

Proceso de adaptación en mujeres con lesión medular: relaciones entre variables psicológicas y sociodemográficas

RESUMEN

Objetivo: conocer el funcionamiento psicológico de 44 mujeres con LM en el proceso de adaptación a la lesión; en concreto, las estrategias de afrontamiento, la motivación y ansiedad de ejecución, el neuroticismo-extraversión, la depresión y su posible relación con variables sociodemográficas. **Método:** se trata de un estudio con estrategia correlacional y diseño de evaluación transversal. El proceso de selección ha sido realizado a través de centros sanitarios y de asociaciones de personas con discapacidad. Participaron un total de 44 mujeres con LM, residentes en su mayoría en el Principado de Asturias (54,5 %) y en Euskadi (40,9 %), aunque también contamos con una pequeña representación de mujeres procedentes de Valladolid (4,5 %). **Resultados:** las diferencias significativas halladas nos muestran puntuaciones más elevadas en la escala de depresión en mujeres casadas y con menor nivel educativo. Los datos de este estudio reflejan la existencia de procesos individualizados de adaptación con un funcionamiento bastante aleatorio respecto a las variables sociodemográficas y, por tanto, apoyan los postulados del modelo de diferencias individuales en el proceso de adaptación a la LM. **Conclusión:** se sugiere que los procesos terapéuticos deben ser sensibles a la aparición de sentimientos de desesperanza y depresión en las mujeres con LM.

PALABRAS CLAVE

Salud de la mujer, mujer, lesión medular, adaptación, enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Alcedo-Rodríguez MA, García-Carenas L, Fontanil-Gómez Y, Arias-Martínez B, Aguado Díaz AL. Proceso de adaptación en mujeres con lesión medular: relaciones entre variables psicológicas y sociodemográficas. Aquichan 2014; 14(2): 159-169.

- 1 Doctora en Psicología. Profesora Titular, Universidad de Oviedo, España. malcedo@uniovi.es
- 2 Doctora en Psicología. Directora, Centro de Atención Integral, España. infocai@aspaym-asturias.es
- 3 Doctora en Psicología. Profesora Titular, Universidad de Oviedo, España. fontanil@uniovi.es
- 4 Doctor en Psicología. Profesor Titular, Universidad de Oviedo, España. barias@psi.uva.es
- 5 Doctor en Psicología. Profesor Titular, Universidad de Oviedo, España. aaguado@uniovi.es

Recibido: 28 de mayo de 2012
Enviado a pares: 22 de julio de 2012
Aceptado por pares: 28 de febrero de 2014
Aprobado: 19 de marzo de 2014

Adaptation Process in Women with Spinal Cord Injury: The Relationship between Psychological and Socio-demographic Variables

ABSTRACT

Objective: The primary objective of this research is to examine the psychological reaction of 44 women with SCI during their process of adaptation to spinal cord injury, specifically with regard to coping strategies, motivation, performance anxiety, neuroticism, extraversion, depression and the possible relationship between these variables and others of a socio-demographic nature. **Method:** this is a correlational study with cross design strategy and evaluation. The selection process was carried out through health centers and associations of people with disabilities. A total of 44 women with LM participated, mostly resident in Principality of Asturias (54.5%) and Basque Country (40.9%), although they have a small representation of women from Valladolid (4.5 %). **Results:** The significant differences that were found show the highest scores on the depression scale pertain to women who are married and have less schooling. Moreover, the data from the study reflect the existence of individualized processes of adaptation with highly random functioning in terms of the socio-demographic variables, thereby supporting the assumptions on the model of individual differences in the process of adaptation to spinal cord injury. **Conclusion:** They also suggest therapeutic processes must be sensitive to the appearance of feelings of hopelessness and depression in women with spinal cord injury.

KEY WORDS

Women's health, women, spinal cord injury, adaptation, nursing (source: DeCS, BIEREME).

Processo de adaptação em mulheres com lesão medular: relações entre variáveis psicológicas e sociodemográficas

RESUMO

Objetivo: conhecer o funcionamento psicológico de 44 mulheres com LM no processo de adaptação à lesão; em concreto, as estratégias para enfrentar a doença, a motivação e a ansiedade de execução, o neuroticismo-extraversão, a depressão e a sua possível relação com variáveis sociodemográficas. **Método:** este é um estudo correlacional com a estratégia de design da cruz e avaliação. O processo de seleção foi realizado por meio de centros de saúde e associações de pessoas com deficiência. Um total de 44 mulheres com LM, a maioria residente no Principado das Astúrias (54,5%) e País Basco (40,9%), embora tenham uma pequena representação das mulheres de Valladolid (4,5 %). **Resultados:** as diferenças significativas encontradas nos mostram pontuações mais elevadas na escala de depressão em mulheres casadas e com menor nível educativo. Os dados deste estudo refletem a existência de processos individualizados de adaptação com um funcionamento bastante aleatório a respeito das variáveis sociodemográficas. **Conclusão:** apoiam as premissas do modelo de diferenças individuais no processo de adaptação à LM.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde da mulher, mulher, lesão medular, adaptação, enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

En el año 2003 Phil Klebine (1) señalaba que gracias a los esfuerzos de investigación desarrollados desde la década de los sesenta sobre la lesión medular (LM) cualquier persona que sufra esta enfermedad será probable que viva una vida más larga y saludable debido a los avances en los tratamientos médicos que se han obtenido de dichas investigaciones. En su revisión centrada en el número y tipo de publicaciones sobre el tema concluía que, aunque bastantes investigaciones incluían hombres y mujeres como sujetos de estudio, era necesario que se realizaran estudios específicos de género para mejorar los conocimientos sobre temas de salud y bienestar que impactan de forma diferente en hombres y mujeres.

En los países industrializados las mujeres representan cerca del 20 % de los casos nuevos de LM cada año, aunque de hecho constituyen un 25 a 30 % de los casos debido a su mayor longevidad. Ahora bien, ¿están las mujeres suficientemente representadas en la investigación sobre LM? Con base en estas cifras lo esperable es que el 25 % de los artículos o publicaciones refieran información sobre mujeres con lesión medular y el 75 % reseñen datos sobre varones con LM. Sin embargo, la realidad es bien distinta; solo un 1 % de los estudios publicados en la década de los setenta desarrollaban temas sobre la población de mujeres con LM (1). La década de los noventa supone un incremento de la investigación sobre mujeres hasta llegar al 5 %, y este porcentaje permanecía estable en los primeros años del siglo XXI. La revisión elaborada por Hirschberg, Weiss y Zafonte (2) confirma esta tendencia a incluir en los estudios sobre LM tanto a hombres como a mujeres, pero aún así es mucho lo que queda por conocer respecto a las diferencias de género. Esto nos sumerge en una cierta indefensión incluso cuando utilizamos modernas técnicas de análisis de datos para intentar aclarar el campo. Así, un metaanálisis llevado a cabo por Farace, Wayne y Alves (3) sobre un tema tan estudiado como son las secuelas del daño cerebral no llega a conclusiones firmes ya que están limitadas por el hecho de que solo un pequeño porcentaje de las publicaciones analizadas describen bien diferenciados sus resultados según el género.

Para resumir, a pesar del hecho de que las mujeres representan más de la cuarta parte de las personas con lesión medular, solo el 5 % de los artículos incluyen información sobre temas relevantes para este género. Nos encontramos, por tanto, en un campo en el que se necesitan mayores esfuerzos investigadores.

Centrándonos ya en los estudios que tienen en cuenta las posibles diferencias entre hombres y mujeres con LM, los temas más estudiados tienen que ver con la sexualidad y la reproducción y son muy pocos los artículos dedicados a la evaluación específica de variables psicológicas en la mujer con LM (4), y prácticamente inexistentes los que evalúan su relación con variables sociodemográficas, donde muchos de los resultados que aparecen son variados y contradictorios entre sí. De hecho, los antecedentes de nuestro trabajo se basan sobre todo en estudios que muestran los datos sociodemográficos tan solo como parte obligada de la descripción de la muestra, y la mayor parte de nuestras referencias comparativas han tenido que ser rastreadas en estas tablas descriptivas.

Así pues, y ante la escasa trayectoria investigadora respecto de esta temática, nuestro interés se ha centrado en el análisis de las relaciones entre variables sociodemográficas (edad, nivel educativo y ocupacional, y estado civil) y las variables psicológicas más citadas en la bibliografía especializada como determinantes del proceso de adaptación a la LM (depresión, ansiedad, motivación, extraversión-neuroticismo y afrontamiento) (4, 5). Los referentes de nuestro trabajo se encuentran tanto en estudios que relacionan variables demográficas y psicológicas en muestras compuestas por hombres y mujeres (6-11), como en aquellos otros centrados de forma específica en mujeres con lesión medular, como los realizados por el equipo de Margaret Nosek en el Center for Research on Women with Disabilities (CROWD) (12-15) o los trabajos de Kalpakjian *et al.* (8, 16).

En función de esta bibliografía previa, el objetivo general de este trabajo es conocer el funcionamiento psicológico de las mujeres con LM en su proceso de adaptación a la lesión. En concreto, las estrategias de afrontamiento, la motivación y ansiedad de ejecución, el neuroticismo-extraversión, la depresión y su posible relación con variables sociodemográficas. Se trata de profundizar en el tema de la perspectiva de género en la discapacidad, campo de investigación con poca trayectoria investigadora, al tiempo que aportar apoyo empírico al modelo de las diferencias individuales sobre el proceso de adaptación a la LM, frente al modelo de las etapas, para así poder establecer programas adaptados a las necesidades específicas de cada persona con LM, de forma que brinden una buena eficacia terapéutica. El *modelo de las diferencias individuales* postula 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. También se afirma 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* (17-20). 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.

Con base en estos supuestos la hipótesis de partida de nuestro trabajo plantea la existencia de diferencias individuales en cada una de las escalas psicológicas analizadas. Esta hipótesis principal se ha subdividido en cuatro subhipótesis en función de las cuatro variables sociodemográficas analizadas. La primera subhipótesis plantea que existirán diferencias significativas en función de la edad en las puntuaciones obtenidas en las cinco escalas psicológicas (H₁). La segunda postula la existencia de diferencias significativas entre el nivel cultural y las puntuaciones obtenidas en las citadas escalas psicológicas (H₂). La tercera asume diferencias significativas entre el estado civil y las puntuaciones obtenidas en las cinco escalas psicológicas en este grupo de mujeres con LM (H₃). Por último, la cuarta subhipótesis propone la existencia de diferencias en función de la ocupación que presenten estas mujeres (H₄).

Método

Participantes

En el presente estudio han participado un total de 44 mujeres con LM, residentes en su mayoría en el Principado de Asturias (54,5 %) y en Euskadi (40,9 %), aunque también contamos con una pequeña representación de mujeres procedentes de Valladolid (4,5 %). Las mujeres participantes tenían una edad media de 38,11 años (DE = 12,25). El rango de edad estaba entre los 18 y los 71 años. En cuanto al tipo de lesión, existía un predominio de lesiones completas en 29 mujeres (65,9 %), de las cuales 24 presentaban paraplejía y 5 tetraplejía. De las 15 mujeres con lesiones incompletas (34,1 %), en 11 casos se trataba de paraparesias y en los 4 restantes tetraparesias. Respecto a la etiología, las más frecuentes eran lesiones sobrevenidas, en concreto los accidentes de tráfico (40,9 %), seguidas de aquellas causadas por enfermedad (29,5 %); el resto de casos se agrupa en otro tipo de accidentes, p. e., domésticos, deportivos (20,5 %) y de etiología desconocida (9,1 %).

La variables sociodemográficas se distribuyeron en nuestra muestra de la siguiente forma: en lo que atañe al estado civil, en su mayoría eran solteras (56,8 %), y el resto se repartían

entre casadas (22,7), separadas (11,4 %), viudas (6,8 %), y una mujer que vivía en pareja. Si atendemos al nivel cultural, existía una sobrerrepresentación de mujeres con estudios de nivel primario (52,3 %), y solo 10 mujeres presentaban un nivel cultural medio (22,7 %); el resto de las 11 mujeres con LM habían alcanzado estudios universitarios, en concreto, ocho tituladas superiores (18,2 %) y tres diplomadas (6,8 %). Por último, la variable ocupación recogía como grupo más numeroso el de pensionistas (27,3 %), seguido del de amas de casa (20,4 %), mujeres que se encontraban laboralmente activas (15,9 %), estudiantes (13,6 %) y, por último, desempleadas (11,4 %) y jubiladas (11,4 %).

Diseño y procedimiento

Se trata de un estudio con estrategia correlacional y diseño de evaluación transversal. El proceso de selección ha sido realizado a través de centros sanitarios y de asociaciones de personas con discapacidad. El estudio de campo se ha llevado a cabo en tres provincias españolas: Asturias, Vizcaya y Valladolid, y forma parte de un proyecto de investigación más amplio que se desarrolla entre los años 2009 y 2011. El proceso de evaluación fue realizado individualmente y la duración media aproximada del diligenciamiento de los instrumentos de evaluación ha sido de cuatro horas repartidas en varias sesiones. Los criterios fijados como requisitos para formar parte de la muestra han sido los siguientes: personas con LM crónica con al menos un año de evolución, que hubieran finalizado la rehabilitación médico-funcional, y con variabilidad en etiología, tipo y nivel de la LM, que no hubieran presentado problemas de salud mental previos a la aparición de la lesión y sin diagnóstico de daño cerebral o traumatismo craneoencefálico.

Instrumentos de medida

Se ha utilizado como instrumento de evaluación la Escala Multidimensional de Evaluación de Personas con Lesión Medular (EMELM) (5, 21, 22). Esta escala permite una evaluación bastante exhaustiva de las características clínicas, psicológicas y sociodemográficas de las personas con LM. La escala también recoge una serie de cuestionarios que permiten evaluar variables determinantes en el proceso de adaptación a la LM. Estos cuestionarios son los siguientes:

1. Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, adaptación a personas con LM del mismo cuestionario de Pelechano (23).

2. Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, adaptación del cuestionario de Pelechano (24).
3. Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, adaptación a personas con LM del instrumento construido por Pelechano para evaluar el afrontamiento en otros enfermos físicos y crónicos (25, 26).
4. Cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento, adaptación a LM del instrumento de Pelechano para otros enfermos físicos y crónicos (25, 26).
5. Inventario de depresión de Beck, adaptación a LM del clásico instrumento en su adaptación española de Conde, Esteban y Useros (27).

Se ha comprobado 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 de los tests. Respecto de los cuestionarios de estrategias de afrontamiento actuales y rememoración de estrategias de afrontamiento, presentan alfas de Cronbach de 0.903 y 0.924, respectivamente. Ambos son índices muy aceptables de consistencia interna. Por su parte, el Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución con un alfa de 0.822 y el Inventario de depresión de Beck con un alfa de 0.813, son también indicadores de buena consistencia interna. Por último, el Cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo presenta un alfa de 0.737, representando el índice de consistencia interna más bajo.

Análisis de datos

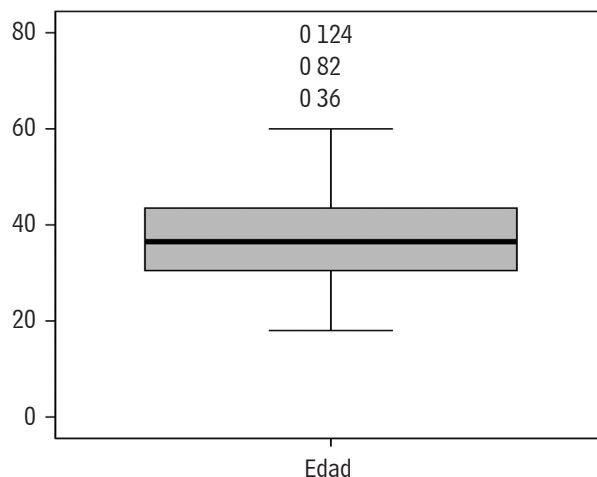
Para el contraste de las cuatro hipótesis se han llevado a cabo dos procedimientos de análisis diferentes: la prueba de Kruskal-Wallis que resulta el equivalente no paramétrico del Anova, y la U de Mann-Whitney, el equivalente no paramétrico de la prueba *t* de Student para comparar medias de dos muestras independientes. Las técnicas de análisis de datos se han realizado bajo el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS v.15.0.

Resultados

La primera subhipótesis planteaba que existirían diferencias significativas en función de la edad en las puntuaciones obtenidas

en las cinco escalas psicológicas (H_1). Para su contraste se ha utilizado la prueba de Kruskal-Wallis, previa recodificación de la variable edad en tres categorías o niveles: mujeres con LM menores de 30 años, otro grupo con rango de edad entre los 30 y los 36 años y, finalmente, mujeres mayores de 36 años. En la figura 1 se observa la distribución de la muestra, donde apreciamos cómo la altura de la caja, que representa la amplitud intercuartil, recoge a los sujetos comprendidos entre 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 (Figura 1).

Figura 1. Gráfico de cajas de la variable edad



Los resultados obtenidos (Tabla 1) permiten afirmar que en la muestra analizada no existen diferencias significativas en función de la edad en ninguna de las cinco escalas psicológicas. Dicho de otra forma, parece que la edad no guarda relación con las variables psicológicas de depresión, ansiedad, motivación, extraversión-neuroticismo y afrontamiento, evaluadas por los cuestionarios diligenciados por las mujeres del grupo con LM estudiado.

Tabla 1. Estadísticos de contraste en función de la edad

	Total E	Total N	Total MAE	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Chi cuadrado	0,497	3,244	1,637	0,104	0,390	0,938
Gl	2	2	2	2	2	2
Sig. Asintót.	0,780	0,198	0,441	0,949	0,823	0,626

La segunda *subhipótesis* postulaba la existencia de diferencias significativas entre el nivel cultural y las puntuaciones obtenidas en las cinco escalas psicológicas (H_2). Para su contraste se ha aplicado la prueba U de Mann-Whitney, y se ha procedido a la recodificación de la variable nivel cultural, que originalmente contaba con cuatro categorías (esto es, primarios, medios, diplomados y superiores), en dos grupos (estudios primarios frente a estudios medios y superiores) dada la desigual productividad de las categorías y la mayor concentración (> 50 %) en estudios primarios. Los resultados (Tabla 2) indican que las puntuaciones que las mujeres con LM obtienen en extraversión-neuroticismo, motivación y ansiedad de ejecución, y estrategias de afrontamiento actual y recordado son independientes de que hayan cursado estudios primarios o medios/superiores. Por el contrario, sí aparecen diferencias estadísticamente significativas en el Inventario de depresión de Beck ($U = 127.500, p < 0,05$). Las mujeres con estudios primarios presentan unos rangos promedio superiores en depresión (24,70) frente a aquellas con niveles de estudios más altos, es decir, medios/superiores (16,71).

Tabla 2. Estadísticos de contraste en función del nivel cultural

	Total E	Total N	Total MAE	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
U de Mann-Whitney	165.500	189.500	162.000	163.000	196.500	127.500
W de Wilcoxon	441.500	399.500	352.000	373.000	406.500	317.500
Z	-1,578	-0,989	-1,232	-1,227	-0,592	-2,136
Sig. asintót. (bilateral)	0,115	0,323	0,218	0,220	0,554	0,033

La tercera *subhipótesis* asumía diferencias significativas entre el estado civil y las puntuaciones obtenidas en las cinco escalas psicológicas en este grupo de mujeres con LM (H_3). Dicha variable contaba originalmente con cinco categorías: soltera, casada, en pareja, separada y viuda. Como las dos primeras (soltera y casada) eran las que contaban con un mayor porcentaje de casos (soltera, $n = 25$; casada, $n = 10$) decidimos realizar el análisis exclusivamente con ellas. Una vez que contamos con una variable con dos categorías, estamos en condiciones de aplicar la prueba de contraste U de Mann-Whitney. Los resultados solo muestran diferencias significativas (Tabla 3) entre el *Inventario de depresión de Beck* y el estado civil ($U = 32.500, p < 0,05$). Las mujeres solteras presentan unos rangos promedios (11,71) inferiores a las casadas (18,36). Estos datos ponen de manifiesto

que son más propensas a presentar comportamientos depresivos las mujeres de nuestra muestra, que están casadas, en contra de lo que en un principio podría esperarse debido al apoyo que presumiblemente ejercería la pareja.

Tabla 3. Estadísticos de contraste en función del estado civil

	Total E	Total N	Total MAE	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
U de Mann-Whitney	58.500	40.000	37.000	50.000	51.000	32.500
W de Wilcoxon	248.500	230.000	208.000	240.000	72.000	222.500
Z	-0,465	-1,537	-1,579	-0,447	-0,382	-1,973
Sig.asintót. (bilateral)	0,642	0,124	0,114	0,655	0,703	0,049
Sig.exacta (unilateral)	0,651	0,135	0,125	0,687	0,733	0,048

Por último, la cuarta *subhipótesis* planteaba la existencia de diferencias en función de la ocupación que presentan estas mujeres (H_4). Para contrastar dicha hipótesis se ha utilizado un análisis de varianza no paramétrico a través de la prueba de Kruskal-Wallis. Se procedió, en primer lugar, a recodificar la variable que contaba originalmente con seis categorías: estudiante, ama de casa, empleada, desempleada, jubilada y pensionista. Por un lado, se agruparon aquellos casos que no reciben salario remunerado: estudiante, ama de casa y desempleada. Por otro, aquellos que no se encuentran activos profesionalmente: pensionistas y jubiladas. La variable ocupación queda finalmente recodificada en tres categorías o niveles: estudiante y ama de casa, empleada y jubilada. En la Tabla 4 se observa que la prueba de Kruskal-Wallis no ha encontrado diferencias significativas en ninguna de las cinco escalas psicológicas analizadas en función de la ocupación.

Tabla 4. Estadísticos de contraste en función de la ocupación

	Total E	Total N	Total MAE	Total AFRA	Total AFRM	Total BECK
Chi cuadrado	1,382	0,138	0,080	3,079	3,557	0,723
GI	2	2	2	2	2	2
Sig. Asintót.	0,501	0,934	0,961	0,215	0,169	0,697

En definitiva, del total de las cuatro *subhipótesis* planteadas hemos confirmado parcialmente dos de ellas y rechazado otras dos. Han sido refutadas la *subhipótesis* (H_1) *edad en la aplica-*

ción de la prueba, y la subhipótesis (H₄), *ocupación*, puesto que en ninguna de ella hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas con respecto a las cinco escalas psicológicas. Por el contrario, las subhipótesis H₂ y H₃ se ratifican parcialmente ya que aparece asociación entre nivel educativo y estado civil con la variable depresión.

Discusión y conclusiones

El objetivo central de este trabajo ha sido estudiar el funcionamiento psicológico de las mujeres con LM, en concreto, las estrategias de afrontamiento, la motivación y la ansiedad de ejecución, el neuroticismo-extraversión y la depresión, y su posible relación con variables sociodemográficas. Los resultados apoyan la variabilidad en el funcionamiento psicológico, si bien con algunas restricciones que se pueden resumir detallando que: i) las mujeres con menor nivel cultural tienen más dificultades para enfrentarse a la situación de discapacidad y sienten mayores niveles de desesperanza y depresión; ii) las mujeres casadas presentan puntuaciones más elevadas en la escala de depresión que las solteras.

Respecto a las relaciones entre la edad de las mujeres de nuestra muestra y su funcionamiento psicológico parece que la edad no implica una distribución no aleatoria del mismo. Aun así, si analizamos detenidamente los resultados se observa que son las mujeres entre 30 y 36 años las que puntúan más alto en neuroticismo y depresión. 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 más joven (menores de 30 años) podemos observar que tienen muy pocas estrategias de afrontamiento, tanto actuales como rememoradas, pero sus puntuaciones en depresión son muy bajas. Es decir, aunque todavía no han sido capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento, probablemente debido a su menor edad, esto no les hace sentirse frustradas ni deprimidas ante su nueva situación. Por último, las mujeres mayores (más de 36 años) representan el grupo con puntuaciones más homogéneas en todas las escalas psicológicas. Podemos inferir que debido a su mayor edad han sabido asumir la situación y desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas para superarla y adaptarse con éxito.

En la revisión de la literatura que relaciona la variable edad con procesos psicológicos hemos encontrado escasos antecedentes que obtienen, además, resultados contradictorios. Así, en el

estudio de Cook (28) son las mujeres de más edad las que puntúan más alto en las escalas de neuroticismo. Sin embargo, las respuestas en depresión y ansiedad no presentan ninguna asociación significativa con ningún grupo de edad. Con resultados opuestos, Laatsch y Shahani (29) encuentran que las personas con discapacidad física más jóvenes presentan niveles más altos en ansiedad, hostilidad y paranoia. El trabajo de Hughes *et al.* (13) examina el nivel de depresión en 64 mujeres con LM, encontrando que un 59,4 % de la muestra presenta problemas depresivos pero no aparece asociación entre edad y depresión.

Está claro que la relación entre edad y funcionamiento psicológico necesita mayores esfuerzos de investigación si queremos aclarar la dirección que deben seguir nuestros apoyos terapéuticos hacia este colectivo de mujeres con LM.

Por otro lado, la asociación entre funcionamiento psicológico y nivel cultural de las mujeres con LM muestra diferencias significativas respecto al nivel de depresión. Nuestros datos señalan que las mujeres con pocos estudios presentan rangos promedios más altos en la escala de depresión. Estos resultados apuntan, como ya anticipamos, a que estas mujeres con menor nivel cultural tienen más dificultades para enfrentarse a la nueva situación y sienten mayores niveles de desesperanza y depresión.

Por otra parte, los resultados encontrados en nuestra investigación en el Inventario de depresión de Beck van en la línea del trabajo de Elfstrom, Kreuter, Ryden, Persson y Sullivan (30) que concluye que las personas con LM con niveles educativos superiores presentan niveles bajos en depresión. Esta asociación del mayor nivel educativo con menores niveles de depresión ha sido un resultado reiterado en los trabajos del equipo de Margaret Nosek en el *CROWD* (13-15).

En este sentido, nuestra investigación confirma la tendencia de las investigaciones precedentes y dado que, como resume el equipo de Nosek, las mujeres con discapacidad presentan mayor riesgo de sufrir el impacto de la depresión —muy relacionado con el hecho de ser mujer y tener discapacidad, ya que ello supone una doble desventaja que a su vez conlleva mayor discriminación—, se requiere que los programas de apoyo a mujeres con LM sean más accesibles cuando estas han tenido menor desarrollo educativo y oportunidades de formación.

Respecto a la relación entre nivel ocupacional y funcionamiento psicológico, la revisión de Ottomanelli y Lind (31) encuentra 60

artículos que incluyen referencias al nivel laboral en individuos con LM; de ellos, una escasa representación recoge datos sobre variables psicológicas y son menos aún los que hacen análisis específicos en mujeres con LM. Trabajos como el de Schreuer *et al.* (9) centran sus objetivos en estudiar la sintomatología depresiva en una muestra de varones y mujeres con LM. Una de las variables evaluadas fue el nivel de ocupación, pero las diferencias encontradas no fueron significativas.

De forma indirecta, pero ya con una muestra de mujeres, el equipo de Margaret Nosek en el CROWD (13) obtuvo resultados opuestos al encontrar menores niveles de depresión en mujeres con LM con mayores niveles económicos. Nuestros resultados no apoyan esta vez los del CROWD, ya que no encontramos diferencias significativas, pero creemos que puede deberse a que codifican esta variable de forma dicotómica entre empleada y no empleada, mientras que en nuestro estudio dividimos la muestra en tres grupos. Pero el antecedente más directo de nuestra investigación lo tenemos en los trabajos de Chapin y Holbert (32, 33), que no encuentran diferencias respecto al nivel ocupacional previo a la lesión pero sí respecto al posterior tras el acceso a cursos formativos de inserción laboral una vez adquirida la lesión. Señalan que las personas que han recibido una adecuada rehabilitación para el empleo muestran menos sentimientos de tristeza y depresión, lo que enfatiza la importancia de realizar intervenciones para la inclusión laboral en el proceso de rehabilitación de las mujeres con LM.

Por último, nuestro estudio evalúa la asociación entre estatus marital y funcionamiento psicológico, y encuentra diferencias significativas que muestran puntuaciones más elevadas en la escala de depresión en las mujeres casadas.

En la misma línea de nuestros resultados, Bombardier *et al.* (6) y Kalpakjian y Albright (8) encuentran niveles de depresión más

bajos en personas que están solteras y más altos en aquellas que están casadas, viudas, divorciadas o separadas. Es más, parece que las mujeres con LM, divorciadas, tienen más probabilidades de desarrollar mayor depresión. En cuanto a las parejas sentimentales, aquellas que se mantienen desde antes de la lesión se sienten más comprometidas y 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 podría afirmarse que la aparición de una LM no obstaculiza y cambia solo la vida de la mujer con LM sino también la de sus compañeros sentimentales.

Hace unos años el equipo de Schopp publicó un trabajo que puede considerarse el anverso de nuestra línea actual de investigación. Su trabajo se centraba en el estudio de las variables del rol masculino tradicional en relación con el ajuste a la LM (34), y concluía que ciertos aspectos de ese rol masculino, como la habilidad para modular las emociones fuertes, pueden ser adaptativos en el proceso de rehabilitación, mientras que otros, como el estilo interpersonal dominante, pueden ser una barrera para el mismo. Tanto este trabajo como los anteriores desarrollados por nuestro equipo (4, 22, 35) nos impulsan a seguir investigando cómo el género en sus distintos aspectos puede actuar como promotor de procesos adaptativos o desadaptativos. Es necesario completar el panorama observando cómo los roles de género se imbrican con otras variables que hacen que la vida cotidiana de las mujeres con LM contenga más tristezas y desaliento del deseado. La implementación de programas de rehabilitación adecuados a las necesidades de estas mujeres requiere de estudios que aborden de forma específica su proceso de ajuste a la situación de discapacidad. En este sentido, y con las limitaciones que se derivan del hecho de trabajar con muestras de tamaño reducido, surge este estudio, que requiere continuidad en investigaciones futuras para así ir progresando en un campo de conocimiento tan necesitado de soporte empírico.

Referencias

1. Klebine P. Spinal cord injury research: The reality of women. Spinal Cord Injury Information Network. 2003. Disponible en: <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=59843>
2. Hirschberg R, Weiss D, Zafonte R. Traumatic brain injury and gender: what is known and what is not. *Future Neurology*. 2008;3(4):483-9.
3. Farace E, Alves WM. Do women fare worse? A metaanalysis of gender differences in outcome after traumatic brain injury. *Journal Neurosurgical*. 2000;8(1):539-45.
4. Aguado AL, Alcedo MA, García L, Arias B. Personas con lesión medular: diferencias en variables psicológicas desde la perspectiva de género. *Psicothema*. 2010;22(4):659-63.
5. Rueda MB, Aguado AL. Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Madrid: IMSERSO; 2003.
6. Bombardier CH, Fann JR, Tate DG, Richards JS, Wilson CS, Warren AM, et al. An exploration of modifiable risk factors for depression after spinal cord injury: Which factors should we target? *Archives Physical Medicine Rehabilitation*. 2012;(93):775-81.
7. Kennedy P, Lude P, Taylor N. Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*. 2006;(44):95-105.
8. Kalpakjian C, Albright K. An examination of depression through the lens of spinal cord injury. Comparative prevalence rates and severity in women and men. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*. 2006;16(6):380-88.
9. Schreuer N, Rimmerman A, Sachs D. Adjustment to severe disability: Constructing and examining a cognitive and occupational performance model. *The International Journal of Rehabilitation Research*. 2006;(29):201-7.
10. Woolrich R, Kennedy P, Tasiemski T. A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health and Medicine*. 2006;11(1):80-90.
11. Berry J, Elliott T, Rivera, P. Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment*. 2007;89(3):292-302.
12. Hughes RB, Robinson-Whelen S, Taylor HB, Petersen N, Nosek MA. Characteristics of depressed and non-depressed women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005; (80):473-9.
13. Hughes RB, Swedlund N, Petersen N, y Nosek MA. Depression and women with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2001;7(1):16-24.
14. Hughes RB, Taylor HB, Robinson-Whelen S, Swedlund N, Nosek MA. Enhancing self-esteem in women with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*. 2004;19(4):295-302.
15. Hughes RB, Taylor HB, Robinson-Whelen S, Nosek MA. Perceived stress in women with physical disabilities: Identifying psychosocial correlates. *Womens Health Issues*. 2005;(15):14-20.
16. Kalpakjian CZ, Houlihan B, Meade MA, Karana-Zebari D, Heinemann AW, Dijkers MP, et al. Marital status, marital transitions, well-being, and spinal cord injury: An examination of the effects of sex and time *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011;92(3):433-40.
17. Aguado AL, Alcedo MA. Evaluación psicológica en rehabilitación. En: Ruano A, Muñoz JM, Cid C. editores. *Psicología de la rehabilitación*. Madrid: Mapfre; 1999. p. 33-58.
18. Rueda B, Aguado AL, Alcedo MA. Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la lesión medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial*. 2008;(17):109-124.
19. Rueda B, Aguado AL, Alcedo MA, Arias B. Evaluación del afrontamiento de las personas con lesión medular. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2004;(30):273-310.

20. Martz E, Livneh H, Priebe M, Wuermsler L, Ottomanelli L. Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005;86(6):1182-1192.
21. Aguado AL, Alcedo MA, Rueda MB, Santos AM, González I. Una aproximación psicométrica a la Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares. Comunicación presentada en las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad: 1997 marzo: Salamanca: España; Actas de las Jornadas.
22. García L. La perspectiva de género en el proceso de adaptación a la lesión medular. Tesis doctoral. Departamento de Psicología: Universidad de Oviedo; 2007.
23. Pelechano V. La personalidad en función de los parámetros de estímulo en la solución de problemas. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 1972.
24. Pelechano V. El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución. Madrid: Fraser Ibérica; 1974.
25. Pelechano V. Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y modificación de conducta*. 1992;(18):167-201.
26. Pelechano V, Matud P, de Miguel A. Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1993;(19):91-149.
27. Conde V, Esteban T, Useros, E. Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 1976;31(5):469-497.
28. Cook DW. Psychological adjustment to spinal cord injury: Incidence of denial, depression and anxiety. *Rehabilitation Psychology*. 1979;26(3):97-104.
29. Laatsch L, Shahani BT. The relationship between age, gender and psychological distress in rehabilitation inpatients. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*. 1996;18(12):604-8.
30. Elfstrom ML, Kreuter M, Ryden A, Persson LO, Sullivan M. Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: A study of traumatically spinal cord lesioned persons. *Spinal Cord*. 2002;(40):408-415.
31. Ottomanelli L, Lind L. Review of critical factors related to employment after spinal cord injury: Implications for research and vocational services. *Spinal Cord Medicine*. 2009;32(5):503-31.
32. Chapin MH, Holbert D. Differences in affect, life satisfaction, and depression between successfully and unsuccessfully rehabilitated persons with Spinal Cord Injuries. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2009;53(1):6-15.
33. Chapin MH, Holbert D. Employment at closure is associated with enhanced quality of life and subjective well-being for persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2010;54(1)6-14.
34. Schopp LH, Good GE, Mazurek MO, Barker KB, Stucky RC. Masculine role variables and outcomes among men with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation* 2007;(29):625-633.
35. Alcedo MA, García L, Arias B, Aguado AL. Variables clínicas y psicológicas y su implicación en el proceso de adaptación a la lesión medular. *Universitas Psychologica* 2010;(9):315-330.