarlo, y en tercer lugar, a las seis semanas de finalizado el mismo. Los sujetos que participan en el CET presentan niveles más bajos de ansiedad y depresión. Sin embargo, en las estrategias de afrontamiento a la nueva situación no aparecen diferencias significativas en ambos grupos. En síntesis, este tipo de programas resultan eficaces en el proceso de rehabilitación de las personas con LM. Dos años más tarde, Kennedy, Taylor y Duff (2005), tomando como base la investigación de Kennedy et al. (2003), tratan de evaluar los efectos de la intervención en el afrontamiento, la ansiedad, la depresión y la auto-estima. Para ello, comparan los resultados obtenidos por los sujetos que participaron en el modelo CET en la primera investigación en el 2003 con un nuevo grupo no conocedor del mismo. Los resultados nos indican que variables como las estrategias de afrontamiento, la edad, el género, el nivel o tipo de la lesión no aparecen como factores predictores. Sin embargo, sí que lo hacen los ítems referentes a la auto-estima de los participantes y el intervalo de tiempo desde que se produce la lesión y se comienza el entrenamiento con el modelo CET. Es decir, cuanto más altos sean los sentimientos de auto-estima y menor el intervalo de tiempo desde la lesión a la rehabilitación, mejores y más óptimos serán los resultados.

Mason (1995) analiza en el presente estudio la relación entre las estrategias de afrontamiento, el nivel de la lesión y los cambios funcionales de las personas con LM. La muestra está formada por 30 hombres y mujeres con LM, de edades comprendidas entre los 18 y los 40 años que son evaluados en dos momentos diferentes, al inicio de su proceso de rehabilitación y al finalizar el mismo al cabo de dos años. Las pruebas que se les pasaron a los participantes fueron: el “*FIM*”, el “*Ways of coping Questionnaire*” y el “*43-ítem Millar Hope Scale*”. Los resultados muestran, en el momento de la admisión, una relación inversa entre el afrontamiento y el funcionamiento de la persona. No hay ninguna relación entre el nivel de la lesión y las estrategias de afrontamiento. Por

último, es importante destacar que las estrategias de afrontamiento de los participantes en el estudio mejoran de forma relevante al finalizar el proceso de rehabilitación.

Elfstrom, Ryden, Kreuter, Taft y Sullivan (2005) parten de considerar que las estrategias de afrontamiento son un factor clave y determinante para lograr un ajuste psicológico y social exitoso cuando una persona sufre una LM. Estos autores, tomando como base dicho argumento, tratan de estudiar la relación entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento, teniendo en cuenta las variables socio-demográficas, las clínicas y el apoyo social. En la investigación participan 256 personas con LM, las cuales llevan con la lesión al menos un año. Las pruebas que cumplimentan los sujetos son: el “*Spinal Cord Lesion-related Coping Strategies Questionnaire*”, el “*Spinal Cord Injury Quality of Life Questionnaire*” y el “*Short-Form 36 Health Survey Versión 2.0*”. Las estrategias de afrontamiento correlacionan positivamente con la calidad de vida. Es decir, cuanto mejor se acepte la discapacidad y se afronte la nueva situación, mejor será la calidad de vida de la persona con LM. En resumen, las estrategias de afrontamiento tienen una importancia vital en la rehabilitación de las personas con LM.

Alexander, Hwang y Sipski (2002) evalúan el ajuste psicológico de un grupo de madres con LM para con sus parejas y con sus hijos, una vez pasado el proceso de rehabilitación y recibida el alta terapéutica. En este estudio participan un total de 310 voluntarios agrupados en dos grupos. Uno de ellos está formado por 88 madres con LM, 46 parejas y 31 niños, y el otro por 84 madres sin discapacidad, 33 parejas y 28 niños. Las variables que se evalúan son el ajuste de los niños, la auto-estima, las actitudes de los niños hacia las madres, el ajuste de la familia, el estrés de las parejas sentimentales y la satisfacción con la vida. Cabe destacar que no hay diferencias relevantes en las variables analizadas ni en las madres, ni en los niños, ni en las familias tengan o no LM. Por tanto, que la madre tenga una LM no parece afectar al ajuste personal de los hijos, ni a las actitudes hacia ellas, ni a la auto-estima ni al funcionamiento de la familia. En síntesis, este tipo de estudios deberían darse a conocer a la población en general para acabar con mitos y falsos estereotipos que en ocasiones se crean en torno a las personas con discapacidad y, en concreto, hacia la mujer con LM.

Elfstrom, Kreuter, Ryden, Persson y Sullivan (2002) analizan el efecto de las estrategias de afrontamiento en el ajuste psicológico futuro de las personas con LM, controlando al mismo tiempo otras variables como son las socio-demográficas, las del apoyo social y las propias relativas a la discapacidad. La muestra del estudio está formada por 255 personas de la “*Gothenburg Spinal Injuries Unit*” en Suecia. Las estrategias de afrontamiento aparecen como factores predictores del ajuste psicológico. Así, personas con altos niveles de aceptación de la discapacidad presentan una baja ansiedad y una moral muy positiva. Por otra parte, un buen apoyo social está relacionado con pocos sentimientos de incapacidad e inutilidad. Las variables sociodemográficas y las clínicas aparecen como predictores muy débiles del ajuste psicológico, excepto en la variable educación. En esta última, niveles formativos superiores predicen niveles bajos de depresión y de obsesión. En conclusión, el afrontamiento es un predictor muy importante del ajuste psicológico futuro y, por tanto, debe ser tenido en cuenta en los tratamientos de rehabilitación de las personas con LM.

Isaksson, Skar y Lexell (2005) describen en su artículo cómo perciben las mujeres con LM los cambios en su red social después de la lesión y cómo estos cambios afectan a su habilidad para participar en sus ocupaciones ordinarias. En el estudio participan 13 mujeres entre 25 y 61 años las cuales son entrevistadas en dos ocasiones. En

ambas circunstancias a las participantes en el estudio se les pregunta acerca de su habilidad para participar en sus tareas comunes, sus relaciones dentro de su red social y los cambios sufridos en esta red de apoyo social después de la LM. Las mujeres demandan apoyo emocional y social. De esta manera, las participantes afirman que muchas de sus relaciones sociales disminuyen y terminan desapareciendo pero, sin embargo, suelen crear otras nuevas con personas con discapacidad. Como conclusiones de este estudio, los autores afirman que las mujeres con LM experimentan cambios en su red social de apoyos y que dichos cambios van a afectar a su habilidad para participar en la comunidad. Así, para adaptarse a su nueva situación, las mujeres tienen que desarrollar, de forma gradual, diferentes estrategias. El punto clave de esta investigación defiende la necesidad de que aparezcan personas en la red social de las mujeres con LM que desarrollen relaciones con ellas y les abran un camino en el proceso de rehabilitación puesto que en numerosas ocasiones las relaciones sociales previas a la lesión disminuyen o terminan desapareciendo.

Kennedy, Lowe, Grey y Short (1995) comparan la variable afrontamiento en una muestra de personas con LM agudas y otras de larga evolución. Sus resultados muestran que el grupo de agudos (N = 41) tiene más probabilidad de utilizar las estrategias de apoyo social, así como el consumo de drogas y alcohol; mientras que los de larga evolución (N = 30) utilizan más las estrategias centradas en la emoción. La aceptación, la negación y la desvinculación conductual son estrategias utilizadas por ambos grupos. Estos autores interpretan la correlación inversa entre afrontamiento y depresión obtenida en el grupo de agudos como reflejo del mayor grado de estrés al que se enfrentan en el momento de aparición de la lesión. A pesar de estas diferencias, los patrones de correlación entre las variables de afrontamiento y las de impacto psicológico son similares entre ambos grupos, lo cual apuntaría hacia la mayor eficacia de unas estrategias frente a otras, independientemente del tiempo de evolución de la lesión. No obstante, dada la naturaleza correlacional del estudio hay que ser cautos al hacer interpretaciones y tomar estos resultados como preliminares, pendientes de una posterior investigación.

Sable y Bocarro (2004) exponen las experiencias de un grupo de personas con LM que después del proceso de rehabilitación en los centros especializados vuelven a casa y deben reintegrarse en la comunidad. La muestra está formada por un total de 12 personas con LM (9 varones y 3 mujeres). Todos ellos participan durante el proceso de rehabilitación en un programa de promoción de salud comunitaria denominado "*Promoting Access, Transition and Health*" (PATH). Este programa trata de dotar con las herramientas necesarias a las personas con LM para que las utilicen posteriormente en su reinserción a la comunidad. Todos los participantes en el estudio son entrevistados con protocolos semi-estructurados, en los cuales se les pregunta de forma amplia y detallada sobre su vuelta a casa y su experiencia con el PATH. Los participantes consideran el PATH como un elemento fundamental en su proceso de rehabilitación y muy necesario para su reinserción social. Así, las principales ventajas que destacan de dicho modelo es que proporciona apoyo social y emocional, promueve y promueve la prevención de la salud, transmite educación e información sobre adaptaciones de equipos o cualquier tipo de programa y proporciona las herramientas necesarias para manejar y superar las barreras arquitectónicas que se encuentran en el exterior.

Llegados a este punto, y a modo de resumen de los estudios anteriormente expuestos, cabe destacar los siguientes aspectos:

- La rehabilitación del paciente es posible siempre que se tengan en cuenta sus estrategias de afrontamiento necesarias para conseguir un buen ajuste personal. En el proceso de rehabilitación, dichas estrategias de afrontamiento son evaluadas por medio de conductas observables y de logros cognitivos (Alden, 1992).
- Las estrategias de afrontamiento de los pacientes con LM van aumentando desde el comienzo del tratamiento rehabilitador, en el momento de su admisión en el centro, hasta el final cuando reciben el alta terapéutica (Mason, 1995).
- La aparición de una LM, siguiendo a Chan et al., 1995, no obstaculiza y cambia sólo la vida de la persona con LM sino también la de sus compañeros sentimentales. Una misma lesión puede provocar reacciones muy diferentes en función de la persona que la padezca y de su entorno. Por eso, temas como el *locus de control* y las habilidades y estrategias de afrontamiento a la nueva situación son básicas para ser evaluadas y trabajadas en todo proceso de rehabilitación.
- El ajuste psicológico es predecible teniendo en cuenta numerosas variables, entre ellas el afrontamiento, la valoración personal y los recursos de cada persona. La intervención psicológica debe dirigirse a promover un ajuste positivo sobre todo para aquellas personas con LM con alto riesgo de depresión. Y, la investigación en el futuro debe incluir el desarrollo de tratamientos específicos e individualizados en función de las necesidades de cada paciente (Alden, 1992; Galvin y Goodfrey, 2001).
- El ser madre con una LM no parece que afecte al ajuste personal de los hijos, a sus actitudes, a la auto-estima o al funcionamiento de la familia. Este tipo de información debería presentarse a la población en general para acabar con mitos y falsos estereotipos que en ocasiones se crean en torno a las personas con discapacidad y, en concreto, hacia la mujer con LM (Alexander et al, 2002).
- El afrontamiento personal es un predictor muy importante de los resultados futuros de ese sujeto a nivel de ajuste psicológico y, por tanto, debe ser tenido en cuenta en los tratamientos de rehabilitación de las personas con LM (Efstrom et al., 2002, 2005).
- Las mujeres con LM afirman que muchas de sus relaciones sociales disminuyen y terminan desapareciendo pero, sin embargo, suelen crear otras nuevas con personas con discapacidad. Estas mujeres experimentan cambios en su red social de apoyos y dichos cambios van a afectar a su habilidad para participar en la comunidad. Así, para adaptarse a su nueva situación, las mujeres tienen que desarrollar, de forma gradual, diferentes estrategias (Isaksson et al., 2005).
- Por lo tanto, siguiendo al mismo autor, se subraya la necesidad de aparezcan personas en la red social de las mujeres con LM que desarrollen relaciones con ellas y las ayuden a abrirse camino al finalizar el proceso de rehabilitación puesto que en numerosas ocasiones las relaciones sociales previas a la lesión disminuyen o terminan desapareciendo.
- Para finalizar, podemos concluir que el tema de la perspectiva de género aún no ha sido objeto de un abordaje científico serio, al menos en la variable afrontamiento.

Como síntesis de este apartado relativo a las estrategias de afrontamiento que los varones y mujeres con LM utilizan para enfrentarse a la nueva situación, podemos destacar un volumen interesante de publicaciones. En primer lugar, hemos encontrado artículos que hacen especial hincapié en afirmar que las estrategias de afrontamiento son un factor clave y determinante para lograr un ajuste psicológico y social exitoso cuando una persona sufre una LM (Efstrom et al., 2002, 2005). En segundo lugar, otros artículos siguiendo esta línea subrayan que el ajuste psicológico es predecible teniendo en cuenta numerosas variables psicológicas, entre ellas el afrontamiento, la valoración personal y los recursos psicológicos de cada persona (Alden, 1992; Galvin y Godfrey, 2001). En tercer lugar, otras investigaciones se centran en ver cómo afrontan la nueva situación los compañeros sentimentales (Chan et al., 2000) o los hijos de las mujeres con LM (Alexander et al., 2002). Por último, otro grupo de trabajos subrayan cómo en muchas ocasiones la red de apoyo social de las mujeres con LM disminuye o termina desapareciendo (Isaksson et al., 2005).

Una vez revisados los cuatro grupos de trabajo en los que hemos dividido este apartado dedicado al panorama actual en la investigación, pasamos a exponer una discusión sobre los estudios analizados. A continuación, presentamos las principales conclusiones a las que hemos llegado y cerraremos este apartado con un resumen de los puntos fundamentales abordados en esta parte teórica.

6.6. RESUMEN

En este capítulo sexto, hemos efectuado una revisión bibliográfica sobre la *LM y la perspectiva de género*. Sucesivamente, hemos ido presentando las investigaciones encontradas, en función del criterio de clasificación y las conclusiones de cada uno de los subgrupos. De acuerdo con el criterio de clasificación utilizado, *la relación de los temas abordados en las publicaciones en función de nuestro objetivo de trabajo*, hemos dividido a las publicaciones en cuatro grandes subgrupos. En primer lugar, *publicaciones sobre LM y perspectiva de género*, donde se abordan los problemas específicos derivados de la perspectiva de género y, en concreto, el de la *doble discriminación*, incluyendo aspectos como la calidad de vida en la mujer con LM y el tema más reciente del envejecimiento de las personas con LM de edad. En segundo lugar, *publicaciones sobre sexualidad y reproducción*, donde hablamos de las publicaciones que hacen referencia a la actividad sexual y a los cambios que esta experimenta cuando a una mujer le sobreviene una LM. En tercer lugar, *publicaciones sobre estudios comparativos*, donde incluimos todas aquellas publicaciones que comparan directamente bajo la perspectiva de género diferentes aspectos que afectan a la vida de hombres y mujeres con LM. Por último, en cuarto lugar, *publicaciones sobre aspectos psicológicos*, donde recogemos todas las investigaciones relacionadas con las variables psicológicas que resultan objetivo nuestro estudio, aunque ordenadas en función de su presencia en la bibliografía: *depresión, ansiedad, motivación y temas conexos, extraversión y neuroticismo, locus de control y afrontamiento*.

A lo largo de este apartado de revisión bibliográfica, se han encontrado pocos artículos que analizaran las variables psicológicas en la mujer con LM, en comparación con el gran número de ellos que abordan éstas para varones y se han presentado limitaciones metodológicas de algunas de las investigaciones. Además, en muchos trabajos se mezclan las variables psicológicas a estudiar (depresión, ansiedad, afrontamiento, etc.), no quedando muy claro qué es lo que se evalúa y cuáles son los objetivos de la investi-

gación. El objetivo parece ser buscar una “*supuesta personalidad*” del LM. Y así, en función del género, se analiza si son las mujeres o los varones más o menos depresivos, ansiosos, extravertidos, neuróticos, etc., no llegando en ningún caso a un acuerdo en cuanto a la supuesta influencia del mismo.

Muchas de las publicaciones presentadas proponen tratamientos psicológicos durante el proceso de rehabilitación para evaluar, controlar y potenciar las variables psicológicas. Sin embargo, la medicación con fármacos (sustancias psicotrópicas) parece la principal vía para solucionar los problemas psicológicos, sobre todo los de ansiedad y depresión, en numerosos centros de rehabilitación de personas con LM.

Se ha enfatizado el importante papel que juegan los profesionales en los procesos de rehabilitación de este colectivo de personas con LM. Sin embargo, son muchos los que admiten su desconocimiento sobre ciertos temas (sobre todo los relativos a sexualidad), la falta de información al respecto y el no considerar el asesoramiento a las personas con LM como parte fundamental o importante en su trabajo. La mayor parte de las publicaciones abogan por el “*asesoramiento terapéutico*” y la transmisión de una adecuada “*información y educación*”, en especial en el ámbito sexual, como objetivos básicos de la rehabilitación integral de la persona con LM.

Durante demasiado tiempo la atención se ha centrado en el colectivo de la discapacidad en general, mientras que la perspectiva de género no ha resultado tema de interés en la literatura. Es necesario fomentar políticas que favorezcan a las mujeres con discapacidad que sufren *doble discriminación* para poder avanzar hacia la plena integración. Este colectivo sufre situaciones discriminatorias en su vida cotidiana, que afectan a diversos ámbitos como son la educación, el empleo, la sanidad, la familia, las relaciones sociales, etc., que impiden el pleno y digno desarrollo personal, social y profesional de esas mujeres con discapacidad.

7. DISCUSIÓN

En las siguientes páginas vamos a presentar los aspectos más relevantes expuestos en la revisión bibliográfica. Sin olvidarnos que dicha revisión tiene como fin último conocer la literatura científica disponible sobre la perspectiva de género y la LM, para en la parte empírica de nuestro trabajo comparar y estudiar las diferencias entre varones y mujeres en las escalas psicológicas de la EMELM (*depresión, ansiedad, motivación y temas conexos, extraversión-neuroticismo, locus de control y afrontamiento*) y analizar si dichas diferencias son reales y se pueden achacar a la situación de discriminación que sufren las mujeres.

En primer lugar, algo que debemos tener en cuenta para ubicarnos en la realidad que nos ocupa es que el tema de la *perspectiva de género en la discapacidad* es algo novedoso, muy reciente y con poca trayectoria histórica, ya que durante muchos años la atención se ha centrado más en la discapacidad en general, sin haber tenido en cuenta esta nueva perspectiva. Como ya adelantamos, más de la mitad de la población europea con discapacidad son mujeres y se sienten discriminadas por una doble vertiente, en primer lugar, frente a los hombres y, en segundo lugar, frente al resto de mujeres sin discapacidad (Malasaña, 2003).

Obviamente, por todos es sabido que la discapacidad afecta tanto a hombres como a mujeres. Sin embargo, las mujeres son las más afectadas y éste es precisamente, el objetivo de nuestra investigación. Este colectivo sufre situaciones discriminatorias en su vida cotidiana, que afectan a diversos ámbitos como el formativo, el sanitario y el social. Como correlato resulta necesario fomentar políticas que favorezcan a las mujeres con discapacidad que sufren *doble discriminación* para poder avanzar hacia la plena integración y la no discriminación (Quispe, 2003).

Para comenzar, un tema que nos planteamos revisar desde la perspectiva de género, fue la sexualidad y los cambios relacionados con la misma al sobrevenir una LM. En la práctica totalidad de las publicaciones revisadas se está de acuerdo en la necesidad de asesoramiento sexual en el proceso de rehabilitación, en una adecuada transmisión de la información y en que los profesionales pongan en marcha las intervenciones terapéuticas más adecuadas en cada caso (Charlifue et al., 1992; Ferreiro-Velasco et al., 2004; Kettl, 1991; Lysberg y Severinsson, 2003; Sipski, 1993; Sipski y Alexander, 1993; Whipple et al., 1996; Zwerner, 1982). Una crítica que hace la mayoría de las publicaciones radica en que muy pocas personas con LM han recibido algún tipo de información o apoyo sobre temas de sexualidad y demandan más intervención en este sentido (Charlifue et al., 1992; Ferreiro-Velasco et al., 2004; Kettl, 1991; Sipski, 1993; Zwerner, 1982). Datos de este tipo, no nos pueden sorprender si consideramos que la sexualidad ha sido a lo largo de la historia un tema tabú y continúa siéndolo para una buena parte de la sociedad.

En líneas generales, la literatura no ha dedicado demasiado tiempo a comparar de forma explícita las diferencias en función del género en las personas con LM. De esta forma, han sido pocos los estudios que hemos encontrado de estas características que nos aporten datos interesantes acerca de cómo se encuentra el campo de la investigación el ámbito del género y la LM. Una de las variables más estudiadas es, sin duda, la percepción de "*bienestar*" de los hombres y mujeres con LM, en la que sin duda el grupo de trabajo de Krause encabeza todas las investigaciones sobre el tema. En general, son las mujeres las que puntúan más bajo en temas de satisfacción con la salud y con la vida familiar y, sin embargo, reflejan las puntuaciones más altas en relaciones interpersonales y en satisfacción con el personal sanitario (Krause, 1998; Krause y Anson, 1997; Krause y Broderick, 2004; Krause et al., 2004). Otro tema muy estudiado es la prevalencia y la percepción del dolor. Y, aunque las diferencias en función del género no resultan significativas, si es cierto que las mujeres consumen más analgésicos, opiáceos y anti-inflamatorios no esteroides (Budh et al., 2003). Sin embargo, en ningún estudio buscan la causa de este consumo superior en el grupo de las mujeres. Por ende, sería interesante que estudios de este tipo no se limitaran a dar tasas y porcentajes de consumo sino que fueran más allá y buscasen la causa del problema, pues al fin y al cabo, es lo que realmente importa.

Una vez realizada esta primera toma de contacto, quisimos conocer cómo se encontraba el estado de las publicaciones que conectaban directamente con nuestro objetivo. Hemos estudiado los trabajos que de una forma u otra hacían mención a las variables psicológicas implicadas en la LM, en concordancia con los objetivos propuestos en la parte empírica de este trabajo. Dichas variables son: *depresión, ansiedad, motivación y temas conexos, extraversión-neuroticismo, locus de control y afrontamiento*.

Dentro de las variables psicológicas implicadas en la adaptación a la LM, es necesario subrayar la disparidad de opiniones que la literatura científica aporta sobre el

tema de la depresión y el género. Así, hemos encontrado algunos artículos donde las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva (Fuhrer et al., 1993; Hughes et al., 2001; Kennedy y Evans, 2001) y otras publicaciones donde los hombres y sobre todo si son jóvenes son los más vulnerables a presentar cuadros depresivos (Laatsch y Shahani, 1996). No existe, por lo tanto, unanimidad ni acuerdo para determinar si la variable género puede ser relevante en el desarrollo de la depresión en los varones y mujeres con LM. Sin embargo, una variable que sí parece relevante en la depresión es el momento del proceso de rehabilitación en el que se realiza la evaluación. Bajo este punto de vista, los meses iniciales y los últimos antes de volver a casa parecen ser los marcadores donde los índices en depresión alcanzan sus cotas más altas (Brown et al., 1999; Kennedy y Rogers, 2000). Por otra parte, también hemos presentado investigaciones donde se evaluaban otros temas como el índice de suicidios en la población con LM (Hartkopp et al., 1998), el consumo y abuso de drogas y déficits neurológicos previos a la lesión (Dryden et al., 2005) y la medicación excesiva con sustancia psicotrópicas para reducir los síntomas de ansiedad y depresión (Osteraker y Levi, 2005).

Si nos fijamos en los trabajos referentes a las variables ansiedad, motivación y otros temas conexos, podemos observar la diversidad de temas que abordan dichas variables en las personas con LM. Así, hemos encontrado algunos artículos donde se hace especial mención a la importancia de la motivación en el proceso de rehabilitación de las personas con LM (Brillhart y Jonson, 1997; Gorski et al., 2005) y otros donde la ansiedad ante la muerte se refleja como variable predictora de cara a desarrollar estrés postraumático en un futuro (Martz, 2004; Martz y Livneh, 2003). Otros temas que hemos localizado en la revisión son el estudio sobre la prevalencia de desórdenes psicológicos debidos al abuso de sustancias (alcohol y otro tipo de drogas) en la población con LM (Weingardt et al., 2001), las diferentes fases de adaptación por las que pasa un LM como predictoras de su estabilidad emocional (Martz, 2002) y las principales barreras que dificultan la participación en los deportes de las personas con LM (Tasiemski et al., 2004). Sin embargo, como elemento crítico a este conjunto de publicaciones cabe destacar tres cuestiones. En primer lugar, en la mayoría de estos trabajos se analizan de forma conjunta las variables de ansiedad y depresión, no dejando muchas veces claro cuál de ellas se pretende evaluar. En segundo lugar, la mayoría de los artículos hallados sobre ansiedad y motivación no hacen mención a las diferencias de dichas variables en función del género. Y, por último, en tercer lugar y no menos importante para nuestro objetivo de estudio, hay que destacar que no hemos encontrado ningún trabajo que trate el tema de la ansiedad o de la motivación en la mujer con LM.

En cuanto a la extraversión o el neuroticismo, podemos decir que sólo localizamos una publicación que estudiase dichas variables, comparando las supuestas diferencias entre hombres y mujeres con LM (Richardson y Tupper, 1975). Además, no hemos encontrado ni un sólo trabajo que hiciese mención de estas variables referidas a la mujer con LM. Por otra parte, han sido varios los trabajos presentados donde se mezclan las variables de estudio, sin dejar claro en la mayoría de las investigaciones qué es lo que se pretende estudiar (De Carvalho et al., 1998) y, también, otros donde aunque el objetivo sea estudiar la extraversión y el neuroticismo, se comparan las personas con LM bien con grupos con lesiones no traumáticas (Malec, 1985) o con otros sin ningún tipo de LM (Bockian et al., 2003; Heinrich, 1996), pero nunca entre varones y mujeres que sería lo deseado para nuestro trabajo.

En el bloque de publicaciones sobre el *locus de control*, hemos comprobado la importancia que tienen los trabajos relacionados con la puesta en marcha de terapias

psicológicas para mantener un buen ajuste en los sujetos que sufren una LM (Craig et al., 1998, 1999; Fiedler, 1998). Otras de las investigaciones presentadas han dirigido su atención a mostrar la evolución que determinadas variables como la auto-estima y algunos sentimientos como el fatalismo o la desesperación sufren a lo largo de los dos primeros años de sufrir la lesión (Craig et al., 1994; Hancock et al., 1993). Por último, hemos recogido otros trabajos que consideran al *locus de control* como marcador subjetivo crucial a la hora de determinar la calidad de vida, la productividad, la satisfacción con las actividades de la vida diaria y con la inserción en la comunidad (Boschen, 2003).

En el apartado relativo a las estrategias de afrontamiento han sido varias las publicaciones relacionadas con las estrategias que varones y mujeres con LM utilizan para enfrentarse a la nueva situación. En primer lugar, hemos encontrado artículos que hacen especial hincapié en afirmar que las estrategias de afrontamiento son un factor clave y determinante para lograr un ajuste psicológico y social exitoso cuando una persona sufre una LM (Efstrom et al., 2002, 2005). En segundo lugar, otros artículos siguiendo esta línea subrayan que el ajuste psicológico es predecible teniendo en cuenta numerosas variables psicológicas, entre ellas el afrontamiento, la valoración personal y los recursos psicológicos de cada persona (Alden, 1992; Galvin y Godfrey, 2001). En tercer lugar, otras investigaciones se centran en ver cómo afrontan la nueva situación los compañeros sentimentales (Chan et al., 2000) o los hijos de las mujeres con LM (Alexander et al., 2002). Por último, otro grupo de trabajos subrayan cómo en muchas ocasiones la red de apoyo social de las mujeres con LM disminuye o termina desapareciendo (Isaksson et al., 2005). Sin embargo, es necesario destacar que no hemos encontrado ninguna publicación con un abordaje directo del afrontamiento desde la perspectiva de género.

En síntesis, estamos en condiciones de afirmar que hemos encontrado estudios generales sobre la LM relativos al género pero, sin embargo, son pocos los artículos dedicados a la evaluación específica de variables psicológicas tanto en la mujer como en función del género, es decir, comparando las diferencias que pudieran existir entre varones y mujeres con LM.

Se trata de buscar, como constante en las publicaciones, una supuesta personalidad del lesionado medular (Fuhrer et al., 1993; Hughes et al., 2001; Kennedy y Evans, 2001; Laatsch y Shahani, 1996). Así, en función del género, se analiza si son las mujeres o los varones más o menos depresivos, ansiosos, extravertidos, neuróticos, etc., no llegando en ningún caso a un acuerdo en cuanto a la supuesta influencia del mismo. Es este un tópico muy antiguo, tal y como señalan Aguado y Alcedo (1995b), que trata de relacionar determinadas características de la personalidad con la discapacidad física. Nosotros mantenemos la misma línea que Shontz (1983) cuando niega que exista relación entre el tipo de discapacidad y el grado de ajuste de la personalidad.

Por tanto, debido la situación actual parece fundamental intensificar la investigación sobre el género y la LM puesto que hemos comprobado que las mujeres tienen una serie de necesidades que no han sido estudiadas ni analizadas en la literatura, donde existe un gran vacío en torno al tema (Estores y Sipski, 2004). De igual forma, se echan en falta estudios de seguimiento.

Por último, es muy importante cuidar la metodología en las investigaciones. Sería necesario y conveniente tener un mayor rigor experimental (Estores y Sipski, 2004; Willmuth, 1987). Gran parte de la investigación es realizada con grupos no aleatorios o

con muestras simples donde se mezclan varones y mujeres con LM sin ningún tipo de grupo control con el que poder comparar los resultados obtenidos.

En resumen, la perspectiva de género en la LM resulta un tema novedoso y reciente en su estudio, al mismo tiempo que está despertando un gran interés en la actualidad. Tal y como adelantamos al comienzo de esta revisión y siguiendo a Quispe (2003), consideramos importante el fomento y desarrollo de políticas que favorezcan a las mujeres con LM que puedan sufrir la *doble discriminación* para, de esta forma, poder avanzar hacia su plena integración y aceptación en la sociedad.

8. CONCLUSIONES

De lo obtenido tras la revisión de estas publicaciones disponibles podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- El objetivo de la investigación suele ser la discapacidad en general, mientras que la perspectiva de género ha captado menos atención. Es necesario desarrollar la investigación sobre este campo que no ha sido ni estudiado ni analizado en profundidad por la literatura, razón por la cual existe un enorme vacío.
- A lo largo de la revisión, hemos encontrado pocos artículos que analizaran las variables psicológicas en función de la perspectiva de género. En estas publicaciones se busca como constante una "*supuesta personalidad*" del LM.
- En función del género, se analiza si son las mujeres o los varones más o menos depresivos, ansiosos, extravertidos, neuróticos, etc., no llegando en ningún caso a un acuerdo en cuanto a la supuesta influencia del mismo.
- Predominio de carácter médico y neurofisiológico que queda patente en algunos de los trabajos. Quizá esto sea debido a que muchas de las investigaciones han sido llevadas a cabo en hospitales y dirigidas por médicos y psiquiatras.
- En aquellas investigaciones donde se analizan variables psicológicas, no se hace una evaluación clara y sistematizada de las mismas. Al contrario, se tienen a mezclar muchas de ellas (depresión, ansiedad, afrontamiento, etc.), no quedando claro qué es lo que se evalúa y cuáles son los objetivos de la investigación.
- En el proceso de rehabilitación el papel de los profesionales es básico y fundamental. De tal forma, temas como el "*asesoramiento terapéutico*" y la transmisión de una adecuada "*información y educación*", en especial en el ámbito sexual, son objetivos básicos en la rehabilitación integral de la persona con LM.
- Las terapias psicológicas, en especial la terapia cognitivo-conductual, se consideran elementos prioritarios en el proceso de rehabilitación para evaluar, controlar y potenciar las variables psicológicas. A pesar de ello, la medicación con fármacos (sustancias psicotrópicas) parece la vía principal para solucionar los problemas psicológicos, sobre todo los relativos a la ansiedad y la depresión, en muchos centros de rehabilitación.

- La metodología utilizada en muchas de las intervenciones no cumple los requisitos de rigor científico (fiabilidad y validez) que debería.
- Existen varios ámbitos (educación, empleo, familia, sanidad, etc.) en los cuales las mujeres con discapacidad son objetivos de discriminación. Es, por tanto, necesario fomentar políticas que favorezcan a las mujeres con discapacidad que sufren *doble discriminación* para poder avanzar hacia la plena integración.

A continuación, presentamos un resumen de los principales aspectos abordados en esta parte teórica.

9. RESUMEN DE LA PARTE TEÓRICA

Como señalamos previamente, en la justificación de este trabajo, nuestra investigación se enmarca en la línea de estudios centrados en el abordaje de los aspectos psicológicos implicados en la rehabilitación de las personas con discapacidad física desde la perspectiva de género. Más en concreto, esta tesis doctoral se centra en comparar y estudiar las diferencias entre varones y mujeres en las escalas psicológicas de la EMELM (*extraversión, neuroticismo, ansiedad de ejecución, motivación, locus de control, afrontamiento y depresión*) y analizar si dichas diferencias son reales y se pueden achacar a la situación de discriminación que sufren las mujeres, o a la inversa.

A lo largo de esta parte teórica hemos ido presentando diferentes apartados necesarios para comprender la problemática que nos ocupa y delimitar y definir nuestro campo de trabajo.

Para conseguir tales objetivos, en primer lugar hemos abordado el apartado relativo a la LM (*capítulo 3*). Hemos expuesto su definición, cuáles son sus características etiológicas y epidemiológicas, y las principales consecuencias que de ella se derivan tanto en el ámbito físico como psicológico. Hemos empezado explicando lo que es la médula espinal y la función que desempeña, como parte del sistema nervioso central, al conectar el encéfalo con el resto del cuerpo, transmitiendo los impulsos nerviosos de forma activa. También hemos expuesto las diferentes clasificaciones que pueden hacerse de la lesión atendiendo a diferentes aspectos asociados a la LM. En relación con la etiología de la lesión, la mayoría de los estudios señalan como causa principal las lesiones traumáticas, las cuales ocupan en torno al 75% de los casos. Sobre la epidemiología de la LM, hemos comprobado que afecta sobre todo a varones, jóvenes (un 62% entre 15 y 29 años), y residentes en zonas urbanas. En general, la ratio más aceptada es de 4:1, es decir cuatro hombres por cada mujer. Sin embargo, no es una máxima para todos los estudios. Por ejemplo, en nuestra investigación el porcentaje de mujeres será más elevado. Como bien podemos comprobar, ser varón y menor de 30 años constituye un factor de riesgo importante a la hora de sufrir una lesión. En cuanto a las consecuencias que la lesión acarrea se encuentran, por un lado, las físicas, donde encontramos que el daño producido en la médula no sólo afecta al sistema motor y al movimiento de las extremidades, sino que también aparecen toda una serie de síntomas, no tan evidentes a simple vista, pero que provocan alteraciones importantes. Por otro lado, sobre las consecuencias psicológicas que la lesión trae consigo hemos expuesto la divergencia existente en el campo de la ciencia entre el “*modelo de las etapas*” y el “*modelo de las diferencias individuales*”, dejando muy claro nuestra enmarcación en este último modelo

como punto de partida para esta investigación. Modelo que postula como principio básico que cada sujeto experimenta su propio y específico proceso de adaptación a la LM.

En el siguiente apartado hemos profundizado en el campo de la psicología de la rehabilitación (*capítulo 4*). A lo largo de estas páginas hemos debatido la adaptación de la persona a la LM desde los diferentes enfoques y presentado las principales variables que se han estudiado en torno a la adaptación a la lesión de las personas con LM. Hemos expuesto el surgimiento de la psicología de la rehabilitación durante la *II Guerra Mundial*, con la toma de conciencia de la incidencia e importancia de los factores psicológicos y sociales en la rehabilitación y la entrada de nuevos profesionales. También, hemos tratado su desarrollo en estrecha relación con el devenir histórico del *movimiento rehabilitador*. Surgida inicialmente para atender a los mutilados y veteranos de guerra, la psicología de la rehabilitación vio extender sus avances y aportaciones a todas las discapacidades físicas, a la vez que se afirmaba la necesidad de considerar no sólo las variables físicas, sino también las psicológicas y sociales. A la hora de buscar una definición de psicología de la rehabilitación, la consideramos como un área de especialidad que tiene una serie de subáreas, temas, roles y principios compartidos por los psicólogos que trabajan en el campo de la rehabilitación y que son distintivos y característicos de tal especialidad. Con relación a la adaptación del sujeto a la lesión, hemos visto que ha sido necesaria una evolución de los enfoques, la incorporación del modelo biopsicosocial, las teorías del estrés y del estudio del afrontamiento, los principios de la intervención comunitaria y las aportaciones derivadas de las ciencias de la salud, para llegar a los principios de multidimensionalidad y de abordaje integral de la rehabilitación que compartimos hoy en día. En general, se suele admitir la existencia de dos enfoques principales en el estudio de la adaptación a la LM: el modelo de las *etapas* y el modelo de las *diferencias individuales*. La trayectoria seguida por la psicología de la rehabilitación en el estudio de las variables psicológicas en el proceso de adaptación podríamos resumirla como un largo camino que tiene su comienzo en el modelo de las etapas, centrado en el estudio de la reacción emocional, el proceso único de adaptación y la personalidad del lesionado medular, hasta la llegada de estudios cuyos resultados apoyan la existencia de diferencias individuales. Bajo este panorama, hemos explicado la inexistencia de un modelo global, la gran importancia de las variables psicológicas en este proceso, por tanto, la defensa del modelo de las diferencias individuales como alternativa a la circularidad del modelo de las etapas. Aceptada la importancia del estudio de los aspectos psicológicos en la adaptación a la LM, terminamos exponiendo aquellas variables que han sido más objeto de estudio por los investigadores tales como la depresión, el *locus de control* o el afrontamiento y que formarán parte de nuestro objeto de estudio en este trabajo.

En el capítulo siguiente, hemos debatido la perspectiva de género en la LM (*capítulo 5*). A lo largo de este capítulo hemos sentado las bases sobre los conceptos de género y perspectiva de género, dejando clara la distinción entre sexo y género. También hemos intentado describir el trato discriminatorio que han recibido a lo largo de la historia las mujeres y, en especial, aquellas con algún tipo de discapacidad. Al tiempo que hemos expuesto los principales ámbitos en que dichas mujeres están marginadas tales como la integración social y laboral, la educación, la salud, la sexualidad y la violencia. A continuación, presentamos el recorrido histórico necesario para llegar al reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. Por último, en cuanto a las demandas y propuestas de actuación futuras cabe destacar la necesidad de cubrir la formación de mujeres con discapacidad para favorecer su plena inserción socio-laboral,

pero no conformándose con un modelo de formación tradicional, sino exigiendo una formación basada en valores de solidaridad y tolerancia, incluyendo la perspectiva de género en la educación. En síntesis, hemos comprobado que el tema de la *doble discriminación* en las mujeres con discapacidad se aborda de forma genérica, globalizadora, es decir, no se hacen distinciones entre los distintos tipos de discapacidad (en concreto, no hemos encontrado nada específico en LM) a la hora de incidir en los ámbitos de exclusión, en las demandas o en las propuestas de actuación futuras del colectivo al que nos estamos refiriendo. Lógicamente, nosotros consideramos que en función del tipo de discapacidad, dichas demandas, propuestas y ámbitos de discriminación no van a ser los mismos y, por tanto, sería necesario un análisis y estudio específico de cada una de las discapacidades.

Por último, hemos realizado una precisa y detallada revisión bibliográfica sobre la *LM y la perspectiva de género* (capítulo 6). De acuerdo con el criterio de clasificación utilizado, *la relación de los temas abordados en las publicaciones en función de nuestro objetivo de trabajo*, hemos dividido a las publicaciones en cuatro grandes subgrupos: *publicaciones sobre LM y perspectiva de género*, *publicaciones sobre sexualidad y reproducción*, *publicaciones sobre estudios comparativos* y *publicaciones sobre aspectos psicológicos*, donde recogemos todas las investigaciones relacionadas con las cinco variables psicológicas que resultan objetivo de nuestro estudio, aunque ordenadas en función de su presencia en la bibliografía: *depresión*, *ansiedad*, *motivación* y *temas conexos*, *extraversión* y *neuroticismo*, *locus de control* y *afrontamiento*. Finalmente, terminamos este apartado con la discusión de los resultados (capítulo 7) y las principales conclusiones (capítulo 8) de esta revisión teórica.

A lo largo de este apartado de revisión bibliográfica, hemos encontrado pocos artículos que analizaran las variables psicológicas en la mujer con LM. La tónica general en las publicaciones es buscar una “*supuesta personalidad*” del LM. Así, en función del género, se analiza si son las mujeres o los varones más o menos depresivos, ansiosos, extravertidos, neuróticos, etc., no llegando en ningún caso a un acuerdo en cuanto a la supuesta influencia del mismo.

También se han presentado limitaciones metodológicas de algunas investigaciones, la inadecuación de su estudio y la necesidad de validar instrumentos para su evaluación. El problema fundamental es la escasa conexión con el tratamiento, dado que la evaluación cumple una función meramente calificadora y clasificadora, sin integrarse en el proceso de rehabilitación (Aguado, 1989b, 1994; Aguado y Alcedo, 1995a, 1999). Este es el contexto en el que nace la “*Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con Lesión Medular*” (EMELM), diseñada para evaluar aspectos psicológicos, físicos y socioambientales, con el fin de ser útil a todo el equipo rehabilitador y de la que ya se han presentado varios resultados (Aguado et al., 1994; Aguado et al., 1997; Rueda, 2001). Algunos de los componentes de la EMELM, en concreto, las escalas relativas a las variables psicológicas, el “*Cuestionario de E-N de extraversión y neuroticismo*”, el “*Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*”, el “*Cuestionario LUCAM de locus de control*”, el “*Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*”, el “*Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento*” y el “*Inventario de depresión de Beck*”, van a ser empleadas como instrumento de evaluación en la parte empírica de nuestro trabajo donde analizaremos si la *doble discriminación* existente en nuestra sociedad se traduce en algún perfil psicológico específico a través de dichas escalas. A continuación, pasamos a presentar dicha parte empírica.

PARTE EMPÍRICA

10. INTRODUCCIÓN

En la parte empírica de este trabajo vamos a presentar, en primer lugar, los objetivos, tanto generales como específicos, y las hipótesis de partida de nuestra investigación. Posteriormente, en segundo lugar, mostramos la metodología utilizada en nuestro estudio, explicamos cómo se produjo la selección de la muestra y cuáles fueron los instrumentos de evaluación utilizados. Por último, en tercer lugar, presentamos los resultados obtenidos, una discusión sobre los mismos y las principales conclusiones a las que hemos llegado.

11. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

11.1. OBJETIVOS

Como anteriormente hemos señalado, este trabajo de investigación nace a raíz del interés del equipo del Profesor Aguado por la LM, tema en el que actualmente continuamos trabajando. En este contexto, el *objetivo general* de este estudio, cuya parte empírica estamos empezando a desarrollar, es el siguiente:

- Analizar si la *doble discriminación* existente en nuestra sociedad se traduce en algún perfil psicológico específico medido a través de las escalas psicológicas.

Dentro de este *objetivo general*, los *objetivos específicos* que nos proponemos son los presentados a continuación:

- I. Comparar la supuesta variabilidad inter-grupos (mujeres-hombres) en las escalas psicológicas.
 - I.a. Comparar las puntuaciones entre los grupos (mujeres-hombres) para ver si hay diferencias significativas en las escalas psicológicas o, por el contrario, las variaciones inter-grupo no aportan resultados significativos.
- II. Estudiar la variabilidad en el grupo de las mujeres (intra-grupo) en las escalas psicológicas.
 - II.a. Análisis de las posibles diferencias en el grupo de las mujeres en las escalas psicológicas en función de una serie de variables clínicas relacionadas con la discapacidad como el *tipo de lesión*, la *fecha de alta médica*, la *causa de reingresos*, la *etiología*, el *nivel de la lesión*, el *tiempo de hospitalización*, el *número de reingresos*, la *edad de adquisición de la LM* y el *tiempo transcurrido con la LM*.
 - II.b. Análisis de las posibles diferencias en el grupo de las mujeres en las escalas psicológicas en función de una serie de variables de carácter socio-demográfico como la *edad*, el *nivel de estudios*, el *estado civil* y la *ocupación*.

11.2. HIPÓTESIS

Para la consecución de tal *objetivo general* y de tales *objetivos específicos*, postulamos como *hipótesis de trabajo* las siguientes:

Hipótesis 1. No habrá diferencias significativas en las escalas psicológicas en función del género. No aparecerá, por tanto, un perfil psicológico en el grupo de las mujeres que justifique la *doble discriminación*.

Subhipótesis 1.1. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo* (Pelechano, 1972).

Subhipótesis 1.2. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución* (Pelechano, 1974).

Subhipótesis 1.3. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario LUCAM de locus de control* (Pelechano y Báguena, 1983).

Subhipótesis 1.4. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (Pelechano, 1992; Pelechano, Matud y de Miguel, 1993).

Subhipótesis 1.5. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento* (Pelechano, 1992; Pelechano et al., 1993).

Subhipótesis 1.6. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Inventario de depresión de Beck* (Conde, Esteban y Useros, 1976).

Hipótesis 2. No habrá relación entre las variables clínicas y las puntuaciones obtenidas en las escalas psicológicas en el grupo de las mujeres.

Subhipótesis 2.1. No existirá relación significativa entre el tipo de lesión y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo*, *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*, *Cuestionario LUCAM de locus de control*, *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*, *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento* e *Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 2.2. No existirá relación significativa entre la fecha de alta médica y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo*, *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*, *Cuestionario LUCAM de locus de control*, *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*, *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento* e *Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 2.3. No existirá relación significativa entre las causas de reingresos y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 2.4. No existirá relación significativa entre la etiología de la discapacidad y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 2.5. No existirá relación significativa entre el nivel de la lesión y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 2.6. No existirá relación significativa entre el tiempo de hospitalización y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 2.7. No existirá relación significativa entre el número de reingresos y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 2.8. No existirá relación significativa entre la edad de adquisición de la LM y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 2.9. No existirá relación significativa entre el tiempo transcurrido con la LM y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo,*

Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck).

Hipótesis 3. Aparecerán diferencias en las seis escalas psicológicas en función de determinadas variables socio-demográficas en el grupo de las mujeres.

Subhipótesis 3.1. Existirán diferencias significativas entre la edad y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 3.2. Existirán diferencias significativas entre el nivel cultural y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 3.3. Existirán diferencias significativas entre el estado civil y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Subhipótesis 3.4. Existirán diferencias significativas entre la ocupación y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

En pro de tal *objetivo general* y de tales *objetivos específicos* y con tales *hipótesis de trabajo* se plantea la siguiente metodología.

12. MÉTODO

12.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a describir los aspectos metodológicos del trabajo de campo realizado. En primer lugar, explicaremos el procedimiento utilizado para selec-

cionar la muestra. A continuación, presentaremos las características de la misma en función de una serie de variables socio-demográficas y clínicas. Y, finalmente, expondremos los instrumentos utilizados en nuestra investigación.

12.2. PROCEDIMIENTO

La selección de la muestra ha sido realizada en función de una serie de criterios considerados como requisitos básicos en nuestra investigación, con el objetivo de conseguir una muestra heterogénea y representativa. Como fruto de esta selección contamos con una muestra de ciento cuarenta y tres personas con LM, número que puede considerarse representativo de la población objeto de estudio, localizadas a través de varias asociaciones de Asturias, Vizcaya y Valladolid.

Los criterios de selección de la muestra seguidos durante todo el proceso de validación de la EMELM fueron los siguientes:

- Personas con LM crónica con al menos un año de evolución.
- Todos han de haber finalizado la rehabilitación médico-funcional.
- Han de ofrecer variabilidad en función de las variables clínicas, en especial etiología, tipo y nivel de la LM.
- La variable género 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.
- Han de mostrar un nivel educativo básico como mínimo, que garantice la alfabetización y la correcta comprensión de los cuestionarios.

Inicialmente procedimos a contactar con los sujetos a través de las unidades de rehabilitación de centros sanitarios y de organizaciones no gubernamentales en Asturias, Vizcaya y Valladolid. De hecho, la captación de personas con LM ha sido realizada a través de centros sanitarios y de asociaciones de personas con discapacidad. Así, han colaborado con nosotros las siguientes entidades:

- *ASPAYM - Principado de Asturias*, Asociación de Paraplégicos y Grandes Minusválidos.
- El Hospital Enrique Sotomayor de Cruces (Vizcaya).
- La Federación Coordinadora de Disminuidos Físicos de Vizcaya.
- *BIZKEL*, Asociación de LM de Vizcaya.
- *IGON*, Asociación para la Inserción Sociolaboral de Personas con Discapacidad Física y/o Sensorial de Vizcaya.

- Asociaciones de Valladolid.

El estudio de campo tuvo lugar entre abril de 1994 y noviembre de 2002, y ha sido realizado en tres zonas geográficas diferentes: Asturias, Vizcaya y Valladolid.

En todos los casos contactamos con los responsables de los centros anteriormente mencionados para informarles de la investigación y solicitarles la colaboración en la captación de personas con LM que quisieran participar de forma voluntaria en el estudio. A los centros les mandamos información sobre el proyecto de investigación y sobre los cuestionarios a utilizar en la recogida de datos, así como una carta solicitando su permiso y su colaboración.

Los profesionales y representantes de los centros realizaron la difusión sobre la investigación entre sus pacientes o asociados, y cuando las personas expresaron su acuerdo de participación, nos pusimos en contacto telefónicamente para concertar entrevistas personales. Todos los participantes, por su parte, 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 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.

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

12.3. MUESTRA

A lo largo de este apartado describiremos una serie de variables socio-demográficas y clínicas de los participantes de nuestra investigación. En el estudio participaron 143 personas con LM. Desarrollaremos la descripción de esta muestra en función de las siguientes variables: *edad, edad de adquisición de la LM, años con la discapacidad, procedencia, residencia, estado civil, nivel cultural, nivel profesional, ocupación, tipo de lesión, etiología, nivel de la lesión y complicaciones médicas que hayan sido motivo de reingreso en los sujetos de la muestra*, teniendo en cuenta en todas y cada una de ellas la perspectiva de género.

En primer lugar, en relación al análisis de **género** propiamente dicho (**tabla 11**), el 69.2% de la muestra total está compuesto por varones (N = 99) y el 30.8% por mujeres (N = 44). La distribución de la muestra concuerda con los datos aportados por los estudios epidemiológicos, donde habitualmente el porcentaje de varones con LM es superior al de las mujeres (una proporción de 80:20 aproximadamente). De forma más intuitiva, si nos fijamos en el **gráfico 1**, podemos observar que casi las tres cuartas partes de la muestra corresponden al género masculino. Sin embargo, esta proporción superior de mujeres en nuestra muestra (70:30), en comparación con las proporciones obte-

nidas en los estudios al uso (80:20), viene determinada, por un lado, por el mayor peso que ejercen las mujeres en las asociaciones, entidades que han sido nuestras principales colaboradoras a la hora de reclutar la muestra; y, por otro, al presentar ellas una mayor disponibilidad y colaboración.

Género	Total	%
Hombres	99	69.2
Mujeres	44	30.8
TOTAL	143	100

Tabla 11. Características descriptivas de la muestra por género.

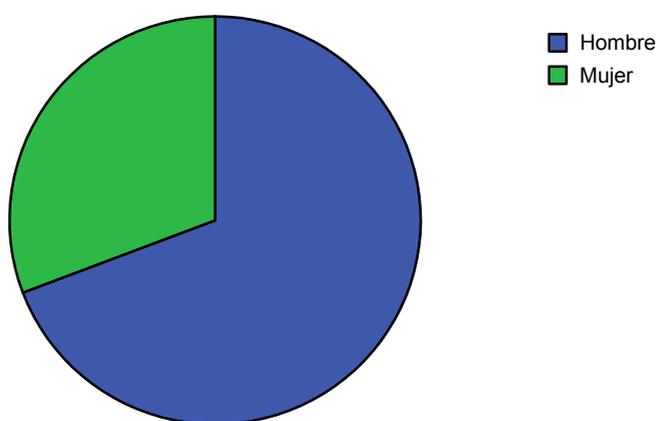


Gráfico 1. Gráfico de sectores de la variable género.

Si consideramos la descripción de la muestra por la variable **edad (tabla 12.1)**, nos encontramos con una edad mínima de 17 años y una máxima de 77 años, estando la media en 38.85 años, con una desviación típica de 12.66. Estos datos muestran que existe un gran número de LM de edad intermedia. Por otra parte, el hecho de contar en nuestra muestra con sujetos de edades superiores a los 70 años refleja el considerable aumento que ha experimentado la media de vida de estas personas gracias a los avances médicos, aspecto que viene siendo frecuentemente destacado en los estudios epidemiológicos. Por último, el que aparezcan LM en nuestra muestra menores de 20 años, en concreto un varón de 17 años, pone de manifiesto la tendencia de los varones jóvenes a asumir conductas de riesgo que pueden desembocar en una LM (Bockian et al., 2003), lo cual queda patente en la distribución de LM por género.

En relación con la descripción de la muestra por la variable **edad de adquisición de la LM (tabla 12.2)**, podemos observar como en nuestra muestra la LM sobreviene con una media de 27.30 años, estando la desviación típica en 13.85. Tenemos personas con la LM adquirida desde el momento del nacimiento, siendo la edad máxima de sobreenir la LM los 67 años en las mujeres y los 59 años en los varones.

En cuanto a la descripción de la muestra por la variable **años con la discapacidad**, concretamente con la LM (**tabla 12.3**), nos encontramos con que el tiempo mínimo con la LM es de un año y el máximo de 45 años, estando la media en 11.64 años con una desviación típica de 10.16.

Edad	Hombres	Mujeres	Total
N	99	44	143
Media	39.18	38.11	38.85
Mediana	37.00	36.50	37.00
Moda	30 *	27 *	34
DT	12.88	12.25	12.66
Rango	60	53	60
Minimum	17	18	17
Maximum	77	71	77

Nota *: Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores.

Tabla 12.1. Características descriptivas de la muestra por edad.

Edad	Hombres	Mujeres	Total
N	99	44	143
Media	27,99	25,75	27,30
Mediana	27,00	24,50	26,00
Moda	19	30	19
DT	13,48	14,68	13,85
Rango	59	67	67
Minimum	0	0	0
Maximum	59	67	67

Tabla 12.2. Características descriptivas de la muestra por la edad de adquisición de la LM.

En función de la variable **procedencia** (**tabla 13**), la muestra se compone de personas procedentes del Principado de Asturias, Vizcaya y Valladolid. En concreto, de los 143 personas participantes en la investigación, 87 proceden del Principado de Asturias (el 60.8%), 51 de Euskadi (un 35.7%) y los 5 restantes (un 3.5%) de Valladolid.

Respecto al **lugar de residencia** (**tabla 14**), hemos hecho distinción entre poblaciones con más o menos de 10.000 habitantes, resultando que 99 sujetos viven en las primeras, llamadas zonas urbanas (el 69.2%), de los cuales 69 son varones y algo menos de la mitad son mujeres (30 personas). Los 44 restantes viven en poblaciones de menos de 10.000 habitantes (un 30.8%), que se corresponden con las llamadas zonas rurales.

Edad	Hombres	Mujeres	Total
N	99	44	143
Media	11,30	12,39	11,64
Mediana	8,00	10,50	9,00
Moda	1	1	1
DT	10,19	10,17	10,16
Rango	44	37	44
Minimum	1	1	1
Maximum	45	38	45

Tabla 12.3. Características descriptivas de la muestra por los años con la LM.

Procedencia	Hombres	Mujeres	Total	%
Asturias	63	24	87	60.8
Euskadi	33	18	51	35.7
Valladolid	3	2	5	3.5
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 13. Características descriptivas de la muestra por procedencia.

Residencia	Hombres	Mujeres	Total	%
<10.000	30	14	44	30.8
>10.000	69	30	99	69.2
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 14. Características descriptivas de la muestra por residencia.

Atendiendo a la variable **estado civil** (**tabla 15**), nos encontramos con que la mayoría de nuestros sujetos están solteros, en concreto, algo más de la mitad de la muestra, un 51.7% (78 personas), seguidos de los casados, 33.6% (48 sujetos). El porcentaje restante minoritario, un 14.7% (21 sujetos), lo ocupan aquellos que se encuentran separados, viudos o viviendo en pareja. Estos resultados podemos apreciarlos de forma más clara si observamos el **gráfico 2**, donde se muestra el número de casos que pertenecen a cada nivel y el porcentaje que constituye sobre el total. Si nos fijamos en las puntuaciones en función del género (**tabla 15**), podemos observar que la categoría “viudo” es la única donde el porcentaje en las mujeres es superior al de los varones. En concreto, son tres mujeres viudas frente a dos hombres. Esto es fácil de explicar si tenemos en cuenta que tanto las esperanzas de vida de las mujeres en nuestra sociedad, en general, y en el caso de las mujeres con discapacidad, en particular (Aguado et al.,

2003), como las expectativas de vida en el caso de las mujeres con LM (Aguado y Alcedo, 2005; Castro y Bravo, 1993; Go et al., 1995), son superiores a las de los varones.

Estado civil	Hombres	Mujeres	Total	%
Soltero	49	25	74	51.7
Casado	38	10	48	33.6
En pareja	2	1	3	2.1
Separado	8	5	13	9.1
Viudo	2	3	5	3.5
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 15. Características descriptivas de la muestra por estado civil.

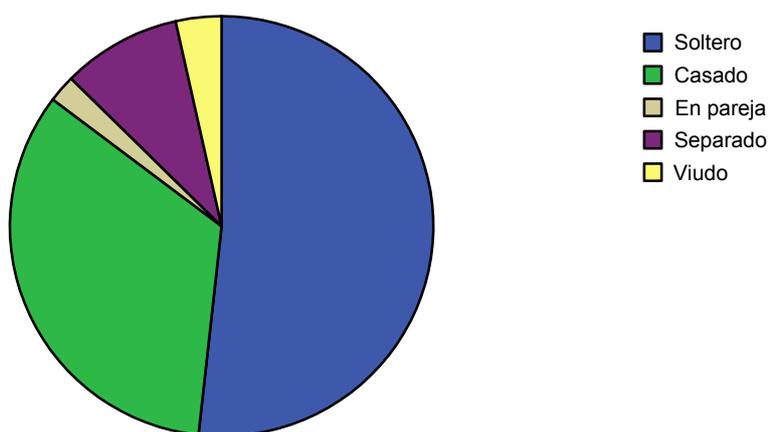


Gráfico 2. Gráfico de sectores de la variable estado civil.

En general, el **nivel cultural (tabla 16)** de la muestra es bajo, ya que el 64.3% tiene un nivel cultural primario. De estos 92 sujetos con estudios primarios, 69 son hombres y 23 mujeres. Por otra parte, el 22.4% tiene un nivel cultural medio y, en los niveles altos, hay un mayor número de personas con licenciaturas (un 7.7%) que con diplomaturas (un 5.6%). Si observamos de nuevo la **tabla 16**, desde la perspectiva de género, podemos ver cómo el número de mujeres con licenciaturas o estudios superiores es muy superior (8 mujeres frente a 5 hombres).

En relación a las **variables laborales**, hemos analizado tanto el **nivel profesional (tabla 17)** como la **ocupación (tabla 18)** de las personas con LM de nuestra muestra.

El análisis de la muestra por **nivel profesional (tabla 17)**, refleja que éste es bajo en el 46.9% de los casos (casi la mitad de la muestra) y en el cual se desempeñan trabajos que no requieren formación especializada; medio en el 24.5% y alto en el 10.5%, con una presencia de estudiantes en el 9.8% y de amas de casa en el 8.4%. La

mayor diferencia entre los géneros es el predominio de perfiles profesionales bajos en los hombres (57 varones frente a 10 mujeres), frente a perfiles comparativamente más cualificados en las mujeres (el doble de mujeres que de hombres presenta niveles profesionales altos), así como la presencia exclusivamente de mujeres en la categoría de amas de casa.

Nivel cultural	Hombres	Mujeres	Total	%
Primario	69	23	92	64.3
Medio	22	10	32	22.4
Diplomado	5	3	8	5.6
Superior	3	8	11	7.7
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 16. Características descriptivas de la muestra por nivel cultural.

Nivel profesional	Hombres	Mujeres	Total	%
Estudiante	9	5	14	9.8
Ama de casa	0	12	12	8.4
Bajo	57	10	67	46.9
Medio	28	7	35	24.5
Alto	5	10	15	10.5
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 17. Características descriptivas de la muestra por nivel profesional.

Atendiendo a la **ocupación (tabla 18)**, destaca el alto número de personas jubiladas y pensionistas (el 28.7% y el 32.9%, respectivamente), mayoritariamente hombres, sobre todo en el caso de los jubilados, frente al 12.6% de personas que se encuentran en activo desempeñando alguna actividad laboral remunerada. Otro dato relevante es el bajo número de personas, tanto hombres como mujeres, que se consideran en búsqueda de empleo, sólo el 5.6%. Este último dato muy probablemente debido a las elevadas indemnizaciones y pensiones que conllevan la LM sobrevenidas, las cuales presentan compensaciones económicas mucho más altas que un salario laboral en la mayoría de las ocasiones. Por último, el 6.3% de las personas con LM se define como ama de casa (todas mujeres), el 10.5% del total están realizando algún tipo de estudios y el 3.5% se dedica a otras actividades.

En cuanto a las **variables clínicas** analizadas en nuestro estudio, comenzamos por el **tipo de lesión (tablas 19 y 20)**. En general, en nuestra muestra predominan las lesiones completas, ya que tres cuartas partes presentan este tipo de lesión (un 76.2%). De estos 109 sujetos con lesiones completas, un 61.5% son paraplejias y un 14.17% tetraplejias. De las lesiones incompletas (23.8%), hay un mayor número de paraparesias (16.1%) frente a un 7.7% de tetraparesias. Ítem más, si consideramos la variable género,

tanto en hombres como en mujeres predominan las lesiones completas y dentro de éstas las paraplejias.

Si nos fijamos en el **gráfico 3**, podemos apreciar de forma más clara como más de la mitad de la muestra presenta lesiones completas y, en concreto, paraplejias. A continuación, se encuentran las personas con paraparesias y tetraplejias, ambos con unos porcentajes muy próximos. Por último, el grupo minoritario está formado por personas con tetraparesias.

Ocupación	Hombres	Mujeres	Total	%
Estudiante	9	6	15	10.5
Ama de casa	0	9	9	6.3
Activo	11	7	18	12.6
Paro	3	5	8	5.6
Jubilado	36	5	41	28.7
Pensionista	35	12	47	32.9
Otras	5	0	5	3.5
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 18. Características descriptivas de la muestra por ocupación.

Tipo de lesión	Hombres	Mujeres	Total	%
Completa	80	29	109	76.2
Incompleta	19	15	34	23.8
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 19. Características descriptivas de la muestra por tipo de lesión (I).

Tipo de lesión	Hombres	Mujeres	Total	%
Parapleja	64	24	88	61.5
Tetrapleja	16	5	21	14.7
Paraparesia	12	11	23	16.1
Tetraparesia	7	4	11	7.7
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 20. Características descriptivas de la muestra por tipo de lesión (II).

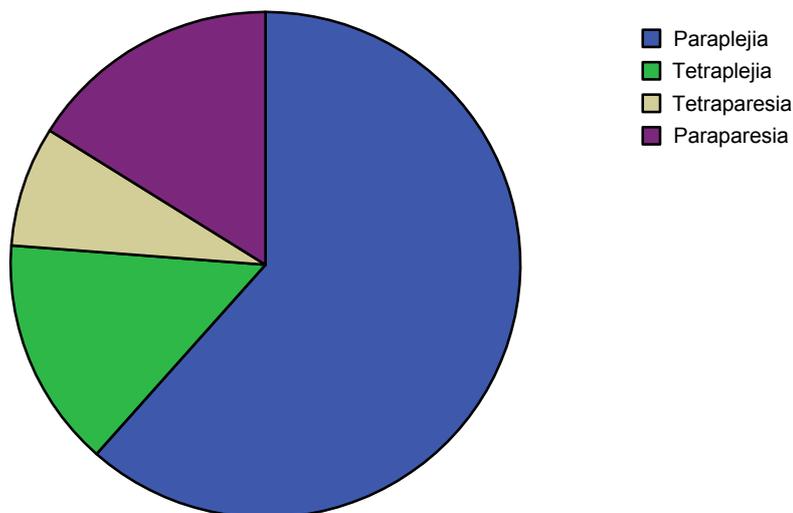


Gráfico 3. Gráfico de sectores de la variable tipo de lesión.

En lo relativo al **nivel de la LM (tabla 21)**, de las 143 personas que conforman la muestra, 33 presentan una lesión a nivel cervical (el 23.1%), 79 a nivel dorsal (un 55.2%), 28 a nivel lumbar (el 19.6%) y 3 varones con lesiones en las vértebras sacras (un 2.1%). Como puede apreciarse, el nivel de lesión más frecuente se sitúa en las vértebras dorsales (concretamente, más de la mitad de la muestra). Dentro del nivel dorsal, la lesión más frecuente es la que afecta a la D12 (un 13.3%), seguida de la D11 (con un 7.7%). En el nivel cervical, la lesión más común es la que afecta a la C6 (un 11.2%) y dentro de las lumbares, la L1 (con un 13.0%).

Nivel de la lesión	Hombres	Mujeres	Total	%
Cervical	24	9	33	23.1
Dorsal	53	26	79	55.2
Lumbar	19	9	28	19.6
Sacra	3	0	3	2.1
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 21. Características descriptivas de la muestra por nivel de la lesión.

En lo que atañe a la **etiología** de la lesión (tabla 22), nos encontramos con un predominio claro de lesiones sobrevenidas. A mayor abundamiento, con 61 personas cuya lesión es consecuencia de un accidente de tráfico (el 42.7%), 26 por accidente laboral (un 18.2%), 8 por accidente deportivo (un 5.6%) y 14 sujetos cuya causa proviene de otro tipo de accidentes (el 9.8%). El resto se distribuye entre las categorías de enfermedad, 25 personas (un 17.5%), y otras causas, 7 sujetos (con un 4.9%). Se confirman, pues, en nuestra muestra, los datos presentados en la parte teórica de este trabajo que hacían mención a que las principales causas de la LM eran las traumáticas y, dentro de

éstas, los accidentes de tráfico, principalmente, seguidos de los accidentes laborales y deportivos (Aguado y Alcedo, 1995a; De Pinto y Sánchez, 2000). En cuanto a la perspectiva de género (**tabla 22**), podemos observar como la proporción de varones es superior en todas las categorías a la de mujeres, excepto cuando la causa de la lesión fue por enfermedad donde el porcentaje de mujeres es muy superior teniendo en cuenta la proporción de la que partimos.

Etiología	Hombres	Mujeres	Total	%
Desconocida	1	1	2	1.4
A. tráfico	43	18	61	42.7
A. laboral	25	1	26	18.2
A. deportivo	7	1	8	5.6
Otros accidentes	7	7	14	9.8
Enfermedad	12	13	25	17.5
Otras causas	4	3	7	4.9
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 22. Características descriptivas de la muestra por etiología.

Por último, al profundizar en las posibles complicaciones médicas que fueran **motivo de reingreso (tabla 23)** en el curso de la LM, encontramos que un 39.9% de las personas no ha tenido ningún reingreso hospitalario. Dentro del 60.1% restante, tenemos dos varones LM (el 1.4%) que han reingresado hasta un total de 18 veces. Las causas de reingreso más frecuentes son las intervenciones quirúrgicas (el 26.6%), seguidas de las infecciones de orina y las revisiones médicas (ambas con un 8.4%). Si tenemos presente la variable género, podemos observar, en la **tabla 23**, que ninguna mujer a causado reingreso a causa de la aparición de escaras en la piel frente a un 3.5% de los varones. Estos datos pueden ser indicadores del mayor cuidado diario de la piel y de revisiones en el espejo en las mujeres en contra del posible abandono o descuido en los hombres. No hemos encontrado estudios en esta línea que investigaran la causa de reingresos de las personas con LM. Sólo se aproxima a esta temática el trabajo de Weingardt et al., (2001) en el cual tratan de buscar si existe algún tipo de relación entre los reingresos hospitalarios y los índices de ansiedad y depresión en las personas con LM.

En síntesis, y como conclusión de este apartado dedicado al análisis de las características descriptivas de la muestra de personas con LM participantes en este proyecto, podemos decir que la misma es *variada y heterogénea*, tanto en las *características socio-demográficas* como en las *clínicas*. Está compuesta por 143 personas, 99 varones y 44 mujeres, con LM de larga evolución, en los que la etiología más frecuente son los accidentes de tráfico, seguidos por los laborales y otros de diversa índole, y el tipo más común de lesión son las completas a nivel dorsal, en concreto, paraplejias. Así mismo, la muestra la constituyen principalmente varones, con una media de edad de 38.85 años, solteros y con niveles culturales básicos (estudios primarios). La gran mayoría reside en zonas urbanas de Asturias. En suma, el análisis de la muestra de personas con LM de nuestro estudio revela que puede ser considerada como representativa de este colectivo,

eso sí, más heterogénea de lo que habitualmente suelen ser las muestras recogidas en la bibliografía al uso sobre el tema.

Complicaciones médicas	Hombres	Mujeres	Total	%
Ninguna	36	21	57	39.9
Intervención quirúrgica	29	9	38	26.6
Infección de orina	10	2	12	8.4
Escaras	5	0	5	3.5
Fractura ósea	1	1	2	1.4
Revisiones	7	5	12	8.4
Infec. Orina-Escaras	3	2	5	3.5
Interv. Quir- Escaras	3	3	6	4.2
Dolores	5	1	6	4.2
TOTAL	99	44	143	100

Tabla 23. Características descriptivas de la muestra por complicaciones médicas (causas de reingresos).

12.4. INSTRUMENTOS

Como ya hemos adelantado, hemos empleado en esta investigación la “*Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con LM*” (EMELM), de Aguado, que figura en el ANEXO, centrándonos para nuestro estudio en las seis escalas psicológicas (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*) que figuran en la parte final de la entrevista completa constituyendo los componentes psicológicos de la EMELM.

A mayor abundamiento, la “*Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con LM*” (EMELM) consta de distintos componentes que recogen información de diverso tipo: datos clínicos, fisioterapia, actividades de la vida diaria, cuidados de enfermería, integración social, datos del entorno, datos psicológicos, etc. A continuación describimos de una forma más detallada todos y cada uno de los componentes de la EMELM:

- 1. La Ficha personal o Cuestionario de identificación** recoge datos personales (género, estado civil, fecha y lugar de nacimiento y de residencia, nivel cultural, nivel profesional y ocupación) y datos clínicos sobre la discapacidad (tipo y nivel de la LM, fecha de aparición, etiología, hospitalización y reingresos).
- 2. El Cuestionario de integración social** incluye información sobre las personas con las que vive, los amigos, los ingresos económicos, la motivación laboral y las posibilidades de trabajo, la accesibilidad de la vivienda, la autonomía en

desplazamientos y la información que la persona tiene sobre recursos comunitarios.

3. El **Cuestionario de AVD y enfermería** aporta datos sobre las *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 los *cuidados de enfermería* (movilizaciones diarias, control postural, vaciado vesical, uso de colector, sonda o empapador y cuidado de la piel).
4. El **Cuestionario de fisioterapia** recoge datos de equilibrio corporal, reeducación estática, ejercicios, automovilizaciones, transferencias, marcha, rastreo-gateo, deambulaci3n, bipedestaci3n, manejo de ruedas y bastones.
5. La **Entrevista de identificaci3n y calidad de vida** incluye cuestiones relativas a las ocho 1reas que vienen recogidas a continuaci3n: datos familiares, datos de historia cl3nica, datos laborales, relaciones sociales, relaciones sexuales, actividades de consolaci3n, inventario de problemas gen3ricos y actividades de ocio y diversi3n. Es una adaptaci3n a personas con LM de la entrevista del mismo nombre de Pelechano para enfermos f3sicos y cr3nicos (Pelechano et al., 1993).
6. El **Cuestionario E-N de extraversi3n y neuroticismo** tambi3n es un a adaptaci3n a personas con LM del mismo cuestionario de Pelechano (1972).
7. El **Cuestionario MAE de motivaci3n y ansiedad de ejecuci3n**, asimismo adaptaci3n del de Pelechano (1974).
8. El **Cuestionario LUCAM de locus de control**, igualmente adaptaci3n del de Pelechano (Pelechano y B1guena, 1983).
9. El **Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales**, de igual forma adaptaci3n a personas con LM del instrumento construido por Pelechano para evaluar el afrontamiento en otros enfermos f3sicos y cr3nicos (Pelechano, 1992; Pelechano et al., 1993) y del que recientemente se han ofrecido datos (Rueda, 2001).
10. El **Cuestionario de rememoraci3n de estrategias de afrontamiento**, de la misma manera adaptaci3n a LM del instrumento de Pelechano para otros enfermos f3sicos y cr3nicos (Pelechano, 1992; Pelechano et al., 1993) y del que tambi3n no hace mucho se han presentado datos (Rueda, 2001).
11. El **Inventario de depresi3n de Beck**, adaptaci3n a LM del cl1sico instrumento en su adaptaci3n espa1ola de Conde et al. (1976).

De todas las escalas que componen la EMELM vamos a describir m1s detenidamente las que hemos utilizado en nuestro trabajo. A saber: *Cuestionario E-N de extraversi3n y neuroticismo*, *Cuestionario MAE de motivaci3n y ansiedad de ejecuci3n*, *Cuestionario LUCAM de locus de control*, *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*, *Cuestionario de rememoraci3n de estrategias de afrontamiento* e *Inventario de depresi3n de Beck*.

12.4.1. CUESTIONARIO E-N

Este cuestionario de extraversión social y neuroticismo está compuesto por 36 ítems con dos opciones de respuesta cada uno de ellos. Esta prueba ha sido adaptada por Pelechano (1972), a partir de los instrumentos de H. J. Eysenck e incorpora las dos dimensiones básicas de dicho autor. Por un lado, la extraversión social o tendencia al establecimiento de relaciones sociales rápidas y con facilidad (fundamentalmente en sus componentes de sociabilidad y no impulsividad) y, por otro lado, el neuroticismo como inestabilidad emocional y tendencia a sufrir estados de ansiedad.

La persona recibe las siguientes instrucciones generales para la cumplimentación del cuestionario:

“La siguiente lista de afirmaciones se refiere 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. 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”

12.4.2. CUESTIONARIO MAE

Pelechano (1974) elabora este instrumento compuesto por un total de 72 ítems con dos opciones de respuesta cada uno.

El cuestionario recoge aspectos relacionados con la conducta en el trabajo o en el estudio, que se suponen relevantes en el rendimiento, en la cantidad de esfuerzo realizado, en el nivel de auto-exigencia del individuo, etc. En cuanto a la estructura del mismo, la escala consta de seis factores de motivación realista, la mayoría de ellos positivamente relacionados con el rendimiento laboral; en concreto, cuatro de motivación y dos de ansiedad. Los factores son los siguientes: 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, reacción de inhibición ante situaciones de estrés y reacción de activación y acción en situaciones de estrés.

La persona recibe las siguientes instrucciones generales para la cumplimentación del cuestionario:

“La siguiente lista de afirmaciones se refiere 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. 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”

12.4.3. CUESTIONARIO LUCAM

Pelechano y Bágueda (1983) elaboran este instrumento con cuatro opciones de respuesta, compuesto por un total de 87 ítems, algunos de ellos entresacados de cuestionarios existentes y otros específicamente contruidos para este fin. En su análisis factorial, se encuentran un total de ocho factores de primer orden: factor de *locus de control* externo que cubre relaciones sociales y componentes depresivos y fatalistas, factor de control interno de auto-confianza y control verbal en el trabajo, factor de control externo de suerte situacional, factor de control interno en el que predomina la responsabilidad decisional y previsión de consecuencias, factor de control interno de autocrítica valorativa en el trabajo y la interacción social, factor de control externo en el que predomina una despreocupación en la planificación de objetivos y una cierta insolidaridad pasiva, factor de exculpación y recelosidad y factor de sentimiento de falta de control. A su vez, también encontramos tres factores de segundo orden: control externo en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad, factor bipolar y control externo social generalizado sobre trabajo y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales.

En este cuestionario multifactorial de *locus de control* para adultos, la persona recibe las siguientes instrucciones generales para la cumplimentación del cuestionario:

“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 encuentran cuatro posibilidades de respuesta para cada una de las afirmaciones. Su tarea consiste en leer atentamente cada una de las afirmaciones y señalar en la hoja de respuestas aquella alternativa que, sinceramente, refleje su opinión al respecto. 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.”

12.4.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUALES

Pelechano et al. (1993) elaboraron los 81 ítems del “*Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*” a partir de diferentes pruebas de afrontamiento ya existentes y, añadiendo otros nuevos en función de su modelo teórico. Todos los ítems tienen cuatro alternativas de respuesta donde la persona tiene que mostrar el grado en el que las afirmaciones describen lo que hace o piensa optando por una de las respuestas. Las expresiones son claras y sencillas, no demasiado generales y fácilmente comprensibles por la persona que van a responder.

La persona recibe las siguientes instrucciones generales para la cumplimentación del cuestionario:

“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. 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."

12.4.5. CUESTIONARIO DE REMEMORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Pelechano et al. (1993) elaboran este cuestionario con 81 ítems y cuatro alternativas de respuesta cada uno. Los ítems son los mismos que los del "*Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*" pero con el verbo en pasado. En este cuestionario le pedimos a la persona que responda pensando en la situación en la que fueron conscientes del diagnóstico tal y como les fue dado por el médico. Obviamente, se trata de una reconstrucción de lo que sucedió y, solamente, desde el punto de vista del enfermo y sin contrastación de la información por parte de algún otro observador, familiar o compañero.

La persona recibe las siguientes instrucciones generales para la cumplimentación del cuestionario:

"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. 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."

12.4.6. INVENTARIO DE BECK

En los últimos cuarenta años, el *Inventario de depresión de Beck* se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la existencia o gravedad de síntomas de depresión, dada su probada validez y fiabilidad tanto en poblaciones clínicas como en no clínicas. En nuestra investigación, hemos utilizado la adaptación española de Conde et al. (1976). Consta de diecinueve elementos con múltiples opciones de respuesta. Esta prueba tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa o de aquella que requiere hospitalización. Este instrumento de muy fácil aplicación y puntuación provee pautas de administración, puntuación e interpretación. La duración estimada de la prueba oscila entre 10 y 15 minutos.

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.”

En síntesis, de los once componentes de la “*Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con LM*” (EMELM), nosotros utilizamos para este estudio las seis escalas psicológicas que acabamos de describir y analizaremos las posibles diferencias en cada una de ellas en función del género y de otras variables clínicas y socio-demográficas.

12.5. RESUMEN

A lo largo de este capítulo hemos presentado, en primer lugar, los criterios considerados como requisitos básicos en nuestra investigación, con el objetivo de conseguir una muestra heterogénea y representativa. Como fruto de esta selección contamos con una muestra de ciento cuarenta y tres personas con LM, 44 mujeres y 99 varones, número que puede considerarse representativo de la población objeto de estudio, localizadas a través de varias asociaciones de Asturias, Vizcaya y Valladolid. En segundo lugar, hemos expuesto las características descriptivas de la muestra de las personas participantes en este proyecto, pudiendo concluir que la misma es *variada y heterogénea*, tanto en las *características socio-demográficas* como en las *clínicas*. Del total de la muestra (143 personas), la gran mayoría son LM de larga evolución, en los que la etiología más frecuente son los accidentes de tráfico, seguidos por los laborales y otros de diversa índole, y el tipo más común de lesión son las completas a nivel dorsal, en concreto, paraplejias. Así mismo, la muestra la constituyen principalmente varones, con una media de edad de 38.85 años, solteros, con niveles culturales básicos (estudios primarios) y que residen en zonas urbanas de Asturias. Por último, hemos descrito el instrumento de evaluación utilizado para este estudio, la “*Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con LM*” (EMELM). En concreto, de los once componentes de la misma, nosotros utilizamos para este proyecto las seis escalas psicológicas (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo*, *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*, *Cuestionario LUCAM de locus de control*, *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*, *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento* e *Inventario de depresión de Beck*).

A continuación, vamos a iniciar el capítulo dedicado a análisis y discusión de los resultados obtenidos.

13. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

13.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo partiremos de las hipótesis planteadas para su comprobación en esta investigación, describiremos los análisis estadísticos que fueron llevados a cabo, y finalmente procederemos a una síntesis y discusión en función de los resultados obtenidos. Son un total de tres hipótesis, con sus correspondientes subhipótesis, surgidas a partir de una extensa revisión bibliográfica en relación al género y la LM.

La explicación y exposición de los resultados obtenidos en nuestro estudio de campo nos llevará a debatir y analizar si la *doble discriminación* existente en nuestra sociedad se traduce en algún perfil psicológico específico a través de las escalas psicológicas, objetivo fundamental de esta tesis, y analizaremos las posibles diferencias en cada una de ellas en función del género y de otras variables clínicas y socio-demográficas.

Vamos a dividir este capítulo en los siguientes apartados:

- Definición de las variables clínicas, sociodemográficas y psicológicas de la muestra.
- Análisis de la fiabilidad de las escalas mediante el índice del “alfa de Cronbach”.
- Comparar las puntuaciones entre los grupos (mujeres-hombres) en cada una de las escalas psicológicas para ver si hay diferencias significativas o, por el contrario, las variaciones inter-grupo no aportan resultados significativos.
- Análisis y explicación de las posibles diferencias en el grupo de las mujeres en las escalas psicológicas en función de una serie de variables clínicas relacionadas con la discapacidad como el *tipo de lesión*, la *fecha de alta médica*, la *causa de reingresos*, la *etiología*, el *nivel de la lesión*, el *tiempo de hospitalización*, el *número de reingresos*, la *edad de adquisición de la LM* y el *tiempo transcurrido con la LM*.
- Análisis y explicación de las posibles diferencias en el grupo de las mujeres en las escalas psicológicas en función de una serie de variables de carácter socio-demográfico como la *edad*, el *nivel cultural*, el *estado civil* y la *ocupación*.

13.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Presentamos en este apartado un resumen de la definición de las variables utilizadas en este trabajo con finalidad informativa y facilitadora de la interpretación de resultados.

Las variables consideradas en esta investigación empírica pueden dividirse en tres grupos: variables clínicas, variables socio-demográficas y variables psicológicas.

1. Variables clínicas:

- El "*tipo de LM*", según nivel y amplitud, ya sea completa o incompleta.
- La "*fecha de alta médica*" de la LM desde la fecha de aparición de la discapacidad, diferenciando entre los que reciben el alta hasta 1985 y los que la reciben con posterioridad a 1986.
- Las "*complicaciones médicas*" que fueron causa de reingreso: ninguna, intervención quirúrgica, infección de orina, fractura ósea, revisiones, dolores, etc.
- La "*etiología de la LM*", con las siguientes opciones: desconocida, accidente de tráfico, laboral, deportivo, otros accidentes, enfermedad y otras causas.

- El "*nivel de la lesión*": cervical, dorsal y lumbar.
- El "*tiempo de hospitalización*" contabilizado en meses de internamiento en hospitales.
- El "*número de reingresos*" en función de las causas comentadas en la variable "*complicaciones médicas*".
- La "*edad de adquisición de la LM*" teniendo en cuenta si ésta fue antes de los 20 años, en el intervalo de 20 a 30 o con posterioridad a los 30 años.
- El "*tiempo transcurrido con la LM*", diferenciando si lleva menos de 7 años con la LM, de 7 a 15 años o más de 15 con la discapacidad.

2. Variables socio-demográficas:

- El "*género*": hombre y mujer.
- La "*edad*" en el momento de aplicar la prueba, diferenciando entre sujetos menores de 30 años, aquellos que se encuentran entre 30 y 36 años y, por último, los mayores de 36 años en el momento de la evaluación.
- El "*nivel cultural*", entendido como el nivel educativo completo más alto alcanzado. Los niveles especificados son: primario (primarios, CEP, GE, bachiller elemental, EGB, FPI) y resto que englobaría los estudios medios (BUP, COU, PREU, ESO, FPII) y superiores (diplomaturas y licenciaturas).
- El "*estado civil*": soltero (en pareja, separado y viudo) y casado.
- La "*ocupación*", entendida como la situación en la que se encuentra la persona en relación al desempeño de una actividad (remunerada o no). Incluye las categorías de estudiante y ama de casa, en activo y jubilado.

3. Variables psicológicas:

- La "*extraversión*" y el "*neuroticismo*" recogidos en el *questionario E-N* de extraversión y neuroticismo.
- La "*motivación y ansiedad de ejecución*" representados en el cuestionario MAE de ansiedad de ejecución y motivación.
- El "*locus de control*" estudiado en el cuestionario LUCAM de *locus de control*.
- El "*afrentamiento actual*" y el "*afrentamiento rememorado*", ambas variables recogidas en los cuestionarios de estrategias de afrontamiento actual y estrategias de afrontamiento rememorado, respectivamente.
- La "*depresión*" analizada a través del *Inventario de depresión de Beck*.

Una vez descritas las principales variables utilizadas en nuestro estudio, pasamos a describir en los siguientes apartados los análisis estadísticos realizados para comprobar o rechazar las tres hipótesis de partida planteadas.

13.3. ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS

Previamente a explicar las técnicas de análisis de datos realizadas, bajo el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS v.13.0, hemos querido comprobar la adecuación de las escalas psicológicas en nuestra muestra de LM, aún sabiendo que dichos cuestionarios son instrumentos de probada fiabilidad en otras muestras de población. Para ello, hemos utilizado el “*alfa de Cronbach*”, un indicador de la consistencia interna del test.

Respecto a los *Cuestionarios de estrategias de afrontamiento actuales y rememoración de estrategias de afrontamiento* presentan dos alfas de Cronbach de .903 y .924, respectivamente (**tabla 24**). Ambos son índices muy aceptables de consistencia interna. Por su parte, el *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución* con un alfa de .822, el *Cuestionario LUCAM de locus de control* con un alfa de .885 y el *Inventario de depresión de Beck* con un alfa de .813, son también indicadores de buena consistencia interna. Por último, el *Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo* para nuestra población en estudio presenta un alfa de .637, representando el índice de consistencia interna más bajo de las seis escalas que hemos analizado en nuestra investigación. Aún así, cabe destacar que es un índice aceptable aunque algo bajo debido, entre otros motivos, a que los ítems de este cuestionario son dicotómicos.

Escalas Psicológicas	Alfa de Cronbach
Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo	.637
Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución	.822
Cuestionario LUCAM de locus de control	.885
Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales	.903
Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento	.924
Inventario de depresión de Beck	.813

Tabla 24. Índices de fiabilidad de las escalas psicológicas.

A modo de resumen, podemos concluir que los seis cuestionarios utilizados en nuestro estudio presentan índices muy aceptables de consistencia interna, siendo el *Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo* la excepción, con un alfa de Cronbach algo más bajo. En general, cabe destacar en todas las escalas una buena fiabilidad y, por tanto, su adecuación para ser aplicadas en nuestra muestra de LM.

13.4. ANÁLISIS DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE GÉNERO: COMPARACIÓN INTER-GRUPOS

En este apartado pasamos a contrastar la primera de la hipótesis que nos hemos planteado en esta investigación. Dicha hipótesis postula que:

Hipótesis 1. No habrá diferencias significativas en las escalas psicológicas en función del género. No aparecerá, por tanto, un perfil psicológico en el grupo de las mujeres que justifique la *doble discriminación*.

Para ello, hemos subdividido dicho planteamiento en seis subhipótesis en función de las seis escalas psicológicas que forman parte de nuestra investigación. En todas ellas se han seguido los mismos procedimientos de análisis. En primer lugar, se describen los estadísticos descriptivos generales (sin hacer distinción de género), luego se comentan por separado los descriptivos relativos a las mujeres y a los hombres. En tercer lugar, se representan dos gráficos (cajas y dispersigrama) donde podemos observar de forma más intuitiva cómo se distribuyen las puntuaciones de varones y mujeres en la muestra. Finalmente, el procedimiento estadístico empleado para comprobar o rechazar la existencia de diferencias en función del género ha sido la prueba para muestras independientes (Prueba T), habiendo comprobado previamente la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

A continuación, pasamos a describir de forma detallada los procedimientos de análisis llevados a cabo en cada una de las seis subhipótesis que nos llevarán a confirmar o rechazar la hipótesis de partida.

13.4.1. CUESTIONARIO E-N Y GÉNERO

La *subhipótesis 1.1* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 1.1. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo* (Pelechano, 1972).

Para contrastar dicha hipótesis, hemos calculado previamente las puntuaciones totales por factores tanto de la subescala E como de la subescala N. Una vez hecho esto, como se observa en la **tabla 25.1**, vemos que en la subescala E tenemos un total de 141 casos válidos y 3 perdidos. Se presenta una media de 9.878 y una desviación típica de 3.690. Los índices de asimetría y curtosis son ambos positivos ($As = .346$, $K = 1.660$).

	N	Media		Desv. típ.	Asimetría		Curtosis	
		Estad.	Error	Estad.	Estad.	Error	Estad.	Error
Total E	141	9.879	.310	3.690	.346	.204	1.660	.406
N válido (según lista)	141							

Tabla 25.1. Estadísticos descriptivos de la subescala E.

Si tenemos en cuenta la variable género, podemos observar en la **tabla 25.2**, que la media de los varones ($N = 98$) es de 9.812 siendo su desviación típica de 3.406. Las mujeres ($N = 43$), presentan una media de 10.186 y una desviación típica de 4.288. En lo que respecta a los índices de asimetría y curtosis, en los hombres aparece una asimetría ligeramente negativa ($As = -.203$) mientras que en las mujeres encontramos una asimetría positiva ($As = .880$). Por su parte, los índices de curtosis nos indican en los varones una distribución platicúrtica ($K = -.415$) y en las mujeres una curtosis muy elevada ($K = 3.327$) con un apuntalamiento positivo y una distribución leptocúrtica.

A continuación, podemos observar de forma más intuitiva como se encuentra la distribución de la muestra en el gráfico de cajas (**gráfico 4**). La forma de interpretarlo es la siguiente: la altura de la caja representa la amplitud intercuartil. Dentro de la caja

estaría el 50% central de los sujetos (los que están entre el P₂₅ (percentil 25) y P₇₅ (percentil 75). Los casos muy alejados del resto (outliers) se representan con un círculo. De acuerdo con esto, observamos que las medianas son iguales en varones y en mujeres en la escala E. La dispersión de las puntuaciones en las respuestas es mayor en las mujeres que en los varones, puesto que su desviación típica y su varianza son mayores. Así, son los hombres en este caso los que tienden a dar respuestas más homogéneas. Aparecen dos casos extremos, uno en las mujeres (68) y otro en los varones (132).

SUBESCALA E		HOMBRES		MUJERES	
		Estadíst.	Error típ.	Estadíst.	Error típ.
Media		9.812	.347	10.186	.654
Intervalo de confianza Para la media al 95%	Límite inferior	9.122		8.866	
	Límite superior	10.502		11.505	
Media recortada al 5%		9.870		10.077	
Mediana		10.000		10.000	
Varianza		11.607		18.393	
Desv. típ.		3.406		4.288	
Mínimo		.00		1.00	
Máximo		16.00		26.00	
Rango		16.00		25.00	
Amplitud intercuartil		4.75		5.00	
Asimetría		-.203	.246	.880	.361
Curtosis		-.415	.488	3.327	.709

Tabla 25.2. Estadísticos en función del género en la subescala E.

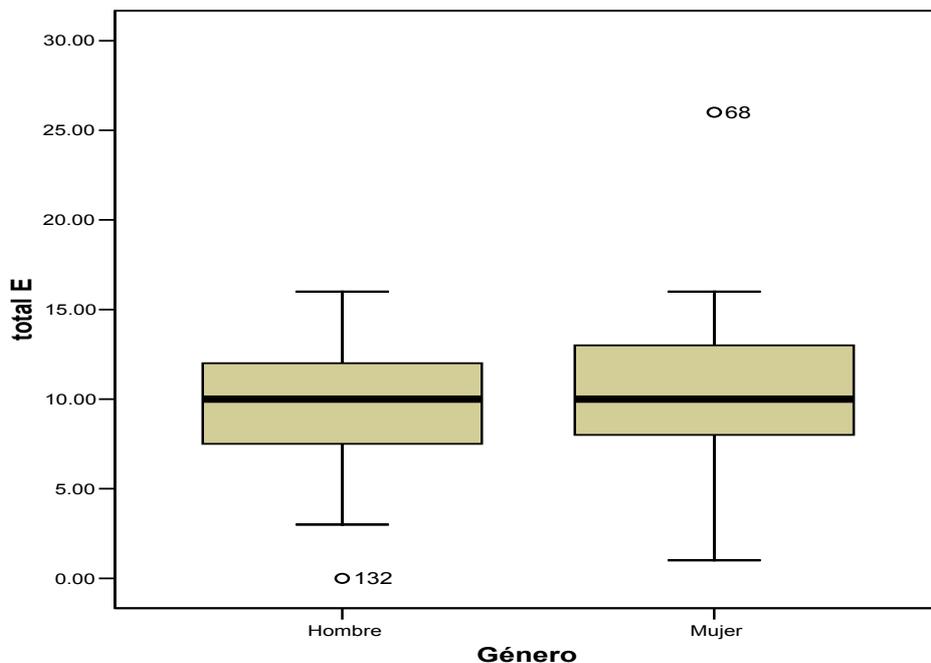


Gráfico 4. Gráfico de cajas de la subescala E.

Otra forma de representar gráficamente la distribución de las puntuaciones en la subescala E comparando varones y mujeres es el “dispersigrama” (**gráfico 5**). En esta figura cada punto representa la puntuación de un sujeto en la subescala E. Si observamos el gráfico podemos apreciar que aunque hay menos mujeres que hombres, la distribución de las puntuaciones individuales en la subescala E en torno al género es muy pareja. Lo único a destacar son dos valores outliers, uno en los hombres por arriba y otro en las mujeres por abajo.

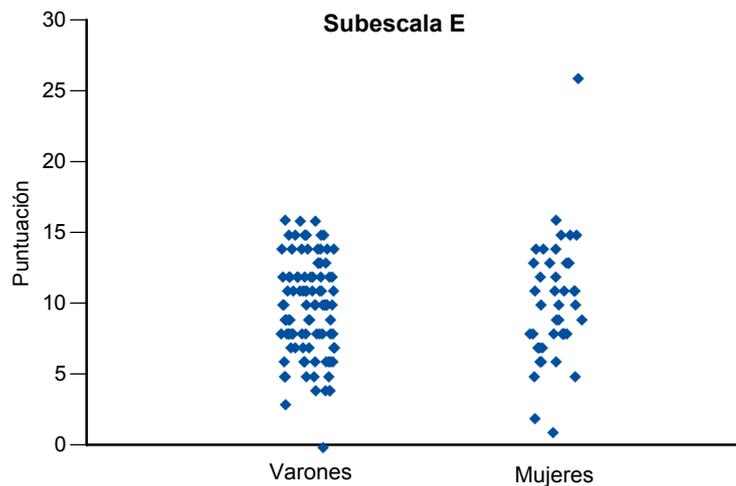


Gráfico 5. Dispersigrama de la subescala E.

Hasta ahora hemos analizado los índices de tendencia central, los índices de variabilidad, la asimetría y la curtosis, a la par que las representaciones gráficas correspondientes a la subescala E. A continuación, pasamos a realizar el mismo proceso con la subescala N.

Según puede observarse en la **tabla 25.3**, contamos con un $N = 139$ sujetos. Con esta muestra se presenta una media de 9.834 y una desviación típica de 4.694. Los índices de asimetría y curtosis totales son $As = .183$ y $K = -.674$, respectivamente.

	N	Media		Desv típ.	Asimetría		Curtosis	
		Estad.	Error	Estad.	Estad.	Error	Estad.	Error
Total N	139	9.834	.398	4.694	.183	.206	-.674	.408
N válido (según lista)	139							

Tabla 25.3. Estadísticos descriptivos de la subescala N.

Si nos fijamos en los estadísticos teniendo en cuenta el género, podemos observar (**tabla 25.4**) en el grupo de los varones ($N = 96$) una media de 9.427 y una desviación típica de 4.414. El grupo de las mujeres presenta, por su parte, una media de 10.744 y una desviación típica algo superior ($Sx = 5.205$), lo cual nos indica, como posteriormente veremos en los gráficos pertinentes, una mayor dispersión en las respuestas de este grupo. En cuanto a la asimetría, en el grupo de los varones es ligeramente positiva ($As = .219$) y, por tanto, la media queda por encima de la mediana; mientras que en

las mujeres el índice refleja lo contrario, es decir, una asimetría ligeramente negativa prácticamente inexistente ($As = -.008$). En este caso podemos observar que la distribución es más o menos simétrica porque la media recortada (9.351) es muy similar a la media (9.427) en el grupo de los varones y coincide con la media de todas las puntuaciones (10.744) en el caso de las mujeres. En cuanto a la curtosis, en ambos grupos aparece una curtosis negativa, lo que conlleva una distribución platicúrtica (K varones = $-.603$; K mujeres = $-.815$).

SUBESCALA N		HOMBRES		MUJERES	
		Estadíst.	Error típ.	Estadíst.	Error típ.
Media		9.427	.450	10.744	.793
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8.532		9.142	
	Límite superior	10.321		12.346	
Media recortada al 5%		9.351		10.745	
Mediana		9.000		10.000	
Varianza		19.489		27.100	
Desv. típ.		4.414		5.205	
Mínimo		.00		1.00	
Máximo		20.00		20.00	
Rango		20.00		19.00	
Amplitud intercuartil		7.00		7.00	
Asimetría		.219	.246	-.008	.361
Curtosis		-.603	.488	-.815	.709

Tabla 25.4. Estadísticos en función del género en la subescala N.

En el **gráfico 6**, podemos observar cómo se distribuyen varones y mujeres en función de sus puntuaciones en la subescala N. De nuevo podemos concluir que las medianas son equiparables, aunque algo superior la de las mujeres. Por lo tanto, en conjunto, son las mujeres las que puntúan más alto en neuroticismo. No aparece en este caso ningún sujeto con puntuaciones extremas.

En cuanto al **gráfico 7**, podemos observar en el dispersigrama que aunque el número de mujeres es bastante inferior al de varones, las distribuciones son muy parejas. Si podemos comentar, en comparación con el dispersigrama de la subescala E (**gráfico 2**), que esta distribución es más dispersa que la de la subescala E, debido a que su desviación típica y su varianza son superiores tanto en hombres como en mujeres. No aparecen valores outliers.

Hasta el momento hemos visto los estadísticos descriptivos y las representaciones gráficas donde podemos observar de forma más intuitiva como se distribuyen las puntuaciones de varones y mujeres en la muestra. A continuación describimos el procedimiento estadístico empleado para comprobar o rechazar la existencia de diferencias en función del género en la escala E-N. Este ha sido la prueba para muestras independientes (Prueba T). Sin embargo, previamente, hemos comprobado la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. En dicha prueba la hipótesis nula (H_0) que generalmente se plantea sobre la distribución de la misma en la población es la de distribución normal. Una distribución normal es la

que se ajusta a la campana de Gauss. Si el valor “p” que nos da la prueba es mayor que .05 mantendremos la H_0 , es decir, la hipótesis de que la distribución de la variable en la población es normal. La comprobación del ajuste a la distribución normal es de gran importancia ya que numerosas técnicas estadísticas se basan en dicho supuesto de normalidad y no podrían aplicarse si éste no se cumpliera.

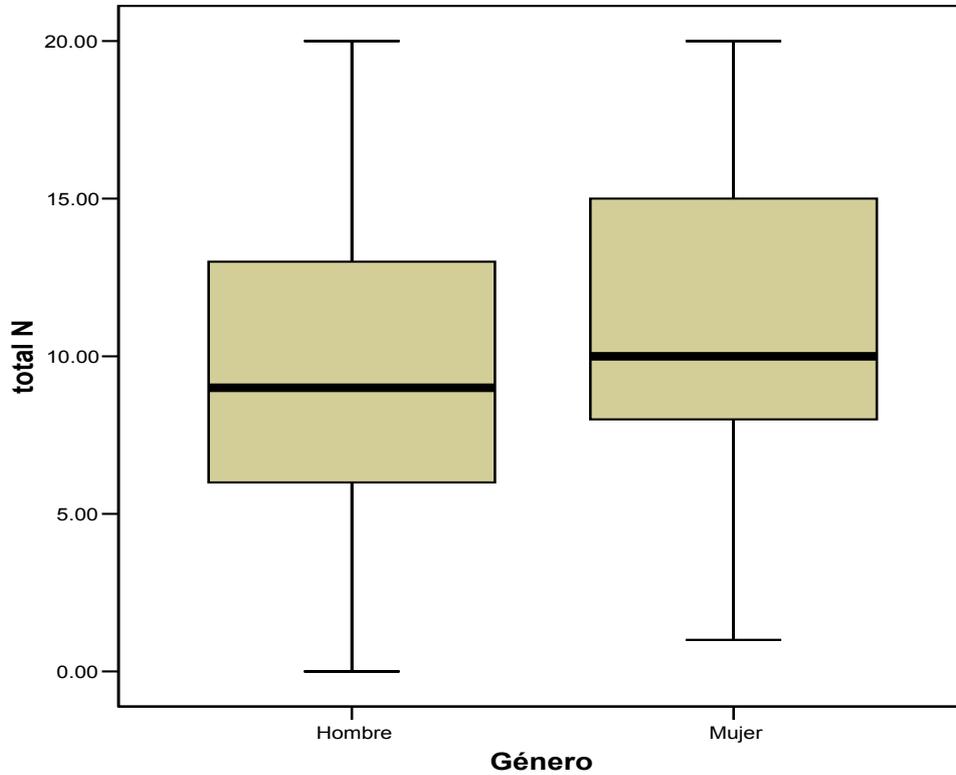


Gráfico 6. Gráfico de cajas de la subescala N.

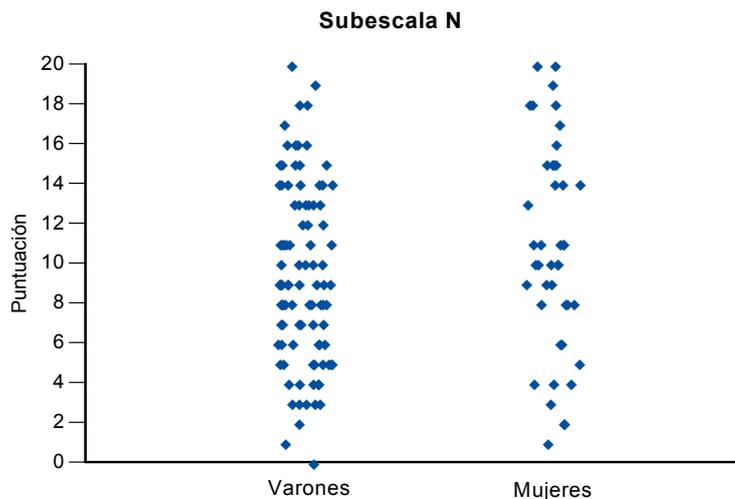


Gráfico 7. Dispersigrama de la subescala N.

La **tabla 25.5** refleja que la distribución se ajusta a la normalidad tanto en el grupo de varones ($Z = .824$, $p = .505$), como en el de mujeres ($Z = .592$, $p = .875$), como en ambos juntos ($Z = 1.007$, $p = .263$) en la subescala E. Exactamente lo mismo ocurre en la **tabla 25.6**, que refleja la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la subescala N, donde encontramos una significación superior a .05 en el grupo de las mujeres ($Z = .710$, $p = .694$), en el de los hombres ($Z = .990$, $p = .281$) y en ambos conjuntos ($Z = 1.007$, $p = .263$). Por tanto, estamos en condiciones de aceptar H_0 en ambas subescalas y de poder aplicar la prueba de muestras independientes en el *Cuestionario E-N* (Prueba T).

		Total varones subescala E	Total mujeres subescala E	Total subescala E
	N	98	43	141
Parámetros normales ^{a,b}	Media	9.744	10.186	9.879
	Desviación típica	3.411	4.288	3.690
Diferencias más extremas	Absoluta	.083	.090	.085
	Positiva	.083	.090	.085
	Negativa	-.072	-.073	-.059
Z de Kolmogorov-Smirnov		.824	.592	1.007
Sig. Asintót. (bilateral)		.505	.875	.263

a. La distribución de contraste es la Normal. b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 25.5. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en la subescala E.

En la **tabla 25.8** se muestran los resultados de la prueba de Levene y los resultados de la prueba T. La prueba de Levene para la igualdad de varianzas se aplica previamente al análisis de estadístico T, para comprobar que no haya diferencias significativas entre las varianzas de los grupos, supuesto que se conoce con el nombre de *homoscedasticidad*. Si la probabilidad asociada a esta prueba es igual o menor que .05 tendremos que rechazar la hipótesis nula (H_0) de que las varianzas son iguales, en caso contrario la mantendremos. De acuerdo con los resultados obtenidos, estamos en condiciones de aceptar H_0 , con una $F = 1.052$ y una significación estadística de .307 para la subescala E, y con $F = 1.400$ y una significación estadística de .239 para la subescala N. Elegimos, por tanto, el valor de t correspondiente al caso de la igualdad. En la **tabla 25.8** podemos apreciar que para la subescala E se ha obtenido una $t = -.652$ con una significación de .515, y, para la subescala N una $t = -1.536$, con una significación de .127. Los resultados nos indican que no hay diferencias significativas en ninguna de las dos subescalas en función del género. Es decir, las puntuaciones que nuestros sujetos obtienen en neuroticismo y extraversión son independientes del género de los mismos. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 1.1* que postulaba que:

Subhipótesis 1.1. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario E-N* de *extraversión* y *neuroticismo* (Pelechano, 1972).

		Total varones subescala N	Total mujeres subescala N	Total subescala N
	N	96	43	139
Parámetros normales ^{a,b}	Media	9.427	10.744	9.834
	Desviación típica	4.414	5.205	4.694
Diferencias más extremas	Absoluta	.101	.108	.081
	Positiva	.101	.108	.081
	Negativa	-.072	-.083	-.072
Z de Kolmogorov-Smirnov		.990	.710	.959
Sig. Asintót. (bilateral)		.281	.694	.317

a. La distribución de contraste es la Normal. b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 25.6. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en la subescala N.

En la revisión de la literatura sobre el tema sólo hemos encontrado un artículo que aborda los componentes de extraversión y neuroticismo en varones y mujeres con LM (Richarson y Tupper, 1975). En este trabajo se concluye que las mujeres son más neuróticas, depresivas y ansiosas (sobre todo en las manifestaciones somáticas) mientras que los varones tienen respuestas más altas en las escalas de obsesión y ansiedad flotante o generalizada. Por lo tanto, sus conclusiones van en contra de los datos encontrados en nuestra investigación donde las diferencias en función del género no resultan relevantes. Por otra parte, han sido varios los trabajos presentados donde se comparan personas con LM (sin hacer distinción por género) con otros grupos, bien con lesiones no traumáticas (Malec, 1985) o con otros sin ningún tipo de LM (Bockian et al., 2003; Heinrich, 1996), pero nunca entre varones y mujeres que sería lo deseado para nuestro trabajo. Por último, también encontramos algunas publicaciones en las cuales, aunque el objetivo sea estudiar la extraversión y el neuroticismo, se mezclan otras variables de estudio sin dejar muy claro que es lo que se pretende estudiar (De Carvalho et al., 1998; Russo et al., 1997).

13.4.2. CUESTIONARIO MAE Y GÉNERO

La *subhipótesis 1.2* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 1.2. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución* (Pelechano, 1974).

Para contrastar dicha hipótesis, en primer lugar presentamos los estadísticos descriptivos generales del cuestionario MAE. Tal y como se observa en la **tabla 26.1**, encontramos una media de 29.637 y una desviación típica de 8.811. El índice de asimetría es de .062 y el de curtosis de .024. Con un N = 138, contamos con un 98% de casos válidos en los varones y un 93.2% en las mujeres.

Género		N	Media	Desviación típ.	Error tít. de la media
Total E	Hombre	98	9.7449	3.41105	.34457
	Mujer	43	10.1860	4.28872	.65402
Total N	Hombre	96	9.4271	4.41468	.45057
	Mujer	43	10.7442	5.20573	.79387

Tabla 25.7. Estadísticos de grupo en el Cuestionario E-N.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias								
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tít. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia			
Total E	1.052	.307	-.652	139	.515	-.44115	.67649	Inferior	-1.77869	Superior	.89639
			-.597	66.338	.553	-.44115	.73924	Inferior	-1.91695	Superior	1.03465
Total N	1.400	.239						-1.536	137	.127	-1.31710
			-1.443	70.197	.153	-1.31710	.91282				

Tabla 25.8. Prueba de muestras independientes en el Cuestionario E-N.

	N	Media		Desv típ.	Asimetría		Curtosis	
		Estad.	Error	Estad.	Estad.	Error	Estad.	Error
Total MAE	138	29.637	.750	8.811	.062	.206	.024	.410
N válido (según lista)	138							

Tabla 26.1. Estadísticos descriptivos del cuestionario MAE.

La media de los varones (N = 97) es de 29.381 siendo su desviación típica de 9.397. En lo que respecta a las mujeres (N = 41), presentan una media de 30.243 y una desviación típica de 7.310. Los índices de asimetría, tanto en los hombres (As = .098) como en las mujeres (As = .045) muestran una asimetría positiva. Siendo en el caso de las mujeres ligeramente inferior pues se encuentra muy próxima a 0 y resultando prácticamente insignificante. Por su parte, los índices de curtosis nos indican en los varones (K = -.026) y en las mujeres (K = -.363) una distribución platicúrtica, es decir, con menos altura o apuntamiento que la normal (**tabla 26.2**).

CUESTIONARIO MAE		HOMBRES		MUJERES	
		Estadíst.	Error típ.	Estadíst.	Error típ.
Media		29.381	.954	30.243	1.141
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	27.487		27.936	
	Límite superior	31.275		32.555	
Media recortada al 5%		29.311		30.166	
Mediana		30.000		30.000	
Varianza		88.322		53.439	
Desv. típ.		9.397		7.310	
Mínimo		6.00		16.00	
Máximo		53.00		46.00	
Rango		47.00		30.00	
Amplitud intercuartil		13.50		10.50	
Asimetría		.098	.245	.045	.369
Curtosis		-.026	.485	-.363	.724

Tabla 26.2. Estadísticos en función del género en el cuestionario MAE.

Una vez vista la comparativa por género, se presentan dos formas distintas (gráfico de cajas y dispersigrama) de observar como se encuentra la distribución de la muestra de forma más intuitiva. En el gráfico de cajas (**gráfico 8**) las medianas son iguales en varones y en mujeres (Mdn = 30.000) en cuestionario MAE. La dispersión de las puntuaciones en las respuestas es mayor en los varones que en las mujeres, puesto que su desviación típica y su varianza son mayores. De dichos resultados podemos inferir que son las mujeres las que tienden a dar respuestas más homogéneas en relación a su motivación y a su ansiedad de ejecución. En esta distribución no aparecen casos extremos. En el dispersigrama (**gráfico 9**) podemos apreciar la distribución de las puntuaciones en el cuestionario MAE comparando a varones y mujeres. Si analizamos el gráfico observamos que la distribución en torno al género es muy similar a pesar que el número de mujeres es inferior al de varones. Al igual que en el gráfico de cajas (**gráfico 5**), no encontramos outliers en la distribución.

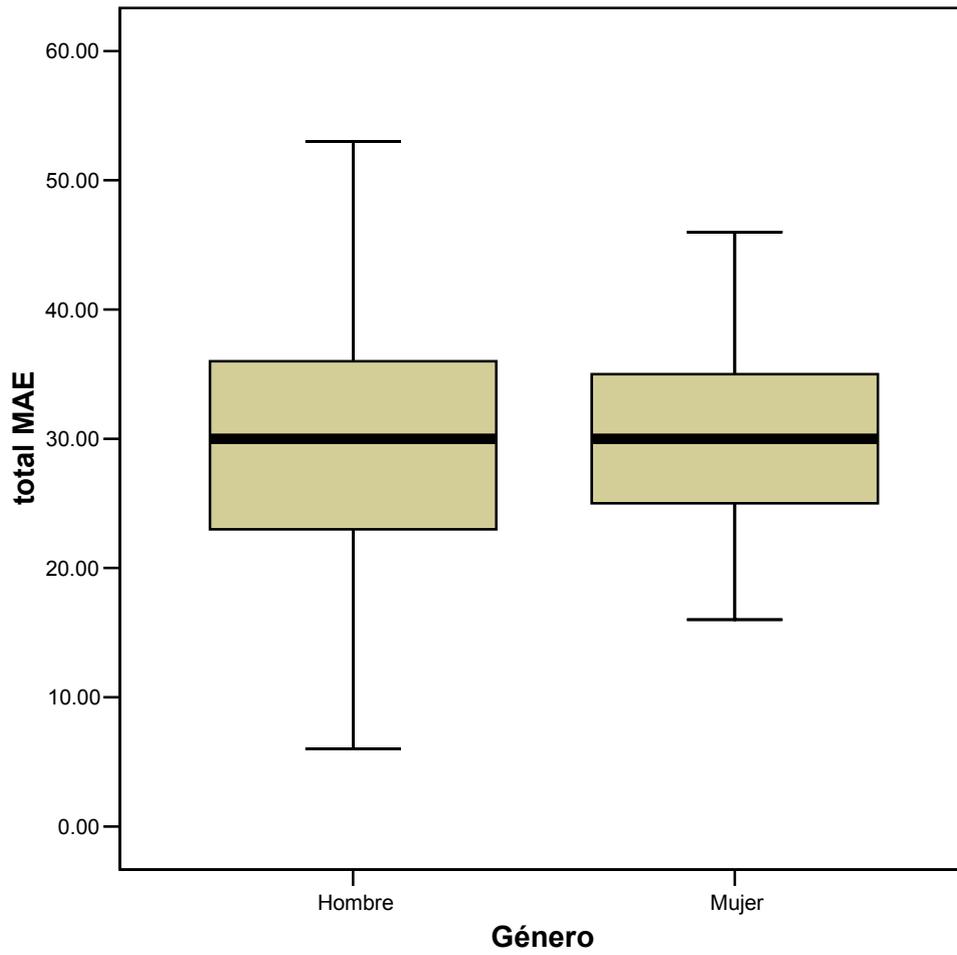


Gráfico 8. Gráfico de cajas del cuestionario MAE.

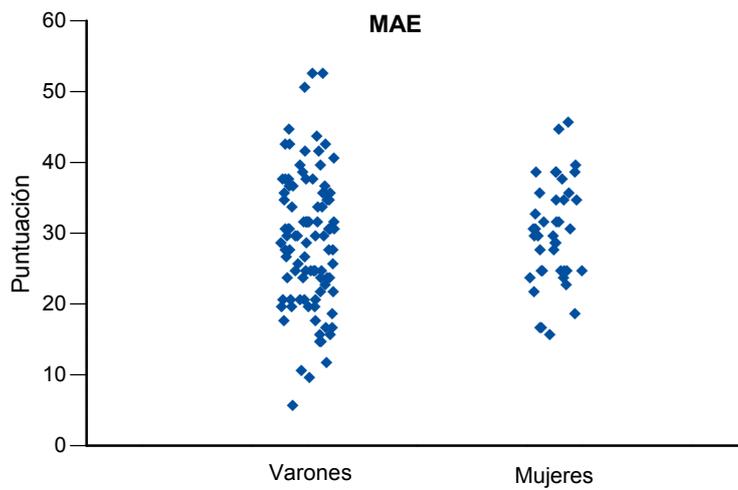


Gráfico 9. Dispersigrama del cuestionario MAE.

Una vez vistos los estadísticos descriptivos y las representaciones gráficas de las puntuaciones de varones y mujeres en la muestra, pasamos a describir el procedimiento estadístico empleado para comprobar o rechazar la existencia de diferencias en función del género en el cuestionario MAE. Este ha sido la prueba para muestras independientes (Prueba T). Aunque, previamente, hemos comprobado la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

La **tabla 26.3** refleja que la distribución se ajusta a la normalidad tanto en el grupo de varones ($Z = .595$, $p = .871$), como en el de mujeres ($Z = .672$, $p = .758$), como en ambos juntos ($Z = .740$, $p = .644$). Por tanto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, la distribución de la variable en la población es normal y de poder aplicar la prueba de muestras independientes en el cuestionario MAE (Prueba T).

		Total varones MAE	Total mujeres MAE	Total MAE
N		97	41	138
Parámetros normales ^{a,b}	Media	29.381	30.243	29.637
	Desviación típica	9.397	7.310	8.811
Diferencias más extremas	Absoluta	.060	.105	.063
	Positiva	.060	.105	.063
	Negativa	-.052	-.059	-.053
Z de Kolmogorov-Smirnov		.595	.672	.740
Sig. Asintót. (bilateral)		.871	.758	.644

a. La distribución de contraste es la Normal. b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 26.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el cuestionario MAE.

En la **tabla 26.5** se muestran los resultados de la prueba de Levene y los resultados de la prueba T. Como explicamos en el anterior apartado, la prueba de Levene para la igualdad de varianzas se aplica previamente al análisis de estadístico T, para comprobar que no haya diferencias significativas entre las varianzas de los grupos. Los resultados nos muestran una $F = 2.942$ y una significación estadística de .089. De acuerdo con esto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, mantenemos que las varianzas son iguales y elegimos el valor de t correspondiente al caso de la igualdad.

En los resultados de la prueba T, podemos apreciar que para el cuestionario MAE se ha obtenido una $t = -.524$ con una significación de .601. Los resultados nos indican que no hay diferencias significativas en el cuestionario MAE en función del género. Dicho de otro modo, las puntuaciones de los sujetos de nuestra muestra en el cuestionario MAE, no dependen de que las respuestas las den varones o mujeres. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 1.2* que postulaba que:

Subhipótesis 1.2. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución* (Pelechano, 1974).

Género		N	Media	Desviación ttp.	Error ttp. de la media
Total MAE	Hombre	97	29.3814	9.39796	.95422
	Mujer	41	30.2439	7.31020	1.14166

Tabla 26.4. Estadísticos de grupo en el cuestionario MAE.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error ttp. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Total MAE	2.942	.089	-.524	136	.601	-.86246	1.64582	-4.11716	2.39225
Se han asumido varianzas iguales			-.580	95.906	.564	-.86246	1.48793	-3.81601	2.09109
No se han asumido varianzas iguales									

Tabla 26.5. Prueba de muestras independientes en el cuestionario MAE.

Estos datos apoyan los encontrados en la investigación de Cook (1979) donde no aparece ningún tipo de relación entre la ansiedad o la depresión y el género de las personas con LM. Cabe destacar que el trabajo de Cook (1979) constituye uno de los escasos trabajos dedicados a analizar si el género influye en las reacciones de motivación y ansiedad de ejecución de las personas con LM.

Sin embargo, hemos encontrado un número importante de publicaciones dedicadas a subrayar el importante papel de la motivación en el proceso de rehabilitación de los adultos con LM que transmite el personal sanitario, y en concreto, las enfermeras (Brillhart y Jonson, 1997; Milligan, 2004). Las intervenciones que este equipo realiza durante la rehabilitación pueden consistir en apoyo informal o formal, tanto a nivel individual como de grupo. La labor de las enfermeras se considera prioritaria puesto que establecen contacto con los pacientes y con sus familiares y, por tanto, han de ser capaces de promover objetivos de autonomía, optimización del funcionamiento, independencia, calidad de vida y afrontamiento, así como otra serie de objetivos necesarios para su íntegra recuperación.

Otro número importante de investigaciones tratan de analizar si la ansiedad ante la muerte puede representar un elemento predictor de estrés postraumático en el futuro para las personas con LM (Martz, 2004; Martz y Livneh, 2003). En estos estudios se concluye que no sólo la ansiedad ante la muerte parece una variable predictora para desarrollar en un futuro desórdenes de estrés postraumático sino que la conciencia de la muerte, los niveles de dolor y las vivencias religiosas o espirituales resultan también factores predictores.

13.4.3. CUESTIONARIO LUCAM Y GÉNERO

La *subhipótesis 1.3* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 1.3. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario LUCAM de locus de control* (Pelechano y Báguena, 1983).

En primer lugar presentamos los estadísticos descriptivos generales del cuestionario LUCAM (**tabla 27.1**). En esta escala encontramos una media de 95.514 y una desviación típica de 24.753. El índice de asimetría es muy bajo ($As = .031$) y el de curtosis de .214. Con un $N = 136$, contamos con un 96% de casos válidos en los varones y un 93.2% en las mujeres.

A continuación, se exponen los estadísticos descriptivos en función de la variable género (**tabla 27.2**). La media de los varones ($N = 95$) es de 93.873 siendo su desviación típica de 23.770. En lo que respecta a las mujeres ($N = 41$), presentan una media de 99.317 y una desviación típica de 26.813. En los hombres encontramos una asimetría negativa ($As = -.278$) y en las mujeres una asimetría positiva ($As = .461$). Por su parte, los índices de curtosis nos indican en los varones una distribución leptocúrtica ($K = .130$) y en las mujeres una distribución platicúrtica ($K = -.009$), aunque el índice de curtosis es prácticamente insignificante.

	N	Media		Desv típ.	Asimetría		Curtosis	
		Estad.	Error	Estad.	Estad.	Error	Estad.	Error
Total LUCAM	136	95.514	2.122	24.375	.031	.208	.214	.413
N válido (según lista)	136							

Tabla 27.1. Estadísticos descriptivos del cuestionario LUCAM.

CUESTIONARIO LUCAM		HOMBRES		MUJERES	
		Estadíst.	Error típ.	Estadíst.	Error típ.
Media		93.873	2.438	99.317	4.187
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	89.031		90.853	
	Límite superior	98.716		107.780	
Media recortada al 5%		94.198		99.059	
Mediana		98.000		97.000	
Varianza		565.048		718.972	
Desv. típ.		23.770		26.813	
Mínimo		22.00		40.00	
Máximo		157.00		153.00	
Rango		135.00		113.00	
Amplitud intercuartil		36.00		38.00	
Asimetría		-.278	.247	.461	.369
Curtosis		.130	.490	-.000	.724

Tabla 27.2. Estadísticos en función del género en el cuestionario LUCAM.

En el gráfico de cajas (**gráfico 10**) y en el dispersigrama (**gráfico 11**), se presentan dos formas distintas de observar de manera intuitiva como se encuentra la distribución de la muestra. En el gráfico de cajas (**gráfico 10**) podemos apreciar que las medianas son semejantes tanto en varones (Mdn = 98.000) como en mujeres (Mdn = 97.000) con diferencia tan sólo de un punto entre ellas. De forma muy general, podemos afirmar que los hombres puntúan más alto en cuestionario LUCAM puesto que su mediana es superior. La dispersión de las puntuaciones es algo superior en las mujeres debido a que su desviación típica y su varianza son superiores. Aparece un caso extremo en el grupo de los varones (62) en el límite inferior. En el dispersigrama (**gráfico 11**) podemos ver como la distribución de las puntuaciones en el cuestionario LUCAM comparando a varones y mujeres es similar. Si analizamos el gráfico con profundidad podemos inferir una mayor dispersión en el grupo de las mujeres pues parece que los hombres son algo más homogéneos en sus respuestas. Sin embargo, en este caso, la presencia del outlier se detecta en el grupo de los varones.

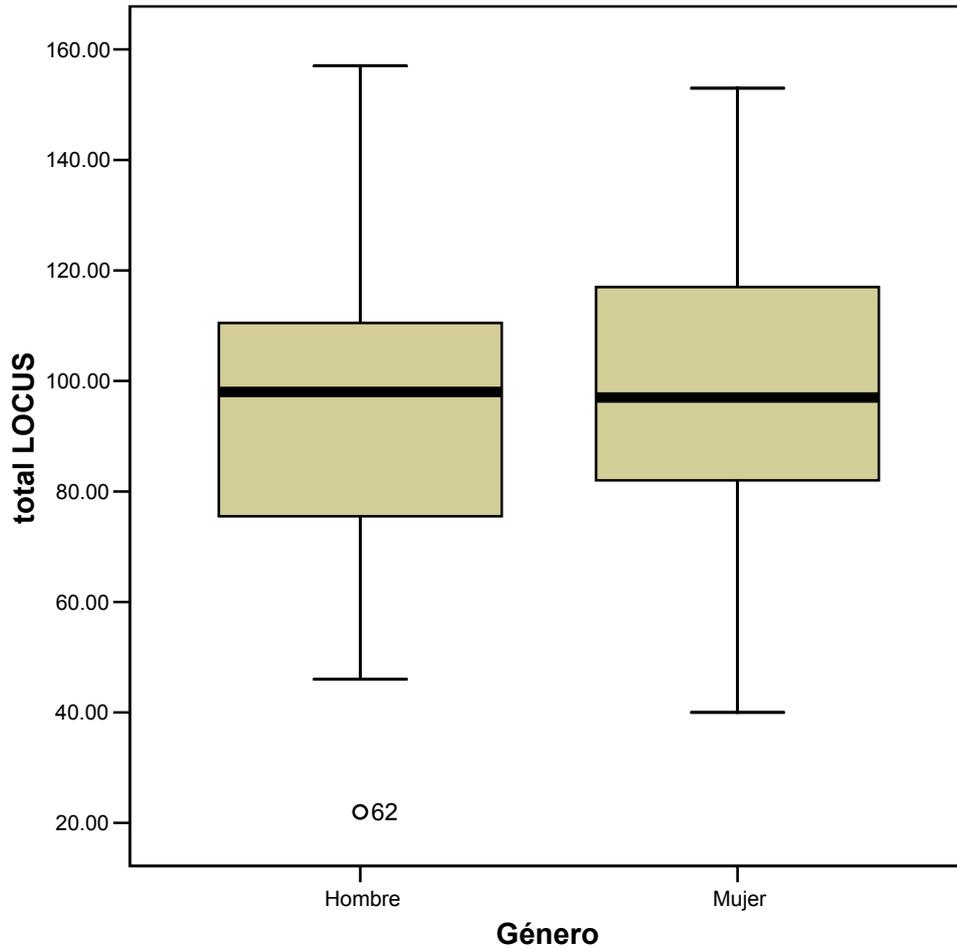


Gráfico 10. Gráfico de cajas del cuestionario LUCAM.

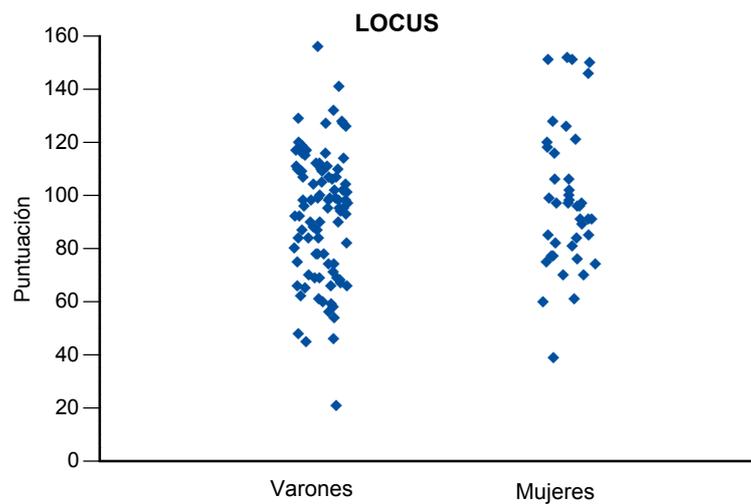


Gráfico 11. Dispersigrama del cuestionario LUCAM.

Una vez vistos los índices de tendencia central y variabilidad, pasamos a describir el procedimiento estadístico empleado para comprobar o rechazar la existencia de

diferencias en función del género en el cuestionario LUCAM. Este ha sido la prueba para muestras independientes (Prueba T). Aunque, previamente, hemos comprobado la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, como en ocasiones anteriores.

La **tabla 27.3** refleja que la distribución se ajusta a la normalidad tanto en el grupo de varones ($Z = .809$, $p = .529$), como en el de mujeres ($Z = .855$, $p = .458$), como en ambos juntos ($Z = .606$, $p = .857$). Por tanto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, que la distribución de la variable en la población es normal y de poder aplicar la prueba de muestras independientes (Prueba T) en el cuestionario LUCAM.

		Total varones LUCAM	Total mujeres LUCAM	Total LUCAM
N		95	41	136
Parámetros normales ^{a,b}	Media	93.873	99.317	95.514
	Desviación típica	23.770	26.813	24.753
Diferencias más extremas	Absoluta	.083	.134	.052
	Positiva	.053	.134	.036
	Negativa	-.083	-.084	-.052
Z de Kolmogorov-Smirnov		.809	.855	.606
Sig. Asintót. (bilateral)		.529	.458	.857

a. La distribución de contraste es la Normal. b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 27.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el cuestionario LUCAM.

En la **tabla 27.5** se muestran los resultados de la prueba de Levene y los resultados de la prueba T. La prueba de Levene nos muestra una $F = .244$ y una significación estadística de $.622$. De acuerdo con esto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, mantenemos que las varianzas son iguales y elegimos el valor de t correspondiente al caso de la igualdad. En cuanto a la prueba T, podemos apreciar que para el cuestionario LUCAM se ha obtenido una $t = -1.179$ con una significación de $.241$. Los resultados nos indican que no hay diferencias significativas en el cuestionario LUCAM en función del género. Esto quiere decir que las puntuaciones de los sujetos de nuestro estudio en el cuestionario LUCAM son independientes del género de los mismos. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 1.3* que postulaba que:

Subhipótesis 1.3. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario LUCAM de locus de control* (Pelechano y Báguena, 1983).

	Género	N	Media	Desviación ttp.	Error ttp. de la media
Total	Hombre	95	93.8737	23.77073	2.43883
LOCUS	Mujer	41	99.3171	26.81365	4.18759

Tabla 27.4. Estadísticos de grupo en el cuestionario LUCAM.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error ttp. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Total	.244	.622	-1.179	134	.241	-5.44339	4.61886	Inferior	Superior
LOCUS			-1.123	68.388	.265	-5.44339	4.84601	-14.57869	3.69191
								-15.11245	4.22567

Tabla 27.5. Prueba de muestras independientes en el cuestionario LUCAM.

En la revisión teórica no hemos encontrado ningún artículo que analizara la posible relación entre el *locus de control* y el género. Sin embargo, aparecen varias investigaciones que comparan grupos sin LM con grupos de personas con LM en relación a la variable *locus de control*. En estas publicaciones se ha comprobado que las personas con LM tienen más percepciones de control externo, niveles más bajos de auto-estima y muestran más actitudes de fatalismo y desesperación durante el primer año. Ahora bien, al cabo de dos años, ya no hay diferencias significativas con la población normal (Craig et al., 1994; Hancock et al., 1993). Otro grupo de investigaciones estudian el *locus de control* de personas con LM que participan en diferentes terapias (psicoterapia educativa o cognitivo-conductual) durante su proceso de rehabilitación comparándolo con otros que por diversos motivos no se han beneficiado de ella (Craig et al., 1998, 1999; Fiedler, 1998). Los resultados ponen de manifiesto una mejora en los resultados del proceso de rehabilitación y en una mayor autonomía a la hora de realizar las tareas de la vida diaria en aquellos LM que han participado de la terapia.

13.4.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y GÉNERO

La *subhipótesis 1.4* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 1.4. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (Pelechano, 1992; Pelechano et al., 1993).

En primer lugar, presentamos los estadísticos descriptivos generales del *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*. Contamos con un 96% de casos válidos en los varones (N = 95) y un 93.2% en las mujeres (N = 41), siendo el tamaño muestral, N = 136. En esta escala encontramos una media de 90.360 y una desviación típica de 27.370. Con índices de asimetría y curtosis positivos, As = .520 y K = .569 (**tabla 28.1**).

A continuación, se exponen los estadísticos descriptivos en función de la variable género (**tabla 28.2**). La media de los varones (N = 95) es de 87.631 siendo su desviación típica de 27.283. Por su parte, las mujeres (N = 41), presentan una media de 96.682 y una desviación típica de 26.837. En lo que respecta a los índices de asimetría, encontramos una asimetría positiva tanto en varones (As = .637) como en mujeres (As = .333) Los índices de curtosis nos indican una distribución leptocúrtica tanto para los hombres (K = .842) como para las mujeres (K = .554).

	N	Media		Desv típ.	Asimetría		Curtosis	
		Estad.	Error	Estad.	Estad.	Error	Estad.	Error
Total AFRA	136	90.360	2.346	27.370	.520	.208	.569	.413
N válido (según lista)	136							

Tabla 28.1. Estadísticos descriptivos del cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.

Para interpretar de forma más intuitiva estos resultados numéricos, se presentan un gráfico de cajas (**gráfico 12**) y un dispersigrama (**gráfico 13**). En el gráfico de cajas (**gráfico 12**) podemos apreciar que la mediana del grupo de las mujeres (Mdn =

100.000) es algo superior a la de los varones (Mdn = 86.000). Estos resultados nos indican que son las mujeres las que presentan más estrategias de afrontamiento ante su discapacidad. Sin embargo, la dispersión de la distribución es muy similar en ambos grupos debido a que sus desviaciones típicas son muy parecidas. Encontramos tres casos extremos, uno en las mujeres que se separa del percentil 90 (P_{90}) y dos en el grupo de los varones que también se alejan por el límite superior. En el dispersigrama (**gráfico 13**) podemos ver como la distribución de las puntuaciones en el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* comparando a varones y mujeres es equiparable. Si analizamos el gráfico detectamos la presencia de tres outliers que superan el P_{90} : dos muy marcados en el grupo de los varones y uno en el grupo de las mujeres.

CUESTIONARIO AFRA		HOMBRES		MUJERES	
		Estadíst.	Error típ.	Estadíst.	Error típ.
Media		87.631	2.799	96.682	4.191
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	82.073		88.211	
	Límite superior	93.189		105.154	
Media recortada al 5%		86.543		96.058	
Mediana		86.000		100.000	
Varianza		744.405		720.272	
Desv. típ.		27.283		26.837	
Mínimo		30.00		37.00	
Máximo		175.00		163.00	
Rango		145.00		126.00	
Amplitud intercuartil		36.00		32.00	
Asimetría		.637	.247	.333	.369
Curtosis		.842	.490	.554	.724

Tabla 28.2. Estadísticos en función del género en el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.

El procedimiento estadístico empleado, para comprobar o rechazar la existencia de diferencias en función del género en el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*, ha sido la prueba para muestras independientes (Prueba T). Aunque previamente, hemos comprobado la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Si observamos la **tabla 28.3** podemos apreciar que la distribución se ajusta a la normalidad tanto en el grupo de varones ($Z = .727$, $p = .665$), como en el de mujeres ($Z = .808$, $p = .532$), como en ambos juntos ($Z = .571$, $p = .901$). Por tanto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, que la distribución de la variable en la población es normal y de poder aplicar la prueba de muestras independientes (Prueba T) en el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*.

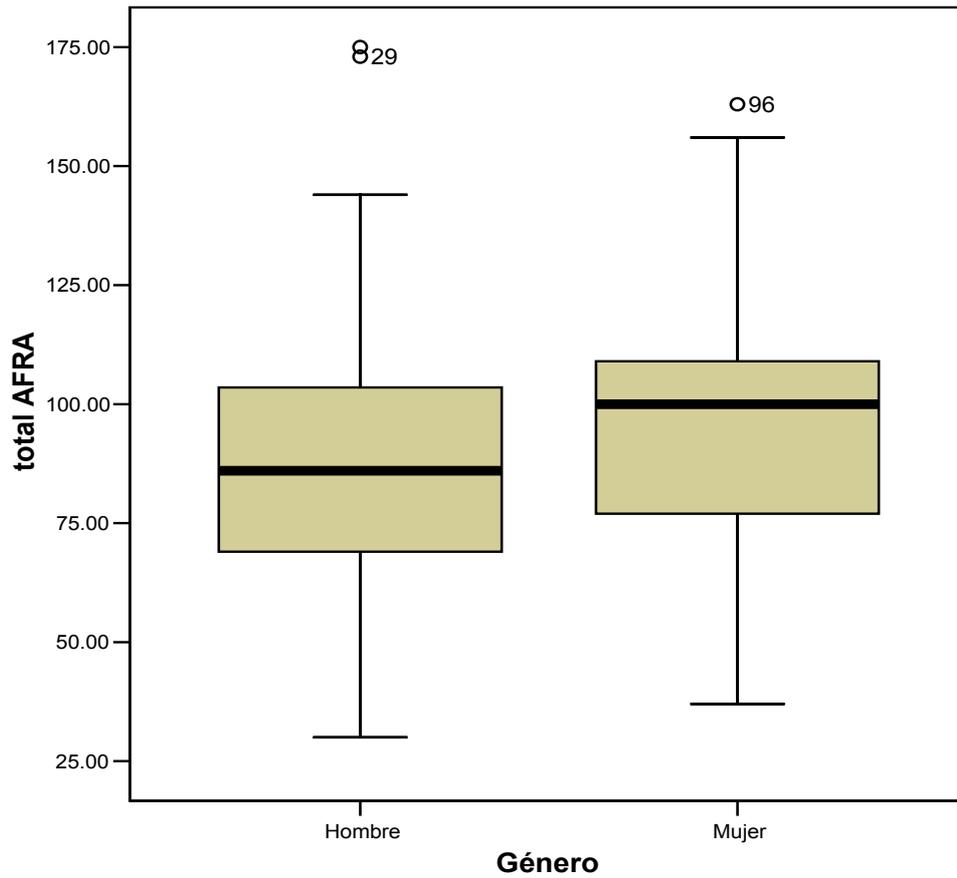


Gráfico 12. Gráfico de cajas del cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.

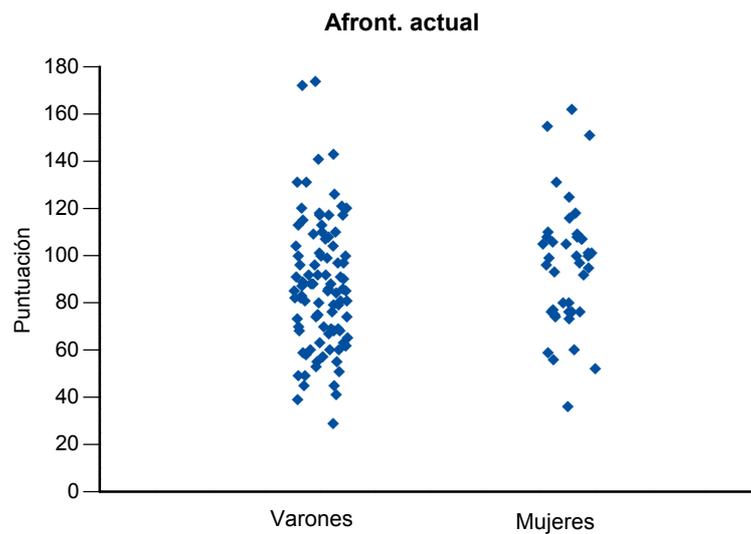


Gráfico 13. Dispersigrama del cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.

		Total varones AFRA	Total mujeres AFRA	Total AFRA
N		95	41	136
Parámetros normales ^{a,b}	Media	87.631	96.682	90.360
	Desviación típica	27.283	26.837	27.370
Diferencias más extremas	Absoluta	.075	.126	.049
	Positiva	.075	.126	.049
	Negativa	-.032	-.080	-.026
Z de Kolmogorov-Smirnov		.727	.808	.571
Sig. Asintót. (bilateral)		.665	.532	.901

a. La distribución de contraste es la Normal. b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 28.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.

En la **tabla 28.5** se muestran los resultados de la prueba de Levene y los resultados de la prueba T. La prueba de Levene nos muestra una $F = .064$ y una significación estadística de $.800$. De acuerdo con esto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, mantenemos que las varianzas son iguales y elegimos el valor de t correspondiente al caso de la igualdad. En cuanto a la prueba T, podemos apreciar que para el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* los resultados nos indican que no hay diferencias significativas en función del género ($t = -1.784$, $p = .077$). Esto quiere decir que las puntuaciones de los sujetos de nuestro estudio en el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* son independientes del género de los mismos. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 1.4* que postulaba que:

Subhipótesis 1.4. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (Pelechano, 1992; Pelechano et al., 1993).

Una vez más, en la revisión bibliográfica no hemos encontrado artículos que comparen las estrategias de afrontamiento en varones y mujeres con LM. Si bien es cierto, que han aparecido varias publicaciones que evalúan el afrontamiento en mujeres con LM (Alexander et al, 2002; Isaksson et al, 2005; Pentland et al., 2003; Quigley, 1995). En éstas, las mujeres LM afirman que muchas de sus relaciones sociales disminuyen y terminan desapareciendo pero, sin embargo, suelen crear otras nuevas con personas con discapacidad. Estas mujeres experimentan cambios en su red social de apoyos y dichos cambios van a afectar a su habilidad para participar en la comunidad. Así, para adaptarse a su nueva situación, las mujeres tienen que desarrollar, de forma gradual, diferentes estrategias de afrontamiento. Por otra parte, nos parece interesante destacar que en la mayoría de las investigaciones revisadas, el afrontamiento personal parece un predictor fundamental del ajuste psicológico y, por tanto, debe ser tenido en cuenta en los tratamientos y programas de rehabilitación de las personas con LM (Alden, 1992; Galvin y Godfrey, 2001; Kennedy et al, 2005; Sable y Bocarro, 2004).

Género		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total AFRA	Hombre	95	87.6316	27.28379	2.79926
	Mujer	41	96.6829	26.83788	4.19137

Tabla 28.4. Estadísticos de grupo en el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Total AFRA		.064	.800	-1.784	134	.077	-9.05135	5.07351	-19.08587	.98318
Se han asumido varianzas iguales										
No se han asumido varianzas iguales				-1.796	77.113	.076	-9.05135	5.04018	-19.08740	.98471

Tabla 28.5. Prueba de muestras independientes en el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual.

13.4.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y GÉNERO

La *subhipótesis 1.5* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 1.5. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento* (Pelechano, 1992; Pelechano et al., 1993).

En primer lugar se exponen, en la **tabla 29.1**, los estadísticos descriptivos generales del cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado. En esta escala encontramos una media de 89.847 y una desviación típica de 33.810. Los índices de asimetría y curtosis son ambos negativos y prácticamente insignificantes ($As = -.067$, $K = -.044$).

En segundo lugar, presentamos los estadísticos descriptivos en función de la variable género. Con un $N = 138$, contamos con un 97% de casos válidos en los varones y un 95.5% en las mujeres. La media del grupo de los varones ($N = 96$) es de 87.833 siendo su desviación típica de 34.348. Las mujeres ($N = 42$) presentan una media de 94.452 y una desviación típica de 32.478. En lo que respecta a los índices de asimetría, en los hombres encontramos una asimetría negativa ($As = -.114$) y en las mujeres una asimetría positiva ($As = .119$). Por su parte, los índices de curtosis nos indican en los varones una distribución leptocúrtica ($K = .233$) y en las mujeres una distribución platicúrtica ($K = -.950$) (**tabla 29.2**).

	N	Media		Desv típ.	Asimetría		Curtosis	
		Estad.	Error	Estad.	Estad.	Error	Estad.	Error
Total AFRM	138	89.847	2.878	33.810	-.067	.206	-.044	.410
N válido (según lista)	138							

Tabla 29.1. Estadísticos descriptivos del cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado.

En el gráfico de cajas (**gráfico 14**) y en el dispersigrama (**gráfico 15**), se presentan dos formas distintas de observar la distribución de la muestra. En el gráfico de cajas (**gráfico 14**) podemos apreciar que las medianas son semejantes tanto en varones ($Mdn = 87.000$) como en mujeres ($Mdn = 88.000$) con diferencia tan sólo de un punto entre ellas. Al igual que ocurría con las estrategias de afrontamiento actuales, también son las mujeres las que presentaron mejores estrategias de afrontamiento en los momentos iniciales cuando sufrieron la LM. La dispersión de las puntuaciones es algo superior en los hombres debido a que su desviación típica y su varianza son superiores. Aparecen dos casos extremos (37 y 133) en el grupo de los varones, uno de ellos se separa del P_{90} y el otro del P_{10} . En el dispersigrama (**gráfico 15**) podemos ver como la distribución de las puntuaciones en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado en función del género es muy similar. Si analizamos el gráfico podemos inferir una mayor dispersión en el grupo de los varones debido a que su desviación típica es algo superior y a la presencia de dos valores outliers, uno por encima y otro por debajo de los límites establecidos.

CUESTIONARIO AFRM		HOMBRES		MUJERES	
		Estadíst.	Error típ.	Estadíst.	Error típ.
Media		87.833	3.505	94.452	5.011
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	80.873		84.331	
	Límite superior	94.793		104.573	
Media recortada al 5%		88.175		94.193	
Mediana		87.000		88.000	
Varianza		1179.846		1054.839	
Desv. típ.		34.348		32.478	
Mínimo		3.00		38.00	
Máximo		183.00		162.00	
Rango		180.00		124.00	
Amplitud intercuartil		42.50		53.75	
Asimetría		-.114	.246	.119	.365
Curtosis		.233	.488	-.950	.717

Tabla 29.2. Estadísticos en función del género en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado.

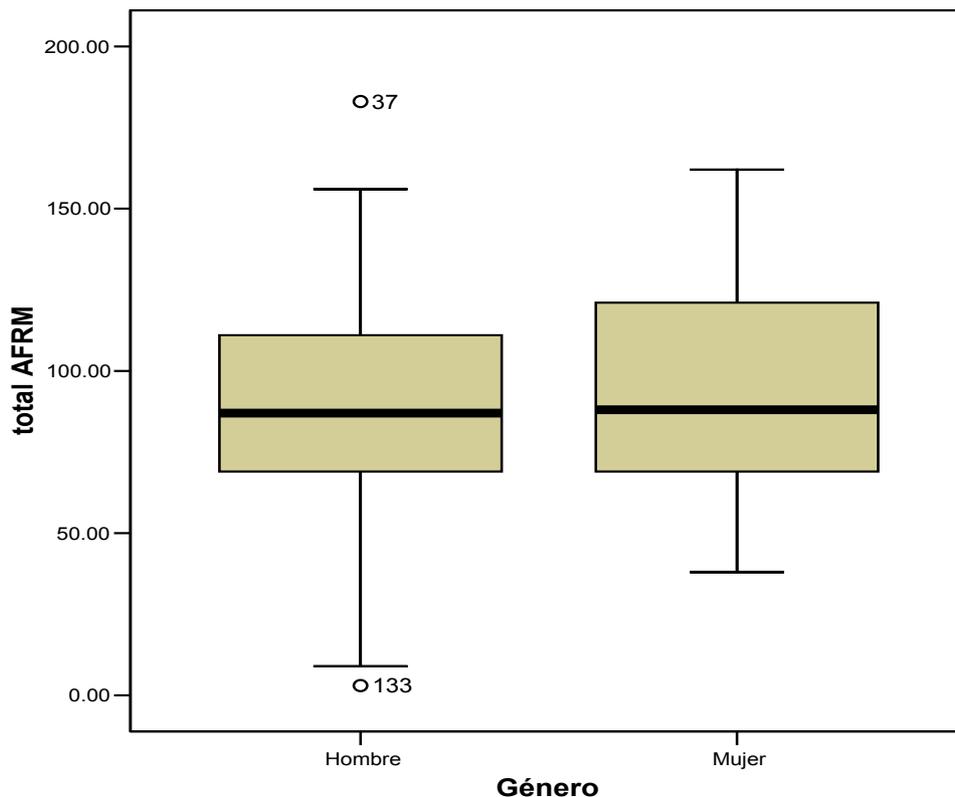


Gráfico 14. Gráfico de cajas del cuestionario estrategias de afrontamiento rememorado.

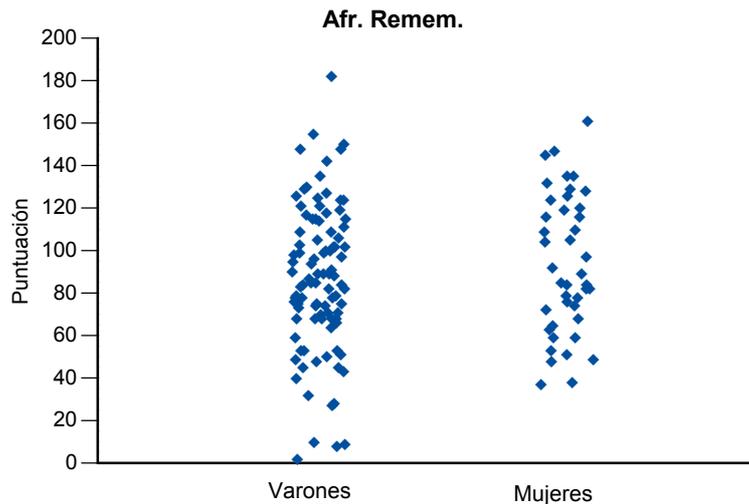


Gráfico 15. Dispersigrama del cuestionario estrategias de afrontamiento rememorado.

Hasta el momento hemos visto los estadísticos descriptivos y las representaciones gráficas donde podemos observar de forma más intuitiva como se distribuyen las puntuaciones de varones y mujeres en la muestra. A continuación, describimos el procedimiento estadístico empleado para comprobar o rechazar la existencia de diferencias en función del género en la escala de estrategias de afrontamiento rememorado. Este ha sido la prueba para muestras independientes (Prueba T). Sin embargo, previamente, hemos comprobado la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

La distribución se ajusta a la normalidad tanto en el grupo de varones ($Z = .715$, $p = .686$), como en el de mujeres ($Z = .665$, $p = .768$), como en ambos juntos ($Z = .532$, $p = .940$). Por tanto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, que la distribución de la variable en la población es normal y de poder aplicar la prueba de muestras independientes (Prueba T) en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (tabla 29.3).

		Total varones AFRM	Total mujeres AFRM	Total AFRM
Parámetros normales ^{a,b}	N	96	42	138
	Media	87.833	94.452	89.847
	Desviación típica	34.348	32.478	33.810
Diferencias más extremas	Absoluta	.073	.103	.045
	Positiva	.032	.103	.045
	Negativa	-.073	-.090	-.044
Z de Kolmogorov-Smirnov		.715	.665	.532
Sig. Asintót. (bilateral)		.686	.768	.940

a. La distribución de contraste es la Normal. b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 29.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el cuestionario estrategias de afrontamiento rememorado.

Género		N	Media	Desviación típ.	Error tip. de la media
Total AFRM	Hombre	96	87.8333	34.34888	3.50572
	Mujer	42	94.4524	32.47829	5.01151

Tabla 29.4. Estadísticos de grupo en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado.

		Prueba T para la igualdad de medias						95% Intervalo de confianza para la diferencia		
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Diferencia de medias		Error tip. de la diferencia		Inferior	Superior	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)				
Total AFRM	Se han asumido varianzas iguales	.077	.782	-1.059	136	.292	-6.61905	6.25234	-18.98343	5.74534
	No se han asumido varianzas iguales			-1.082	82.426	.282	-6.61905	6.11599	-18.78475	5.54665

Tabla 29.5. Prueba de muestras independientes en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado.

Por último, se muestran los resultados de la prueba de Levene y los resultados de la prueba T. La prueba de Levene nos muestra una $F = .077$ y una significación estadística de $.782$. Por tanto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, mantenemos que las varianzas son iguales y elegimos el valor de t correspondiente al caso de la igualdad. En cuanto a la prueba T, podemos apreciar que para el cuestionario de estrategias de afrontamiento recordado se ha obtenido una $t = -1.059$ con un nivel de significación de $.292$. Los resultados nos indican que no hay diferencias significativas en el cuestionario de estrategias de afrontamiento recordadas en función del género. Dicho de otro modo, las puntuaciones de los sujetos de nuestro estudio en este cuestionario son independientes del género de los mismos. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 1.5* que postulaba que:

Subhipótesis 1.5. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Cuestionario de recordación de estrategias de afrontamiento* (Pelechano, 1992; Pelechano et al., 1993).

En general, las publicaciones sobre afrontamiento encontradas en la literatura no suelen diferenciar entre afrontamiento actual y afrontamiento recordado tal y como nosotros estamos haciendo en este trabajo. Como excepción, hemos encontrado el trabajo de Kennedy et al. (1995) donde se comparan las estrategias de afrontamiento de un grupo de lesionados agudos con otros de larga evolución. Los resultados muestran que ambos grupos tienen estrategias de afrontamiento comunes (la aceptación, la negación y la desvinculación conductual) y otras diferentes. Otro trabajo donde se comparan las estrategias de afrontamiento recordadas frente a las actuales es en el estudio de Mason (1995). Este autor analiza la relación entre las estrategias de afrontamiento de las personas con LM desde su admisión en el hospital en el momento de la lesión hasta su salida cuando reciben el alta terapéutica. Como conclusión de la investigación se observó que las estrategias de afrontamiento de los participantes fueron aumentando desde el comienzo hasta el final del tratamiento. Sin embargo, en ninguno de estos trabajos ni de todos los revisados se tiene en cuenta la variable género ni su posible influencia en el afrontamiento a la LM. En síntesis, tal y como adelantábamos en la revisión teórica podemos concluir que el tema de la perspectiva de género aún no ha sido objeto de un abordaje científico con la variable afrontamiento.

13.4.6. INVENTARIO DE BECK Y GÉNERO

La *subhipótesis 1.6* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 1.6. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Inventario de depresión de Beck* (Conde et al, 1976).

En la **tabla 30.1** podemos observar los estadísticos descriptivos generales del *Inventario de depresión de Beck*. En este cuestionario encontramos una media de 9.289 y una desviación típica de 7.204 . El índice de asimetría es positivo ($As = .819$) y el de curtosis negativo y prácticamente insignificante ($K = -.001$). Con un $N = 139$, contamos con un 99% de casos válidos en los varones y un 93.2% en las mujeres.

A continuación, se exponen los estadísticos descriptivos en función de la variable género (**tabla 30.2**). La media de los varones ($N = 98$) es de 9.278 siendo su desvia-

ción típica de 6.695. En el grupo de las mujeres (N = 41), aparece una media de 9.317 y una desviación típica de 8.388. En lo que respecta a los índices de asimetría, los resultados muestran una asimetría positiva tanto en varones (As = .631) como en mujeres (As = 1.050). Por su parte, los índices de curtosis, numéricamente insignificantes, nos indican en los varones una distribución platicúrtica (K = -.348) y en las mujeres una distribución leptocúrtica (K = .199).

	N	Media		Desv típ.	Asimetría		Curtosis	
		Estad.	Error	Estad.	Estad.	Error	Estad.	Error
Total BECK	139	9.289	.611	7.204	.819	.206	-.001	.408
N válido (según lista)	139							

Tabla 30.1. Estadísticos descriptivos del inventario de Beck.

Para interpretar de forma más intuitiva estos resultados numéricos, se presentan un gráfico de cajas (**gráfico 16**) y un dispersograma (**gráfico 17**). En el gráfico de cajas (**gráfico 16**) podemos apreciar que las medianas de ambos grupos son equiparables, siendo superior la de los varones. En conjunto, podemos afirmar que los varones puntúan más alto en depresión (su mediana es superior). Sin embargo, la distribución de las mujeres presenta una mayor dispersión y los tres casos extremos que se separan del P₉₀ (82, 96 y 98) pertenecen a dicho grupo. En el dispersograma (**gráfico 17**) podemos ver como la distribución de las puntuaciones en el *Inventario de depresión de Beck* comparando a varones y mujeres es semejante. Si analizamos el gráfico detectamos la presencia de tres outliers que superan el P₉₀ y los tres en el grupo de las mujeres.

INVENTARIO BECK		HOMBRES		MUJERES	
		Estadíst.	Error típ.	Estadíst.	Error típ.
Media		9.278	.676	9.317	1.310
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7.936		6.669	
	Límite superior	10.620		11.964	
Media recortada al 5%		8.972		8.745	
Mediana		9.000		7.000	
Varianza		44.825		70.372	
Desv. típ.		6.695		8.388	
Mínimo		.00		.00	
Máximo		28.00		30.00	
Rango		28.00		30.00	
Amplitud intercuartil		10.25		9.00	
Asimetría		.631	.244	1.050	.369
Curtosis		-.348	.483	.199	.724

Tabla 30.2. Estadísticos en función del género en el inventario de Beck.

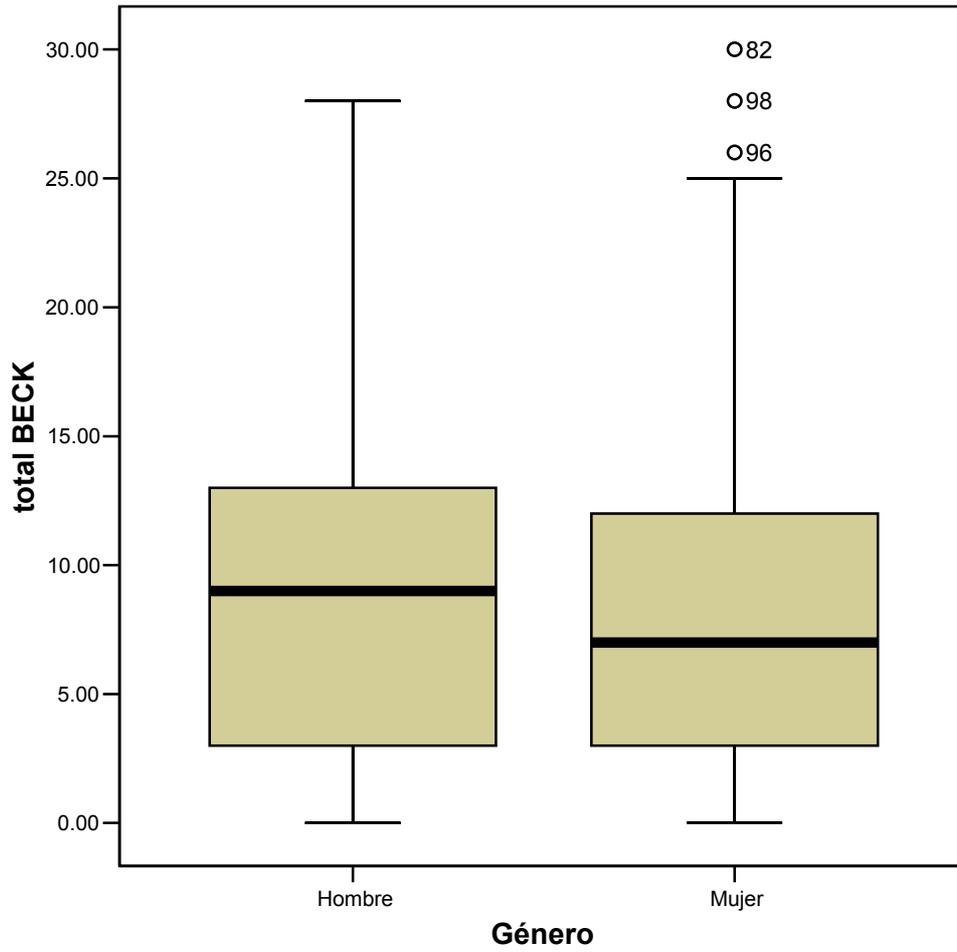


Gráfico 16. Gráfico de cajas del inventario de Beck.

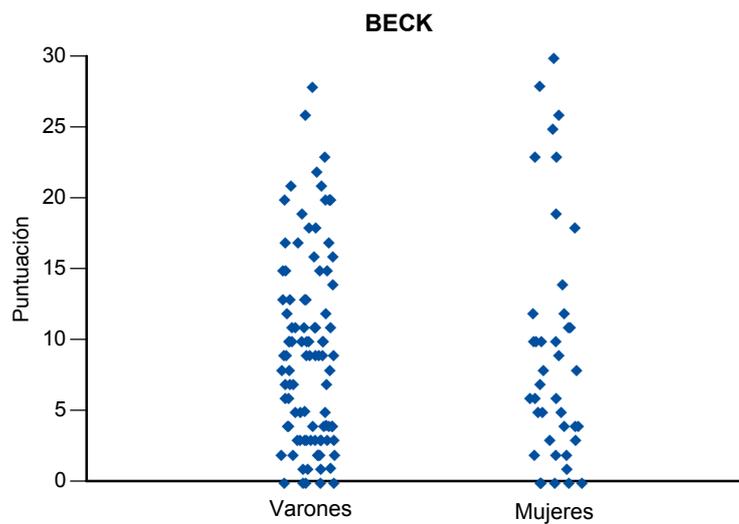


Gráfico 17. Dispersigrama del inventario de Beck.

Una vez vistos los índices de tendencia central y variabilidad, pasamos a describir el procedimiento estadístico empleado para comprobar o rechazar la existencia de diferencias en función del género en el *Inventario de depresión de Beck*. Este ha sido la prueba para muestras independientes (Prueba T). Aunque, previamente, hemos comprobado la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, como en las cinco subhipótesis anteriores.

La **tabla 30.3** refleja que la distribución se ajusta a la normalidad tanto en el grupo de varones ($Z = .1.159$, $p = .136$), como en el de mujeres ($Z = .993$, $p = .278$), como en ambos juntos ($Z = 1.311$, $p = .064$). Por tanto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, que la distribución de la variable en la población es normal y de poder aplicar la prueba de muestras independientes (Prueba T) en el *Inventario de depresión de Beck*.

		Total varones BECK	Total mujeres BECK	Total BECK
	N	98	41	139
Parámetros normales ^{a,b}	Media	9.278	9.317	9.289
	Desviación típica	6.695	8.388	7.204
Diferencias más extremas	Absoluta	.117	.155	.111
	Positiva	.117	.155	.111
	Negativa	-.083	-.133	-.099
Z de Kolmogorov-Smirnov		1.159	.993	1.311
Sig. Asintót. (bilateral)		.136	.278	.064

a. La distribución de contraste es la Normal. b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 30.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en el inventario de Beck.

Para finalizar con este apartado, en la **tabla 30.5** se muestran los resultados de la prueba de Levene y los resultados de la prueba T. La prueba de Levene nos muestra una $F = 1.814$ y una significación estadística de .180. De acuerdo con esto, estamos en condiciones de aceptar H_0 , es decir, mantenemos que las varianzas son iguales y elegimos el valor de t correspondiente al caso de la igualdad. En cuanto a la prueba T, podemos apreciar que para el *Inventario de depresión de Beck* se ha obtenido una $t = -.029$ y una significación de .977. Los resultados nos indican que no hay diferencias significativas en el *Inventario de depresión de Beck* en función del género. Esto quiere decir que las puntuaciones de los sujetos de nuestro estudio en este inventario son independientes del género de los mismos. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 1.6* que postulaba que:

Subhipótesis 1.6. No aparecerán diferencias significativas en función del género (mujeres-hombres) en el *Inventario de depresión de Beck* (Conde et al., 1976).

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total BECK	Hombre	98	9.2786	6.69515	.67631
	Mujer	41	9.3171	8.38880	1.31011

Tabla 30.4. Estadísticos de grupo en el inventario de Beck.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Total BECK	1.814	.180	-.029	137	.977	-.03850	1.34489	-2.69793	2.62093
Se han asumido varianzas iguales									
No se han asumido varianzas iguales			-.026	62.334	.979	-.03850	1.47438	-2.98542	2.90842

Tabla 30.5. Prueba de muestras independientes en el inventario de Beck.

En la revisión de la parte teórica, hemos encontrado numerosos estudios que tratan de evaluar la depresión en las personas con LM. Podemos afirmar, sin duda, que es la variable psicológica más estudiada en la literatura (Hancock et al., 1993). Sin embargo, no existe unanimidad ni acuerdo en las publicaciones revisadas en cuanto a si el género influye o no en la depresión de las personas con LM. Así, hemos presentado artículos donde los varones eran más vulnerables a presentar cuadros depresivos y sobre todo si éstos eran jóvenes (Laatsch y Shahani, 1996) y otros, los más numerosos, donde son las mujeres las que muestran puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva (Fuhrer et al., 1993; Hughes et al., 2001; Kennedy y Evans, 2001). Si bien es cierto que estos resultados van en contra de los datos de nuestra investigación, hemos de dejar muy claro que no son concluyentes en ningún punto pues en cada estudio las diferencias se encuentran en líneas distintas. Por último, destacar que también hemos encontrado numerosos estudios donde el objetivo era comparar un grupo de personas con LM con otro grupo sin LM. En estas investigaciones las conductas evitativas, los sentimientos de culpabilidad, los problemas para dormir y, en una palabra, los cuadros depresivos son más comunes en las personas con LM (Benony et al., 2002; Bockian et al., 2003; De Carvalho et al., 1998; Heinrich, 1996).

En síntesis, a lo largo de este apartado hemos ido presentado los procedimientos de análisis estadístico que han sido necesarios para contrastar cada una de las seis subhipótesis recogidas dentro de la primera de nuestras hipótesis de partida. Hemos aceptado todas y cada una de ellas. A la vista de dichos resultados, estamos en condiciones de confirmar la *Hipótesis 1*, la cual postula que:

Hipótesis 1. No habrá diferencias significativas en las escalas psicológicas en función del género. No aparecerá, por tanto, un perfil psicológico en el grupo de las mujeres que justifique la *doble discriminación*.

13.5. ANÁLISIS DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS EN EL GRUPO DE LAS MUJERES EN FUNCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS: COMPARACIÓN INTRA-GRUPOS

En este apartado pasamos a contrastar la segunda de la hipótesis que nos hemos planteado en nuestro trabajo. Dicha hipótesis postula que:

Hipótesis 2. No habrá relación entre las variables clínicas y las puntuaciones obtenidas en las escalas psicológicas en el grupo de las mujeres.

Para contrastar dicha hipótesis, la hemos subdividido a su vez en nueve subhipótesis en función de las nueve variables clínicas que hemos analizado. Estas son: *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*. En este caso se han llevado a cabo tres procedimientos de análisis diferentes. En primer lugar, hemos utilizado la U de Mann-Whitney que es el equivalente no paramétrico de la prueba T para comparar medias de dos muestras independientes. En segundo lugar, la prueba de Kruskal-Wallis que resulta el equivalente no paramétrico del ANOVA. Ambas pruebas lo que hacen es transformar las puntuaciones de los sujetos en rangos como veremos posteriormente. Los rangos promedios son medidas que se utilizan cuando es imposible usar la media para compa-

rar los grupos porque no se cumplen los requisitos estadísticos pertinentes. En tercer lugar, una correlación no paramétrica, en nuestro caso la Rho de Spearman. Por último, se presentan gráficos con los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas en función de cada una de las variables clínicas.

A continuación, pasamos a describir de forma detallada los procedimientos de análisis llevados a cabo en cada una de las nueve subhipótesis que nos llevarán a confirmar o rechazar la hipótesis de partida.

13.5.1. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y TIPO DE LESIÓN

La *subhipótesis 2.1* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 2.1. No existirá relación significativa entre el tipo de lesión y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos la prueba U de Mann-Whitney que como comentamos anteriormente es el equivalente no paramétrico de la prueba T para comparar medias. Aplicamos esta prueba porque la variable analizada (tipo de lesión) tiene dos categorías (completa o incompleta). En primer lugar, lo que hace la prueba U de Mann-Whitney es ordenar las puntuaciones de todos los sujetos en la variable considerada (tipo de lesión) y comparar el rango promedio de los grupos. A continuación, se obtiene el valor del estadístico de contraste U y su significación estadística. Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas.

13.5.1.1. CUESTIONARIO E-N Y TIPO DE LESIÓN

Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney nos indican que no existen diferencias significativas en ninguna de las dos subescalas de cuestionario. De forma más detallada, observando la **tabla 31.2**, podemos apreciar que no hay diferencias significativas en función del tipo de lesión ($U = 143.500$, $p = .089$) en la subescala E. Tampoco aparecen diferencias significativas en la subescala N en función del tipo de lesión ($U = 171.000$, $p = .319$). A la vista de estos resultados, estamos en condiciones de afirmar que el tipo de lesión (completa o incompleta) no guarda relación alguna con los componentes de extraversión y neuroticismo de las LM de nuestra muestra.

13.5.1.2. CUESTIONARIO MAE Y TIPO DE LESIÓN

Si nos fijamos en la **tabla 31.2**, podemos observar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario MAE y el tipo de lesión de los sujetos de nuestra investigación ($U = 169.000$, $p = .581$). De nuevo, el tener una lesión completa o incompleta no está relacionado con la motivación y la ansiedad de ejecución de nuestras LM.

13.5.1.3. CUESTIONARIO LUCAM Y TIPO DE LESIÓN

Los datos aportados por la prueba U de Mann-Whitney nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario LUCAM y el tipo de la lesión de las LM de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 31.2**, los datos reflejan una $U = 172.000$ con una significación asintótica de .779.

13.5.1.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y TIPO DE LESIÓN

Si nos fijamos en la **tabla 31.2**, en el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (AFRA) vuelve a ocurrir lo mismo que en el apartado anterior, es decir, no aparecen diferencias significativas en función de si la lesión es completa o incompleta ($U = 169.500$, $p = .592$). Esto refleja, por lo tanto, que es independiente tener un tipo de lesión u otro a la hora de mantener unas adecuadas estrategias de afrontamiento y control personal tal y como veíamos en el apartado anterior.

13.5.1.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y TIPO DE LESIÓN

En el caso de las estrategias de afrontamiento rememoradas, es decir, las que tuvieron los primeros días después de adquirir la lesión, ocurre lo mismo que con las estrategias de afrontamiento actuales. No aparecen diferencias estadísticamente significativas con el tipo de lesión de nuestros sujetos. Si observamos la **tabla 31.2**, encontramos una U de Mann-Whitney = 185.500, con una significación estadística de .655.

13.5.1.6. INVENTARIO DE BECK Y TIPO DE LESIÓN

Por último, si nos fijamos en los datos relativos al *Inventario de depresión de Beck* (**tabla 31.2**) podemos observar que en este caso tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas. Las respuestas depresivas de nuestros sujetos ($N = 41$) no guardan relación con el tipo de lesión que estos sufren. La U de Mann-Whitney es de 180.000 y la significación estadística de .804.

Una vez analizadas las seis escalas psicológicas, podemos ver de forma más intuitiva los resultados obtenidos si observamos el **gráfico 18**, donde vienen representados los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas en función del tipo de su lesión. Para ello ya hemos visto que se ha utilizado una prueba de análisis no paramétrico de la varianza y no hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de las seis escalas psicológicas analizadas. Aunque éstas no hayan resultado significativas, sí que merece la pena destacar que las mayores diferencias se han producido en la subescala E, donde las lesionadas medulares completas presentan unos rangos promedios más altos (24.38) que las incompletas (17.57). En el lado opuesto, destacamos el *Inventario de depresión de Beck*, en el cual las puntuaciones en depresión de las mujeres son prácticamente iguales.

En resumen, los resultados nos indican que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las seis escalas psicológicas en función del tipo de la lesión de las

mujeres de la muestra. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 2.1* que postulaba que:

Subhipótesis 2.1. No existirá relación significativa entre el tipo de lesión y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

	Tipo de lesión	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total E	Completa	28	24.38	682.50
	Incompleta	15	17.57	263.50
	Total	43		
total N	Completa	28	20.61	577.00
	Incompleta	15	24.60	369.00
	Total	43		
Total MAE	Completa	27	21.74	587.00
	Incompleta	14	19.57	274.00
	Total	41		
Total LOCUS	Completa	28	21.36	598.00
	Incompleta	13	20.23	263.00
	Total	41		
Total AFRA	Completa	27	21.72	586.50
	Incompleta	14	19.61	274.50
	Total	41		
Total AFRM	Completa	27	20.87	563.50
	Incompleta	15	22.63	339.50
	Total	42		
Total BECK	Completa	27	20.67	558.00
	Incompleta	14	21.64	303.00
	Total	41		

Tabla 31.1. Rangos promedios en función del tipo de lesión en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
U de Mann-Whitney	143.500	171.000	169.000	172.000	169.500	185.500	180.000
W de Wilcoxon	263.500	577.000	274.000	263.000	274.500	563.500	558.000
Z	-1.702	-.997	-.551	-.280	-.536	-.446	-.248
Sig. asintót. (bilateral)	.089	.319	.581	.779	.592	.655	.804
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]			.596 ^a	.793 ^a	.596 ^a		.817 ^a

a. No corregidos para los empates.

Tabla 31.2. Estadísticos de contraste en función del tipo de lesión en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.

A lo largo de la revisión hemos encontrado varios artículos que analizaran la relación entre el tipo de lesión y alguna de las variables psicológicas estudiadas en nuestra investigación. Los datos encontrados en la investigación de De Carvalho et al. (1998), apoyan los resultados de nuestro estudio. En este trabajo no se encontraron diferencias significativas en la variable depresión en función del tipo de lesión ni del género de las personas con LM. Sin embargo, también hemos presentado otro grupo de investigaciones cuyos resultados van en contra de los encontrados en nuestra investigación aunque en ninguna de ellas se tiene en cuenta la variable género. De esta forma, en la investigación de Malec (1985), son las personas con LM completas las más extrovertidas y con niveles más bajos de angustia emocional. En esta misma línea, Radnitz (1998) trata de estudiar los efectos que pueda tener el tipo de LM en la aparición futura de desórdenes de estrés postraumático. La investigación concluye que las personas con una tetraplejía manifiestan menos sentimientos de estrés postraumático. Es decir, las lesiones altas no aumentan el riesgo de sufrir algún tipo de trastorno de estrés postraumático.

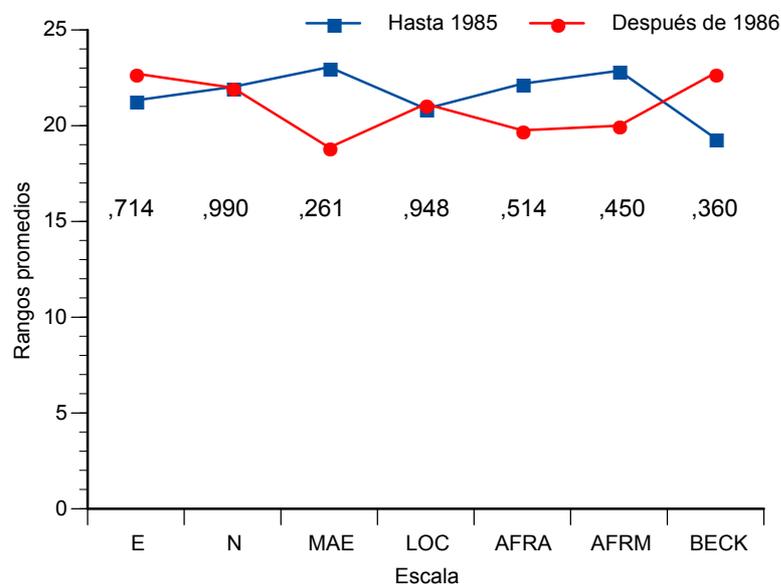


Gráfico 18. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del tipo de lesión.

13.5.2. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y FECHA DE ALTA MÉDICA

La *subhipótesis 2.2* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 2.2. No existirá relación significativa entre la fecha de alta médica y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos como en el apartado anterior la prueba U de Mann-Whitney. Para poder aplicar esta prueba, previamente recodificamos la variable fecha de alta médica que originariamente era una variable continua para convertirla en una variable dicotómica y poder trabajar con ella en los análisis estadísticos oportunos. Una vez hecha la recodificación, la convertimos en una variable con dos categorías o niveles: por un lado, los LM que recibieron el alta médica hasta el año 1985 y, por el otro, los que la recibieron después de 1986. Una vez que contamos con una variable con dos categorías, estamos en condiciones de aplicar el contraste estadístico. Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas mediante la prueba U de Mann-Whitney, la cual ordena las puntuaciones de todos los sujetos en la variable considerada (fecha de alta médica) y compara el rango promedio de los grupos.

13.5.2.1. CUESTIONARIO E-N Y FECHA DE ALTA MÉDICA

Los resultados aportados por la prueba U de Mann-Whitney, nos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en función del año en el que se produce el alta médica en el *Cuestionario E-N*. En concreto y observando la **tabla 32.2**, en la subescala E, obtenemos una $U = 216.000$ con una significación estadística de .714. En cuanto a la subescala N, podemos apreciar una $U = 230.500$ y una significación estadística de .990. Podemos concluir, por lo tanto, que el momento en el que se produce el alta médica de las lesionadas de nuestra muestra no guarda relación alguna con sus componentes de extraversión o neuroticismo.

13.5.2.2. CUESTIONARIO MAE Y FECHA DE ALTA MÉDICA

En el caso del cuestionario MAE y su posible relación con la fecha del alta médica de los sujetos de nuestra investigación, de nuevo observamos (**tabla 32.2**) que no se producen diferencias estadísticamente significativas ($U = 167.000$, $p = .261$). Es decir, los niveles de motivación y ansiedad de ejecución de las LM de nuestro estudio son independientes del momento en el que hayan recibido el alta médica.

13.5.2.3. CUESTIONARIO LUCAM Y FECHA DE ALTA MÉDICA

Los datos aportados por la prueba U de Mann-Whitney nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario LUCAM y la fecha del alta médica de las LM de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 32.2**, los datos reflejan una $U = 207.500$ con una significación asintótica de .948.

13.5.2.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y FECHA DE ALTA MÉDICA

Si nos fijamos en la **tabla 32.2**, en el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (AFRA) vuelve a ocurrir lo mismo que en el apartado anterior, es decir, no aparecen diferencias significativas en función de si el alta médica se produjo con anterioridad o posterioridad a 1985 ($U = 185.000$, $p = .514$). Esto refleja, por lo tanto, que es independiente la fecha del alta médica a la hora de mantener unas adecuadas estrategias de afrontamiento.

13.5.2.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y FECHA DE ALTA MÉDICA

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado, podemos observar en la **tabla 32.2** que no aparecen diferencias significativas en cuanto a la fecha del alta médica. En este caso, los datos reflejan una U de Mann-Whitney = 190.000 con una significación asintótica bilateral de .450. Dicho de otro modo, esto nos demuestra que el momento en el que nuestros sujetos (N = 42) reciben el alta médica no guarda ninguna relación con las estrategias de afrontamiento que éstas pusieron en marcha en el momento de adquirir la lesión.

13.5.2.6. INVENTARIO DE BECK Y FECHA DE ALTA MÉDICA

Para finalizar este apartado, podemos observar una vez más que con el *Inventario de depresión de Beck* ocurre lo mismo que con las cinco pruebas anteriores (**tabla 32.2**). Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas en relación a la fecha de alta médica (U = 175.000, p = .360).

	Fecha de alta médica	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total E	Hasta 1985	22	21.32	469.00
	Después de 1986	21	22.71	477.00
	Total	43		
Total N	Hasta 1985	22	22.02	484.50
	Después de 1986	21	21.98	461.50
	Total	43		
Total MAE	Hasta 1985	21	23.05	484.00
	Después de 1986	20	18.85	377.00
	Total	41		
Total LOCUS	Hasta 1985	21	20.88	438.50
	Después de 1986	20	21.13	422.50
	Total	41		
Total AFRA	Hasta 1985	21	22.19	466.00
	Después de 1986	20	19.75	395.00
	Total	41		
Total AFRM	Hasta 1985	22	22.86	503.00
	Después de 1986	20	20.00	400.00
	Total	42		
Total BECK	Hasta 1985	21	19.33	406.00
	Después de 1986	20	22.75	455.00
	Total	41		

Tabla 32.1. Rangos promedios en función de la fecha de alta médica en el grupo de mujeres.

Como resumen de este apartado y una vez analizadas las seis escalas psicológicas, si observamos el **gráfico 19**, podemos ver los resultados obtenidos donde vienen representados los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas en función de la fecha del alta médica. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas. En esta dirección, cabe destacar las significaciones obtenidas en la subescala N (p = .990) y en el cuestionario LUCAM (p = .948), ambas significaciones son muy próximas a uno, lo cual nos indica que los sujetos de nuestra

investigación han puntuado prácticamente igual en estas dos pruebas independientemente que fueran dadas de alta antes o después de 1985.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
U de Mann-Whitney	216.000	230.500	167.000	207.500	185.000	190.000	175.000
W de Wilcoxon	469.000	461.500	377.000	438.500	395.000	400.000	406.000
Z	-.366	-.012	-1.125	-.065	-.653	-.756	-.915
Sig. asintót. (bilateral)	.714	.990	.261	.948	.514	.450	.360

Tabla 32.2. Estadísticos de contraste en función de la fecha de alta médica en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.

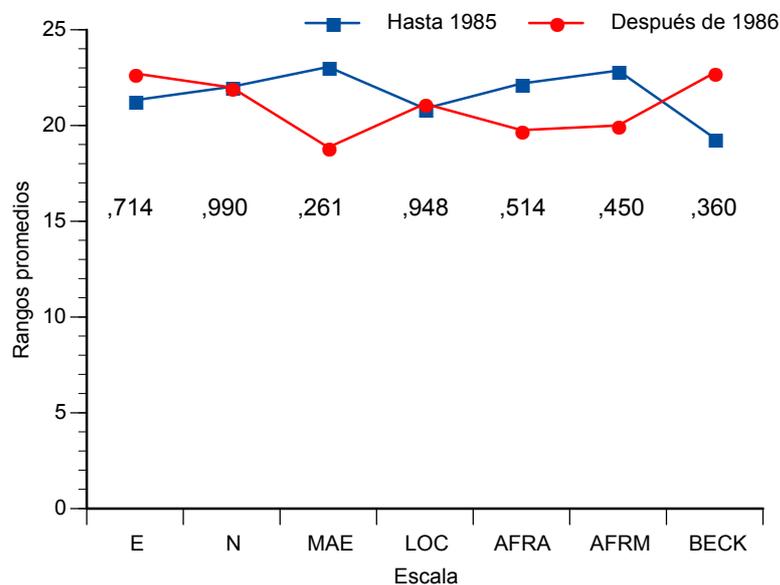


Gráfico 19. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la fecha de alta médica.

En conclusión, los resultados nos indican que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las seis escalas psicológicas en función de la fecha del alta médica. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 2.2* que postulaba que:

Subhipótesis 2.2. No existirá relación significativa entre la fecha de alta médica y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

En la revisión de la literatura no hemos encontrado ninguna publicación que analizara la posible influencia de la fecha del alta médica en las variables psicológicas estu-

diadas. Sin embargo, una investigación relacionada con este tema es la de Kennedy y Rogers (2000), dichos autores examinan la prevalencia de la depresión y de la ansiedad en un grupo de LM. Los participantes en el estudio son evaluados a lo largo de dos años, desde su llegada al hospital, en el momento de la lesión, hasta los dos años posteriores cuando ya estén reinsertados en la comunidad. A lo largo de este periodo, comprendido entre 1990 y 1994, serán evaluados en 14 ocasiones. Los resultados muestran que las puntuaciones en depresión y ansiedad son mucho más elevadas en los meses iniciales posteriores a la lesión cuando están comenzando a asimilar la nueva situación a la que se enfrentan y en los previos al alta terapéutica cuando el paciente a de regresar a casa y volver a recuperar su vida anterior. Como hecho puntual, las puntuaciones de depresión y ansiedad muestran un incremento constante entre las semanas 24 y la 48, en la cual las puntuaciones en ambas variables alcanzan sus máximas cotas. Por lo tanto, podemos concluir la posible influencia del momento en el que se realiza la evaluación en función del proceso de rehabilitación pero no el intervalo histórico (antes o después de 1985) en el que se produzca el alta médica.

13.5.3. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y COMPLICACIONES MÉDICAS

La *subhipótesis 2.3* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 2.3. No existirá relación significativa entre las causas de reingresos y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos un análisis de varianza no paramétrico: la prueba de Kruskal-Wallis que es el equivalente no paramétrico del ANOVA, puesto que el número de categorías de la variable analizada (complicaciones médicas que fueron causa de reingreso) es superior a dos. En este caso las categorías son siete: intervención quirúrgica, infección de orina, fractura ósea, revisiones, infección de orina y escaras, intervención quirúrgica y escaras y, por último, dolores. Al igual que en la prueba de Mann-Whitney, lo que hace la prueba de Kruskal-Wallis es transformar las puntuaciones de los sujetos en rangos. Una vez que se han transformado en rangos las puntuaciones se calcula el rango medio de cada grupo y se comparan estos rangos promedios para ver si la diferencia entre ellos es o no significativa. A continuación, se obtiene el valor del estadístico de contraste Chi-cuadrado y su significación estadística. Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas.

13.5.3.1. CUESTIONARIO E-N Y COMPLICACIONES MÉDICAS

Los resultados aportados por la prueba de Kruskal-Wallis (**tabla 33.2**), nos muestran que no existen diferencias significativas en el *Cuestionario E-N* en relación a la variable complicaciones médicas. En el caso de la subescala E, obtenemos un Chi-cuadrado = 5.355 y una significación estadística de .499. En cuanto a la subescala N, aparece representada con un Chi-cuadrado = 6.139 y una significación estadística de .408. A la vista de estos resultados, podemos afirmar que los niveles de extraversión y

neuroticismo de los sujetos de nuestro estudio son independientes de las complicaciones médicas que las mismos hayan sufrido.

13.5.3.2. CUESTIONARIO MAE Y COMPLICACIONES MÉDICAS

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario MAE podemos observar, en la **tabla 33.2**, que no aparecen diferencias significativas en relación a las complicaciones médicas que hayan podido motivar un reingreso. En este caso los datos reflejan un Chi-cuadrado = 5.680 con una significación asintótica de .460. Dicho de otra forma, la motivación y la ansiedad de ejecución de nuestros LM no guarda relación alguna con la causa por la que hayan sido reingresadas.

13.5.3.3. CUESTIONARIO LUCAM Y COMPLICACIONES MÉDICAS

Si nos fijamos en la **tabla 33.2**, en el cuestionario LUCAM vuelve a ocurrir lo mismo que en el apartado anterior, es decir, no aparecen diferencias significativas en función de cual sea la causa de reingreso (Chi-cuadrado = 1.450, $p = .919$). Esto refleja, por lo tanto, que es independiente la causa por la que puedan reingresar los sujetos de nuestra muestra a la hora de mantener unas adecuadas estrategias de control personal. En este caso, no aparece la categoría “dolores” puesto que no hay mujeres que hayan sido reingresadas por esta causa.

13.5.3.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y COMPLICACIONES MÉDICAS

Los datos aportados por la prueba de Kruskal-Wallis nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual (AFRA) y las complicaciones médicas de las LM de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 33.2**, los datos reflejan un Chi-cuadrado = 3.555 con una significación asintótica de .737.

13.5.3.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y COMPLICACIONES MÉDICAS

Si nos fijamos en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (**tabla 33.2**) podemos observar que tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas en función de las complicaciones médicas que hayan tenido nuestros sujetos. En este caso, los datos aportan un Chi-cuadrado = 1.347 y una $p = .969$. Podemos concluir, que tanto las estrategias de afrontamiento que tuvieron los sujetos en el momento de adquirir la lesión como las que presentan en la actualidad, no guardan relación significativa alguna con las complicaciones médicas que pudieran motivar un reingreso hospitalario.

13.5.3.6. INVENTARIO DE BECK Y COMPLICACIONES MÉDICAS

En último lugar, nos encontramos con los datos aportados por el *Inventario de depresión de Beck*. En ellos podemos observar (**tabla 33.2**), una vez más, que no aparecen diferencias estadísticamente significativas en relación a la variable complicaciones

médicas. En este caso, un Chi-cuadrado = 3.847 y una p = .697 nos indican que los niveles de depresión de nuestros sujetos no están influidos en ningún momento por las causas por las que éstas hayan sido ingresadas.

	Complicaciones médicas	N	Rango promedio
Total E	Intervención quirúrgica	9	10.06
	Infección orina	2	10.75
	Fractura ósea	1	18.50
	Revisiones	5	9.90
	Infec. orina-Escaras	2	16.25
	Interv. quir.-Escaras	3	17.83
	Dolores	1	10.00
	Total	23	
Total N	Intervención quirúrgica	9	9.50
	Infección orina	2	20.75
	Fractura ósea	1	6.50
	Revisiones	5	13.20
	Infec. orina-Escaras	2	15.00
	Interv. quir.-Escaras	3	10.50
	Dolores	1	15.00
	Total	23	
Total MAE	Intervención quirúrgica	9	9.22
	Infección orina	1	13.50
	Fractura ósea	1	15.50
	Revisiones	4	8.50
	Infec. orina-Escaras	2	19.25
	Interv. quir.-Escaras	3	11.50
	Dolores	1	12.00
	Total	21	
Total LOCUS	Intervención quirúrgica	9	10.89
	Infección orina	1	6.00
	Fractura ósea	1	8.00
	Revisiones	5	11.80
	Infec. orina-Escaras	2	10.00
	Interv. quir.-Escaras	3	13.33
	Total	21	
Total AFRA	Intervención quirúrgica	9	9.72
	Infección orina	1	17.00
	Fractura ósea	1	16.00
	Revisiones	5	12.90
	Infec. orina-Escaras	2	8.50
	Interv. quir.-Escaras	3	11.00
	Dolores	1	18.00
	Total	22	
Total AFRM	Intervención quirúrgica	9	11.06
	Infección orina	2	11.00
	Fractura ósea	1	15.00
	Revisiones	5	11.10
	Infec. orina-Escaras	2	14.50
	Interv. quir.-Escaras	3	12.67
	Dolores	1	17.00
	Total	23	
Total BECK	Intervención quirúrgica	9	10.67
	Infección orina	1	16.00
	Fractura ósea	1	3.00
	Revisiones	5	12.50
	Infec. orina-Escaras	2	11.25
	Interv. quir.-Escaras	3	11.33
	Dolores	1	19.00
	Total	22	

Tabla 33.1. Rangos promedios en función de las complicaciones médicas en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Chi-cuadrado	5.355	6.139	5.680	1.450	3.555	1.347	3.847
gl	6	6	6	5	6	6	6
Sig. asintót.	.499	.408	.460	.919	.737	.969	.697

Tabla 33.2. Estadísticos de contraste en función de las complicaciones médicas en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.

Una vez analizadas las seis escalas psicológicas, en el **gráfico 20** podemos observar los rangos promedios de los sujetos en dichas escalas en función de las complicaciones médicas. Para ello, hemos utilizado una prueba de análisis no paramétrico de la varianza y no hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de las seis escalas psicológicas. Aún así, si observamos detenidamente el gráfico podemos destacar, en primer lugar, que son los sujetos reingresados como causa de una fractura ósea los que presentan rangos promedios más bajos en depresión y en neuroticismo. En el extremo opuesto, es decir, los sujetos con puntuaciones más altas en la escala depresiva, tenemos a las personas que han sido ingresadas como consecuencia de dolores, lo cual parece lógico a todos los niveles. Por otra parte, los sujetos con rangos promedios más altos en neuroticismo son los ingresados por infecciones de orina. Por último, en el cuestionario LUCAM y en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM), los sujetos tienen rangos muy próximos independientemente de la causa del reingreso. De forma numérica lo expresamos con probabilidades muy próximas a uno, una $p = .919$ para el cuestionario LUCAM y una $p = .969$ para el cuestionario AFRM.

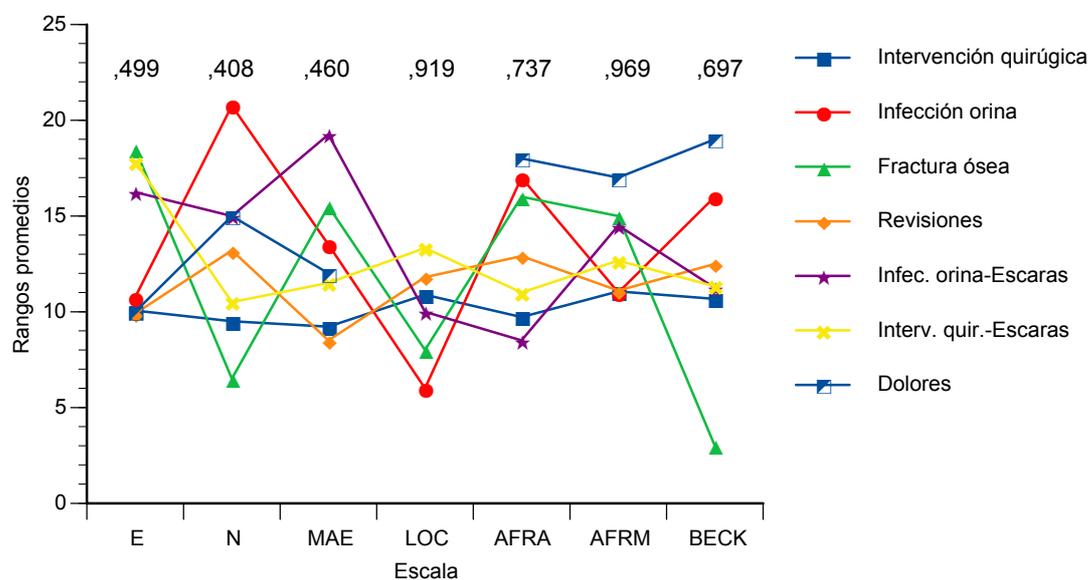


Gráfico 20. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de las complicaciones médicas.

En resumen, los resultados nos indican que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las seis escalas psicológicas en función de las complicaciones médicas.

dicas que pudieran motivar un reingreso en los sujetos de la muestra. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 2.3* que postulaba que:

Subhipótesis 2.3. No existirá relación significativa entre las causas de reingresos y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Cabe destacar, que la causa de los reingresos derivados de una LM y su relación con las variables psicológicas no ha sido objetivo de la literatura ya que no hemos encontrado publicaciones al respecto. No obstante, podemos citar como trabajo relacionado el estudio de Furlan et al. (2005), donde se evalúa la gravedad de las complicaciones médicas durante el periodo de hospitalización. En él encuentran que un 44.7% de los hombres y un 52.9% de las mujeres desarrollan complicaciones después de la LM. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas en función del género. Ambos grupos muestran similar incidencia de infecciones, complicaciones cardiovasculares e inflamaciones.

13.5.4. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y ETIOLOGÍA DE LA LM

La *subhipótesis 2.4* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 2.4. No existirá relación significativa entre la etiología de la discapacidad y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos de nuevo un análisis de varianza no paramétrico: la prueba de Kruskal-Wallis puesto que el número de categorías de la variable analizada (etiología de la discapacidad) es superior a dos. En este caso las categorías son siete: desconocida, accidente de tráfico, accidente laboral, accidente deportivo, otros accidentes, enfermedad y otras causas. A continuación, se presentan uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas.

13.5.4.1. CUESTIONARIO E-N Y ETIOLOGÍA DE LA M

En cuanto a los resultados obtenidos en el *Cuestionario E-N* (**tabla 34.2**), podemos comprobar que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las dos subescalas que forman parte de este cuestionario. En cuanto a la subescala E, los datos reflejan un Chi-cuadrado = 10.311 y una significación estadística de .112. Por su parte, la subescala N, presenta un Chi-cuadrado = 7.257 y una significación estadística de .298. Una vez más, como ya ha ocurrido en apartados anteriores los niveles de extraversión y

neuroticismo de las LM de nuestra muestra ($N = 43$) no guardan relación alguna con la causa por la cual hayan adquirido su discapacidad.

13.5.4.2. CUESTIONARIO MAE Y ETIOLOGÍA DE LA M

En el cuestionario MAE podemos observar que no aparecen diferencias significativas en torno a la causa que originó la discapacidad. En este caso los datos reflejan un Chi-cuadrado = 3.094 con una significación asintótica de .797 (**tabla 34.2**). Dicho de otra forma, parece que la causa de la discapacidad no tiene ningún tipo de relación con los componentes de motivación y ansiedad de ejecución que presentan las personas con LM de nuestra muestra.

13.5.4.3. CUESTIONARIO LUCAM Y ETIOLOGÍA DE LA M

Si nos fijamos en la **tabla 34.2**, en el cuestionario LUCAM vuelve a ocurrir lo mismo que en el apartado anterior, es decir, no aparecen diferencias significativas en función de si la causa de la discapacidad fue desconocida, por accidente, por enfermedad, etc. (Chi-cuadrado = .4.174, $p = .653$). Esto refleja, por lo tanto, que las estrategias de control personal son independientes de la etiología de la discapacidad.

13.5.4.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y ETIOLOGÍA DE LA M

En el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (AFRA) que tienen los sujetos ante la LM, tampoco aparecen diferencias significativas en función de la etiología de la discapacidad. Si observamos la **tabla 34.2**, nos encontramos con un Chi-cuadrado = 6.629 y una significación estadística de .357.

13.5.4.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y ETIOLOGÍA DE LA M

Los datos aportados por la prueba de Kruskal-Wallis nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM) y la causa de la lesión de los sujetos de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 34.2**, los datos reflejan un Chi-cuadrado = 1.590 con una significación asintótica de .953. Esto nos demuestra, por lo tanto, que tanto las estrategias de afrontamiento rememoradas como las estrategias actuales son independientes de la causa que motivase la aparición de la LM.

13.5.4.6. INVENTARIO DE BECK Y ETIOLOGÍA DE LA M

Para concluir con este apartado, los resultados obtenidos en el *Inventario de depresión de Beck*, nos muestran que no existen diferencias significativas en función de la etiología de la discapacidad. Si nos fijamos en la **tabla 34.2**, podemos observar un Chi-cuadrado = 6.485 con una significación estadística de .371. Dicho de otra forma, los niveles de depresión de nuestros sujetos no tienen ninguna relación con la causa que originara su discapacidad.

	Etiología de la discapacidad	N	Rango promedio
Total E	Desconocida	1	33.00
	Tráfico	18	27.06
	Laboral	1	22.00
	Deportivo	1	33.00
	Otros accidentes	6	11.58
	Enfermedad	13	17.65
	Otras causas	3	24.00
	Total	43	
Total N	Desconocida	1	12.50
	Tráfico	18	19.83
	Laboral	1	30.00
	Deportivo	1	2.50
	Otros accidentes	6	22.33
	Enfermedad	13	27.73
	Otras causas	3	16.50
	Total	43	
Total MAE	Desconocida	1	32.50
	Tráfico	17	21.21
	Laboral	1	26.00
	Deportivo	1	5.00
	Otros accidentes	6	20.75
	Enfermedad	12	20.17
	Otras causas	3	23.50
	Total	41	
Total LOCUS	Desconocida	1	16.00
	Tráfico	18	18.78
	Laboral	1	11.00
	Deportivo	1	33.00
	Otros accidentes	6	26.75
	Enfermedad	11	22.45
	Otras causas	3	18.50
	Total	41	
Total AFRA	Desconocida	1	29.50
	Tráfico	18	20.86
	Laboral	1	10.50
	Deportivo	1	31.50
	Otros accidentes	5	20.20
	Enfermedad	12	24.17
	Otras causas	3	7.67
	Total	41	
Total AFRM	Desconocida	1	32.00
	Tráfico	18	20.33
	Laboral	1	26.00
	Deportivo	1	25.00
	Otros accidentes	5	21.30
	Enfermedad	13	22.73
	Otras causas	3	17.33
	Total	42	
Total BECK	Desconocida	1	3.00
	Tráfico	18	17.28
	Laboral	1	24.00
	Deportivo	1	26.50
	Otros accidentes	6	24.75
	Enfermedad	11	25.50
	Otras causas	3	22.50
	Total	41	

Tabla 34.1. Rangos promedios en función de la etiología de la discapacidad en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Chi-cuadrado	10.311	7.257	3.094	4.174	6.629	1.590	6.485
gl	6	6	6	6	6	6	6
Sig. asintót.	.112	.298	.797	.653	.357	.953	.371

Tabla 34.2. Estadísticos de contraste en función de la etiología de la discapacidad en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.

A modo de conclusión, una vez analizadas las seis escalas psicológicas y comprobado que no existen diferencias significativas en ninguna de ellas con relación a la etiología de la discapacidad, podemos observar en el **gráfico 21** dichos resultados, donde vienen representados los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas. Al analizar detenidamente el contenido del gráfico podemos destacar varios elementos. Por un lado, las bajas puntuaciones que obtienen en el *Inventario de depresión de Beck* las LM de nuestra muestra cuya etiología de la lesión es desconocida. Este dato llama la atención, pues a simple vista un elemento generador de frustración o tristeza puede ser el sentimiento de incertidumbre al no conocer la causa que origina la discapacidad. Además, estas mujeres muestran altos rangos promedios en estrategias de afrontamiento, tanto actuales como rememoradas y bajos índices en neuroticismo. Por otra parte, también podemos destacar que son las personas que sufrieron accidentes deportivos las que presentan rangos promedios más altos en extraversión, *locus de control* y estrategias de afrontamiento actuales y las más bajas en neuroticismo. Sin embargo, son el grupo con unas puntuaciones más altas en el *Inventario de depresión de Beck*. Parece, por lo tanto, que aunque este grupo ha sabido enfrentarse a la nueva situación, la carga de la LM todavía tiene un peso importante para ellos.

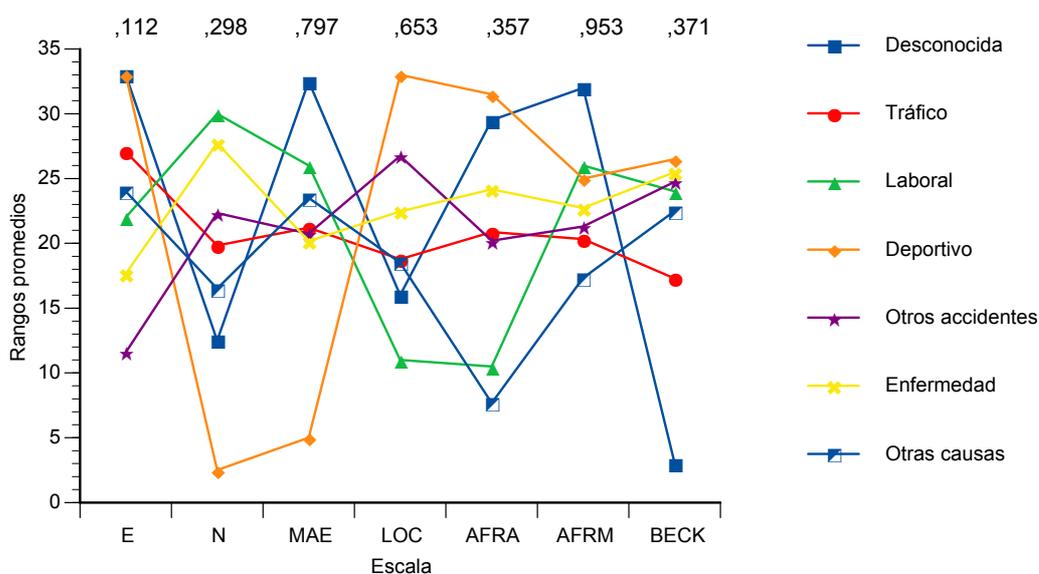


Gráfico 21. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la etiología de la discapacidad.

En resumen, los resultados nos indican que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las escalas psicológicas analizadas en función de la etiología de la lesión de los sujetos de la muestra. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 2.4* que postulaba que:

Subhipótesis 2.4. No existirá relación significativa entre la etiología de la discapacidad y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

En relación a la etiología de la discapacidad, el estudio más relevante que hemos encontrado es el de Bockian et al. (2003). Este grupo de autores parten de la base, después de llevar a cabo una amplia búsqueda sobre el tema, que la práctica de actividades de riesgo, la conducción violenta y los deportes de aventura, están presentes en la mayor parte de las LM sobrevenidas. Por estas razones, las personas con tendencia a la conducta impulsiva son consideradas como grupo de riesgo de LM. Así, en su estudio tratan de aportar más conocimiento acerca de la supuesta personalidad dominante e impulsiva que pudieran tener las personas con LM. Los resultados de su estudio muestran, sin embargo, que los desórdenes de impulsividad y tendencia al riesgo (personalidad antisocial, histriónica, agresivo, narcisista y borderline) no son relevantes en este grupo.

13.5.5. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y NIVEL DE LA LESIÓN

La *subhipótesis 2.5* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 2.5. No existirá relación significativa entre el nivel de la lesión y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos un análisis de varianza no paramétrico: la prueba de Kruskal-Wallis que es el equivalente no paramétrico del ANOVA, puesto que el número de categorías de la variable analizada (nivel de la lesión) es superior a dos. En este caso las categorías son tres: cervical, dorsal y lumbar. No hemos incluido la categoría de nivel sacro porque ninguna de las LM de nuestra muestra presentaba este tipo de lesión. Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas.

13.5.5.1. CUESTIONARIO E-N Y NIVEL DE LA LESIÓN

Los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis nos indican, si nos fijamos en la **tabla 35.2**, que existen diferencias significativas en la subescala E y el nivel de la lesión (Chi-cuadrado = 6.753, $p = .034$). Ahora bien, para saber entre qué niveles de la varia-

ble se dan estas diferencias significativas realizamos un análisis comparando dos a dos los niveles de la misma. De esta forma, observando la **tabla 35.8**, comprobamos que existen diferencias significativas entre los niveles dorsal-lumbar (U de Mann-Whitney = 48.500, $p = .009$). En estos, los sujetos con lesiones dorsales presentan rangos promedios superiores (20.63) que los sujetos con lesiones lumbares (10.39) (**tabla 35.7**). Parece, por tanto, que las mujeres con lesiones más altas son las personas más extravertidas.

En cuanto los resultados observados en la subescala N (**tabla 35.2**), podemos apreciar que no hay diferencias significativas en función del nivel de la lesión (Chi-cuadrado = .983, $p = .612$). No influye, por tanto, el nivel de la lesión en que las personas sean más o menos neuróticas.

13.5.5.2. CUESTIONARIO MAE Y NIVEL DE LA LESIÓN

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario MAE, podemos observar en la **tabla 35.2** que no aparecen diferencias significativas en cuanto al nivel de la lesión. En este caso los datos reflejan un Chi-cuadrado = 3.167 con una significación asintótica de .205. Dicho de otra forma, la motivación y la ansiedad de ejecución del grupo de LM de nuestro estudio es independiente del nivel de la lesión.

13.5.5.3. CUESTIONARIO LUCAM Y NIVEL DE LA LESIÓN

Si nos fijamos en la **tabla 35.2**, en el cuestionario LUCAM vuelve a ocurrir lo mismo que en el apartado anterior, es decir, no aparecen diferencias significativas en función de si la lesión es cervical, dorsal o lumbar (Chi-cuadrado = .042, $p = .979$). Esto refleja, por lo tanto, que es independiente tener un nivel u otro de lesión a la hora de mantener unas adecuadas estrategias de control personal.

13.5.5.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y NIVEL DE LA LESIÓN

Los datos aportados por la prueba de Kruskal-Wallis nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (AFRA) y el nivel de la lesión de las LM de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 35.2**, los datos reflejan un Chi-cuadrado = 3.113 con una significación asintótica de .211. Es decir, las estrategias de afrontamiento con las que se enfrentan a la nueva situación no guardan relación significativa con el nivel de la lesión.

13.5.5.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y NIVEL DE LA LESIÓN

Si nos fijamos en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM) (**tabla 35.2**) podemos observar que aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los rangos promedios de los grupos. En este caso, encontramos diferencias en función del nivel de la lesión de los sujetos de nuestra muestra (Chi-cuadrado = 6.811, $p = .033$). De nuevo, llevamos a cabo un análisis comparando dos a dos los niveles de la variable para saber entre que niveles de la misma se dan las diferencias que resultan estadísticamente significativas. En este caso, los resultados nos indican (**tabla 35.4** y **tabla 35.6**) que aparecen diferencias significativas entre los niveles cervical-

dorsal (U de Mann-Whitney = 45.000, p = .020). y cervical-lumbar (U de Mann-Whitney = 11.500, p = .018). En ambos casos, los rangos promedios de las lesionadas con niveles cervicales son mucho más elevados que los del resto. Esto es, las LM con lesiones más altas presentan mejores estrategias de afrontamiento rememorado que sus compañeras con lesiones más bajas. Dicho de otro modo, cuando se les preguntó por cómo se habían sentido o habían pensado en los primeros días después de adquirir la lesión, fueron las personas con más limitaciones y problemas de movilidad las que presentaron mejores estrategias de afrontamiento para resolver y afrontar su nueva situación.

13.5.5.6. INVENTARIO DE BECK Y NIVEL DE LA LESIÓN

Por último, en cuanto a los resultados obtenidos en el *Inventario de depresión de Beck*, podemos observar en la **tabla 35.2**, que no aparecen diferencias significativas en cuanto al nivel de la lesión. En este caso los datos reflejan un Chi-cuadrado = 1.453 con una significación asintótica de .484. A la vista de estos datos, podemos inferir que independientemente del nivel de la lesión, los sujetos de nuestra muestra podrán presentar o no cuadros depresivos.

	Nivel de la lesión	N	Rango promedio
Total E	Cervical	8	25.75
	Dorsal	26	24.15
	Lumbar	9	12.44
	Total	43	
Total N	Cervical	8	25.94
	Dorsal	26	21.23
	Lumbar	9	20.72
	Total	43	
Total MAE	Cervical	7	28.29
	Dorsal	25	19.70
	Lumbar	9	18.94
	Total	41	
Total LOCUS	Cervical	8	21.13
	Dorsal	24	21.23
	Lumbar	9	20.28
	Total	41	
Total AFRA	Cervical	8	27.63
	Dorsal	24	19.73
	Lumbar	9	18.50
	Total	41	
Total AFRM	Cervical	8	31.44
	Dorsal	25	19.88
	Lumbar	9	17.17
	Total	42	
Total BECK	Cervical	8	23.00
	Dorsal	24	21.90
	Lumbar	9	16.83
	Total	41	

Tabla 35.1. Rangos promedios en función del nivel de la lesión en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Chi-cuadrado	6.753	.983	3.167	.042	3.113	6.811	1.453
gl	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	.034	.612	.205	.979	.211	.033	.484

Tabla 35.2. Estadísticos de contraste en función del nivel de la lesión en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.

	Nivel de la lesión	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total E	Cervical	8	19,06	152,50
	Dorsal	26	17,02	442,50
	Total	34		
Total AFRM	Cervical	8	23,88	191,00
	Dorsal	25	14,80	370,00
	Total	33		

Tabla 35.3. Comparación rangos promedios en el grupo de mujeres en función del nivel de la lesión (I).

	Total E	Total AFRM
U de Mann-Whitney	91,500	45,000
W de Wilcoxon	442,500	370,000
Z	-,510	-2,311
Sig. asintót. (bilateral)	,610	,021
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,618 ^a	,020 ^a

a. No corregidos para los empates.

Tabla 35.4. Estadístico de contraste en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney (I).

	Nivel de la lesión	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total E	Cervical	8	11,19	89,50
	Lumbar	9	7,06	63,50
	Total	17		
Total AFRM	Cervical	8	12,06	96,50
	Lumbar	9	6,28	56,50
	Total	17		

Tabla 35.5. Comparación rangos promedios en el grupo de mujeres en función del nivel de la lesión (II).

	Total E	Total AFRM
U de Mann-Whitney	18,500	11,500
W de Wilcoxon	63,500	56,500
Z	-1,691	-2,360
Sig. asintót. (bilateral)	,091	,018
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,093 ^a	,015 ^a

a. No corregidos para los empates.

Tabla 35.6. Estadístico de contraste en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney (II).

	Nivel de la lesión	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total E	Dorsal	26	20,63	536,50
	Lumbar	9	10,39	93,50
	Total	35		
Total AFRM	Dorsal	25	18,08	452,00
	Lumbar	9	15,89	143,00
	Total	34		

Tabla 35.7. Comparación rangos promedios en el grupo de mujeres en función del nivel de la lesión (III).

	Total E	Total AFRM
U de Mann-Whitney	48,500	98,000
W de Wilcoxon	93,500	143,000
Z	-2,598	-,566
Sig. asintót. (bilateral)	,009	,571
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,008 ^a	,591 ^a

a. No corregidos para los empates.

Tabla 35.8. Estadístico de contraste en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney (III).

Una vez analizadas las seis escalas psicológicas, podemos observar de forma más intuitiva los resultados obtenidos en el **gráfico 22**, donde vienen representados los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas en función del nivel de su lesión. Para ello, se ha utilizado una prueba de análisis no paramétrico de la varianza y se han encontrado diferencias significativas en dos de las seis escalas psicológicas. En concreto, en la subescala E y en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado, atendiendo al nivel de la lesión de los sujetos (cervical, dorsal o lumbar). Por una parte, tal y como se aprecia en el gráfico las mayores diferencias en los rangos aparecen en la subescala E con una significación estadística de $p = .034$. Podemos observar como son claramente los sujetos con lesiones lumbares los que presentan rangos más bajos en comparación con los sujetos con lesiones dorsales y cervicales, siendo estos últimos los

que obtienen rangos más altos en extraversión. Comprobamos entonces, como los LM con lesiones lumbares son los menos extravertidos. Y, sin embargo, aquellos otros con lesiones más altas, lo cual conlleva más problemas de movilidad y autonomía, las personas más extravertidas. Por otra parte, también se observan diferencias en el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado con una $p = .033$ que, aunque menor, resulta también estadísticamente significativa. En este caso, son los LM cervicales los que presentan unos rangos mucho más altos en estrategias de afrontamiento rememorado que aquellos sujetos con lesiones dorsales y lumbares. De nuevo, son las personas con menor autonomía y movilidad, los que, paradójicamente, presentan mayores estrategias de afrontamiento ante la nueva situación. Otro resultado del gráfico a destacar, aunque no resulte significativo estadísticamente, ocurre en el cuestionario LUCAM, donde si nos fijamos los tres grupos de LM (cervicales, dorsales y sacras) obtienen prácticamente los mismos rangos (con una $p = .979$), es decir, contestan prácticamente lo mismo cuando se les pregunta sobre sus estrategias de control personal.

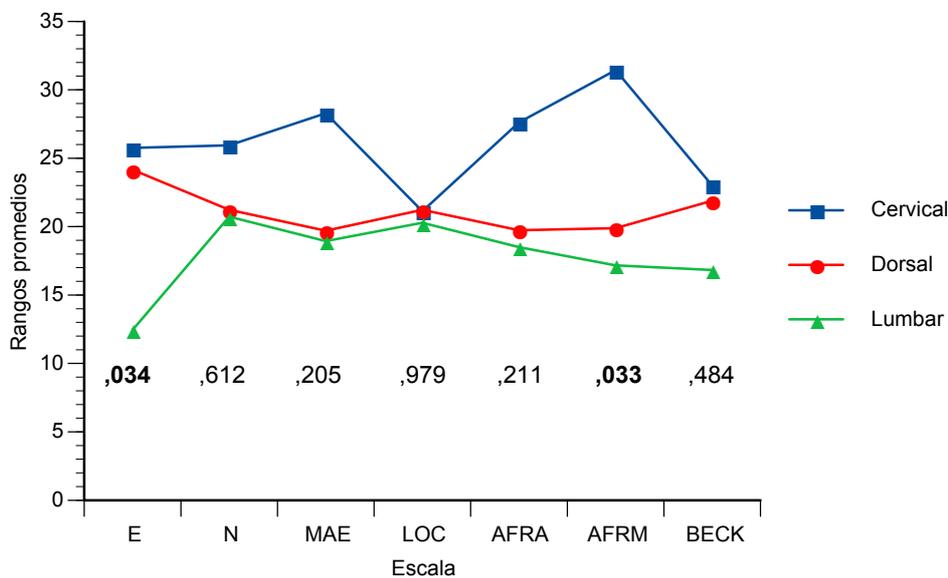


Gráfico 22. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del nivel de la lesión.

Los resultados nos indican que aparecen diferencias significativas en dos de las seis escalas psicológicas (*subescala E y cuestionario AFRM*) en función del nivel de la lesión de los sujetos de la muestra. Por consiguiente, confirmamos parcialmente nuestra *subhipótesis 2.5* que postulaba que:

Subhipótesis 2.5. No existirá relación significativa entre el nivel de la lesión y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Los resultados encontrados en nuestro trabajo en la subescala E, van en la línea de la investigación de Malec (1985). En su estudio con personas con LM, este autor encuentra que son las personas con lesiones traumáticas más altas (cervicales), los sujetos más extrovertidos y con niveles más bajos de angustia emocional. Paradójicamente, las personas que pasan más tiempo hospitalizadas siendo sometidas a tratamientos médicos, son las que puntúan más alto en niveles de extraversión que el otro grupo de pacientes que tiene un tratamiento más ambulatorio y no permanece tanto tiempo ingresado. A lo largo de la revisión bibliográfica, no hemos encontrado ningún otro trabajo que estudiase la relación entre el nivel de la lesión y el resto de las variables psicológicas estudiadas en nuestra investigación.

13.5.6. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

La *subhipótesis 2.6* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 2.6. No existirá relación significativa entre el tiempo de hospitalización y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos una correlación no paramétrica : Rho de Spearman puesto que la variable independiente (tiempo de hospitalización) es una variable cuantitativa continua y porque el número de sujetos de la muestra (N = 44) es reducido para aplicar otro contraste estadístico. En este caso acerca de la variable meses de hospitalización podemos destacar una media de 13.75 meses, con una desviación típica de 20.817. Sólo hay una lesionada que no llegó a las cuatro semanas de hospitalización y, en el extremo opuesto, tenemos otra mujer que estuvo hospitalizada 120 meses. El coeficiente de Spearman se interpreta exactamente como el de Pearson, también oscila entre -1 y 1, con la diferencia de que lo que ahora se pone en relación no son las puntuaciones de dos variables sino los rangos que ocupan los sujetos en dichas variables. Este coeficiente indica la relación lineal entre dos variables. Valores positivos indican que el aumento en una variable va asociado al aumento en la otra, mientras que valores negativos indican que el aumento en una variable va asociado a la disminución en la otra. Aquellas correlaciones de 1 o de -1 indican una relación lineal perfecta mientras que una correlación de 0 refleja la ausencia de relación.

Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas.

13.5.6.1. CUESTIONARIO E-N Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

Los resultados obtenidos en el *Cuestionario E-N*, tal y como podemos observar en la **tabla 36**, reflejan la ausencia de correlación entre el tiempo de hospitalización (recogido en meses) y cada una de las subescalas E y N, respectivamente. En este caso los datos nos muestran un coeficiente de correlación Rho de Spearman de .155 y un nivel de significación de .322 en la subescala E y un coeficiente de correlación de -.010

con una significación de .948 en la escala N. Con estos resultados podemos inferir que el tiempo de hospitalización no guarda ningún tipo de relación con la extraversión y el neuroticismo de las LM de nuestra muestra.

13.5.6.2. CUESTIONARIO MAE Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

Si nos fijamos en los datos relativos al cuestionario MAE podemos comprobar (**tabla 36**) que el coeficiente de correlación es muy bajo (Rho de Spearman = .075) y, por tanto, no resulta significativo ($p = .641$). De nuevo, no encontramos relación alguna entre el tiempo de hospitalización y las respuestas de nuestros sujetos en relación a su motivación y ansiedad de ejecución.

13.5.6.3. CUESTIONARIO LUCAM Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

Los resultados de la correlación no paramétrica Rho de Spearman entre el cuestionario LUCAM y el tiempo de hospitalización (**tabla 36**) nos indican que no existe relación significativa entre estas dos variables. En este caso, nos encontramos con un coeficiente de correlación de $-.171$ y una significación estadística de $.285$. Los meses de hospitalización tampoco influyen en las estrategias de control de nuestros sujetos.

13.5.6.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

Los datos aportados por la prueba Rho de Spearman muestran que no existe correlación alguna entre las estrategias de afrontamiento actuales que manifiestan las LM de nuestro trabajo y los meses que hayan estado hospitalizadas. Los resultados observados en la **tabla 36**, reflejan un coeficiente de correlación de $.037$ y un nivel de significación de $.820$.

13.5.6.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

En el caso de las estrategias de afrontamiento rememoradas, es decir, las que tuvieron los primeros días después de adquirir la lesión, ocurre lo mismo que con las estrategias de afrontamiento actuales. No aparece correlación alguna con los meses de hospitalización de nuestros sujetos. Si observamos la **tabla 36**, encontramos un coeficiente de correlación de $-.055$ con una significación estadística de $.731$. Dicho de otro modo, las estrategias de afrontamiento, actuales y rememoradas, de nuestros sujetos son independientes del tiempo que los mismos hayan estado hospitalizados.

13.5.6.6. INVENTARIO DE BECK Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

Por último, si nos fijamos en los datos relativos al *Inventario de depresión de Beck* (**tabla 36**) podemos observar la ausencia de relación entre estas dos variables. Las respuestas depresivas de nuestros sujetos ($N = 41$) no guardan ningún tipo de relación con los meses que hayan estado hospitalizados. El coeficiente de correlación es de $-.018$ y la significación estadística de $.909$.

		Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	.155	-.010	.075	-.171	.037	-.055	-.018
	Sig. (bilateral)	.322	.948	.641	.285	.820	.731	.909
	N	43	43	41	41	41	42	41

Tabla 36. Correlación no paramétrica en función del tiempo de hospitalización en el grupo de mujeres: Rho de Spearman.

En síntesis, los resultados nos muestran que no existe correlación entre el tiempo de hospitalización y las seis escalas psicológicas como acabamos de comprobar. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 2.6* que postulaba que:

Subhipótesis 2.6. No existirá relación significativa entre el tiempo de hospitalización y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

En la revisión bibliográfica hemos encontrado publicaciones cuyo objetivo era estudiar si el género puede resultar variable significativa a la hora de establecer diferencias en el periodo de rehabilitación de las personas con LM (Greenwald et al., 2001; Scivoletto et al., 2004). Los resultados van en la línea de los encontrados en nuestra investigación, es decir, el género no parece un factor relevante en el proceso de rehabilitación ni en la recuperación neurológica y funcional de los varones o mujeres con LM.

13.5.7. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y NÚMERO DE REINGRESOS

La *subhipótesis 2.7* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 2.7. No existirá relación significativa entre el número de reingresos y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos, como en el apartado anterior, una correlación no paramétrica Rho de Spearman puesto que la variable independiente (número de reingresos) es una variable cuantitativa continua y porque el número de sujetos de la muestra (N = 44) es reducido para aplicar otro contraste estadístico. En este caso, sobre la variable número de reingresos en las lesionadas de nuestra muestra podemos destacar una media de 2.18 reingresos, con una desviación típica de 3.419. Por otra parte, encontramos 21 mujeres que no han vuelto a ser ingresadas desde la lesión y, en el

extremo opuesto, tenemos una mujer que ha llegado a estar hospitalizada en 14 ocasiones diferentes.

Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas.

13.5.7.1. CUESTIONARIO E-N Y NÚMERO DE REINGRESOS

Los resultados obtenidos en el *Cuestionario E-N*, tal y como podemos observar en la **tabla 37**, reflejan la ausencia de correlación entre el número de reingresos y cada una de las subescalas E y N, respectivamente. En el caso de la subescala E, los datos nos muestran un coeficiente de correlación Rho de Spearman de $-.052$ y un nivel de significación de $.740$. Para la subescala N, encontramos un coeficiente de correlación de $.103$ con una significación de $.510$. Con estos resultados podemos inferir que el número de reingresos no guarda ningún tipo de relación con la extraversión y el neuroticismo de las LM de nuestra muestra.

13.5.7.2. CUESTIONARIO MAE Y NÚMERO DE REINGRESOS

Si nos fijamos en los datos relativos al cuestionario MAE podemos comprobar (**tabla 37**) que el coeficiente de correlación es muy bajo (Rho de Spearman = $.007$) y, por tanto, no resulta significativo ($p = .965$). De nuevo, no encontramos relación alguna entre el número de reingresos y las respuestas de nuestros sujetos en relación a sus niveles de motivación y de ansiedad de ejecución.

13.5.7.3. CUESTIONARIO LUCAM Y NÚMERO DE REINGRESOS

Los resultados de la correlación no paramétrica Rho de Spearman entre el cuestionario LUCAM y el número de reingresos (**tabla 37**) nos indican que no existe relación significativa entre estas dos variables. En este caso, nos encontramos con un coeficiente de correlación de $.051$ y una significación estadística de $.751$. Dicho de otro modo, el número de reingresos tampoco influyen en las estrategias de control de nuestros sujetos.

13.5.7.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y NÚMERO DE REINGRESOS

Los datos aportados por la prueba Rho de Spearman muestran que no existe correlación alguna entre las estrategias de afrontamiento actuales que manifiestan las LM de nuestro trabajo y el número de ocasiones en que hayan estado hospitalizadas. Los resultados observados en la **tabla 37**, reflejan un coeficiente de correlación de $.180$ y un nivel de significación de $.261$.

13.5.7.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y NÚMERO DE REINGRESOS

En el caso de las estrategias de afrontamiento rememoradas, es decir, las que tuvieron los primeros días después de adquirir la lesión, ocurre lo mismo que con las es-

trategias de afrontamiento actuales. No aparece correlación alguna con el número de reingresos de nuestros sujetos. Si observamos la **tabla 37**, encontramos un coeficiente de correlación de .167 con una significación estadística de .289. Dicho de otra forma, las estrategias de afrontamiento, actuales y rememoradas, de nuestros sujetos son independientes del número de ocasiones en que los mismos hayan estado hospitalizados.

13.5.7.6. INVENTARIO DE BECK Y NÚMERO DE REINGRESOS

Por último, si nos fijamos en los datos relativos al *Inventario de depresión de Beck* (**tabla 37**) podemos observar la ausencia de relación entre estas dos variables. Las respuestas depresivas de nuestros sujetos (N = 41) no guardan ningún tipo de relación con el número de veces en que hayan estado hospitalizados. El coeficiente de correlación es de -.144 y la significación estadística de .369.

		Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	-.052	.103	.007	.051	.180	.167	-.144
	Sig. (bilateral)	.740	.510	.965	.751	.261	.289	.369
	N	43	43	41	41	41	42	41

Tabla 37. Correlación no paramétrica en función del número de reingresos en el grupo de mujeres: Rho de Spearman.

Los resultados nos muestran que no existe correlación entre el número de reingresos y las seis escalas psicológicas como acabamos de comprobar. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 2.7* que postulaba que:

Subhipótesis 2.7. No existirá relación significativa entre el número de reingresos y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

En las publicaciones revisadas, hemos encontrado un artículo relacionado con este tema aunque con resultados contrarios a los encontrados en nuestra investigación. En el trabajo de Weingardt et al. (2001) se observa que la ansiedad y la depresión correlacionan positivamente con el índice de reingresos hospitalarios de las personas con LM. Cabe puntualizar que en este trabajo, los autores sólo consideran como causas de reingresos los excesos por consumo de sustancias abusivas (alcohol y otro tipo de drogas). Sin embargo, en nuestra investigación consideramos como causas de reingresos un abanico de posibilidades mucho más amplio, como ya hemos visto anteriormente y, por tanto, no podemos generalizar los resultados de ambas investigaciones.

13.5.8. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y EDAD DE ADQUISICIÓN

La *subhipótesis 2.8* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 2.8. No existirá relación significativa entre la edad de adquisición de la LM y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos la prueba de Kruskal-Wallis. Para poder aplicar esta prueba, previamente recodificamos la variable edad de adquisición de la LM que originariamente era una variable continua. Una vez hecha la recodificación tomando como criterio los percentiles de la misma (**tabla 38.2**), la convertimos en una variable con tres categorías o niveles. En primer lugar, las LM con una lesión sobrevenida antes de los 20 años; en segundo lugar, aquellas que adquieren la LM entre los 20 y los 30 años; y finalmente, aquellas mujeres con LM sobrevenida con posterioridad a los 30 años.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad de adquisición de la discapacidad	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%

Tabla 38.1. Resumen de procesamiento de casos de la variable edad de adquisición de la LM en el grupo de mujeres.

		Percentiles	
		33	66
Promedio ponderado(definición 1)	Edad de adquisición de la discapacidad	19,85	30,00

Tabla 38.2. Percentiles de la variable edad de adquisición de la LM en el grupo de mujeres.

Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas mediante la prueba de Kruskal-Wallis, la cual ordena las puntuaciones de todos los sujetos en la variable considerada (edad de adquisición de la LM) y compara el rango promedio de los grupos.

13.5.8.1. CUESTIONARIO E-N Y EDAD DE ADQUISICIÓN DE LA LM

En los resultados obtenidos en el *Cuestionario E-N* (**tabla 38.4**), podemos comprobar que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las dos subescalas que forman parte de este cuestionario. En cuanto a la subescala E, los datos reflejan un Chi-cuadrado = .293 y una significación estadística de .864. Por su parte, la subescala N, presenta un Chi-cuadrado = 4.639 y una significación estadística de .098. Por tanto, estamos en condiciones de afirmar que los niveles de extraversión y neuroticismo de las LM de nuestra muestra no guardan relación alguna con la edad de adquisición de la LM.

13.5.8.2. CUESTIONARIO MAE Y EDAD DE ADQUISICIÓN DE LA LM

En el cuestionario MAE podemos observar que no aparecen diferencias significativas en torno a la edad de adquisición de la LM de las mujeres de nuestra muestra. En este caso los datos reflejan un Chi-cuadrado = 3.363 con una significación asintótica de .186 (**tabla 38.4**). Dicho de otra forma, parece que la edad de adquisición de la LM no tiene ningún tipo de relación con los componentes de motivación y ansiedad de ejecución que presentan las personas con LM de nuestra muestra.

13.5.8.3. CUESTIONARIO LUCAM Y EDAD DE ADQUISICIÓN DE LA LM

Si nos fijamos en la **tabla 38.4**, en el cuestionario LUCAM vuelve a ocurrir lo mismo que en el apartado anterior, es decir, no aparecen diferencias significativas en función de la edad de adquisición de la LM (Chi-cuadrado = 1.687, $p = .430$). Esto refleja, por lo tanto, que las estrategias de control personal son independientes de la edad de adquisición de la LM de las mujeres de nuestro estudio.

13.5.8.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y EDAD DE ADQUISICIÓN DE LA LM

En el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (AFRA) que tienen los sujetos ante la LM, tampoco aparecen diferencias significativas en función de la edad de adquisición de la LM. Si observamos la **tabla 38.4**, nos encontramos con un Chi-cuadrado = .173 y una significación estadística de .917.

13.5.8.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y EDAD DE ADQUISICIÓN DE LA LM

Los datos aportados por la prueba de Kruskal-Wallis nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM) y la edad de adquisición de la LM de las mujeres de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 38.4**, los datos reflejan un Chi-cuadrado = .866 con una significación asintótica de .649. Esto nos demuestra, por lo tanto, que tanto las estrategias de afrontamiento rememoradas como las estrategias actuales son independientes de la edad de adquisición de la LM de las mujeres de nuestra investigación.

13.5.8.6. INVENTARIO DE BECK Y EDAD DE ADQUISICIÓN DE LA LM

Para concluir con este apartado, los resultados obtenidos en el *Inventario de depresión de Beck*, sí nos muestran diferencias significativas en función de la edad de adquisición de la LM. Si nos fijamos en la **tabla 38.4**, podemos observar un Chi-cuadrado = .6.510 con una significación estadística de .039. Dicho de otra forma, la edad de adquisición de la LM de las mujeres de nuestra muestra sí es relevante en los índices de depresión. Una vez sabido esto, llevamos a cabo un análisis comparando dos a dos los niveles de la variable para saber entre que niveles de la misma se dan las diferencias que resultan estadísticamente significativas. En este caso, los resultados nos indican (**tabla 38.6**) que 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, $p = .021$). Si observamos la **tabla 38.5**, 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). Este hecho puede ser explicable, debido a que las mujeres jóvenes tienen más recursos para afrontar la nueva situación y, por tanto, se deprimen menos que aquellas otras que adquieren la LM con más de 30 años.

	Edad de adquisición	N	Rango promedio
Total E	Menos de 20	14	20,68
	De 20 a 30	13	22,00
	Más de 30	16	23,16
	Total	43	
Total N	Menos de 20	14	18,93
	De 20 a 30	13	28,23
	Más de 30	16	19,63
	Total	43	
Total MAE	Menos de 20	14	16,86
	De 20 a 30	11	25,64
	Más de 30	16	21,44
	Total	41	
Total LOCUS	Menos de 20	14	19,50
	De 20 a 30	11	18,55
	Más de 30	16	24,00
	Total	41	
Total AFRA	Menos de 20	14	21,50
	De 20 a 30	12	19,79
	Más de 30	15	21,50
	Total	41	
Total AFRM	Menos de 20	14	22,21
	De 20 a 30	13	18,92
	Más de 30	15	23,07
	Total	42	
Total BECK	Menos de 20	14	14,61
	De 20 a 30	11	22,50
	Más de 30	16	25,56
	Total	41	

Tabla 38.3. Rangos promedios en función de la edad de adquisición de la LM en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Chi-cuadrado	,293	4,639	3,363	1,687	,173	,866	6,510
gl	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	,864	,098	,186	,430	,917	,649	,039

Tabla 38.4. Estadísticos de contraste en función de la edad de adquisición de la LM en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.

	Edad de adquisición	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total E	Menos de 20	14	14,21	199,00
	Más de 30	16	16,63	266,00
	Total	30		
Total N	Menos de 20	14	15,18	212,50
	Más de 30	16	15,78	252,50
	Total	30		
Total MAE	Menos de 20	14	13,68	191,50
	Más de 30	16	17,09	273,50
	Total	30		
Total LOCUS	Menos de 20	14	13,14	184,00
	Más de 30	16	17,56	281,00
	Total	30		
Total AFRA	Menos de 20	14	14,93	209,00
	Más de 30	15	15,07	226,00
	Total	29		
Total AFRM	Menos de 20	14	14,61	204,50
	Más de 30	15	15,37	230,50
	Total	29		
Total BECK	Menos de 20	14	11,54	161,50
	Más de 30	16	18,97	303,50
	Total	30		

Tabla 38.5. Comparación rangos promedios en el grupo de mujeres en función de la edad de adquisición de la LM.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	total_BECK
U de Mann-Whitney	94,000	107,500	86,500	79,000	104,000	99,500	56,500
W de Wilcoxon	199,000	212,500	191,500	184,000	209,000	204,500	161,500
Z	-,753	-,188	-1,064	-1,373	-,044	-,240	-2,316
Sig. asintót. (bilateral)	,452	,851	,287	,170	,965	,810	,021
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,473 ^a	,854 ^a	,294 ^a	,179 ^a	,983 ^a	,813 ^a	,019 ^a

a. No corregidos para los empates.

Tabla 38.6. Estadístico de contraste en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.

Una vez analizadas las seis escalas psicológicas, podemos observar de forma más intuitiva los resultados obtenidos en el **gráfico 23**, donde vienen representados los

rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas en función de la edad de adquisición de la LM. Para ello, se ha utilizado una prueba de análisis no paramétrico de la varianza y se han encontrado diferencias significativas en una de las seis escalas psicológicas. En concreto, en el *Inventario de depresión de Beck*, atendiendo la edad de adquisición de la LM (antes de los 20 años, entre los 20 y los 30 años, después de los 30 años). Por una parte, tal y como se aprecia en el gráfico las mayores diferencias en los rangos aparecen en el *Inventario de depresión de Beck* con una significación estadística de $p = .039$. Podemos observar como son claramente las mujeres con una LM adquirida después de los 30 años las que presentan unos índices de depresión más altos. En el otro extremo, las mujeres que adquieren la LM antes de los 20 años, resultan ser las menos deprimidas aunque, sin embargo, son también las menos extravertidas y las que presentan las puntuaciones más bajas en motivación y en ansiedad de ejecución. En cuanto al grupo de mujeres cuya LM les sobreviene entre los 20 y los 30 años, podemos destacar que son las más neuróticas y las que presentan peores estrategias de afrontamiento, tanto actuales como rememoradas.

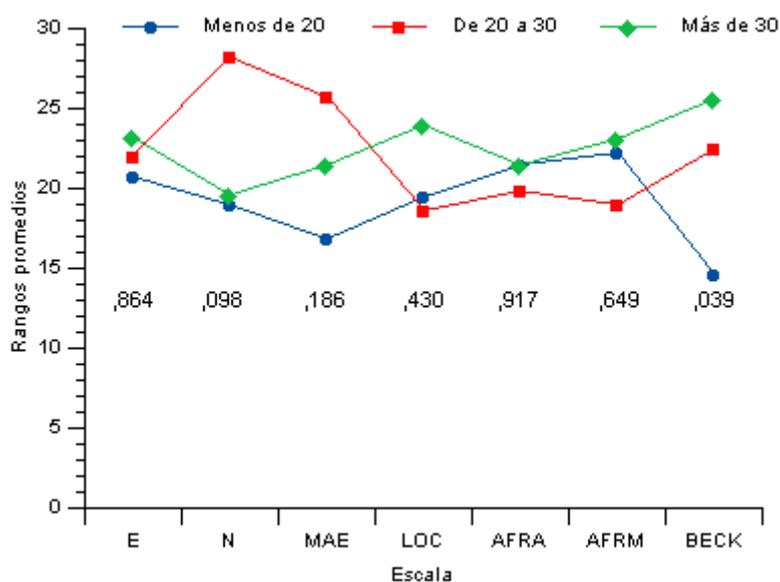


Gráfico 23. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la edad de adquisición de la LM.

Los resultados nos indican que aparecen diferencias significativas en una de las seis escalas psicológicas (*Inventario de depresión de Beck*) en función de la edad de adquisición de la LM de las mujeres de la muestra. Por consiguiente, confirmamos parcialmente nuestra *subhipótesis 2.8* que postulaba que:

Subhipótesis 2.8. No existirá relación significativa entre la edad de adquisición de la LM y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo*, *Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*, *Cuestionario LUCAM de locus de control*, *Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales*, *Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

En las publicaciones revisadas, no hemos encontrado ningún artículo que evaluara si esta variable (edad de adquisición de la LM) pudiera ser relevante en las variables psicológicas. En la inmensa mayoría de las investigaciones sí se tiene en cuenta la edad de los participantes en el momento de la evaluación pero nunca la edad en la que sobreviene la LM, sobre todo de cara a su posible relevancia en las variables psicológicas estudiadas.

13.5.9. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y TIEMPO TRANSCURRIDO

La *subhipótesis 2.9* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 2.9. No existirá relación significativa entre el tiempo transcurrido con la LM y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos la prueba de Kruskal-Wallis. Para poder aplicar esta prueba, previamente recodificamos la variable tiempo transcurrido con la LM que originariamente era una variable continua. Una vez hecha la recodificación tomando como criterio los percentiles de la misma (**tabla 39.2**), la convertimos en una variable con tres categorías o niveles. En primer lugar, las LM que llevan con la lesión menos de 7 años; en segundo lugar, aquellas que llevan con la LM entre 7 y 15 años; y finalmente, aquellas mujeres que llevan más de 15 años con la LM.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tiempo transcurrido con la LM	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%

Tabla 39.1. Resumen de procesamiento de casos de la variable tiempo transcurrido con la LM en el grupo de mujeres.

	Percentiles	
	33	66
Promedio ponderado(definición 1) Tiempo transcurrido con la LM	6,85	15,00

Tabla 39.2. Percentiles de la variable tiempo transcurrido con la LM en el grupo de mujeres.

Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas mediante la prueba de Kruskal-Wallis, la cual ordena las puntuaciones de todos

los sujetos en la variable considerada (tiempo transcurrido con la LM) y compara el rango promedio de los grupos.

13.5.9.1. CUESTIONARIO E-N Y TIEMPO TRANSCURRIDO CON LA LM

En los resultados obtenidos en el *Cuestionario E-N* (**tabla 39.4**), podemos comprobar que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las dos subescalas que forman parte de este cuestionario. En cuanto a la subescala E, los datos reflejan un Chi-cuadrado = .934 y una significación estadística de .627. Por su parte, la subescala N, presenta un Chi-cuadrado = 1.800 y una significación estadística de .407. Por tanto, estamos en condiciones de afirmar que los niveles de extraversión y neuroticismo de las LM de nuestra muestra (N = 43) no guardan relación con el tiempo transcurrido con la LM.

13.5.9.2. CUESTIONARIO MAE Y TIEMPO TRANSCURRIDO CON LA LM

En el cuestionario MAE podemos observar que no aparecen diferencias significativas en torno al tiempo transcurrido con la LM de las mujeres de nuestra muestra. En este caso los datos reflejan un Chi-cuadrado = 1.229 con una significación asintótica de .541 (**tabla 39.4**). Dicho de otra forma, parece que el tiempo transcurrido con la LM no tiene ningún tipo de relación con los componentes de motivación y ansiedad de ejecución que presentan las personas con LM de nuestra muestra.

13.5.9.3. CUESTIONARIO LUCAM Y TIEMPO TRANSCURRIDO CON LA LM

Si nos fijamos en la **tabla 39.4**, en el cuestionario LUCAM vuelve a ocurrir lo mismo que en el apartado anterior, es decir, no aparecen diferencias significativas en función del tiempo transcurrido tras la LM (Chi-cuadrado = 2.999, $p = .223$). Esto refleja, por lo tanto, que las estrategias de control personal son independientes del tiempo transcurrido con la LM de las mujeres de nuestro estudio (N = 41).

13.5.9.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y TIEMPO TRANSCURRIDO CON LA LM

En el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (AFRA) que tienen los sujetos ante la LM, tampoco aparecen diferencias significativas en función del tiempo transcurrido con la LM. Si observamos la **tabla 39.4**, nos encontramos con un Chi-cuadrado = .210 y una significación estadística de .900.

13.5.9.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y TIEMPO TRANSCURRIDO CON LA LM

Los datos aportados por la prueba de Kruskal-Wallis nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM) y el tiempo transcurrido con la LM en las mujeres de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 39.4**, los datos reflejan un Chi-cuadrado = .164 con una significación asintótica de .921. Esto nos demuestra, por lo tanto, que tanto las estrategias de afrontamiento rememoradas como las estrategias ac-

tuales son independientes del tiempo transcurrido desde que sobrevine la LM en las mujeres de nuestra investigación.

13.5.9.6. INVENTARIO DE BECK Y TIEMPO TRANSCURRIDO CON LA LM

Para concluir con este apartado, los resultados obtenidos en el *Inventario de depresión de Beck*, nos muestran que no existen diferencias significativas en función del tiempo transcurrido con la LM. Si nos fijamos en la **tabla 39.4**, podemos observar un Chi-cuadrado = 3.846 con una significación estadística de .146. Dicho de otra forma, los niveles de depresión de nuestros sujetos no tienen ninguna relación con el tiempo transcurrido con la LM.

	Tiempo transcurrido con la LM	N	Rango promedio
Total E	Menos de 7	13	21,19
	De 7 a 15	14	24,61
	Más de 15	16	20,38
	Total	43	
Total N	Menos de 7	13	20,00
	De 7 a 15	14	25,68
	Más de 15	16	20,41
	Total	43	
Total MAE	Menos de 7	13	18,04
	De 7 a 15	13	22,96
	Más de 15	15	21,87
	Total	41	
Total LOCUS	Menos de 7	12	25,71
	De 7 a 15	14	17,64
	Más de 15	15	20,37
	Total	41	
Total AFRA	Menos de 7	12	20,96
	De 7 a 15	14	19,96
	Más de 15	15	22,00
	Total	41	
Total AFRM	Menos de 7	12	20,63
	De 7 a 15	14	21,18
	Más de 15	16	22,44
	Total	42	
Total BECK	Menos de 7	12	24,67
	De 7 a 15	14	22,93
	Más de 15	15	16,27
	Total	41	

Tabla 39.3. Rangos promedios en función del tiempo transcurrido con la LM en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Chi-cuadrado	,934	1,800	1,229	2,999	,210	,164	3,846
gl	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	,627	,407	,541	,223	,900	,921	,146

Tabla 39.4. Estadísticos de contraste en función del tiempo transcurrido con la LM en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.

A modo de conclusión, una vez analizadas las seis escalas psicológicas y comprobado que no existen diferencias significativas en ninguna de ellas con relación al tiempo transcurrido con la LM, podemos observar en el **gráfico 24**, los mismos resultados, donde vienen representados los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas. Al analizar detenidamente el contenido del gráfico podemos destacar que, por un lado, son las mujeres que llevan menos tiempo con la LM (menos de 7 años) las que puntúan más bajo en motivación y ansiedad de ejecución y, sin embargo, más alto en depresión. Este hecho puede ser explicado debido a que en los primeros momentos los sentimientos de tristeza y frustración pueden ser más elevados hasta que la persona asume la situación y se adapta a ella. Por otra parte, y en extremo opuesto, las mujeres con LM sobrevenidas hace más de 15 años son las que presentan unos índices en depresión más bajos y mejores estrategias de afrontamiento, tanto actuales como recordadas, ante la nueva situación.

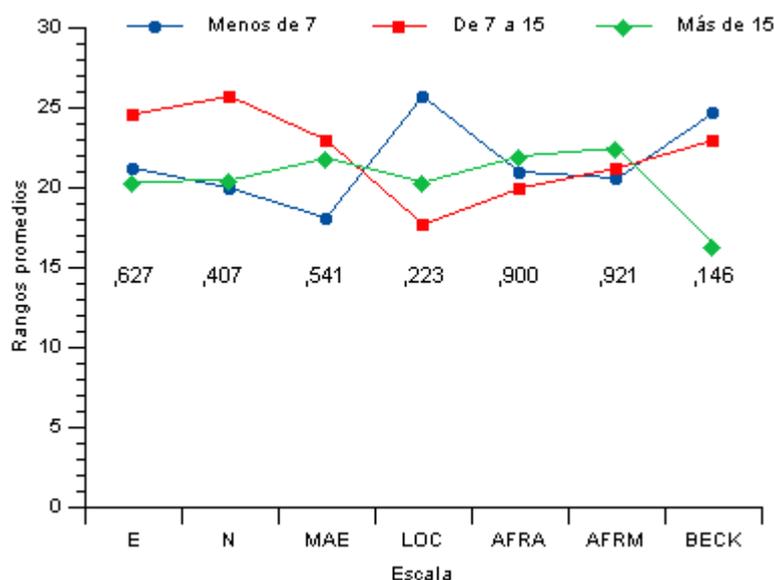


Gráfico 24. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del tiempo transcurrido con la LM.

Los resultados nos muestran que no existe relación entre el tiempo transcurrido con la LM y las seis escalas psicológicas como acabamos de comprobar. Por consiguiente, podemos concluir que confirmamos nuestra *subhipótesis 2.9* que postulaba que:

Subhipótesis 2.9. No existirá relación significativa entre el tiempo transcurrido con la LM y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en

el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

En las publicaciones revisadas, cabe destacar como ya hemos mencionado explícitamente en la parte teórica de este trabajo, que no se suele tener en cuenta esta variable (tiempo transcurrido con la LM). Una de las excepciones la constituye la investigación de Martz (2002) quien se propone comprobar si las diferentes reacciones psicológicas por las que pasa una persona con LM pueden resultar variables predictoras de su futura estabilidad emocional. Para ello evalúa personas con LM con lesiones muy recientes y otros veteranos que llevan conviviendo con la discapacidad varios años. En los resultados de este trabajo aparecen una serie de reacciones psicológicas como son el shock inicial y el desconocimiento que afectan a ambos grupos (veteranos y lesionados recientes). Sin embargo, aparecen otras como la ansiedad, la depresión y la hostilidad que afectan sólo al grupo de veteranos y que se consideran los mejores predictores para la futura estabilidad/inestabilidad emocional. Los resultados de nuestra investigación no se corresponden con los encontrados en el estudio de Martz (2002) puesto que nosotros no hemos encontrado diferencias significativas. Sin embargo, si consideramos esta variable (tiempo transcurrido con la LM) como relevante y necesaria para ser tomada en cuenta en investigaciones de este tipo. Otras investigaciones en esta línea son las de Brown et al. (1999) y Kennedy y Rogers (2000), quienes encuentran que las puntuaciones en depresión son mucho más elevadas en los meses iniciales posteriores a la lesión y en los previos al alta terapéutica cuando el paciente ha de regresar a casa y volver a recuperar su vida anterior. La diferencia de perspectiva de estos trabajos con respecto a nuestro estudio es que evalúan un periodo muy corto de tiempo (aproximadamente 24 meses), mientras que nuestra investigación abarca un periodo mucho más amplio.

En síntesis, a lo largo de este apartado hemos ido presentado los procedimientos de análisis estadísticos que han sido necesarios para contrastar cada una de las nueve subhipótesis recogidas dentro de la segunda hipótesis. Del total de las nueve hemos confirmado siete de ellas. Las dos restantes, han sido confirmadas parcialmente, por una parte, la subhipótesis 2.5 (*nivel de la lesión*) en la cual sí hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la subescala E y en el cuestionario AFRM, y por otra parte, la subhipótesis 2.8 (*edad de adquisición de la LM*) en la cual hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en el Inventario de depresión de Beck.

13.6. ANÁLISIS DE LAS ESCALAS PSICOLÓGICAS EN EL GRUPO DE LAS MUJERES EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS: COMPARACIÓN INTRA-GRUPOS

A lo largo de este apartado pasamos a contrastar la tercera de la hipótesis que nos hemos planteado en nuestro trabajo. Dicha hipótesis postula que:

Hipótesis 3. Aparecerán diferencias en las seis escalas psicológicas en función de determinadas variables socio-demográficas en el grupo de las mujeres.

Para contrastar dicha hipótesis, hemos seguido el mismo procedimiento que en la hipótesis anterior (Hipótesis 2), es decir, la hemos subdividido a su vez en cuatro subhipótesis en función de las cuatro variables socio-demográficas que hemos analizado. Estas son: *edad de aplicación, nivel de estudios, estado civil y ocupación*. En este caso se han llevado a cabo dos procedimientos de análisis diferentes. En primer lugar, hemos utilizado la prueba de Kruskal-Wallis que resulta el equivalente no paramétrico del ANOVA. En segundo lugar, la U de Mann-Whitney que es el equivalente no paramétrico de la prueba T para comparar medias de dos muestras independientes. Ambas pruebas ya han sido utilizadas en el apartado anterior y lo que hacen es transformar las puntuaciones de los sujetos en rangos. Por último, se presentan una serie de gráficos con los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas en función de cada una de las variables socio-demográficas analizadas.

A continuación, pasamos a describir de forma detallada los procedimientos de análisis llevados a cabo en cada una de las cuatro subhipótesis que nos llevarán a confirmar o rechazar la hipótesis de partida.

13.6.1. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y EDAD

La *subhipótesis 3.1* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 3.1. Existirán diferencias significativas entre la edad y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos la prueba de Kruskal-Wallis. Para poder aplicar esta prueba, previamente recodificamos la variable edad en el momento de la aplicación que originariamente era una variable continua. Una vez hecha la recodificación tomando como criterio los percentiles de la misma (**tabla 40.2**), la convertimos en una variable con tres categorías o niveles. En primer lugar, las LM menores de 30 años; en segundo lugar, aquellas cuyo rango de edad queda comprendido entre los 30 y los 36 años; y finalmente, aquellas mujeres mayores de 36 años. En el caso de la variable analizada, la edad de las mujeres de nuestra muestra en el momento de la evaluación (N = 44), podemos destacar una edad media de 38.11 años, con una desviación típica de 12.254. La mujer más joven cuenta con 18 años y la LM más anciana con 71 años. De forma más intuitiva, podemos observar como se encuentra la distribución de la muestra en el gráfico de cajas (**gráfico 25**), donde apreciamos como la altura de la caja, que representa la amplitud intercuartil, recoge a los sujetos comprendidos ente el percentil 25 y 75. En su distribución encontramos tres casos extremos (36, 82 y 124) cuya edad está muy alejada del resto por el límite superior.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad en la aplicación	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

Tabla 40.1. Resumen de procesamiento de casos de la variable edad en el grupo de mujeres.

		Percentiles		
		25	50	75
Promedio ponderado(definición 1)	Edad en la aplicación	30.25	36.50	43.75
Bisagras de Tukey	Edad en la aplicación	30.50	36.50	43.50

Tabla 40.2. Percentiles de la variable edad en el grupo de mujeres.

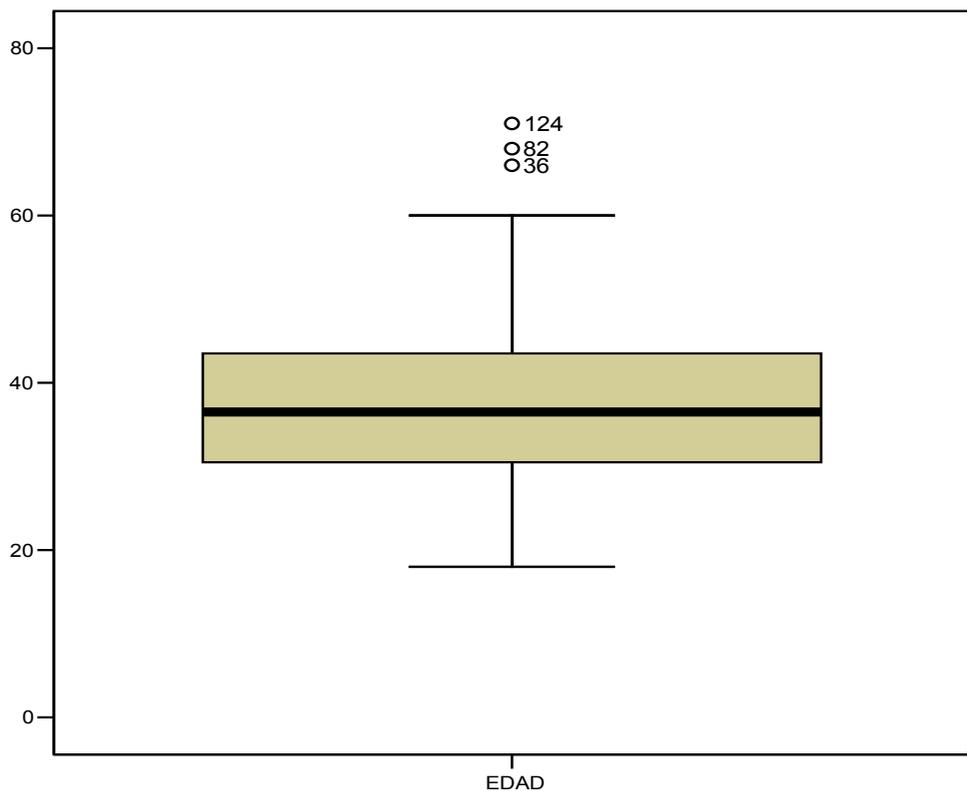


Gráfico 25. Gráfico de cajas de la variable edad en el grupo de mujeres.

Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas mediante la prueba de Kruskal-Wallis, la cual ordena las puntuaciones de todos

los sujetos en la variable considerada (edad en el momento de la aplicación de la prueba) y compara el rango promedio de los grupos.

13.6.1.1. CUESTIONARIO E-N Y EDAD

En los resultados obtenidos en el *Cuestionario E-N* (**tabla 40.4**), podemos comprobar que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las dos subescalas que forman parte de este cuestionario. En cuanto a la subescala E, los datos reflejan un Chi-cuadrado = .497 y una significación estadística de .780. Por su parte, la subescala N, presenta un Chi-cuadrado = 3.244 y una significación estadística de .198. Por tanto, estamos en condiciones de afirmar que los niveles de extraversión y neuroticismo de las LM de nuestra muestra (N = 43) no guardan relación alguna con su edad.

13.6.1.2. CUESTIONARIO MAE Y EDAD

En el cuestionario MAE podemos observar que no aparecen diferencias significativas en torno a la edad de las mujeres de nuestra muestra. En este caso los datos reflejan un Chi-cuadrado = 1.637 con una significación asintótica de .441 (**tabla 40.4**). Dicho de otra forma, parece que la edad no tiene ningún tipo de relación con los componentes de motivación y ansiedad de ejecución que presentan las personas con LM de nuestra muestra.

13.6.1.3. CUESTIONARIO LUCAM Y EDAD

Si nos fijamos en la **tabla 40.4**, en el cuestionario LUCAM vuelve a ocurrir lo mismo que en el apartado anterior, es decir, no aparecen diferencias significativas en función de la edad en el momento de la aplicación de la prueba (Chi-cuadrado = 2.128, $p = .345$). Esto refleja, por lo tanto, que las estrategias de control personal son independientes de la edad en las mujeres de nuestro estudio (N = 41).

13.6.1.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y EDAD

En el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (AFRA) que tienen los sujetos ante la LM, tampoco aparecen diferencias significativas en función de la edad en el momento de la evaluación. Si observamos la **tabla 40.4**, nos encontramos con un Chi-cuadrado = .104 y una significación estadística de .949.

13.6.1.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y EDAD

Los datos aportados por la prueba de Kruskal-Wallis nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM) y la edad de los sujetos de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 40.4**, los datos reflejan un Chi-cuadrado = .390 con una significación asintótica de .823. Esto nos demuestra, por lo tanto, que tanto las estrategias de afrontamiento rememoradas como las estrategias actuales son independientes de la edad en el momento en el cual fueron evaluadas las mujeres de nuestra investigación.

13.6.1.6. INVENTARIO DE BECK Y EDAD

Para concluir con este apartado, los resultados obtenidos en el *Inventario de depresión de Beck*, nos muestran que no existen diferencias significativas en función de la edad. Si nos fijamos en la **tabla 40.4**, podemos observar un Chi-cuadrado = .938 con una significación estadística de .626. Dicho de otra forma, los niveles de depresión de nuestros sujetos no tienen ninguna relación con la edad de los sujetos en el momento de la evaluación.

	Edad aplicación	N	Rango promedio
Total E	Menor de 30	11	19.82
	De 30 a 36	11	22.09
	Más de 36	21	23.10
	Total	43	
Total N	Menor de 30	11	20.09
	De 30 a 36	11	27.86
	Más de 36	21	19.93
	Total	43	
Total MAE	Menor de 30	11	17.27
	De 30 a 36	10	23.65
	Más de 36	20	21.73
	Total	41	
Total LOCUS	Menor de 30	10	22.85
	De 30 a 36	11	16.50
	Más de 36	20	22.55
	Total	41	
Total AFRA	Menor de 30	11	20.09
	De 30 a 36	11	20.95
	Más de 36	19	21.55
	Total	41	
Total AFRM	Menor de 30	11	19.91
	De 30 a 36	11	20.95
	Más de 36	20	22.68
	Total	42	
Total BECK	Menor de 30	10	17.90
	De 30 a 36	11	22.64
	Más de 36	20	21.65
	Total	41	

Tabla 40.3. Rangos promedios en función de la edad en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Chi-cuadrado	.497	3.244	1.637	2.128	.104	.390	.938
gl	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	.780	.198	.441	.345	.949	.823	.626

Tabla 40.4. Estadísticos de contraste en función de la edad en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.

Una vez analizadas las seis escalas psicológicas, en el **gráfico 26** podemos observar los rangos promedios de los sujetos en dichas escalas en función de la edad de los sujetos. Para ello, hemos utilizado una prueba de análisis no paramétrico de la varianza y no hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de las seis escalas psicológicas. Aún así, si analizamos detenidamente el gráfico podemos ver que son las mujeres entre 30 y 36 años las que puntúan más alto en neuroticismo y depresión y, sin embargo más bajo en *locus de control*. Con estos resultados podemos inferir que es este grupo al que más le ha costado afrontar la nueva situación, se sienten tristes y no son capaces de poner en marcha estrategias de control personal. En cuanto al grupo de LM más jóvenes (menores de 30 años), podemos observar que tienen muy pocas estrategias de afrontamiento, tanto actuales como rememoradas, pero sin embargo, sus puntuaciones en depresión son muy bajas. Es decir, aunque todavía no han sido capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento, probablemente debido a su corta edad, esto no les hace sentirse frustradas ni deprimidas ante su nueva situación. Por último, el grupo de mujeres mayores (más de 36 años) representa el grupo con puntuaciones más homogéneas en todas las escalas psicológicas sin despuntar en ninguna de ellas. Podemos inferir que debido a su mayor edad, hayan sabido asumir la situación y desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas para superarla y adaptarse con éxito.

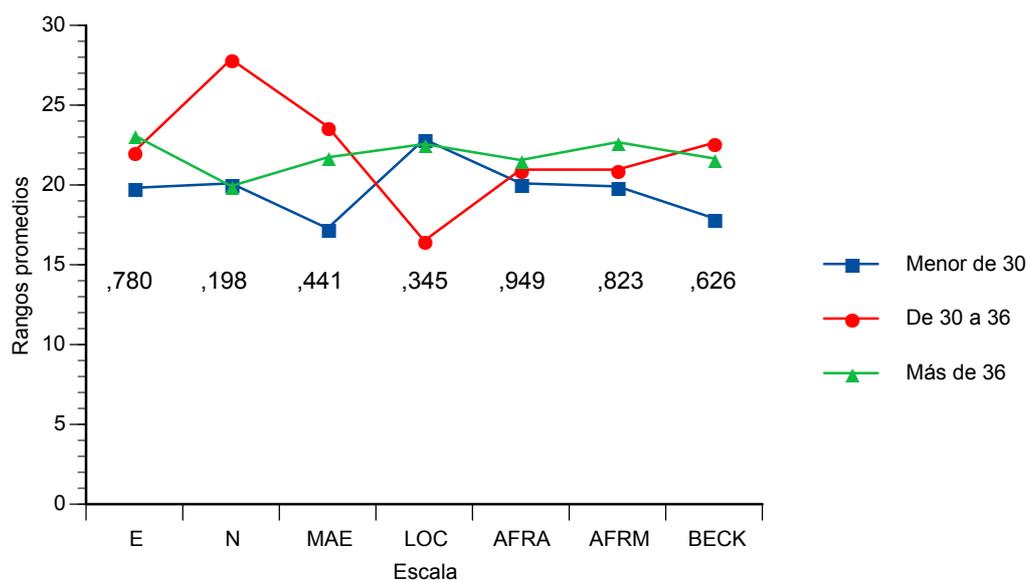


Gráfico 26. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la edad.

En esta ocasión, los resultados nos indican que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las seis escalas psicológicas en función de la edad de los sujetos de la muestra. Por consiguiente, tenemos que concluir que rechazamos nuestra *subhipótesis 3.1* que postulaba que:

Subhipótesis 3.1. Existirán diferencias significativas entre la edad y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de con-*

trol, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck).

Los datos encontrados en la revisión bibliográfica nos aportan resultados contrarios a los encontrados en nuestra investigación. Por una parte, en el estudio de Cook (1979) son los sujetos de más edad los que puntúan más alto en las escalas de neuroticismo. Sin embargo, las respuestas en depresión y ansiedad son prácticamente inexistentes. Por otra parte, siguiendo el estudio de Laatsch y Shahani (1996), las personas con discapacidad más jóvenes presentan niveles más altos en ansiedad, hostilidad y paranoia. Ítem más, teniendo en cuenta el género, observan que presentan índices más altos en conductas depresivas los varones frente a las mujeres y los jóvenes frente a las personas de más edad.

13.6.2. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y NIVEL CULTURAL

La *subhipótesis 3.2* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 3.2. Existirán diferencias significativas entre el nivel cultural y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos la prueba U de Mann-Whitney que como comentamos anteriormente es el equivalente no paramétrico de la prueba T para comparar medias. En primer lugar, recodificamos la variable nivel cultural. Dicha variable contaba originalmente con cuatro categorías: primario, medio, diplomado y superior. Como la categoría primario era la que agrupaba a un mayor número de LM, la recodificamos en dos categorías: primario y resto. Una vez que contamos con una variable con dos categorías, estamos en condiciones de aplicar el contraste. La prueba U de Mann-Whitney ordena las puntuaciones de todos los sujetos en la variable considerada (nivel cultural) y compara el rango promedio de los grupos. A continuación, se obtiene el valor del estadístico de contraste U y su significación. Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas.

13.6.2.1. CUESTIONARIO E-N Y NIVEL CULTURAL

Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney nos indican que no existen diferencias significativas en ninguna de las dos subescalas de cuestionario. De forma más detallada, observando la **tabla 41.2**, podemos apreciar que no hay diferencias significativas en función del nivel cultural ($U = 165.50$, $p = .115$) en la subescala E. Tampoco aparecen diferencias significativas en la subescala N en función del nivel cultural ($U = 189.500$, $p = .323$). Dicho de otro modo, las puntuaciones que nuestros sujetos obtienen en extraversión y neuroticismo son independientes del nivel cultural que presentan.

13.6.2.2. CUESTIONARIO MAE Y NIVEL CULTURAL

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario MAE, podemos observar en la **tabla 41.2** que tampoco aparecen diferencias significativas en cuanto al nivel cultural. En este caso los datos reflejan una $U = 162.000$ con una significación asintótica bilateral de .218. Es decir, el nivel cultural no guarda relación alguna con los componentes de motivación y ansiedad de ejecución del conjunto de LM de nuestra muestra ($N = 41$).

13.6.2.3. CUESTIONARIO LUCAM Y NIVEL CULTURAL

Si nos fijamos en el cuestionario LUCAM (**tabla 41.2**) podemos observar que aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los rangos medios de los grupos. En este caso, encontramos diferencias en función del nivel cultural de los sujetos de nuestra muestra ($U = 106.500$, $p = .007$). Es el momento de observar la **tabla 41.1**, donde vienen representados los rangos promedios de las LM. Podemos apreciar que los sujetos con niveles primarios presentan unos rangos promedios (25.66) mucho más altos que el resto (15.61). Esto puede ser debido a que los individuos con estudios primarios tengan más estrategias de control que aquellos con niveles culturales y educativos superiores.

13.6.2.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y NIVEL CULTURAL

En el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual (AFRA) ocurre exactamente lo mismo que en las dos primeras escalas. Si nos fijamos en la **tabla 41.2** podemos apreciar que tampoco aparecen diferencias significativas entre el nivel cultural y el cuestionario AFRA ($U = 163.000$, $p = .220$).

13.6.2.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y NIVEL CULTURAL

Los datos aportados por la prueba U de Mann-Whitney nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM) y el nivel cultural de las LM de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 41.2**, los datos reflejan una $U = 196.500$ con una significación asintótica bilateral de .554. Podemos inferir, por tanto, que las estrategias de afrontamiento, actuales y rememoradas, de nuestras LM no guardan relación significativa con el nivel cultural de las mismas.

13.6.2.6. INVENTARIO DE BECK Y NIVEL CULTURAL

Por último, los resultados reflejan que existen diferencias significativas entre el *Inventario de depresión de Beck* y el nivel cultural. En concreto, si nos fijamos en la **tabla 41.2** los datos nos aportan una $U = 127.500$ y una significación de .033. De nuevo, si observamos la **tabla 41.1**, podemos apreciar que los sujetos con niveles culturales primarios presentan unos rangos promedios superiores (24.70) a los sujetos con otros niveles culturales (16.71). Dichos resultados pueden deberse a que las LM de nuestra muestra ($N = 41$) con estudios primarios tengan menos estrategias de afrontamiento y

sean más propensas a presentar cuadros depresivos, lo cual explicaría las puntuaciones más altas en Beck.

Nivel cultural		N	Rango promedio	Suma de rangos
Total E	Primario	23	19.20	441.50
	Resto	20	25.23	504.50
	Total	43		
Total N	Primario	23	23.76	546.50
	Resto	20	19.98	399.50
	Total	43		
Total MAE	Primario	22	23.14	509.00
	Resto	19	18.53	352.00
	Total	41		
Total LOCUS	Primario	22	25.66	564.50
	Resto	19	15.61	296.50
	Total	41		
Total AFRA	Primario	21	23.24	488.00
	Resto	20	18.65	373.00
	Total	41		
Total AFRM	Primario	22	22.57	496.50
	Resto	20	20.33	406.50
	Total	42		
Total BECK	Primario	22	24.70	543.50
	Resto	19	16.71	317.50
	Total	41		

Tabla 41.1. Rangos promedios en función del nivel cultural en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
U de Mann-Whitney	165.500	189.500	162.000	106.500	163.000	196.500	127.500
W de Wilcoxon	441.500	399.500	352.000	296.500	373.000	406.500	317.500
Z	-1.578	-.989	-1.232	-2.681	-1.227	-.592	-2.136
Sig. asintót. (bilateral)	.115	.323	.218	.007	.220	.554	.033

Tabla 41.2. Estadísticos de contraste en función del nivel cultural en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.

Una vez vistos los resultados numéricos pasamos a observar de forma más intuitiva los mismos en el **gráfico 27**, donde vienen representados los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas en función del nivel cultural. Partimos de la base de que se han encontrado diferencias significativas en dos de las seis escalas psicológicas. En concreto, en el cuestionario LUCAM y en el *Inventario de depresión de Beck*, atendiendo al nivel cultural de los sujetos (primario y resto). Tal y como se aprecia en el gráfico las mayores diferencias en los rangos aparecen en el LUCAM con una significación estadística de $p = .007$. Aquí son los sujetos con niveles culturales primarios los que obtienen puntuaciones más altas en el *locus de control*. Lo mismo ocurre en el *Inventario de depresión de Beck* con una $p = .033$ que, aunque menor, resulta también

estadísticamente significativa donde de nuevo los sujetos con pocos estudios presentan rangos promedios más altos en la escala de depresión. De estos resultados podemos inferir, como ya anticipamos, que estos sujetos tengan más dificultades para enfrentarse a la nueva situación y sean más propensos a presentar cuadros depresivos.

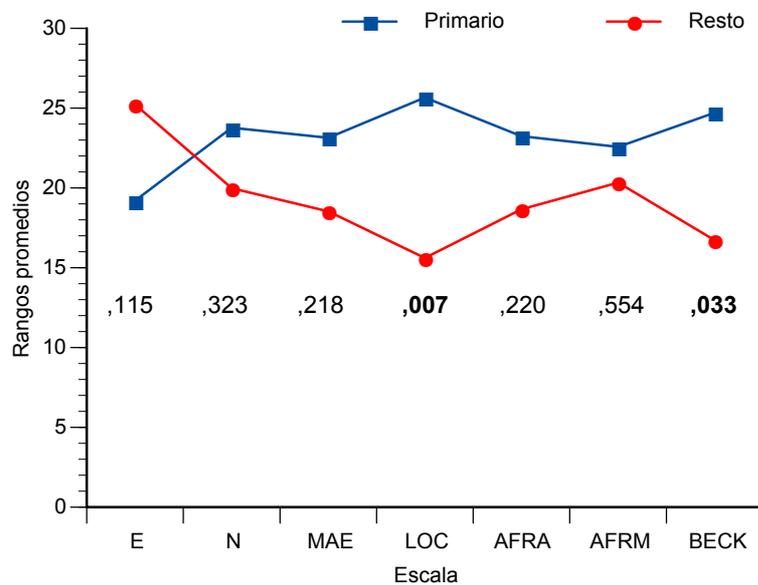


Gráfico 27. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del nivel cultural.

Los resultados nos indican que aparecen diferencias significativas en algunas de las seis escalas psicológicas en función del nivel cultural de los sujetos de la muestra, en concreto en el cuestionario LUCAM y en el *Inventario de depresión de Beck*. Por consiguiente, se confirma parcialmente nuestra *subhipótesis 3.2.* que postulaba que:

Subhipótesis 3.2. Existirán diferencias significativas entre el nivel cultural y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

En la revisión de la literatura, por una parte, hemos tenido ocasión de comprobar la importancia del *locus* en la rehabilitación y en el proceso de adaptación a la LM (Frank et al., 1987; Trieschmann, 1984, 1988), y de ofrecer evidencias del efecto moderador del *locus* sobre la depresión y de su papel favorecedor del bienestar emocional durante dicho proceso de adaptación (Frank y Elliot, 1989; Shadish et al., 1981; Silver, 1982). Por otra parte, los resultados encontrados en nuestra investigación en el *Inventario de depresión de Beck*, van en la línea del trabajo de Elfstrom et al. (2002), donde se encontró que las personas con LM con niveles educativos superiores presentan niveles bajos en depresión.

13.6.3. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y ESTADO CIVIL

La *subhipótesis 3.3* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 3.3. Existirán diferencias significativas entre el estado civil y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos la prueba U de Mann-Whitney. Dicha variable contaba originalmente con cinco categorías: soltero, casado, en pareja, separado y viudo. Como las dos primeras (soltero y casado) eran las que contaban con un mayor porcentaje de casos (soltero, $N = 19$; casado, $N = 7$) decidimos realizar el análisis exclusivamente con ellas. Una vez que contamos con una variable con dos categorías, estamos en condiciones de aplicar el contraste (U de Mann-Whitney). Veamos ahora, uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas.

13.6.3.1. CUESTIONARIO E-N Y ESTADO CIVIL

Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney nos indican que no existen diferencias significativas en ninguna de las dos subescalas de cuestionario. De forma más detallada, observando la **tabla 42.2**, podemos apreciar que no hay diferencias significativas en función del estado civil ($U = 58.500$, $p = .642$) en la subescala E. Tampoco aparecen diferencias significativas en la subescala N en función del estado civil ($U = 40.000$, $p = .124$). Es decir, que las mujeres de nuestra investigación estén solteras o casadas no influye en sus componentes de extraversión o neuroticismo.

13.6.3.2. CUESTIONARIO MAE Y ESTADO CIVIL

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario MAE, podemos observar en la **tabla 42.2** que tampoco aparecen diferencias significativas en cuanto al estado civil. En este caso los datos reflejan una $U = 37.000$ con una significación asintótica bilateral de .114. Dicho de otra forma, los niveles de motivación y de ansiedad de ejecución son independientes del estado civil de los sujetos de la muestra.

13.6.3.3. CUESTIONARIO LUCAM Y ESTADO CIVIL

Si nos fijamos en el cuestionario LUCAM (**tabla 42.2**) podemos observar que tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas en función del estado civil ($U = 57.500$, $p = .739$). De estos resultados podemos inferir que las estrategias de control personal que desarrollen las LM de nuestra investigación son independientes de que las mismas estén solteras o casadas.

13.6.3.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y ESTADO CIVIL

En el cuestionario de estrategias de afrontamiento actual (AFRA) ocurre exactamente lo mismo. Si nos fijamos en la **tabla 42.2** podemos apreciar que tampoco aparecen diferencias significativas entre el estado civil y el cuestionario AFRA ($U = 50.000$, $p = .655$).

13.6.3.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y ESTADO CIVIL

Los datos aportados por la prueba U de Mann-Whitney nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM) y el estado civil de las LM de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 42.2**, los datos reflejan una $U = 51.000$ con una significación asintótica bilateral de .703. Con estos resultados estamos en condiciones de afirmar que tanto las estrategias de afrontamiento actuales como las rememoradas de nuestros sujetos no guardan relación alguna con que las mismas estén solteras o casadas.

13.6.3.6. INVENTARIO DE BECK Y ESTADO CIVIL

Por último, los resultados reflejan que si existen diferencias significativas entre el *Inventario de depresión de Beck* y el estado civil. En concreto, si nos fijamos en la **tabla 42.2** los datos nos aportan una $U = 32.500$ y una significación de .049. Si observamos la **tabla 42.1**, podemos apreciar que los sujetos solteros presentan unos rangos promedios (11.71) inferiores a los sujetos casados (18.36). Dichos resultados, ponen de manifiesto que son más tendentes a presentar cuadros depresivos las mujeres de nuestra muestra que están casadas, en contra de lo que en un principio pudiéramos suponer debido al apoyo que ejercería la pareja.

Una vez analizadas las seis escalas psicológicas, podemos observar de forma más intuitiva los resultados en el **gráfico 28**, donde vienen representados los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas en función del estado civil. Hemos utilizado una prueba de análisis no paramétrico de la varianza y hemos encontrado diferencias significativas en una de las seis escalas psicológicas. En concreto, en el *Inventario de depresión de Beck*, atendiendo al estado civil de los sujetos (soltero y casado). Tal y como se aprecia en el gráfico la única diferencia estadísticamente significativa se encuentra en el *Inventario de depresión de Beck*, con una $p = .049$ y donde podemos observar como los sujetos casados presentan unos rangos promedios muy superiores a los solteros en la escala de depresión, lo que nos indica que son más vulnerables a presentar cuadros depresivos.

	Estado civil	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total E	Soltero	19	13.08	248.50
	Casado	7	14.64	102.50
	Total	26		
Total N	Soltero	19	12.11	230.00
	Casado	7	17.29	121.00
	Total	26		
Total MAE	Soltero	18	11.56	208.00
	Casado	7	16.71	117.00
	Total	25		
Total LOCUS	Soltero	18	12.69	228.50
	Casado	7	13.79	96.50
	Total	25		
Total AFRA	Soltero	19	12.63	240.00
	Casado	6	14.17	85.00
	Total	25		
Total AFRM	Soltero	19	13.32	253.00
	Casado	6	12.00	72.00
	Total	25		
Total BECK	Soltero	19	11.71	222.50
	Casado	7	18.36	128.50
	Total	26		

Tabla 42.1. Rangos promedios en función del estado civil en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
U de Mann-Whitney	58.500	40.000	37.000	57.500	50.000	51.000	32.500
W de Wilcoxon	248.500	230.000	208.000	228.500	240.000	72.000	222.500
Z	-.465	-1.537	-1.579	-.333	-.447	-.382	-1.973
Sig. asintót. (bilateral)	.642	.124	.114	.739	.655	.703	.049
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.651	.135	.125	.745	.687	.733	.048

Tabla 42.2. Estadísticos de contraste en función del estado civil en el grupo de mujeres: Prueba de Mann-Whitney.

En resumen, los resultados nos indican que aparecen diferencias significativas en alguna de las seis escalas psicológicas en función del estado civil de los sujetos de la muestra. Por consiguiente, confirmamos parcialmente nuestra *subhipótesis 3.3* que postulaba que:

Subhipótesis 3.3. Existirán diferencias significativas entre el estado civil y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

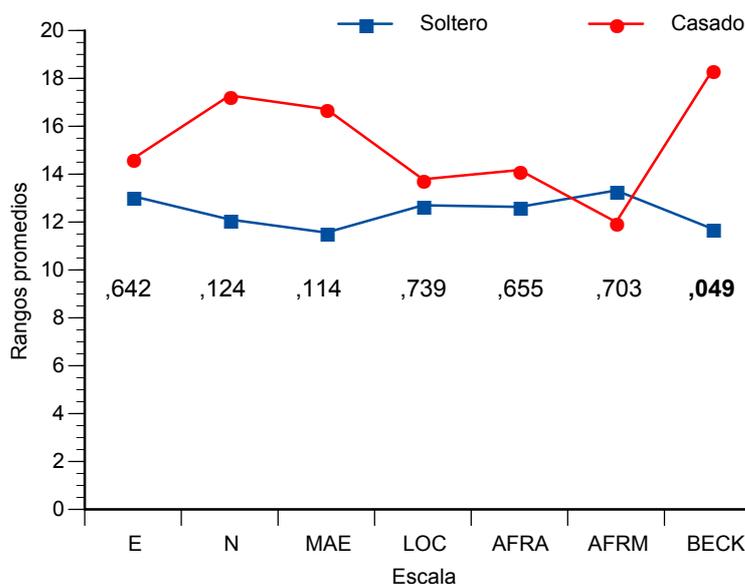


Gráfico 28. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función del estado civil.

En la misma línea de nuestros resultados, en relación al estado civil y la depresión, encontramos el estudio de Chan et al. (2000) donde se comprueba que los LM que estaban casados antes de sufrir la lesión tienden a ser más depresivos que los que contraen matrimonio con posterioridad. En cuanto a las parejas sentimentales, aquellas que se mantienen desde antes de la lesión se sienten más atadas y llegan a considerar a sus parejas como cargas más pesadas que los matrimonios que se forman después de aparecer la lesión. En líneas generales, estos autores concluyen que la aparición de una LM no obstaculiza y cambia sólo la vida del LM sino también la de sus compañeros sentimentales.

13.6.4. ESCALAS PSICOLÓGICAS Y OCUPACIÓN

La *subhipótesis 3.4* plantea lo siguiente:

Subhipótesis 3.4. Existirán diferencias significativas entre la ocupación y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

Para contrastar dicha hipótesis, aplicamos como en ocasiones anteriores un análisis de varianza no paramétrico, la prueba de Kruskal-Wallis, puesto que el número de categorías de la variable analizada (ocupación) es superior a dos. En primer lugar, recodificamos la variable que contaba originalmente con seis categorías: estudiante, ama de casa, activo, paro, jubilado y pensionista. Por un lado, decidimos agrupar aquellos sujetos que no reciben salario remunerado: estudiante, ama de casa y en paro. Por otro lado,

agrupamos a los sujetos que no se encuentran en activo profesionalmente: pensionistas y jubilados. Una vez recodificada la variable quedó convertida en otra con tres niveles: estudiante y ama de casa, activo y jubilado. A continuación, se presentan uno por uno los resultados obtenidos en las seis escalas psicológicas.

13.6.4.1. CUESTIONARIO E-N Y OCUPACIÓN

En cuanto a los resultados obtenidos en el *Cuestionario E-N* (**tabla 43.2**), podemos comprobar que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las dos subescalas que forman parte de este cuestionario. En cuanto a la subescala E, los datos reflejan un Chi-cuadrado = 1.382 y una significación estadística de .501. Por su parte, la subescala N, presenta un Chi-cuadrado = .138 y una significación estadística de .934. A la vista de estos resultados, los niveles de extraversión y neuroticismo de las LM de nuestra muestra (N = 43) no guardan relación alguna con el nivel ocupacional que manifiestan.

13.6.4.2. CUESTIONARIO MAE Y OCUPACIÓN

En el cuestionario MAE podemos observar que no aparecen diferencias significativas en torno a la ocupación. En este caso los datos reflejan un Chi-cuadrado = .080 con una significación asintótica de .961 (**tabla 43.2**). Dicho de otra forma, parece que la ocupación no tiene ningún tipo de relación con los componentes de motivación y ansiedad de ejecución que presentan las personas con LM de nuestra muestra.

13.6.4.3. CUESTIONARIO LUCAM Y OCUPACIÓN

Si nos fijamos en la **tabla 43.2**, en el cuestionario LUCAM vuelve a ocurrir lo mismo que en el apartado anterior, es decir, no aparecen diferencias significativas en función de si los sujetos son estudiantes, amas de casa, jubilados o se encuentran en activo (Chi-cuadrado = .733, $p = .693$). Esto refleja, por lo tanto, que las estrategias de control personal son independientes del nivel de ocupación.

13.6.4.4. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUAL Y OCUPACIÓN

En el *cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales* (AFRA) que tienen los sujetos ante la LM, tampoco aparecen diferencias significativas en función de la ocupación. Si observamos la **tabla 43.2**, nos encontramos con un Chi-cuadrado = 3.079 y una significación estadística de .215.

13.6.4.5. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO REMEMORADO Y OCUPACIÓN

Los datos aportados por la prueba de Kruskal-Wallis nos vuelven a indicar que no aparecen diferencias significativas entre el cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM) y la ocupación de los sujetos de nuestra muestra. En este caso, y siguiendo la **tabla 43.2**, los datos reflejan un Chi-cuadrado = 3.557 con una significación asintótica de .169. Esto nos demuestra, por lo tanto, que tanto las estrategias

de afrontamiento rememoradas como las estrategias actuales son independientes de la ocupación de las LM.

13.6.4.6. INVENTARIO DE BECK Y OCUPACIÓN

Para concluir con este apartado, los resultados obtenidos en el *Inventario de depresión de Beck*, nos muestran que no existen diferencias significativas en función del nivel de ocupación. Si nos fijamos en la **tabla 43.2**, podemos observar un Chi-cuadrado = .723 con una significación estadística de .697. Dicho de otra forma, los niveles de depresión de nuestros sujetos no tienen ninguna relación con que los sujetos sean amas de casa, estudiantes, jubilados o se encuentren en activo.

Ocupación		N	Rango promedio
Total E	Estudiante y Ama de casa	15	19.57
	Activo	12	25.25
	Jubilado	16	21.84
	Total	43	
Total N	Estudiante y Ama de casa	15	21.60
	Activo	12	21.29
	Jubilado	16	22.91
	Total	43	
Total MAE	Estudiante y Ama de casa	15	20.37
	Activo	11	21.05
	Jubilado	15	21.60
	Total	41	
Total LOCUS	Estudiante y Ama de casa	15	23.10
	Activo	11	19.59
	Jubilado	15	19.93
	Total	41	
Total AFRA	Estudiante y Ama de casa	15	25.07
	Activo	11	20.27
	Jubilado	15	17.47
	Total	41	
Total AFRM	Estudiante y Ama de casa	15	24.73
	Activo	12	23.38
	Jubilado	15	16.77
	Total	42	
Total BECK	Estudiante y Ama de casa	14	22.25
	Activo	11	18.41
	Jubilado	16	21.69
	Total	41	

Tabla 43.1. Rangos promedios en función de la ocupación en el grupo de mujeres.

	Total E	Total N	Total MAE	Total LOCUS	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Chi-cuadrado	1.382	.138	.080	.733	3.079	3.557	.723
gl	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	.501	.934	.961	.693	.215	.169	.697

Tabla 43.2. Estadísticos de contraste en función de la ocupación en el grupo de mujeres: Prueba de Kruskal-Wallis.

A modo de conclusión, una vez analizadas las seis escalas psicológicas y comprobado que no existen diferencias significativas en ninguna de ellas con relación a la ocupación, podemos observar en el **gráfico 29** dichos resultados, donde vienen representados los rangos promedios de los sujetos en las seis escalas psicológicas. Al analizar detenidamente el contenido del gráfico podemos destacar varios elementos. Por un lado, los sujetos que se encuentran en activo son los menos deprimidos y los más extravertidos. Ello puede ser debido al que este grupo se encuentra totalmente reinsertado en la sociedad y formando parte de ella. Por otro lado, el grupo de jubilados y pensionistas son los que presentan unas estrategias de afrontamiento más bajas. Podemos pensar que debido a su edad, les cuesta más enfrentarse a la situación y poder desarrollar estrategias adecuadas de afrontamiento. Por último, el grupo de estudiantes, amas de casa y personas en paro, que representan aquellos sujetos que no perciben un salario remunerado, son los que presentan rangos promedios más bajos en extraversión y más altos en depresión. Parece lógico pensar que el hecho de no recibir un salario les hace no sentirse útiles ni productivos y, por tanto, más vulnerables a presentar cuadros depresivos.

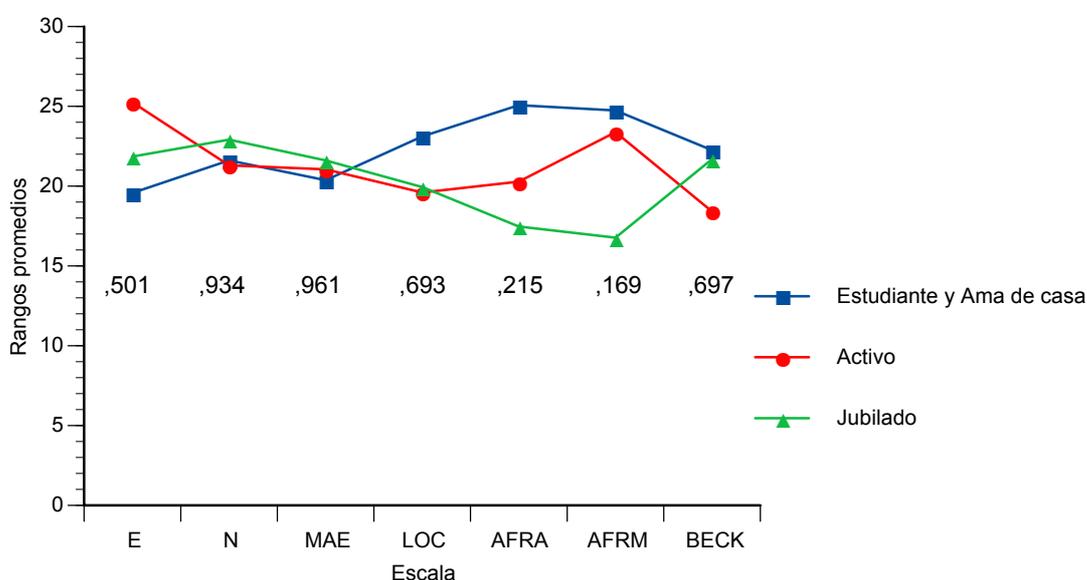


Gráfico 29. Rangos promedios en las seis escalas psicológicas en el grupo de mujeres en función de la ocupación.

En resumen, los resultados nos indican que no aparecen diferencias significativas en ninguna de las escalas psicológicas analizadas en función de la ocupación de los

sujetos de la muestra. Por consiguiente, tenemos que concluir que rechazamos nuestra *subhipótesis 3.4* que postulaba que:

Subhipótesis 3.4. Existirán diferencias significativas entre la ocupación y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas en el grupo de las mujeres (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*).

En la revisión de la literatura al respecto, nos ha resultado muy complicado presentar estudios que evaluaran esta variable (*nivel de ocupación*) y sólo encontramos una investigación que se desarrolla en esta línea. Es la llevada a cabo por Fuhrer et al. (1993), quienes tienen por objetivo estudiar la sintomatología depresiva en una muestra de varones y mujeres con LM. Una de las variables evaluadas fue el nivel de ocupación, en el cual las diferencias encontradas no fueron significativas, al igual que en nuestro trabajo.

En conclusión, a lo largo de este apartado hemos ido presentado los procedimientos de análisis estadísticos que han sido necesarios para contrastar cada una de las cuatro subhipótesis recogidas dentro de la tercera de nuestras hipótesis de partida. Del total de las cuatro hemos confirmado parcialmente dos de ellas y rechazado otras dos. Las dos subhipótesis rechazadas han sido la subhipótesis 3.1, *edad en la aplicación de la prueba*, y la subhipótesis 3.4, *ocupación*, puesto que en ninguna de ellas hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con respecto a las seis escalas psicológicas.

14. RESUMEN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

14.1. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO

Tal y como señalábamos al comienzo de esta parte empírica, con este trabajo nos proponíamos como objetivo general analizar si la *doble discriminación* que existe en nuestra sociedad hacia las mujeres con discapacidad y, en concreto, con LM, se traduce en algún perfil psicológico específico a través de las escalas psicológicas. Para ello, nos planteamos los siguientes objetivos específicos. En primer lugar, comparar la supuesta variabilidad inter-grupos (mujeres-hombres) en las escalas psicológicas. Y, en segundo lugar, estudiar la variabilidad en el grupo de las mujeres (intra-grupo) en las escalas psicológicas en relación con una serie de variables clínicas y socio-demográficas.

En la *parte teórica* hemos realizado la revisión bibliográfica que nos ha permitido presentar el estado de la cuestión sobre la perspectiva de género y la LM. Cabe decir que hemos encontrado estudios generales sobre la LM relativos al género pero, sin embargo, son pocos los artículos dedicados a la evaluación específica de variables psicológicas tanto en la mujer como en función del género, es decir, comparando las diferencias que pudieran existir entre varones y mujeres con LM. Como constante de la mayo-

ría de las publicaciones, se trata de buscar una supuesta personalidad del LM (Fuhrer et al., 1993; Hughes et al., 2001; Kennedy y Evans, 2001; Laatsch y Shahani, 1996). Así, en función del género, se analiza si son las mujeres o los varones más o menos depresivos, ansiosos, extravertidos, neuróticos, etc., no llegando en ningún caso a un acuerdo en cuanto a la supuesta influencia del género en las mismas variables. Del análisis de esta revisión bibliográfica concluimos la importancia de cuidar la metodología en las investigaciones, en las que sería necesario tener un mayor rigor experimental.

A lo largo de esta *parte empírica*, hemos presentado, en primer lugar, los objetivos y las tres hipótesis de nuestra investigación (*capítulo 11*). Así, tomando como punto de partida el objetivo general, *analizar si la doble discriminación existente en nuestra sociedad se traduce en algún perfil psicológico específico medido a través de las escalas psicológicas*, se han desarrollado los objetivos específicos planteados en este estudio, por un lado, comparar la supuesta variabilidad inter-grupos (mujeres-hombres) en las escalas psicológicas, y por otro, estudiar la variabilidad en el grupo de las mujeres (intra-grupo) analizando las posibles diferencias en función de una serie de variables de carácter clínico y socio-demográfico.

Posteriormente, en segundo lugar, mostramos la metodología utilizada, explicamos cómo se produjo la selección de la muestra y cuáles fueron los instrumentos de evaluación utilizados (*capítulo 12*). La muestra está compuesta por 143 personas con LM de larga evolución (99 varones y 44 mujeres), en los que la etiología más frecuente son los accidentes de tráfico, seguidos por los laborales y otros de diversa índole, y el tipo más común de lesión son las completas a nivel dorsal, en concreto, paraplejas. Así mismo, la muestra la constituyen principalmente varones, con una media de edad de 38.85 años, solteros y con niveles culturales básicos (estudios primarios). La gran mayoría reside en zonas urbanas de Asturias. En suma, el análisis de la muestra de personas con LM de nuestro estudio revela que puede ser considerada como representativa de este colectivo, eso sí, más heterogénea de lo que habitualmente suelen ser las muestras recogidas en la bibliografía al uso sobre el tema.

En cuanto al instrumento de evaluación, en esta investigación hemos utilizado la “*Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con LM*” (EMELM), de Aguado, centrándonos para nuestro estudio en las seis escalas psicológicas (*Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, Cuestionario LUCAM de locus de control, Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento e Inventario de depresión de Beck*) que constituyen los componentes psicológicos de la EMELM.

Por último, en tercer lugar, presentamos los resultados obtenidos, una discusión sobre los mismos y las principales conclusiones a las que hemos llegado (*capítulo 14*). En la **tabla 44** ofrecemos un resumen de los resultados obtenidos para cada una de las hipótesis y subhipótesis de trabajo planteadas.

En relación a la primera de las hipótesis planteadas, la **hipótesis 1** de nuestra investigación postulaba que *no aparecerían diferencias significativas en las escalas psicológicas en función del género*. En base a los análisis anteriormente expuestos, podemos decir que dicha hipótesis queda confirmada. Una vez contrastadas cada una de las seis subhipótesis creadas en función de las seis escalas psicológicas, hemos comprobado que no aparecen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas en fun-

ción del género de los participantes de nuestra muestra. Es decir, *no hemos encontrado un perfil psicológico, en el grupo de las mujeres con LM, que pudiera justificar la doble discriminación de la que son víctimas en la sociedad.*

Hipótesis	Sub.	Variable	Resultado	Implicaciones
Hipótesis 1. No habrá diferencias significativas en las escalas psicológicas en función del género.	1.1	E-N	SÍ	No diferencias entre mujeres y hombres en ninguna de las escalas psicológicas
	1.2	MAE	SÍ	
	1.3	LUCAM	SÍ	
	1.4	AFRA	SÍ	
	1.5	AFRO	SÍ	
	1.6	Beck	SÍ	
Hipótesis 2. No habrá relación entre las variables clínicas y las puntuaciones en las escalas psicológicas en el grupo de las mujeres.	2.1	Tipo lesión	SÍ	No relación entre estas variables y las escalas psicológicas
	2.2	Alta	SÍ	
	2.3	Causa reingresos	SÍ	
	2.4	Etiología	SÍ	
	2.5	Nivel LM	Parcial	Relación en E y AFRM
	2.6	Hospitalización	SÍ	No relación entre estas variables y escalas psic.
	2.7	Nº reingresos	SÍ	
	2.8	Edad adquisición	Parcial	Relación en Beck
	2.9	Tiempo transcurrido	SÍ	No relación
Hipótesis 3. Diferencias escalas psico. según variables socio-d. en mujeres.	3.1	Edad	NO	No diferencias por edad
	3.2	Nivel cultural	Parcial	Difer. en LUCAM y Beck
	3.3	Estado civil	Parcial	Diferencias en Beck
	3.4	Ocupación	NO	No difer. por ocupación

Tabla 44. Síntesis de resultados y sus implicaciones en función de las hipótesis de trabajo.

Respecto a la segunda, la **hipótesis 2** de este trabajo defendía que *no aparecería relación entre las variables clínicas y las puntuaciones obtenidas en las escalas psicológicas en el grupo de las mujeres.* Las variables clínicas que fueron analizadas son: *tipo de lesión, fecha de alta médica, causa de reingresos, 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.* Del total de las nueve subhipótesis creadas en relación a las nueve variables clínicas estudiadas, se han confirmado siete de ellas. Las dos restantes han sido confirmadas parcialmente. Por una parte, la **subhipótesis 2.5** que postulaba que no existiría relación significativa entre el *nivel de la lesión* y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas. Las diferencias han aparecido en la *subescala E* y en el *cuestionario de estrategias de afrontamiento rememorado (AFRM)*. En concreto, hemos observado que las LM cervicales, es decir, aquellas con más problemas de movilidad y autonomía, son las personas más extravertidas y las que presentan mayores estrategias de afrontamiento rememorado. Por otra parte, la **subhipótesis 2.8** que afirmaba que no existiría relación significativa entre la *edad de adquisición de la LM* y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas. En este caso, las diferencias han aparecido en el *Inventario de depresión de Beck*, en el cual han sido las

mujeres que adquieren la LM después de los 30 años las que han presentado unos índices de depresión más altos. A la vista de dichos resultados, estamos en condiciones de afirmar que las puntuaciones que las LM de nuestra muestra obtienen en las seis escalas psicológicas son independientes de las variables clínicas analizadas, excepto cuando hablamos de las variables “*nivel de la lesión*” y “*edad de adquisición de la LM*”.

En cuanto a la tercera, la **hipótesis 3** de esta investigación postulaba que *aparecerían diferencias en las seis escalas psicológicas en función de determinadas variables socio-demográficas en el grupo de las mujeres*. Las variables socio-demográficas que fueron objeto de nuestro estudio son: la *edad*, el *nivel cultural*, el *estado civil* y la *ocupación*. Del total de las cuatro subhipótesis creadas en función de las cuatro variables analizadas, hemos confirmado parcialmente dos de ellas y rechazado otras dos. Las dos subhipótesis rechazadas han sido la **subhipótesis 3.1** que afirmaba que existirán diferencias significativas entre la *edad* y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas y la **subhipótesis 3.4** que postulaba que existirán diferencias significativas entre la *ocupación* y las puntuaciones obtenidas en las seis escalas psicológicas. Ambas subhipótesis han sido rechazadas puesto que ni la *edad* ni la *ocupación* de las LM de nuestra muestra guardan relación alguna con las respuestas que dan las participantes en las escalas psicológicas. A la vista de dichos resultados, podemos concluir que existen algunas variables socio-demográficas que influyen en las respuestas dadas en las escalas psicológicas. En concreto, en cuanto al *nivel cultural*, son las personas con estudios primarios las que presentan unas puntuaciones más altas en *depresión*. Esto puede ser debido a que estas personas tengan más dificultades para enfrentarse a la nueva situación y sean más propensos a presentar cuadros depresivos. En los resultados relativos al *estado civil*, las mujeres casadas son más vulnerables a presentar cuadros depresivos, en contra de lo que en un principio pudiéramos suponer debido al apoyo que ejercería la pareja ante la situación de crisis.

En síntesis, podemos concluir afirmando que no existen diferencias significativas en las escalas psicológicas en función de la variable “*género*”. Como hipotetizamos desde un comienzo, existen diferencias individuales en cada una de las escalas psicológicas analizadas, pero dichas diferencias nunca estarán influenciadas por el *género* de las personas de nuestra muestra. Tampoco aparece un perfil psicológico en el grupo de las mujeres con LM que las caracterice ni que justifique la *doble discriminación social*. En consecuencia, la *doble discriminación* que existe en nuestra sociedad hacia las mujeres con LM, de la que venimos hablando desde el comienzo de este trabajo, no queda justificada en ningún tipo de perfil psicológico específico a través de las escalas psicológicas que nosotros hemos analizado. Dicha discriminación puede quedar justificada por motivos sociales y políticos que a lo largo de la historia han marginado a la mujer y la han relegado a un segundo plano. Por todo ello, consideramos importante el fomento y desarrollo de políticas que favorezcan a las mujeres LM y, de esta forma, poder avanzar hacia su plena integración y aceptación en la sociedad.

14.2. CONCLUSIONES

En función de los resultados expuestos hasta ahora, presentamos como conclusiones finales de este trabajo de investigación las siguientes:

- No existen diferencias significativas en las escalas psicológicas en función del *género*. Como suponíamos desde un comienzo, existen diferencias individuales en cada una de las escalas psicológicas analizadas, pero dichas diferencias no están influenciadas por el *género* de los participantes de nuestra muestra.
- No aparece un perfil psicológico en el grupo de las mujeres con LM que las caracterice ni que justifique, por tanto, la *doble discriminación* social. Esto supone la existencia de procesos individualizados de adaptación y ofrece soporte empírico al *modelo de las diferencias individuales* en contra del *modelo de las etapas*.
- En general, las variables clínicas analizadas no guardan relación con las respuestas obtenidas en las escalas psicológicas por el grupo de las mujeres. 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 LM* no explican las puntuaciones de las mujeres con LM.
- Sólomente el *nivel de la lesión* y la *edad de adquisición* de la LM han mostrado ser relevantes en las respuestas dadas en las escalas psicológicas. Así, el *nivel de la lesión* guarda relación con los componentes de *extraversión* y con las *estrategias de afrontamiento rememorado* de las mujeres de nuestro trabajo. Y, por su parte, la *edad de adquisición* de la LM influye en las respuestas de nuestras mujeres en *depresión*.
- Por una parte, las mujeres con LM 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*. Por otra, son las mujeres cuya LM sobreviene con posterioridad a los 30 años las que puntúan más alto en *depresión*.
- Las variables socio-demográficas estudiadas tienen cierta influencia en las puntuaciones de las mujeres con LM en las escalas psicológicas. Así, el *nivel cultural* explica las puntuaciones de las mujeres en *locus de control* y en *depresión*. Por su parte, el *estado civil* también ejerce influencia en las puntuaciones en *depresión*. Sin embargo, otras variables como la *edad* y la *ocupación* han demostrado ser independientes de las respuestas dadas en las escalas psicológicas.
- Las mujeres casadas y con estudios primarios presentan las puntuaciones más altas en el *Inventario de depresión de Beck*.

En su conjunto, los resultados obtenidos en nuestro estudio implican 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.

Por último, no nos gustaría finalizar este trabajo sin avanzar que continuaremos trabajando en este reto. Puesto que pese a los avances que en las últimas décadas se están produciendo en políticas de igualdad y de integración, en campañas de sensibilización y de información para la población general, en planes de formación para profesionales y en campos como la medicina o las nuevas tecnologías, la literatura científica y la investigación sobre este tema es aún escasa, difusa e incompleta, lo que impide llegar a conclusiones claras y definitivas. En consecuencia, es mucho lo que se puede aportar en este tema tan relevante desde tantos puntos de vista.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, A.L. (1987). Compromiso psicosocial en la rehabilitación de las discapacidades motrices. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13(38), 587-621.
- Aguado, A.L. (1989a). *Psicología de la rehabilitación de las discapacidades motrices*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Mimeo. (Colección Tesis Doctorales, Micropublicaciones, Servicio de Publicaciones. Universidad de Oviedo, 1990).
- Aguado, A.L. (1989b). 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, 11- III.
- Aguado, A.L. (1990). Proceso de adaptación a la discapacidad: Modelos e implicaciones terapéuticas. *Comunicación* presentada a la *XV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, Córdoba, 1-3-XI.
- Aguado, A.L. (1994). Evaluación psicológica en rehabilitación: Panorama crítico y presentación de alternativas. *Comunicación* presentada al *Symposium Evaluación en rehabilitación del IV Congreso de Evaluación Psicológica*, Santiago, 21-23-IX.
- Aguado, A.L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: 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. (1995a). 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. y Alcedo, M.A. (1995b). La intervención en discapacidad física. En M.A. Verdugo (Dir.), *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 185-221). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Aguado, A.L. y Alcedo, M.A. (1999). Evaluación psicológica en rehabilitación. En A. Ruano, J.M. Muñoz y C. Cid (Coors), *Psicología de la rehabilitación* (pp. 33-58). Madrid: Editorial MAPFRE.
- Aguado, A.L., y Alcedo, M.A. (2005): Una visión psicosocial del envejecimiento de las personas con lesión medular. *Intervención psicosocial*, 14(1), 51-63.
- Aguado, A.L., Alcedo, M.A., Fontanil, Y., Arias, B. y Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida y necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad - 2003*. Informe de proyecto de investigación, IMSERSO y Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. (Inédito).

- Aguado, A.L., Alcedo, M.A., Rueda, M.B., Flórez, M.A., y Gutiérrez, M. (1994). Una Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con Lesión Medular: Primeros resultados en Asturias y Euskadi. *Comunicación* presentada al *Symposium "Evaluación en rehabilitación"* del *IV Congreso de Evaluación Psicológica*, Santiago, 21-24-IX.
- 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 al *Symposium "Nuevas aportaciones en psicología de la rehabilitación"* de las *II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, Salamanca, 20-22-III.
- Aguado, A.L., González, I., Alcedo, M.A. y Arias, B. (2003). Calidad de vida y lesión medular. En M.A. Verdugo y B. Jordán de Urríes (Coors), *Investigación, innovación y cambio*, (pp. 624-664). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Aguado, A.L., Rueda, B., Alcedo, M.A. y Arias, B. (2003). Evaluación del afrontamiento en personas con lesión medular. En M.A. Verdugo y B. Jordán de Urríes (Coors), *Investigación, innovación y cambio*, (pp. 665-686). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Alden, P. (1992). Psychological aspects of spinal cord injury. *Educational & Child Psychology*, 9(1), 34-48.
- Alexander, C.J., Hwang, K. y Sipski, M.L. (2002). Mothers with spinal cord injuries: Impact on marital, family and children's adjustment. *Archives of Physical Medicine on Rehabilitation*, 83(1), 24-30.
- Allden, P. (1992). Psychological aspects of spinal cord injury. *Educational and Child Psychology*, 9(1), 34-48.
- Amnistía Internacional (2001). *Informe Cuerpos rotos, mentes destrozadas. Tortura y malos tratos a mujeres*. Madrid: EDAI, Editorial Amnistía Internacional.
- Andreu, V., Pujol, J., Riu, C., Sanz, J. y Torres, H. (2002). *Indicadores de exclusión social de mujeres con discapacidad*. Barcelona: Associació Dones no Estándards.
- Anguera, M.B. (1980). *El lesionado medular traumático. Problemas psicológicos y tratamiento*. México: Trillas.
- Anson, C.A., Stanwyck, D.J. y Krause, J.S. (1993). Social support and health status in spinal cord injury. *Paraplegia*, 31(7), 632-638.
- Antxustegi, K. (2002). Diferentes fases en la vida de una mujer discapacitada. En J.M. Sáenz (Dir.), *Desde las discapacidades hacia la inclusión* (pp. 261-264). Vizcaya: Asociación Bizkaia Elkarte, Espina Bífica e Hidrocefalia.
- Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (1975). *Declaración de los Derechos de los Impedidos*. Nueva York: ONU.

- Barone, S.H. (1993). *Adaptation to spinal cord injury (Coping, Roy Adaptation Model)*. Tesis doctoral, Boston College (Dissertation Abstracts International, vol. 54-7B, pp. 3547).
- Bas, P., Gala, F.J. y Díaz, M. (1994). Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de médula espinal (LME). *Clinica y Salud*, 5(3), 259-271.
- Benony, 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 *The American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(6), 437-445.
- Bermúdez, J. y Pérez, A.M. (1989). Análisis procesual de la personalidad. En E. Ibáñez y V. Pelechano (Coords.), *Personalidad* (pp. 83-140). Madrid: Alhambra.
- Bernardini, A. (1999). El concepto de “empowerment”. *Trabajo presentado a la Conferencia “Women’s Worlds 99”*, Tromso (Noruega), 20-26-VI.
- Black, K., Sipski, M.L. y Strauss, S.S. (1998). Sexual satisfaction and sexual drive in spinal cord injured women. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 2(3), 240-244.
- Bockian, N.R., Lee, A. y Fidanque, C.S. (2003). Personality disorders and spinal cord injury: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(4), 307-313.
- Boekamp, J.R., Overholser, J.C. y Schubert, D.S.P. (1996). Depression following a spinal cord injury. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(3), 329-349.
- Bolton, B. (1987). *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (2ª edición). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Boschen, K.A., Tonack, M. y Gargaro, J. (2003). Long-term adjustment and community reintegration following spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(3), 157-164.
- Bracken, M.B., Shepard, M.J. y Webb, S.B. (1981). Psychological response to acute spinal cord injury: An epidemiological study. *Paraplegia*, 19(5), 271-283.
- Bray, G.P. (1980). Rehabilitation of spinal cord injury: A family approach. En P.W. Power y A.E. Dell Orto (Eds.), *Role of the family in the rehabilitation of the physically disabled* (pp. 242-255). Baltimore: University Park Press.
- Brillhart, B. y Johnson, K. (1997). Motivation and the coping process of adults with disabilities: A qualitative study. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association Nurses*, 22(5), 249-252.
- Brown, D.J. (1992). Spinal cord injuries: The last decade and the next. *Paraplegia*, 30(1), 77-82.
- Brown, K., Bell, M.H., Maynard, C., Richardson, W. y Wagner, G.S. (1999). Attribution of responsibility for injury and long-term outcome of patients with paralytic

- spinal cord trauma. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 37(9), 653-657.
- Brucker, B.S. (1983). Spinal cord injuries. En T.G. Burish y L.A. Bradley (Comps.), *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., Frank, R.G., Elliott, T.R., Chaney, J. y Hewett, J. (1991). Adjustment to spinal cord injury: Stage theory revisited. *Paraplegia*, 29(2), 125-130.
- Budh, C.H., Lund, I., Hultling, C., Levi, R., Werhagen, L. y Ertzgaard, P. (2003). Gender related differences in pain in spinal cord injured individuals. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 41(2), 122-128.
- Burish, T.G. y Bradley, L.A. (1983). Coping with chronic disease: Definitions and issues. En T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds.), *Coping with Chronic Disease* (pp. 3-11). Nueva York: Academic Press.
- Butt, L. (1989). Psychological aspects of discharge. En G. Whiteneck, C. Adler, R.E. Carter y D.P. Lammertse (Eds.), *The management of high level quadraplegia*. Nueva York: Demos Publications.
- Calancie, B., Molano, M.R. y Broton, J.G. (2005). Epidemiology and demography of acute spinal cord injury in a large urban setting. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 28(2), 92-96.
- Campo, M. y Sánchez, A. (2003). La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad. *Terapia Sexual y de Pareja*, 16,4-18.
- Canupp, K.C., Waites, K.B., DeVivo, M.J. y Richards, J.S. (1997). Predicting compliance with annual follow-up evaluations in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 35(5), 314-319.
- Cardenas, D.D., Bryce, T.N., Shem, K., Richards, J.S. y Elhefni, H. (2004). Gender and minority differences in the pain experience of people with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine on Rehabilitation*, 85(11), 1774-1781.
- Castro, A. y Bravo, P. (1993). *Paraplejia. Otra forma de vida*. Madrid: Promociones y Ediciones SANRO.
- Caywood, T.A. (1974). A quadraplegic young man looks at treatment. *Journal of Rehabilitation*, 49(1), 22-25.
- CERMI (2002). *Necesidades y demandas de las mujeres con discapacidad en España*. Comisión de la mujer del CERMI. (<http://www.cermi.es/CERMI/ESP/Mujer+con+discapacidad>).

- Cleveland, M. (1989). Family adaptation to traumatic spinal cord injury. Response to crisis. En R.H. Moos (Ed.), *Coping with Physical Illness 2: New Perspectives* (pp. 159-171). Nueva York: Plenum Medical Book.
- Cobos, P., Sánchez, M., Pérez, N. y Vila, J. (2004). Effects of spinal cord injuries on the subjective component of emotions. *Cognition & Emotion*, 18(2), 281-287.
- Comité Científico (2003). *Conclusiones del I Congreso Internacional sobre mujeres y discapacidad*. Valencia, 27-1-III. (<http://www.micongreso.gva.es/mujer/mjisp/conclusiones.jsp>).
- 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.
- Constitución Española de 1978.*
- Cook, D.W. (1979). Psychological adjustment to spinal cord injury: Incidence of denial, depression and anxiety. *Rehabilitation Psychology*, 26(3), 97-104.
- Corcoran, J.R., Frank, R.G. y Elliott, T.R. (1988). The interpersonal influence of depression following spinal cord injury: A methodological study. *Journal of the Multihandicapped Person*, 1(3), 161-174.
- Coyle, C.P., Lesnik-Emans, 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., Kinney, W. y Hutchins, D. (1993). Relationships between psychosocial functioning and leisure lifestyle changes of individuals with spinal cord injuries experiencing chronic secondary health conditions. *Therapeutic Recreation Journal*, 27(4), 239-252.
- Craig, A., Hancock, K. y Chang, E. (1994). The influence of spinal cord injury on coping styles and self-perceptions two years after the injury. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(2), 307-312.
- Craig, A., Hancock, K., Chang, E. y Dickon, H. (1998). The effectiveness of group psychological intervention in enhancing perceptions of control following spinal cord injury. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 112-118.
- Craig, A., Hancock, K. y Dickon, H. (1999). Improving the long-term adjustment of spinal cord injured persons. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 37(5), 354-360.
- Craig, A.R., Hancock, K., Dickson, H. 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.
- Cózar, M.A. (2002). Tampoco somos ángeles. *Minusval*, 137, 19.

- Cushman, L.A. y Dijkers, M.P. (1991). Depressed mood during rehabilitation of persons with spinal injury. *Journal of Rehabilitation*, 57(1), 35-38.
- Chan, R.C., Lee, P.W. 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.W., Gerhart, K.A., Menter, R.R., Whiteneck, G.G. y Manley, M.S. (1992). Sexual issues of women with spinal cord injuries. *Paraplegia*, 30(3), 192-199.
- Chicano, E. (2002). Feminismo y Discapacidad. En Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias (Ed.), *Mujer y discapacidad: Un análisis pendiente* (pp. 39-61). Oviedo: KRK Ediciones.
- Dancausa, C, Zijdel, L., Riu, C., Cambra, J.A., González, M., Cristóbal, V., Ramiro, P., Iglesias, M. y García, J.L. (1998). Mujer con discapacidad. *Minusval*, 114, 8-32.
- Danielson, C.B., Hamel-Bissell, B. y Winstead-Fry, P. (1993). *Families, health and illness: Perspectives on coping and intervention*. San Luis: C.V. Mosby Co.
- Daverat, P. (1992). Assessment of rehabilitation in patients with spinal cord injuries: Methodological considerations. *Paraplegia*, 30(10), 759-761.
- Davidoff, G., Roth, E., Thomas, P. y Doljanac, R. (1990). Depression and neuropsychological test performance in acute spinal cord injury patients: Lack of correlation. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 5(1), 77-88.
- De Carvalho, S.A., Andrade, M.J., Tavares, M.A. y Feitas, J.L. (1998). Spinal cord injury and psychological response. *General Hospital Psychiatry*, 20(6), 353-359.
- Decker, S.D. (1982). *Social support and well-being in middle-aged and elderly spinal cord injured persons: A social-psychological analysis*. Tesis doctoral, Universidad Estatal de Portland (Dissertation Abstracts International, vol. 43-10B, pp. 178).
- Departamento de Proyectos del CAMF (2003). *Módulo Introductorio sobre Género y Discapacidad*. Sevilla: Junta de Andalucía. (http://www.canfocemfe.org/programas/mujer/manual_genero_camf.org.pdf).
- Dembo, T.E., Leviton, G.L. y Wright, B.A. (1956). Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limbs*, 3(1), 4-62.
- De Pinto, A. y Sánchez, A. (2000). *Lesión medular: Sexualidad y fertilidad*. Madrid: Global Pharma Press.
- DeVivo, M.J. y Stover, S.L. (1995). Long-term survival and causes of death. En S.L. Stover, J.A. DeLisa y G.G. Whiteneck (Eds.), *Spinal cord injury. Clinical outcomes from the Model Systems* (pp. 289-316). Gaithersburg: Aspen Publisher, Inc.
- Ditunno, P.L., McCauley, C. y Marquette, C. (1985). Sensation-seeking behavior and the incidence of spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66(2), 152-155.

- Dollinger, S.J. (1986). The need for meaning following disaster: Attributions and emotional upset. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12(4), 300-310.
- Donohue, J. y Gebhard, P. (1995). The Kinsey Institute/Indiana University report on sexuality and spinal cord injury. *Sexuality & Disability*, 13(1), 7-85.
- Drew-Cates, J. (1989). *Adjustment in spinal cord injury: A partial transcendence*. Tesis doctoral, Universidad de Rochester (Dissertation Abstracts International, vol. 50-5B, pp. 1851).
- Dryden, D.M., Saunders, L.D., Rowe, B.H., May, L.A., Yiannakoulis, N., Svenson, L.W., Schopflocher, D.P. y Voaklander, D.C. (2005). Depression following traumatic cord injury. *Neuroepidemiology*, 25(2), 55-61.
- Duff, J.S. (1997). *The psychological sequelae of trauma following spinal cord injury (posttraumatic stress, intrusion, avoidance, anxiety, depression, selfconcept, coping)*. Tesis doctoral, Universidad de Southampton (Dissertation Abstracts International, vol. 58-4B, pp. 1381).
- Dunn, M. (1975). Psychological intervention in a spinal cord injury center: An introduction. *Rehabilitation Psychology*, 22(4), 165-178.
- Dunn, M., Sommer, N y Gambina, H. (1992). A practical guide to team functioning in spinal cord injury rehabilitation. En C. Zejdlik (Ed.), *Management of spinal cord injury* (pp. 229-239). Nueva York: Jones and Bartlett.
- Eisenberg, M.G. y Saltz, C.C. (1991). Quality of life among aging spinal cord injured persons: Long term rehabilitation outcomes. *Paraplegia*, 29(6), 514-520.
- Elfstrom, M.L., Kreuter, M., Ryden, A., Persson, L.O. y Sullivan, M. (2002). Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: A study of traumatically spinal cord lesioned persons. *Spinal Cord Injury Nursing: A publication of American Association of Spinal Cord Injury Nurses*, 40(8), 408-415.
- Elfstrom, M.L., Ryden, A., Kreuter, M., Taft, C. y Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(1), 9-16.
- Elliott, T.R. y Frank, R.G. (1996). Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(9), 816-823.
- Elliott, T.R. y Shewchuk, R.M. (1998) Recognizing the family caregiver: Integral and formal members of the rehabilitation process. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 10(2), 123-132.
- 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, D.C.: 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.
- 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.
- Engstrom, M.R. (2005). Identity processes after adult onset of disability: The negotiation of the socially reconstructed self. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities & Social Sciences*, 65(8-A), 3172.
- Estores, I.M. y Sipski, M.L. (2004). Women's issues after spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 10, 107-125
- Euchner, J.C. (1980). *Psychological adjustment of spinal cord injury: Temporal, psychodynamic and socioeconomic factors*. Tesis doctoral, Universidad de California del Sur, 1980. Dissertation Abstracts International, 41, 686B (Citado por Lofaro, 1982).
- Evans, J.H. (1983). On disturbance of the body image in paraplegia. En J. Stubbins (Ed.), *Social and psychological aspects of disability* (pp. 409-421). Baltimore: University Park Press.
- Facio, A. (1992). *Cuando el género suena cambios trae. Una metodología para el análisis del género del fenómeno legal*. San José: Ilanud.
- Felton, B.J. y Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controlability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(4), 343-353.
- Fernández, B. (2002). El derecho de las mujeres con discapacidad a la igualdad en el IV Plan de Acción Positiva para las mujeres del Principado de Asturias. En Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias (Ed.), *Mujer y discapacidad: Un análisis pendiente* (pp. 229-233). Oviedo: KRK Ediciones.
- Fernández, M.A. (2002). Hacia la inclusión de las mujeres con diferentes discapacidades. En J.M. Sáenz (Dir.), *Desde las discapacidades hacia la inclusión* (pp. 294-296). Vizcaya: Asociación Bizkaia Elkarte, Espina Bífica e Hidrocefalia.
- Ferreiro-Velasco, M.E., Barca-Buyo, A., Salvador de la Barrera, S., Montoto-Marqués, A., Miguéns, X. y Rodríguez-Sotillo, A. (2004). Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 43(1), 51-55.
- Fiedler, K.E. (1998). An evaluation of one method enhancing the perceived control of spinal cord injured patients in a rehabilitation hospital. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 58(12-B), 6529.

- Fitting, M.D., Salisbury, S., Davies, N.H. y Mayclin, D.K. (1978). Self-concept and sexuality of spinal cord injured women. *Archives of Sexual Behavior*, 7(2), 143-156.
- Forchheimer, M.B., Kalpaljian, C.Z. y Tate, D.G. (2004). Gender differences in community integration after spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 10(2)163-174.
- Forner, J.V. (2001). Pasado, presente y futuro de la lesión medular. En M. Giner, M. Delgado, I. Miguel, J.V. Forner y R. Miró (Dir.), *Lesión Medular: Guía de Autocuidados* (pp.15-25). Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat.
- Foro Europeo de la Discapacidad (1997). *Manifiesto de las mujeres con discapacidad de Europa*. Grupo de Trabajo sobre la Mujer frente a la Discapacidad del FED. Bruselas, 22- II. ([http://www.asoc-ies.org/docs/Manifiesto%20Mujeres%20 Discapacidad%20Europa.pdf](http://www.asoc-ies.org/docs/Manifiesto%20Mujeres%20Discapacidad%20Europa.pdf)).
- Frank, R.G. y Elliott, T.R. (1989). Spinal cord injury and health locus of control beliefs. *Paraplegia*, 27(3), 250-256.
- Frank, R.G., Elliott, T.R., Corcoran, J.R. y Wonderlich, S.A. (1987). Depression after spinal cord injury: Is it necessary?. *Clinical Psychology Review*, 7(1), 1-20.
- 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.
- Fraser, R.T. (1984). An introduction to rehabilitation psychology. En C.J. Golden (Ed.), *Current topics in rehabilitation psychology* (pp. 1-15). Orlando: Grune & Stratton.
- Freed, M.M. (1993). Lesiones traumáticas y congénitas de la médula espinal. En K. Lehman (Dir.), *Krusen-Medicina Física y Rehabilitación* (pp. 747-779). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana (Orig. 1985).
- Frieden, L. y Cole, J. (1985). Independence: The ultimate goal of rehabilitation for spinal cord- injured persons. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 39(11), 734-739.
- Fuhrer, M.J., Rintala, D.H., Hart, K.A., Clearman, R. y 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.
- Fullerton, D.T., Harvey, R.F., Klein, M.H. y Howell, T. (1981). Psychiatric disorders in patients with spinal cord injury. *Archives of General Psychiatry*, 32(12), 1371-1396.

- Furlan, J.C., Krassioukov, A.V. y Fehlings, M.G. (2005). The effects of gender on clinical and neurological outcomes after acute cervical spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine on Rehabilitation*, 86(9), 1887-1889.
- Galvin, L.R. y Godfrey, H.P. (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 Injury Nursing: A publication of American Association of Spinal Cord Injury Nurses*, 39(12), 615-627.
- García, J. y Herruzo, R. (1995). Epidemiología descriptiva de la prevalencia de la lesión medular espinal en España. *Médula Espinal*, 1(2), 111-115.
- García de la Cruz, J.J. y Zarco, J. (2004). *El espejo social de la mujer con gran discapacidad*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- García, L. (1998). La discriminación necesaria. *Meridiana*, 9, 16.
- Garrett, J.F. (1953). *Psychological aspects of physical disability (Rehabilitation Services Series Number 210)*. Washington, D.C.: Office of Vocational Rehabilitation.
- Glueckauf, R.L. (1993). Use and misuse of assessment in rehabilitation: Getting back to the basics. En R.L. Glueckauf, L.B. Sechrest, G.R. Bond y E. McDonel, *Improving assessment in rehabilitation and health* (pp. 135-155). Newbury Park, CA: Sage.
- Go, B.K., DeVivo, M.J. y Richards, J.S. (1995). The epidemiology of spinal cord injury. En S.L. Stover, J.A. DeLisa y G.G. Whiteneck (Eds.), *Spinal cord injury: clinical outcomes from the model systems* (pp. 21-25). Gaithersburg, Md: Aspen Publishers.
- Golden, C.J. (1984). *Current topics in rehabilitation psychology*. Orlando: Grune & Stratton.
- González, I. (2001). *Calidad de vida y lesión medular*. Proyecto de Master Universitario en Integración. INICO. Universidad de Salamanca. (Xerocopiado).
- Goodwin, D. y Compton, S.G. (2004). Physical activity experiences of women with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21(2), 122-138.
- Gorrotxategi, M. (1999). *Materiales Didácticos para la Prevención y la Violencia de Género*. Unidad Didáctica para Educación Secundaria. Málaga: Junta de Andalucía.
- Gorski, J.A., Slifer, K.J., Townsend, V., Kelly-Suttka, J. y Amari, A. (2005). Behavioural treatment of non-compliance in adolescent with newly acquired spinal cord injuries. *Pediatric Rehabilitation*, 8(3), 187-198.
- Green, B.C., Pratt, C.C. y Grigsby, T.E. (1984). Self-concept among persons with long-term spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 65(9), 751-754.
- Greenwald, B.D., Seel, R.T., Cifu, D.X. y Shan, A.N. (2001). Gender-related differences in acute rehabilitation lengths of stay, charges and functional outcomes for a

- matched sample with spinal cord injury: A multicenter investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(9), 1181-1187.
- Guttmann, L. (1981): *Lesiones medulares: Tratamiento global e investigación*. Barcelona: Editorial JIMS. (Versión castellana de la 2ª edición de *Spinal Cord Injuries: Comprehensive Management and Research*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1976).
- Hammell, K.R. (1994). Psychosocial outcome following spinal cord injury. *Paraplegia*, 32(8), 771-779.
- Hancock, K., Craig, A., Tennant, C. y Chang, E. (1993). The influence of spinal cord injury on coping styles and self-perceptions: A controlled study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 450-456.
- Hanson, R.W. (1974). The psycho-ecological approach to spinal cord injury rehabilitation: A behavioral perspective. *Rehabilitation Psychology*, 21(1), 39-43.
- Hanson, S., Buckelew, S.P., Hewett, J. y O'Neal, G. (1993). The relationship between coping and adjustment after spinal cord injury: A 5-year follow-up study. *Rehabilitation Psychology*, 38(1), 41-52.
- Harding, S. (1987). *Feminism et Science*. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press
- Hartkopp, A., Bronnum-Hansen, H., Seidenschnur, A-M y Biering-Sorensen, F. (1998). Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(11), 1356-1361.
- Hassouneh-Phillips, D.S. y McNeff, E. (2004). Understanding care-related abuse and neglect in the lives of women with spinal cord injury. *Spinal Cord Injury Nursing: A publication of American Association of Spinal Cord Injury Nurses*, 21(2), 75-81.
- Heijn, C. y Granger, G. (1974). Understanding motivational patterns: Early identification aids rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*, 40(1), 26-28.
- Heinemann, A.W. (1995a): Spinal cord injury. En A. J. Goreczny (Ed.), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* (pp. 341-360). New York: Plenum Press.
- Heinemann, A.W. (1995b). Measures of coping and reaction to disability. En L.A. Cushman y M.J. Scherer (Eds.), *Psychological assessment in medical rehabilitation* (pp. 39-100). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Heinrich, R.K. (1996). Personality characteristics and vocational outcomes of men with spinal cord injuries. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 56(12-B), 7075.
- Herrick, S., Elliott, T.R. y Crow, F. (1994). Social support and the prediction of health complications among persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 39(3), 231-250.

- Hoad, A.D., Oliver, M.J. y Silver, J.R. (1990). *The experience of spinal cord injury for other family members: A retrospective study*. Londres: Thames Polytechnic / National Spinal Injury Centre.
- Holicky, R. y Charlifue, S. (1999). Ageing and spinal cord injury: the impact of spousal support. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary*, 21(5-6), 250-257.
- Howell, T., Fullerton, D.T., Harvey, R.F. y Klein, M. (1981). Depression in spinal cord injured patients. *Paraplegia*, 19(2), 284-288.
- Hughes, R.B., Swedlund, N., Petersen, N. y Nosek, M.A. (2001). Depression and women with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 7(1)16-24.
- Iglesias, M. (2002). La visibilidad difusa. En J.M. Sáenz (Dir.), *Desde las discapacidades hacia la inclusión* (pp. 288-293). Vizcaya: Asociación Bizkaia Elkarte, Espina Bífica e Hidrocefalia.
- Iglesias, M., Jonecken, A., Gil, G., Mickler, B. y Knudsen, J.S. (1998). *Violencia y mujer con discapacidad*. Proyecto METIS, Iniciativa DAPHNE de la Unión Europea.
- INE (2000). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud: Año 1999. Avance de resultados*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Isaksson, G., Skar, L. y Lexell, J. (2005). Women's perception of changes in the social network after a spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary*, 27(17), 1013-1021.
- Jackson, A.B. y Wadley, V. (1999). A multicenter study of women's self-reported reproductive health after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(11), 1420-1428.
- Janoff-Bulman, R. (1989). The benefits of illusions, the threat of disillusionment and the limitations of inaccuracy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(2), 158-175.
- Jochheim, K.A. (1983). Psychological aspects of spinal cord injuries: An important point in the outcome of rehabilitation. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 12(3), 377-379.
- 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, 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.

- Kahn, E. (1977). Social functioning of the patient with spinal cord injury. En D.S. Pierce y V.H. Nickel (Eds.), *The total care of spinal cord injuries*. Boston: Little, Brown and Company.
- Karney, R.J. (1976). Psychosocial aspects of the spinal cord injured: The psychologist's approach. En W.M. Jenkins, R.M. Anderson y W.L. Dietrich (Eds.), *Rehabilitation of the severely disabled* (pp. 201-205). Dubuque, IA: Kendall / Hunt.
- Keany, C.M.H. y Glueckauf, R.L. (1993). Disability and value change: An overview and reanalysis of acceptance of loss theory. *Rehabilitation Psychology*, 38(2), 199-210.
- Kemp, B.J. y Krause, J.S. (1999). Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 21(5-6), 241-249.
- Kemp, B.J., Krause, J.S. y Adkins, R. (1999). Depression among African Americans, Latinos, and Caucasians with spinal cord injury: A exploratory study. *Rehabilitation Psychology*, 44(3), 235-247.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M. y Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 41-52.
- Kennedy, P. y 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.
- Kennedy, P., Fisher, K. y Pearson, E. (1988). Ecological evaluation of a rehabilitative environment for spinal cord injured people: Behavioural mapping and feedback. *Journal of Clinical Psychology*, 27(3), 239-246.
- Kennedy, P., Gorsuch, N. y Marsh, N. (1995). Childhood onset of spinal cord injury: Self-esteem and self perception. *British Journal of Clinical Psychology*, 34(4), 581-588.
- 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. y Rogers, B.A. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: A longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(7), 932-937.
- Kennedy, P., Taylor, N.M. y Duff, J. (2005). Characteristics predicting effective outcomes after coping effectiveness training for patients with spinal cord injuries. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(1), 93-98.
- Kettl, P., Zarefoss, S., Jacoby, K. y Garman, C. (1991). Female sexuality after spinal cord injury. *Sexual and Disability*, 9(4), 287-295.

- Kinder, R.A. (2005). Psychological hardiness in women with paraplegia. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association Nurses*, 30(2), 68-72.
- Kishi, Y., Robinson, R.G. y Forrester, A.W. (1994). Prospective longitudinal study of depression following spinal cord injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 6(3), 237-244.
- 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. y Anson, C.A. (1997). Adjustment after spinal cord injury: Relationship to gender and race. *Rehabilitation Psychology*, 42(1), 31-46.
- Krause, J.S. y 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. y 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. y 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.
- Laatsch, L. y 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.
- Lagarte, M. (1997). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas.
- Laskiwski, S. y Morse, J.M. (1993). The patient with spinal cord injury: The modification of hope and expressions of despair. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6(3), 143-153.
- Leduc, B.E. y Lepage, Y. (2002). Health-related quality of life after spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 24(4), 196-202.
- Leibowitz, R. (2003). Sexual challenges and creative solutions: voices of women with spinal cord injury. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 64(2-B), 967.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lindemann, J.E. (1981). Spinal cord injury. En J.E. Lindemann (Ed.), *Psychological and Behavioral Aspects of Physical Disability: A Manual for Health Practitioners* (pp. 217-241). New York: Plenum Press.

- Lofquist, L.H. (1960). *Psychological research and rehabilitation*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lofquist, L.H. (1979). Rehabilitacion profesional. En D.L. Sills (Dir.), *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales. Volumen IX*. (pp. 175-180). Madrid: Aguilar.
- López, F. (1993). Criterios de salud sexual y minusvalías. En Instituto Nacional de Servicios Sociales (Ed.), *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica* (pp 21-40). Madrid: IMSERSO.
- Lysberg, K. y Severinsson, E. (2003). Spinal cord injured women's views of sexuality: A norwegian survey. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 28(1), 23-26.
- Malasaña, I. (2003). La invisibilidad de la mujer con discapacidad: Importancia del debate de género. *Redes. Revista de Servicios Sociales*, 12, 59-64.
- Malec, J. (1985). Personality factors associated with severe traumatic disability. *Rehabilitation Psychology*, 30(3), 165-172.
- Martz, E. (2002). Phases of adaptation to disability as predictors of future time orientation among individuals with spinal cord injuries. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63(5-B), 2351.
- Martz, E. (2004). Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death Studies*, 28(1), 1-17.
- Martz, E. y Livneh, H. (2003). Death anxiety as a predictor of future time orientation among individuals with spinal cord injuries. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 25(18), 1024-1032.
- Mason, T.C. (1994). *Hope and coping in spinal cord-injured patients undergoing rehabilitation*. Tesis doctoral, Temple University. (Dissertation Abstracts International, vol. 55-08B, pp. 3568).
- Mason, T.C. (1995). Hope and coping in spinal cord-injured patients undergoing rehabilitation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 55(8-B), 3568.
- Mawson, A.R., Jacobs, K.W., Winchester, Y. y Biundo, J.J. (1988). Sensation-seeking and traumatic spinal cord injury: Case-control study. *Archives of Physical medicine and Rehabilitation*, 69(12), 1039-1043.
- Mayer, J.D. y Eisenberg, M.G. (1982). Self-concept and the spinal cord injured: An investigation using the Tennessee Self-Concept Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(7), 604-605.
- McColl, M.A. (2002). A house of cards: Woman, aging and spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 40(8), 371-373.

- McColl, M.A., Charlifue, S., Glass, C., Lawson, N. y Savic, G. (2004). Aging, gender and spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 363-367.
- McColl, M.A. y Skinner, H.A. (1992). Measuring psychological outcomes following rehabilitation. *Canadian Journal of Public Health*, 83(1), 12-17.
- McColl, M.A., Stirling, P., Walker, J., Corey, P. y Wilkins, R. (1999). Expectations of independence and life satisfaction among ageing spinal cord injured adults. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary*, 21(5-6), 231-240.
- McDonald, M.R., Nielson, W.R. y Cameron, M.G. (1987). Depression and activity patterns of SCI. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68(6), 339-343.
- McGowan, M.B. y Roth, S. (1987). Family functioning and functional independence in spinal cord injury adjustment. *Paraplegia*, 25, 357-365.
- McNett, S.C. (1987). Social support threat and coping responses and effectiveness in the functionally disabled. *Nursing Research*, 36(2), 98-103.
- Mendoza, J. (1996). Concepto general de lesión medular. En A.L. González (Coor.), *Alteraciones y cuidados de la disfunción vesical en la lesión medular* (pp. 17-23). Valencia: Fundación PROCAVIDA.
- Meyer, T.M. (1998). *Coping and adjustment during acute rehabilitation for spinal cord injury*. Tesis doctoral, Universidad de Auburn (Dissertation Abstracts International, vol. 59-08B, pp. 4474).
- Miguel, I. (2001). Epidemiología de la lesión medular. En M. Giner, M. Delgado, I. Miguel, J.V. Forner y R. Miró, *Lesión Medular: Guía de Autocuidados* (pp. 47-59). Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat.
- Milligan, M.S. (2004). Forging intimate relationships following spinal cord injury: An investigation of individual factors. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities & Social Sciences*, 65(1-A), 69.
- Naciones Unidas, Secretario General (2003). *Examen y evaluación del Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Tendencias en las Políticas y Programas desde la Perspectiva de la Discapacidad*. Naciones Unidas.
- Neff, W.S. (1971). *Rehabilitation psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Neilson, P.M. (1990). *Psychosocial adjustment, family stress and ways of coping after neurotrauma*. Tesis doctoral, Universidad de Regina (Dissertation Abstracts International, vol. 53-10B, pp. 169).
- Nelson, A.L. (1990a). *A model for spinal cord injury rehabilitation*. Tesis doctoral, Universidad de Florida (Dissertation Abstracts International, vol. 52-01B, pp. 162).

- Nelson, A.L. (1990b). Patients' perspectives of a spinal cord injury unit. *SCI Nursing*, 7(3), 44-63.
- Nelson, A.L. (1992). Developing a therapeutic milieu on a spinal cord injury unit. En C. Zejdlik (Ed.), *Management of spinal cord injury* (pp. 213-227). Nueva York: Jones and Bartlett.
- Nielsen, M.S. (2003). Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord Injury Nursing: A publication of American Association of Spinal Cord Injury Nurses*, 41(5), 296-302.
- Noreau, L. y Fougeyrollas, 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.
- Ortiz, P. (1990). *Estudio sobre el autoconcepto en parapléjicos varones adultos*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Mimeo. (Colección Tesis Doctorales, Servicio de Reprografía, Editorial de la Universidad Complutense de Madrid, 1991).
- Ortiz, P., López, T., Martín, M.J. y Juan, M. (1990) Consideraciones acerca de la repercusión de la paraplejía en la imagen corporal. *Comunicación* presentada en el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia, 15-20-IV.
- Osteraker, A.L. y Levi, R. (2005). Indicators of psychological distress in postacute spinal cord injured individuals. *Spinal Cord Injury Nursing: A publication of American Association of Spinal Cord Injury Nurses*, 43(4), 223-229.
- 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. (1991). Familia, estrés y enfermedad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17(55), 729-774.
- 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.

- Pelletier, J.R., Rogers, S. y Thurer, S. (1985). The mental health needs of individuals with severe physical disability. A consumer advocate perspective. *Rehabilitation Literature*, 46(7-8), 186-193.
- Pentland, W., Walker, J., Mines, P., Trembaly, M., Brouwer, B. y 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.
- Pentland, W., Walker, J., Mines, P., Trembaly, M., Brouwer, B. y Gould, M. (2003). Occupational responses to mid-life and aging in women with disabilities. *Journal of Occupational Science*, 10(1) 21-30.
- Pérez-Gil, S.E., Ramírez, J.C. y Ravelo, P. (1995). *Género y salud femenina*. Tlalpan (México): Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Pollets, D.F. (1985). *Ego development, coping, social support in the adjustment to spinal cord injury*. Tesis Doctoral, Universidad de Boston (Dissertation Abstracts International, vol. 46/08B, pp. 2854).
- Quigley, M.C. (1995). Impact of spinal cord injury on the life roles of women. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(8), 780-786.
- Quispe, M.E. (2003). La mujer con discapacidad: una doble discriminación. *Redes. Revista de Servicios Sociales*, 12, 65-72.
- 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., Walczak, S., Tirch, D.D., Schlein, I.S., Binks, M. y Broderick, C.P (1998). Posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury: Trauma-related risk factors. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 505-520.
- Ramiro, P. (2003). Mujer y discapacidad: Doble discriminación. Ponencia presentada en el *Foro Debate con la Ciudadanía sobre los Derechos Humanos*, Gasteiz (Bilbao). (<http://www.ararteko.net/webs/varios/pilar-ramiro.htm>).
- Reitz, A., Tobe, V., Knapp, P. y Schurch, B. (2004). Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International Journal of Impotence Research*, 16, 167-174.
- Richards, E., Tepper, M., Whipple, B. y Komisaruk, B.R. (1997). Women with complete spinal cord injury: a phenomenological study of sexuality and relationship experiences. *Sexuality & Disability*, 15(4), 271-283.
- Richards, J.S. (1984). Depression and hostility one year post-discharge following spinal cord injury. Comunicación presentada al *Xº Encuentro Anual de la Asociación Americana de Lesión Medular*, Houston, Texas, 26-28-III.
- 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, A.E. y Tupper, A.D. (1975). Prognostic factors in the rehabilitation of patients with spinal problems. *Postgraduate Medical Journal*, 51, 161-165.
- Rintala, D.H., Hanover, D., Alexander, J., Sanson-Fisher, R., Willems, E. y Halstead, L. (1986). Team care: An analysis of verbal behaviors during patient rounds in a rehabilitation hospital. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67(2), 118-122.
- 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.
- Robertson, S.C. (1989). Individual and family influences on the rehabilitation process. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 12(3), 165-172.
- Ruano, A. (1993). *Invalidez, desamparo en indefensión en seres humanos*. Madrid: MAPFRE.
- Rubio, A. (2002). Género y Desarrollo: Internalización de los derechos humanos de las mujeres. En A. García y E. Lombardo (Eds.), *Género y Derechos Humanos. Terceras Jornadas. Derechos Humanos y Libertades Fundamentales* (pp. 282-283). Zaragoza: Mira Editores.
- Rueda, B. (2001). *Evaluación del afrontamiento en lesionados medulares*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología, Universidad de Deusto. (Xerocopiado).
- Rueda, M.B. y 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. y Arias, B. (2004). Evaluación del afrontamiento de las personas con lesión medular. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30(130), 273-310.
- Sable, J. y Bocarro, J. (2004). Transitioning back to health: Participants' perspective of project PATH. *Therapeutic Recreation Journal*, 38(2), 206-224.
- Sangorrín, J. (1977). Esquema corporal y deficiencia motriz. *Anuario de Psicología*, 16 (2), 95-111.
- Sawyer, H. W., Allen, H. A. y Reisin, B. L. (1983). Microcounseling: A counselor training format relating to sexual concerns of spinal cord injured women. *Sexuality & Disability*, 6(1), 30-37.
- Schopp, L.H., Kirkpatrick, H.A., Sanford, T.C., Hagglund, K.J. y Wongvatunyu, S. (2002). Impact of comprehensive gynecologic services on health maintenance behaviours among women with spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 24(17), 899-903.
- Schultz, R. y Decker, S.D. (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., Morganti, B. y Molinari, M. (2004). Sex-related differences of rehabilitation outcomes of spinal cord lesion patients. *Clinical Rehabilitation*, 18(6), 709-713.
- Shadish, W.R., Hickman, D. y Arrick, M.C. (1981). Psychological problems of spinal cord patients: Emotional distress as a function of time and locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 297.
- Shenk, Z.M., Foley, F.W., LaRocca, N.G., Gordon, W.A., DeLuca, J., Schawartzman, H.G., Halper, J., Lennox, S. y Irvine, J. (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.
- Sherrill, C., Hinson, M., Gench, B. y Kennedy, S.O. (1990). Self concepts of disabled youth athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 70(3), 1093-1098.
- Shontz, F.C. (1980). Theories about the adjustment to having a disability. En W.M. Cruickshank (Ed.), *Psychology of Exceptional children and youth* (pp. 3-44). Englewood Cliffs, N.: Prentice-Hall Inc.
- 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.
- Shontz, F.C. (1989). A future for research on rehabilitation and adjustment to disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 33(2), 163-176.
- Shontz, F.C. (1991). Six principles relating disability and psychological assessment. En R.P. Marinelli y A. Dell Orto (Eds.), *The psychological and social impact of disability* (pp. 117-135). Nueva York: American Psychological Association.
- Shontz, F.C. y Wright, B.A. (1980). The distinctiveness of rehabilitation psychology. *Professional Psychology*, 11(6), 919-924.
- Silver, R.L. (1982). *Coping with an undesirable life event: A study of early reactions to physical disability*. Tesis Doctoral, Universidad de Northwestern. Dissertation Abstracts International, vol. 43/10B, pp. 3415 (U. Microfilm N° 83-05524).
- Silver, R.L. y Wortman, C.B. (1980). Coping with undesirable life events. En J. Garbey y M. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and applications* (pp. 279-375). Nueva York: Academic Press.
- Singh, R. y Sharma, S.C (2005). Sexuality and women with spinal cord injury. *Sexuality & Disability*, 23(1), 21-33.
- Sipski, M.L. (1993). The impact of spinal cord trauma on female sexual function. En F. Haseltine y S. Cole (Eds.), *Reproductive Issues for Persons with Physical Disabilities* (pp.209-220). Virginia.

- Sipski, M.L. (1998). Sexual functioning in the spinal cord injured. *International Journal of the Impotence Research: Official Journal of the International Society for Impotence Research*, 10, 128-130.
- Sipski, M.L. y Alexander, C.J. (1993). Sexual activities, response and satisfaction in women pre and post-spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74(10), 1025-1029.
- Sipski, M.L., Alexander, C.J. y Rosen, R. (2001). Sexual arousal and orgasm in women: Effects of spinal cord injury. *Annals of Neurology*, 49(1), 35-44.
- Sipski, M.L., Jackson, A.B., Gomez-Marin, O. Estores, I. y Stein, A. (2004). Effects of gender on neurologic and functional recovery after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(11), 1826-1836.
- Snyder, C.R. (1989). Reality negotiation: From excuses to hope and beyond. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(2), 130-157.
- Soltz, D.R. (1998). *The effects of acquired disability on coping with the disability*. Tesis de Master, Universidad de California (Master Abstracts International, vol. 36-06B, pp. 1445).
- Somasundaram, O., Balakrishnan, S., Ravindran, O.S. y Shanmugasundaram, T.K. (1992). A psychological study of spinal cord injured patients involved in the Madras Paraplegia Project. *Paraplegia*, 30(8), 799-802.
- Steinbauer, J.R. (1989). Spinal injury: Impact and implications for family medicine research. En C.N. Ramsey (Ed.), *Family systems in medicine* (pp. 458-468). Nueva York: Guilford Press.
- Sullivan, J. (1994). *Surviving uncertainty and projecting recovery: A qualitative study of patients' and family members' experience with acute spinal cord injury*. Tesis doctoral, Universidad de Pensilvania (Dissertation Abstracts International, vol. 55-9B, pp. 3823).
- Tasiemski, T., Kennedy, P., Gardner, B.P. y Blaikley, R.A. (2004). Athletic identity and sports participation in people with spinal cord injury. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21(4), 364-378.
- Tate, D.G., Maynard, F. y Forchheimer, M. (1992) Evaluation of a medical rehabilitation and independent living program for persons with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation*, 58(3), 25-28.
- Tate, D.G., Rasmussen, L y Maynard, F. (1991). Hospital to community: a collaborative medical rehabilitation and independent living program. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 23(1) 18-21.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

- Taylor, S.E., Collins, R.L., Skokan, L.A. y Aspinwall, L.G. (1989). Maintaining positive illusions in the face of negative information: Getting the facts without letting them get to you. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(2), 114-129.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416.
- Thompson, N.J., Coker, J., Krause, J.S. y Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 100-108.
- Trieschmann, R.B. (1980). *Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social and Vocational Adjustment*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- 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. (1987). *Aging with a Disability*. Nueva York: Demos Publications.
- Trieschmann, R.B. (1988). *Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social and Vocational Rehabilitation*. Nueva York: Demos Publications.
- Trieschmann, R.B. (1992a). Psychosocial adjustment to spinal cord injury. En B.W. Heller; L.M. Flohr y L.S. Zegans (Eds.), *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (pp. 117-136). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Trieschmann, R.B. (1992b). Psychosocial research in spinal cord injury: The state of the art. *Paraplegia*, 30(1), 58-60.
- Turnbull, A.P., Patterson, J.M., Behr, S.K., Murphy, D.L., Marquis, J.G. y Blue-Banning, M.J. (1993). *Cognitive coping, families and disability*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Umlauf, R.L. y Frank, R.G. (1983). A cluster-analytic description of patient subgroups in the rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 28(2), 157-167.
- Verdugo, M.A. (1999). Marco conceptual de la psicología de la rehabilitación. En Ruano, A.; Muñoz, J.M. y Cid, C. (Coords.), *Psicología de la rehabilitación en deficiencias y discapacidades físicas* (pp. 13-32). Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Weingardt, K.R., Hsu, J. y Dunn, M.E. (2001). Brief screening for psychological and substance disorders in veterans with long-term spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 46(3), 271-278.
- Weir, R.A. (1987). *Value changes in acceptance of disability: A retrospective investigation*. Tesis doctoral, Universidad de Kansas. (Dissertation Abstracts International, vol. 48-10B, pp. 3126).

- Westgren, N., Hultling, C., Levi, R., Seiger, A. y Westgren, M. (1997). Sexuality in women with traumatic spinal cord injury. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(10), 977-983.
- Whipple, B., Richards, E., Tepper, M. y Komisaruk, B. R. (1996). Sexual response in women with complete spinal cord injury. *Sexuality & Disability*, 14(3), 191-201.
- Willmuth, M.E. (1987). Sexuality after spinal cord injury: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 7(4), 789-412.
- Woodbury, B. (1978). Psychological adjustment to spinal cord injury: A literature review, 1950-1977. *Rehabilitation Psychology*, 25(2), 119-134.
- Woodrich, F. y Patterson, J.B. (1983). Variables related to acceptance of disability in persons with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation*, 49(3), 26-30.
- Wright, B.A. (1959). *Psychology and Rehabilitation*. Washington: American Psychological Association.
- Wright, B.A. (1983). Spread in adjustment to disability. En J. Stubbins (Ed.), *Social and psychological aspects of disability* (pp. 357-365). Baltimore: University Park Press.
- Zwerner, J. (1982). A study of issues in sexuality counseling for women with spinal cord injuries. *Women & Therapy*, 1(3), 91-100.

ANEXOS

**EMELM: ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE
EVALUACIÓN DE PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR**

EMELM

ESCALA MULTIDIMENSIONAL

DE EVALUACIÓN DE

PERSONAS CON

LESIÓN MEDULAR

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, 68 - 33001 - Oviedo
Tel / Fax: 985291913
E-mail: sapre@correo.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, FPPII) 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 aut sondaje 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 IVERSIÓN

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	

Escala de satisfacción con la vida

[Satisfaction with Life Scale (SWLS)
(Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S., 1985)]

Adaptación de Aguado (2003)

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 en 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 en 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 en 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 en 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 en desacuerdo	5. Bastante de acuerdo	6. Muy de acuerdo	7. Totalmente de acuerdo
-----------------------------	----------------------	---------------------------	---	------------------------	-------------------	--------------------------

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 mí 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. Sentimientos 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

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 sólo/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 atenerme. | 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 sólo/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. Procuero 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. Recurro 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 ENTERÓ 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 v540
(padre, marido, madre, hijo, profesional, etc.).
 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.