



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Estrategias de afrontamiento de las personas con lesión medular: un proyecto observacional

Alumno: Marta Alonso González
Director: Ana Sofía Fernandes Ribeiro

Madrid, abril de 2020

Índice

Resumen	3
Abstract	3
Presentación	5
Estado de la cuestión	6
1. Fundamentación	6
1.1 Introducción.....	6
1.2 Antecedentes y descripción.....	7
1.3 Tipología de la lesión medular.....	9
1.4 Etiología y epidemiología	11
1.5 Tratamiento	15
1.6 Depresión.....	18
1.7 Estrés y afrontamiento.....	22
2. Justificación	26
Proyecto de investigación observacional	28
Objetivos	28
1. Objetivo	28
2. Objetivos específicos	28
Metodología	29
1. Diseño del estudio	29
2. Sujetos de estudio	29
3. Variables.....	30
4. Procedimiento de recogida de datos.....	33
5. Fases del estudio, cronograma	34
6. Análisis de datos.....	35
Aspectos éticos	37
Limitaciones de estudio	38
Bibliografía	39
Anexos	53
Anexo 1: Hoja de información al paciente	54
Anexo 2: Consentimiento informado	55
Anexo 3: Cuestionario de identificación	56
Anexo 4: Cuestionario de calidad de vida	59
Anexo 5: Cuestionario MAE.....	68
Anexo 6: Cuestionario de locus de control.....	72
Anexo 7: Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales.....	78
Anexo 8: Cuestionario de rememoración	83

Resumen

Introducción: La persona que padece lesión medular tiene que ser consciente que se trata de una incapacidad permanente, dejando efectos muy negativos tanto física como psicológicamente, por lo que tiene que hacer frente a la nueva situación con entereza, utilizando todos los medios disponibles para conseguir una correcta adaptación.

Objetivos: Determinar y analizar las estrategias de afrontamiento en las personas con lesión medular, así como estudiar la relación de dichas estrategias con otras variables como la depresión.

Metodología: Se va a llegar a cabo un proyecto observacional, correlacional y transversal en el que se seleccionarán 57 pacientes que padezcan lesión medular, tratados en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo desde febrero de 2020 a enero de 2021. Se analizarán las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas que influyen en dichos pacientes mediante cuestionarios específicos, y no podrán formar parte del estudio las personas que padezcan lesión medular por causas congénitas, que tengan ventilación asistida o problemas mentales, así como los pacientes que hayan abandonado la rehabilitación.

Implicaciones para enfermería: Con la realización de este estudio mejorará la situación del lesionado medular al haber un mayor conocimiento de las variables psicológicas que afectan a los lesionados y de esta manera poder detectar por los profesionales sanitarios, de forma precoz, los síntomas de la depresión. Asimismo, se demostrará que el afrontamiento es una variable importante para entender la adaptación a la lesión medular.

Palabras clave:

Términos DeCS	lesión medular	depresión	estrés	estrategias de afrontamiento	adaptación
----------------------	----------------	-----------	--------	------------------------------	------------

Abstract

Introduction: The person suffering from spinal cord injury must be aware that this is a lifelong disability leaving extremely negative effects both physically and psychologically, which involves facing the new situation with integrity, using all available means to adapt successfully.

Objectives: To determine and analyze coping strategies in people with spinal cord injury, as well as to study the relationship of these strategies with other variables such as depression.

Methodology: An observational, correlational and cross-sectional study will be carried out in which 57 patients suffering from spinal cord injury, treated at the National Hospital for Paraplegics in Toledo from February 2020 to January 2021, will be selected. Sociodemographic, clinical and psychological variables influencing these patients will be analyzed through specific questionnaires. Additionally, people suffering from spinal cord injury due to congenital causes, who require assisted ventilation or suffer mental disorders as well as patients who have abandoned rehabilitation, will not be included in the study.

Implications for nursing: By conducting this study the situation of people with the spinal cord injury will improve, as it will render valuable knowledge of the psychological variables that affect patients with this injury and thus symptoms of depression can be detected by health professionals at an early stage. Lastly, coping strategies will prove to be an important variable to understand adaptation to spinal injury.

Keywords:

MESH terms	spinal cord injury	depression	stress	coping strategies	adaptation
-------------------	--------------------	------------	--------	-------------------	------------

Presentación

He escogido el tema de la depresión y el afrontamiento en la lesión medular porque me resulta interesante y me gustaría profundizar sobre él, ya que se da la particularidad de que se produce un suceso muy trágico, debido a que a la persona que lo sufre le cambia la vida completamente de forma radical y absoluta, no solamente en el aspecto físico sino también psicológico y de cara a las relaciones sociales.

Es evidente que cualquier enfermedad tiene su problemática y grandes dosis de preocupación para quien la sufre, además hay que tener en cuenta que las personas que rodean al enfermo, como familiares, amigos o compañeros, también la padecen en distinta intensidad, aunque en algunos casos llega a ser más duro para las personas allegadas que para los propios pacientes. En la mayoría de enfermedades, por suerte, tienes la posibilidad de curarte y siempre puedes ver una salida, excepto cuando se trata de una enfermedad terminal.

Por lo que respecta a la lesión medular, independientemente de la edad que tengas, me parece un golpe tremendo en todos los niveles de la vida, es de los momentos más duros que puede padecer una persona a lo largo de su vida. El simple hecho de tener que aceptar que tras un accidente o cualquier tipo de traumatismo, ya no tendrás la oportunidad de volver a caminar ni a realizar tu vida de la misma manera que lo hacías hasta ese momento, es complicado de superar y máxime teniendo presente que ya no podrás ser una persona totalmente independiente.

Siempre he pensado de qué manera se puede combatir ese gran impacto que produce este suceso y como a pesar de ello, muchos pacientes, aun así, muestran una gran vitalidad y ganas de vivir, aunque con toda seguridad en los primeros momentos dirá o pensará más de un paciente que quiere morirse.

Con este tema, lo que me gustaría plasmar es cómo manejar una situación emocional tan compleja, además de aprender a facilitar el apoyo, técnicas y escalas necesarias, junto con el papel tan gratificante, a nivel personal, que puede tener una vez más el profesional de enfermería en un suceso en el que existe un gran componente emocional.

Estado de la cuestión

1. Fundamentación

1.1 Introducción

La lesión medular (LM) es una de las minusvalías que ocasiona un déficit físico y funcional para toda la vida, la persona afectada se tiene que enfrentar a situaciones de estrés no solamente relacionadas con una incapacidad física, sino también con un deterioro psíquico, social y económico, ante esta situación cada persona actuará de una forma particular para buscar la mejor adaptación a su nueva vida.

Hay que tener en cuenta que dada la gravedad de los lesionados medulares han sido objeto de multitud de estudios científicos y publicaciones tanto a nivel nacional como internacional, como así se constata en los trabajos de Guttmann (1-2) y Mazaira (3). Es evidente que la LM supone importantes implicaciones, no solo para quien la padece sino también para las personas que están implicadas a su alrededor.

En las próximas páginas se exponen los aspectos teóricos de la LM y las variables psicosociales que se sufren con la discapacidad. Se describe la etiología y epidemiología de la LM, con indicación de algunos datos referidos al número de personas afectadas, profundizando en las herramientas más usadas para valorar la LM y sobre todo describiendo las variables que afectan a la depresión, con referencia a la adaptación y el afrontamiento ante la LM.

Asimismo, se resumen varios mecanismos para detectar el nivel de depresión y se mencionan los cuestionarios de Pelechano para la investigación de la manera de afrontar la LM, además, se van a relacionar diversas variables psíquicas, según la personalidad y la autodeterminación, con el afrontamiento, siendo relevante avanzar en la evaluación de este último ante la falta de modelos empíricos aceptados.

En lo que respecta al trabajo de exploración se va a realizar un estudio observacional basado en evaluar la resistencia psicológica de los individuos que padecen LM, con la finalidad de obtener las habilidades específicas que se pueden utilizar con los afectados de esta lesión para mejorar el desarrollo de su adecuación, así como los parámetros que les condicionan.

La estrategia de búsqueda bibliográfica sobre este tema se ha realizado en las bases de datos: Google Académico, PubMed, Recoleta, Lilacs, Dialnet y Medline, con términos clave como: "lesión medular", "depresión", "estrés", "estrategias de afrontamiento" o "adaptación" y

utilizando operadores booleanos. Ante la gran diversidad de artículos se incluyen los relacionados con la depresión y el afrontamiento en la LM, además de algunos centrados en la descripción, clasificación e epidemiología de dicha lesión, según se indica en la figura 1. Se trata de escoger los artículos que en el título o en el resumen aparecieran algunos de los términos clave utilizados, limitando la fecha de publicación a la más reciente.

En base a lo indicado, se han seleccionado para el presente trabajo la siguiente documentación:



Figura 1. Fuentes de información encontradas en la búsqueda bibliográfica realizada. Elaboración propia.

De esta manera se han sacado las conclusiones más importantes sobre la depresión producida por la LM, así como el impacto psicológico ocasionado y las estrategias para el afrontamiento.

1.2 Antecedentes y descripción

Los datos sobre la LM, así como su tratamiento se remontan a tiempos inmemoriales. La primera referencia o descripción sobre la LM se halló en un pergamino egipcio adquirido por Edwin Smith, datado entre los años 3000 y 2500 antes de Cristo, que explica varios casos de lesiones de la columna vertebral ocasionados por la rotura o luxación de las vértebras cervicales y que van acompañados de insensibilidad (1-3).

Este papiro se constituye como un libro de instrucciones y supuso el nacimiento de la medicina científica, ya que se realiza la primera descripción de la LM, además de los síntomas, tratamientos y técnicas para intentar curar al enfermo siempre que fuese posible.

Hipócrates casi 400 años antes de Cristo, describe las paraplejas producidas por los efectos de la luxación vertebral cervical y los problemas secundarios que pueden ocasionar, así como los tratamientos correspondientes. A pesar de ello expresaba que las lesiones medulares con parálisis eran incurables y el paciente terminaría muriendo (4).

Asimismo, en el año 129 después de Cristo Galeno de Pérgamo, aportó la definición de sistema nervioso central, indicando que la columna vertebral era una extensión de la cabeza (1-3). Además, estableció con sus experimentos la distinción entre nervios sensitivos y

motores, relacionando las alteraciones neurológicas con el alcance de la lesión y describiendo varias de las inervaciones musculares (5). Una lesión entre la primera y segunda vértebra provocaba la muerte de manera rápida, mientras que si se producía por debajo de la sexta vértebra, los músculos del tórax se paralizaban y se producía paralización de las piernas y de la vejiga (4).

En el siglo XIX se hizo hincapié en la neurofisiología medular, aunque el tratamiento seguía siendo infructuoso y a pesar de los trabajos realizados el futuro resultaba poco halagüeño. No fue hasta comienzos del siglo XX cuando se empiezan a llevar a cabo los estudios más precisos a nivel de medicina y de investigación, como ejemplo, se mejoró el control de las enfermedades de las vías urinarias y la producción de heridas ocasionadas por estar en la misma posición durante mucho tiempo (1-3).

En 1944 el Dr. Guttmann revolucionó el tratamiento de los pacientes, cuidando de manera prioritaria las complicaciones que pudieran surgir y sobre todo conseguir la reintegración social y profesional del paciente, estableciendo los medios para la terapia y recuperación de la LM. Desde entonces hasta la actualidad en la rehabilitación de lesionados medulares intervienen profesionales de todo tipo, como médicos, psicólogos, especialistas en dietética, fisioterapeutas o enfermeros, a pesar de aunar esfuerzos se sigue sin encontrar una cura a la LM, aunque actualmente la probabilidad de vivir ha aumentado de manera considerable y el tratamiento se orienta a saber vivir con la invalidez en todos los entornos que se puedan dar día tras día (1-3,5,6).

En España, los inicios del tratamiento de la LM, tienen lugar a partir de 1955. En 1974 se inaugura el Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo, con los recursos necesarios para atender en exclusiva a pacientes con lesiones medulares, siendo el primer hospital público de referencia en España para ese tipo de lesiones. Debido a los avances médicos se produce un incremento importante de la esperanza de vida en las personas con LM, llegando a aproximarse a la que tienen las personas que no sufren la lesión (7).

En base a los antecedentes descritos, la LM se puede precisar como el trastorno de la espina dorsal, de diversa etiología, originando parálisis de distintos grados, disminución de percepción y trastorno vesical, intestinal y sexual, así como relevantes efectos psicológicos, sociales y económicos, además causa trastornos en las funciones de los estímulos, motoras y/o autonómicas en la parte inferior a la zona afectada (8-9).

De esta definición se pueden destacar dos cuestiones claves para precisar el alcance de la LM, por un lado, el nivel donde se localiza la lesión y, por otra, la cantidad de tejido dañado.

1.3 Tipología de la lesión medular

La causa de la LM se debe principalmente por traumatismos, dada la vida social y los estilos de vida que desarrollamos, cualquier persona entra dentro de la población de riesgo. Actividades cotidianas como la utilización del vehículo, determinados tipos de deportes o actividades laborales entre otras, pueden producir en algún momento este tipo de lesión, en base a esto la LM tiene un origen claramente social (10).

Para entender mejor los diferentes tipos de LM hay que tener claro una serie de premisas de carácter anatómico.

La zona cervical tiene 8 segmentos medulares, la parte dorsal 12 y la lumbar y la sacra 5 cada una. La médula espinal tiene menor extensión que la columna y su crecimiento no es paralelo.

Según el nivel se distinguen dos tipos de lesiones: la tetraplejía y la paraplejía.

Tetraplejía, que se ocasiona en las vértebras cervicales de la columna (C1-C8), esta lesión afecta a los miembros superiores e inferiores, tórax y zona pélvica. Si el daño es por encima de C4, el afectado no es capaz de aspirar sin ayuda y necesitaría respiración artificial.

Paraplejía, si el daño se produce a partir de la parte inferior de las vértebras cervicales, puede afectar tanto a los segmentos dorsales como lumbares o sacros. Este daño afecta al tronco, extremidades inferiores y órganos pélvicos (11-12).

Las dos lesiones, según su extensión, pueden ser completas o incompletas. Cuanto, más alta sea, las alteraciones musculares y sensitivas serán mayores que en niveles inferiores. La lesión completa, se produce cuando afecta a todas las uniones medulares inferiores a la lesión, no existen estímulos ni actividad voluntaria. Ambos lados del cuerpo están perjudicados. Y la lesión incompleta, se produce fijación de la transmisión de estímulos total o parcial motora, sensitiva y autónoma. Unas partes del cuerpo se pueden mover más que otras, así como apreciar ciertas zonas que están inmóviles, cada lado del cuerpo puede tener distintas funciones.

Clasificación de la lesión medular

La nomenclatura de referencia para todos los profesionales a nivel mundial para el estudio de la LM, es la de la asociación americana *American Spinal Injury Association* (ASIA) (13-14), que tiene como objetivo establecer las directrices para evaluar el grado de la lesión, el tipo y el desarrollo de su progreso. La evaluación del sistema nervioso de la persona con LM establecida en la escala de ASIA (15-16), trata de explorar las funciones en base al nivel motor y sensitivo.

Para evaluar la contracción del músculo se usa la escala de Daniels modificada, mediante la exploración de 5 grupos musculares de cada extremidad (17).

Con respecto a la valoración sensitiva, se estudia dermatoma por dermatoma comprobando la sensibilidad con una serie de pinchazos. Según la severidad de la lesión, la escala ASIA distingue 5 niveles, basados en la valoración de las vértebras sacras S4-S5:

- Grado A (lesión completa): ausencia de función motora y de estímulos en la zona sacra.
- Grado B (lesión incompleta): no hay función muscular pero sí de estímulos en la zona inferior a la lesión (sensación anal).
- Grado C (lesión incompleta): hay conservación sensitiva pero motora parcialmente.
- Grado D (lesión incompleta): se protege la función sensitiva y motora y hay potencia muscular.
- Grado E (normalidad neurológica): la actividad motora y sensitiva están dentro de la normalidad.

Forman un conjunto de LM incompletas (18), **el síndrome centromedular**, es el que más se da dentro de estas lesiones, se produce en la zona cervical y destaca la menor fortaleza en las extremidades superiores. Lo padecen frecuentemente los individuos de más años debido a los trastornos de desgaste al sufrir un exceso de extensión del cuello. Es posible que esté provocado por una pérdida de sangre afectando a la zona intermedia de la médula espinal, destruyendo los axones que controlan el motor de las manos.

También forma parte de este grupo el **síndrome Brown-Séquard**, que consiste en dividir en dos partes la médula a partir del daño, con disminución muscular y de la sensibilidad termoalgésica (incapacidad para distinguir cambios de temperatura), se justifica por la

confluencia de los tractos espinotalámicos en la espina dorsal. El pronóstico de recuperación funcional suele ser bueno.

Asimismo, está incluido el **síndrome medular anterior**, que se caracteriza porque la lesión afecta a la parte anterior del cordón medular, se ocasiona una disminución de la función motora y de la sensibilidad termoalgésica, tiene un 10-20% de posibilidades de recuperar la función motora.

Por último, mencionar la lesión de **cono medular y cola de caballo**, el primero formado por la escala medular S2-S4, es la vértebra terminal de la médula espinal y el traumatismo de la región sacra y de las raíces de los nervios. La cola de caballo compuesta por las raíces nerviosas de las vértebras finales del canal medular, ocasiona inmovilidad flácida muscular MMII, vejiga e intestinos.

1.4 Etiología y epidemiología

La etiología de la LM está influenciada por muchos factores, distintos estudios llevan a cabo investigaciones tanto de la etiología como epidemiología de las personas con LM, se da el caso que dependiendo del país o región los datos son distintos, probablemente por diferencias socio-culturales, aunque existen coincidencias como que el mayor porcentaje de las lesiones son de origen traumático, alrededor del 75% del total (19-22).

Se distingue, según la etiología (23), causas de la LM adquiridas como la traumática, que es la ocasionada por accidentes producidos por el transporte, el deporte y los actos de agresión en la sociedad; y no traumática, ocasionada como consecuencia de afecciones tumorales (dentro y fuera de la columna), vasculares, quebranto de la construcción de las vértebras, infecciosas o derivadas de procesos quirúrgicos.

La LM traumática se caracteriza porque una vez que comienza el deterioro primario, éste provoca la devastación de las células nerviosas de la médula y se produce una escisión de pequeños vasos sanguíneos, cuyo líquido se vierte en la parte contigua. En esta zona se produce una acción infecciosa y se destruye casi el 40% del tejido nervioso. Asimismo, la LM también se puede dar por causas innatas, como las producidas por desperfectos del tubo neural (24-25).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la LM puede ocasionar trastornos en la función motora, de sensibilidad y trastornos vegetativos en la función gastrointestinal, sexual y de la termorregulación. Además, en el aspecto psicológico, se producen modificaciones en la forma

de vida y los cambios en las costumbres sociales, así como familiar provocan en la persona enormes esfuerzos de adaptación y afrontamiento (26).

Según el estudio realizado por Mazaira en 1998 (27), en América del Norte y Japón se producen entre 26 a 53 lesiones por millón de habitantes, en cambio los pacientes con LM en Europa oscilan entre 9 y 32 casos y finalmente 15 casos por millón de habitantes en Australia.

Según el *Centro Estadístico de Lesión Medular*, en España, se dan 30 accidentados por millón de habitantes (20 lesiones traumáticas y 10 de enfermedad), esto implica que se produzcan 1.000 nuevos sucesos anuales (28). Pero todos estos estudios concluyen que la causa etiológica más usual, como se ha indicado al principio, es la traumática, en la que se distinguen distintas categorías:

- Accidente de tránsito (46%).
- Caída (18%).
- Actos de agresión (17%).
- Deporte, incluidas las zambullidas (13%).
- Otros (6%).

Estos porcentajes varían en función del autor de los estudios realizados (29-30), así en base a las cifras facilitadas por el *Nacional Spinal Cord Injury Statistical Centre*, el 42% de las LM fueron como consecuencia de percances de tráfico, el 27,5% a caídas, el 15,3% a actos violentos, el 7,4% a causas deportivas y el 8,1% a cuestiones desconocidas (22) (31).

En la tabla nº 1 se presenta una recopilación de otras cifras epidemiológicas sobre la clasificación de la lesión, la altura de la columna donde se produce la misma, el sexo y la edad. Se puede observar que hay importantes diferencias entre las LM producidas por traumatismo y las no traumáticas, así como el aumento de lesiones completas en las LM traumáticas con un mayor porcentaje entre los hombres.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA LM (%)										
Tipología de la LM	Etiología de la lesión		Tipo		Nivel			Género		Edad
			Completa	Incompleta	Cervical	Dorsal	Lumbar	M	F	(Años)
LM Traumática 66,6	Tráfico	45								
	Caída	28								
	Golpe y otras (Acc. Laborales)	20	63	37	41	46	13	79	21	33
	Deporte	3								
	Compl. quirúrg.	2								
	Agresión	2								
	LM No Traumática 33,3	Tumor primario	21							
T. metástasis	8									
Infección		36	34	24	56,5	19,5	58	42	42	
Vascular	16									
Mielomelingocele										
Otras (esclerosis, etc.)	10									
		6								
		39								

Tabla nº 1. Datos epidemiológicos de la LM (%). Elaboración propia a partir de García y Herruzo (30).

Por lo que respecta a las zonas geográficas, en el sureste de Asia y Oceanía las lesiones se producen por causa de caídas de los árboles y tejados, en Norteamérica la etiología es como consecuencia de la violencia con armas de fuego (15%), aunque la mayor incidencia se da en el África Subsahariana (38,1%) (32). Asimismo, según Mazaira, la edad de mayor efecto oscila entre 15 a 35 años (58%) y es el género masculino el que se ve más afectado con una relación de 4:1 con respecto a las mujeres (33), aunque esta relación disminuye a 2:1 en personas de edad superior a 60 años como consecuencia del aumento de lesiones no traumáticas.

Se puede afirmar que ser hombre y tener menos de 30 años, son componentes sustanciales para padecer una LM. Es evidente que el género masculino de menos edad realiza más acciones de peligro que el género femenino, como la práctica de deportes de alto riesgo o conducir vehículos a gran velocidad.

Según la vida que se viene practicando actualmente se prevé un incremento de hombres jóvenes con LM con una expectativa de vida más larga, pero también se dará un aumento de nuevos lesionados en personas maduras. En base a esto, son una gran cantidad de personas las que van a tener que realizar grandes esfuerzos de adaptación ante el estrés psicológico al que se van a ver expuestos (34).

Está claro que la LM se trata de una enfermedad de una elevada importancia personal y social, teniendo en cuenta los cambios que se tienen que dar en la vida diaria de los individuos que la sufren, como consecuencia del enorme coste económico y social es necesario establecer unos protocolos adecuados de prevención, y hay que destacar que el estudio de los principios psicosociales dedicados a la conducta de las personas es fundamental en los aspectos psicológicos de la LM (30).

La investigación epidemiológica indica una superior existencia del paciente con LM de mayor edad, que sobrepasa una incidencia del 13% en personas mayores de 60 años (35-36). Destaca un mayor número de caídas y un aumento de patologías crónicas (37). Además, hay que mencionar que en las personas mayores se da la circunstancia que llevan asociado un desperfecto de las funciones orgánicas, una disminución de la condición física, así como una inferior capacidad de reserva de respuesta al ejercicio (38).

El conjunto de todo esto hace más complicado el poder adaptarse a los programas generales propios para el tratamiento de la LM, por lo que sería necesario implantar objetivos con tratamientos específicos para este tipo de personas. En distintos estudios epidemiológicos actuales (35-36,39-41) hay que destacar el incremento de la repercusión de la LM en personas de edad superior a 65 años con respecto a años anteriores, debido a causas traumáticas por caídas y por la reducción de las LM por contratiempos en la circulación por carretera.

En lo relativo a los datos epidemiológicos, se pueden indicar estimaciones aproximadas, ya que hay diversidad de motivos que impiden una obtención de datos más reales, como la disparidad en las publicaciones ante la diversidad de organismos que realizan estudios de este tipo, la escasa unificación de términos y la falta de un censo (29), en España, se han realizado varios intentos para la elaboración de un censo a nivel estatal, aunque actualmente no se ha materializado.

Según la información del *Servicio de Rehabilitación de Minusválidos* y el *Instituto Nacional de Estadística*, las personas con LM en España se cifran en 30.000, por ello es imprescindible seguir estudiando cómo los individuos afrontan esta lesión y se acondicionan a la invalidez.

En los últimos años el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo ha tenido cambios respecto a años anteriores, en lo que se refiere a los tipos de pacientes y causas de los lesionados medulares. En el año 2012, la causa traumática como consecuencia de caídas casuales supuso un 21,3%, superando por primera vez a las producidas por accidentes de tráfico que

fueron un 17,1%. La etiología de la LM fue un 55.3% para la causa no traumática y el resto 44,7% fueron lesiones de causa traumática (42).

1.5 Tratamiento

Cuando se produce una LM no existen tratamientos quirúrgicos o médicos que sean completamente efectivos y en varios de los casos tienen lugar secuelas irreversibles, que se modifican en base a las características de la lesión.

El tratamiento clásico está dirigido a impedir la evolución que se genera a lo largo del período secundario de la LM y que ayuda a incrementar la lesión primaria. Hay que tener en cuenta que dicho tratamiento depende de varios parámetros como el alcance del traumatismo, roturas, rigidez muscular, aspectos mentales (desánimo, abatimiento, soporte de la comunidad...).

Basándose en todos los factores, se establece por parte de los profesionales, una serie de objetivos para reforzar la zona superior a la lesión y restablecer la parte inferior para prevenir cualquier tipo de problemas (43-44).

En el daño de la médula espinal resulta de gran interés la terapia celular, que trata de sustituir las células que se han perdido debido a una determinada patología y son capaces de sustituir los tejidos y órganos dañados. Por tanto, las terapias tradicionales para tratar la LM se basaban en el tratamiento sintomático limitado, mientras que las futuras se fundamentan en promover la neuroplasticidad para recuperar las estructuras celulares destruidas y no a tratar signos clínicos específicos (45).

Asimismo, también podrían resultar interesantes las terapias farmacológicas para evitar las patologías secundarias producidas después de una LM, como el tratamiento del dolor y la conservación de la densidad ósea. Además resultan importantes las terapias farmacológicas que intervienen de forma primaria, como por ejemplo, bloqueando (46) las moléculas que impiden la regeneración de las células dañadas o en un escenario hipóxico (47) crear un ambiente propicio para aumentar las células madre.

Para mantener la integridad de las estructuras musculares es importante el apoyo fisioterapéutico, ya que, si no se irán deteriorando por la parálisis y sería imposible recuperar la movilidad, a pesar de que el nivel celular fuese total. Hay que destacar que estas terapias favorecen la regeneración endógena y resultan muy útiles las investigaciones referidas a la bioingeniería.

En conclusión, además de utilizar las terapias celulares, sería conveniente realizar una terapia combinatoria que integre el cotrasplante de distintos tipos de células, las terapias farmacológicas y las referidas a la bioingeniería.

En un artículo de la revista *Science*, Lindvall y Hyum (48), dos investigadores de prestigio, denuncian como algunos centros médicos exageran los beneficios de ciertas terapias y sin embargo, omiten las muertes o los problemas graves que han tenido lugar. Ninguno de sus tratamientos está avalado por estudios preclínicos o publicaciones científicas e incluso se publican noticias (49) con informes sobre tratamientos improductivos.

En base al artículo publicado en el año 2012 en *The New England Journal of Medicine* (50), hay una gran desigualdad entre la teoría y las pruebas, habría que cumplir una serie de requisitos para introducir de forma segura una terapia celular en un ensayo clínico.

El daño de médula secundaria a traumatismos, es la patología que más se da en edades tempranas y no hay un método de cura para este padecimiento, por lo cual la terapia ideal para solucionar dicho daño, serían las células madre para establecer las conexiones axonales, debido a que poseen la facultad para distinguirse en los diferentes tipos celulares neurales de forma ordenada, y se obtienen del paciente para llevar a cabo un trasplante autólogo, aunque habrá que analizar cada tipo de células, según el fin al que se destinen.

En los pacientes con LM el objetivo principal se basa en conseguir el mayor grado de bienestar e independencia realizando la actividad física para la correspondiente recuperación, a través de la misma se facilita la mejoría del lesionado medular. Se han originado cambios con respecto al tratamiento en estas patologías, al incluir la práctica de ejercicios físicos, cuando hace un tiempo estaba contraindicado.

Para llevar a cabo el tratamiento del LM, se comienza por la rehabilitación física y posteriormente se diseña un programa de ejercicios físicos (51-53) que favorezca el autovalidismo del paciente. Con esto se pretende que dicho paciente adquiera condiciones físicas, ocupacionales y laborales para que pueda desenvolverse con garantías en su medio social y a su vez con el seguimiento del patrón de la actividad física apropiada y habitual puede conseguir reducir enfermedades venideras.

Tras la lesión, la rehabilitación es fundamental, debe de enfocarse principalmente a evitar las dificultades de respiración, circulatorias y atención a las úlceras por fricción, además de efectuar una evaluación hay que identificar los aspectos que puedan plantear problemas para

iniciar el tratamiento de prevención. Es crucial el tratamiento respiratorio, el mantenimiento de las articulaciones y robustecer la relación entre los músculos y los nervios.

Una gran mayoría de expertos están de acuerdo en que la práctica de deporte es prioritaria para el aumento de la capacidad motriz y el desarrollo de los miembros dañados en las personas con LM (54).

Tras una LM la recuperación de la capacidad motora en el sistema nervioso central se produce cuando las conexiones sinápticas van recobrando su actividad. Esto puede hacerse por dos medios, el primero mediante el crecimiento de nuevos axones que equilibren la disminución ocasionada, este procedimiento se designa como "sprouting". Se supone que los axones pueden evitar la parte afectada.

Existe otro medio que consiste en que las células regeneren sus neuritas perjudicadas recobrando el encadenamiento perdido (55). Durante muchos años se pensó que esta opción era inviable, pero nuevos estudios ven posible la correspondiente regeneración (56).

El sistema nervioso central adulto logra una proporción de parámetros que promueven el crecimiento y otros que frenan el mismo (57), si se consigue que el crecimiento axonal sea mayor, supondría un avance importante para la LM. Los principales objetivos para la terapia de la LM en el período agudo, son estabilizar la médula y recuperar la homeostasis, mientras que los métodos para períodos más largos tratan de disminuir afecciones posteriores del daño (58). La fase más estable para estudiar la LM es el período crónico, ya que la inflamación es menor y la comparación entre distintos pacientes puede ser más uniforme (59).

La valoración de una LM y el desplazamiento del paciente a un hospital con servicio neuroquirúrgico, es prioritario para aplicar una terapia adecuada. Hay que destacar que el diagnóstico físico es más conveniente que el modo y el vigor del daño, lo fundamental es identificar el trauma y se llevará a cabo una evaluación preliminar en el lugar del percance, teniendo en cuenta la cadena de ABCDE, así como la ejecución de un reconocimiento neurológico básico, viendo la posibilidad de movilizar los miembros.

No existe acuerdo, respecto al momento, en el que hay que realizar la aplicación de la cirugía en los daños medulares traumáticos que implica quitar presión y estabilización, así mientras que hay algunos que defienden la descompresión con cirugía lo antes posible para que el plazo en el que podría estar la médula espinal comprimida sea el mínimo, aún no se ha fijado el momento óptimo de la descompresión.

Con respecto al tratamiento de rehabilitación, implica la recuperación para restablecer y minimizar las alteraciones producidas hasta llegar a un nivel funcional óptimo y poder desarrollar y aprender habilidades en la nueva condición de vida del paciente, en base a las características individuales de cada uno. De esta manera se podrá conseguir la reinserción biopsicosocial y laboral (60).

1.6 Depresión

La depresión es una respuesta sentimental que frecuentemente se manifiesta en modo de aflicción, pesadumbre o desaliento (61). Es habitual que estos sentimientos aparezcan cuando una persona tiene que hacer frente a vivencias negativas o estresantes, sin tener que sufrir una alteración clínica o cambios en el estado de ánimo (62). Es importante saber discernir qué factores provocan que los sentimientos negativos se conviertan en un trastorno depresivo y por lo tanto diferenciar los sentimientos de tristeza de los problemas patológicos que redundan en un trastorno en el estado de ánimo (63).

Dentro de la disposición emocional se diferencian desórdenes de abatimiento, bipolares y perturbación afectiva, aunque la frontera de todos los desarreglos afines con la situación emotiva todavía no se consideran totalmente determinados (64).

La alteración de la situación temperamental son los desarreglos cerebrales que se dan a menudo, además del exceso de narcóticos y los desórdenes de angustia (63), siendo la proporción de individuos que han soportado determinadas irregularidades de decaimiento durante el período de existencia del 21% de la población mundial (65), aunque hay que tener en cuenta que las cifras obtenidas de los diferentes países son muy variados. En España se barajan unos números de predominio de la depresión en la demografía que no padece LM del 20%, pero obtenidos de poblaciones poco representativas de la población general (66).

Por lo que respecta a la población con enfermedades físicas crónicas, se considera que el padecer las mismas es una posición más indefensa para sufrir una alteración mental y las cifras avalan una elevada convivencia de depresión y afecciones incurables (67) y/o discapacidad (68).

En los estudios realizados por Katon (69) se indica que las afecciones neurológicas pueden poseer una conexión clara con la situación de ánimo, pudiendo padecer en ese caso un hundimiento mental producido por una patología médica, por lo tanto, se considera prioritario analizar la coexistencia de la depresión y la enfermedad crónica, explicando tres consideraciones:

Primero, hay que diagnosticar si es un estado anímico como consecuencia de una dolencia permanente o simplemente de una situación sensible, ocasionada por el momento al que hay que hacer frente, como hospitalización, tratamientos u operaciones de cirugía.

Segundo, no hay que equivocar los signos vegetativos inherentes a la dolencia arraigada con síntomas propios del desánimo.

En tercer lugar, si se considera una irregularidad depresiva, es necesario una valoración diferente para comprobar si es un abatimiento clínico primario como trastorno depresivo mayor, bipolar, trastorno distímico y otros, o dicha irregularidad es debida a un problema médico, por lo que la valoración corresponde a la alteración del comportamiento como consecuencia de una patología, como indica el DSM-IV-TR (70).

Además de la prevalencia mostrada, se ha querido analizar mediante muchos estudios, que la conexión entre la depresión y el avance de las patologías endémicas, es no solamente que la depresión está presente, sino ratificar los resultados adversos que la misma ocasiona a la dolencia física. De este modo, en la conferencia de la Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), se proporcionan datos determinantes respecto al aumento de las muertes de las personas con enfermedades crónicas acompañadas de una depresión (67,71-72).

En lo relativo a los cifras correspondientes a la frecuencia de la depresión en personas con LM, existe un riesgo cuatro veces mayor de tener una depresión si la comparamos con la población general (73), aunque los datos obtenidos en diferentes estudios son diversos, en los que hay un rango de prevalencia entre el 5% (74) y el 47% (75). Otros autores consideran que la media de individuos afectados después de una LM es de 22,2% con un espacio entre 18,7% y el 26,3% (76), también hay quien fija la depresión o ansiedad de los pacientes en el 96,3%, de los que el 33,3% fue en mayor grado (77), a lo que hay que añadir que las condiciones del bienestar pueden verse condicionadas por desequilibrios mentales (78).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud considera un intervalo del 20% al 30% los individuos con LM que tienen síntomas evidentes de depresión (79). Estas diferencias son como consecuencia del tipo de instrumento utilizado, el momento de la valoración y el no diferenciar el estado bajo de ánimo y la depresión clínica.

Con estos datos queda claro que las personas que padecen LM o diferentes patologías permanentes son más propensas a tener un trastorno mental que el resto de los individuos, pero también es evidente que no afecta a todas las personas de la misma manera.

Asimismo, es necesario llevar a cabo un diagnóstico diferencial, al solaparse síntomas físicos en los pacientes personas con patologías permanentes, que puede llevar a un empeoramiento de la enfermedad si no se identifica lo antes posible (80).

Las investigaciones clínicas antiguas apoyándose en el azar y en probabilidades sin fundamento en términos científicos, se plantean que la depresión va asociada a la LM. Hay que destacar que las reacciones de las personas ante la lesión sufrida provocan en el lesionado, sentimientos de baja estima, ánimo decaído, desesperanza o miedo, que inducen al paciente a aislarse de su entorno. La depresión aparecerá en un momento u otro, variando en distintos grados de magnitud, desde la tristeza hasta incluso llegar a intentos de suicidio (81) como parte del proceso de ajuste (82).

Esta etapa se caracteriza por una tendencia al pesimismo, sin que el enfermo tenga escapatoria; son momentos en el que necesita el apoyo máximo por parte de los profesionales que le atienden, así como de su familia y amigos. Sin embargo, hay quien piensa que la depresión es una complicación secundaria que está vinculada a una serie de problemas (83-84).

Los síntomas que indican la presencia de la depresión podrían ser: trastornos en el deseo de comer, insomnio, desinterés para desarrollar cualquier actividad, fatiga, sentimientos de culpabilidad, falta de concentración, ideas de suicidio (85), menos años de educación, uso frecuente de alcohol después de la lesión, personal insuficiente para la asistencia (86-87), problemas previos a la lesión como el abuso de sustancias (88-89), divorcio o desempleo (90) entre otras.

El no manifestarse alguno de estos síntomas en una persona cuya limitación es reciente, puede ser debido a que psicológicamente existe una anomalía, si se da la circunstancia que la depresión procede de una limitación, se puede esperar que se supere con el tiempo y el apoyo necesario, por otra parte, además de manifestarse la depresión de manera verbal, también se puede expresar por medio de signos orgánicos de origen psicológico.

El estado de ánimo provocará el no querer a uno mismo, no cooperar para la recuperación y no poseer expectativas venideras.

Después de la LM se produce un avance gradual y homogéneo, por medio de fases mentales que se inician con la incredulidad adaptativa al estado de ánimo deprimido y finaliza con la adecuación del individuo al traumatismo (19).

Tradicionalmente, la depresión ha sido la variable psicológica más estudiada en los individuos con LM, gran parte de los estudios se han ejecutado basados en el punto de vista de la psicopatología y han tenido como centro las enfermedades psicológicas de los pacientes con LM (91-93). Ante esta situación, sería más conveniente la investigación del trastorno mental desde la óptica biopsicosocial, que estima que la manera de proceder del lesionado medular está muy relacionada con el estado emocional asociado (91). Asimismo, también se ha hecho su análisis como exponente de adecuación a la LM (94-97), con el nivel de actividad (98) o con aspectos neuropsicológicos (99).

En las investigaciones sobre la depresión, McColl (100) presenta información sobre el desarrollo epidémico actual en la que recoge que la repercusión de la LM se acentúa en las señoras de alrededor de 60 años, asimismo, considera que hay una evidente relación entre el tiempo que lleva con la discapacidad y los efectos psicológicos del envejecimiento. Este autor divide las dificultades en tres categorías, por un lado, los problemas del ámbito médico, por otro las referentes al entorno psicológico y por último, las relacionadas con cuestiones ambientales.

Con relación a la influencia de los distintos estados civiles, hay estudios que enlazan el vivir en pareja con grados más bajos de depresión, por lo que respecta a los sujetos sin pareja los efectos depresivos se conservaban estables. Romper la pareja, no empeoró el bienestar social, no obstante, se observó que las viudas tenían peor salud y mayor depresión que los viudos; en lo referente a mujeres separadas tenían mayor satisfacción con la vida que los hombres separados, por lo tanto, en lo concerniente al sexo los individuos con LM viven la ruptura de la pareja de forma distinta.

Igualmente se realizaron investigaciones que indican que con el ejercicio físico disminuían los niveles de depresión (101-102), lo que implica mayores oportunidades para poder trabajar y por ende un incremento de placer en la vida diaria.

Se encuentra una elevada cifra de investigaciones que formulan la asociación entre la depresión y el dolor posterior a padecer una LM. Una investigación sobre este tema pone de relieve que el dolor después de la LM está relacionada con una alta depresión (103), al igual que niveles altos de dolor en los cinco años posterior al alta hospitalaria como consecuencia de una LM, es un factor probable para sufrir depresión (104).

La rehabilitación debe de abrirse paso porque muchos lesionados medulares presentan depresiones, debido a que quieren ver cambios rápidos en su autonomía, ya que la depresión

limita las actividades y la participación en la sociedad. Algún estudio encontró mayor depresión de los 25 a los 49 años en los pacientes que tenían poca independencia funcional, por lo que tendrían mayor probabilidad de caer en una depresión que afectaría a su calidad de vida (105). Investigaciones precedentes se han orientado en la causas de los trastornos mentales por LM para evitar quitarse la vida voluntariamente (106), ya que, por ejemplo, las tasas que se producen en Estados Unidos por este motivo, entre los ciudadanos que padecen LM, se sitúan entre dos y seis veces mayor que en la población general (107).

1.7 Estrés y afrontamiento

Dentro de la literatura científica son muchas las estrategias que se emplean para el dictamen de los trastornos mentales a fin de aclarar las cuestiones indicadas a continuación (108):

- Constatar su interés clínico, es decir, si es fiable y válido para el diagnóstico clínico, ya que hay que diferenciar el estado afectivo deprimido y el trastorno mental clínico.
- Determinar las variables para valorar si consiste en un trastorno mental mayor o una conducta depresiva.
- Confirmar si tienen características propias para evaluar la alteración del comportamiento mental o universal para medir los desórdenes psíquicos añadiendo mediciones de depresión.
- Comprobar si cada instrumento a analizar es idóneo para evaluar a las personas con LM o no es posible diagnosticar de manera diferencial.

La apreciación de los trastornos mentales en los lesionados medulares implica acotaciones notables, se pueden encontrar multitud de casos positivos, teniendo en cuenta que la sintomatología que se evalúa mediante autoinformes se asocia a la misma discapacidad, lo que nos obliga a comparar los resultados de dichos autoinformes con acciones según el proceder del lesionado como el tiempo de estancia, autocuidado, avances en la rehabilitación y una conveniente psicofisiología (109).

Por otro lado, al suponer la LM conforme a un suceso separado es probable que lleve a la equivocación, ya que el trastorno mental no dispone de causa para adherirse con el daño en sí mismo, sobre todo teniendo en cuenta las repercusiones sociales, familiares o económicas que la LM implica. Como indica Ibañez en 1984 (110), se ha olvidado que la depresión ante determinadas situaciones tiene, como mínimo, un fuerte componente emocional, lo que ha supuesto desde la perspectiva clínica, que se haya dejado de lado dicho componente y se haya dado más interés a la patología de la depresión.

Ante la ausencia de instrumentos específicos para evaluar la depresión en pacientes con LM, se han realizado algunos estudios para estimar las propiedades psicométricas de algunos cuestionarios, así, se ha destacado que al menos 10 de los instrumentos utilizados normalmente, muestran datos sobre dichas propiedades en pacientes con LM (111), de esta manera no sería necesario desarrollar instrumentos específicos para personas con LM.

Para el análisis de la acomodación a la LM, se tienen en cuenta dos puntos de vista, el modelo de las etapas y el modelo de las diferencias individuales (112-113), el primero indica que el paciente sufre distintas etapas y resuelve las dificultades psíquicas de cada una de ellas hasta adaptarse a la LM, no se sabe el total de fases ni la disposición en que se producen y tiene lugar un crecimiento de información que se opone a la presencia de solamente un desarrollo de adecuación a la LM.

Frente a los estudios de las etapas se sitúa el modelo de las diferencias individuales, que postula que el desarrollo de adecuación a la LM no es uniforme y no sigue una cadena de etapas. Algunos autores (113-114) aseguran que no hay solamente un temperamento del LM y que no existe asociación de la importancia de la lesión con el desequilibrio de la personalidad, se hace especial referencia a las variables psicológicas y a la individualidad.

Además de la depresión, hay otros trastornos psicológicos que pueden manifestarse de manera conjunta, tras una LM, como la ansiedad, la angustia post-traumática y el uso de sustancias dañinas. En la tabla nº 2 se refleja la información de los indicadores personales y comunitarios anteriores a la LM, así como los que encadenan el desarrollo de adecuación con los parámetros que intervienen a lo largo del procedimiento y por último los estudios que analizan los resultados de adaptación.

Variables analizadas en el procedimiento de adecuación a la LM		
Situación previa	A lo largo del proceso	Consecuencias adaptación
Posición biológica y mental previa.	Reacciones psicológicas (depresión , ansiedad, negación).	Bienestar (salud, trabajo, social, ocio, etc.).
Condiciones ambientales (sociales, económicas...).	Indicadores de identidad, locus de control, autoestima, evaluación cognitiva y habilidades de afrontamiento.	Satisfacción percibida.
Consustancial a la LM (tipo, causa, severidad, barreras funcionales).	Cualidades ambientales (barreras arquitectónicas y sociales, apoyo de la sociedad).	Índices de adaptación psicológica (ansiedad y depresión).

Tabla nº 2. Variables analizadas en el procedimiento de adecuación a la LM. Elaboración propia a partir de Martz et al. (115).

En conclusión, se puede afirmar que las personas con inquietud, angustia post-traumática y que consumen drogas tienen más probabilidad de padecer depresión después de sufrir una LM y no es posible demostrar la aparición de los efectos indicados por coincidir los síntomas con los variados trastornos psicológicos.

Referente al afrontamiento se puede definir como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (116). A pesar de las limitaciones que tiene esta definición para referirse a las diferencias individuales, es importante la aportación del modelo para determinar el concepto de afrontamiento.

Para evaluar el afrontamiento, se empieza a tener en cuenta los actos específicos en un contexto preciso, para ser capaz de poder conocer las variaciones según las solicitudes y las circunstancias que le rodean. El instrumento inicial utilizado, por medio de la elaboración de autoinformes, es el *Ways of Coping* (WOC) de Folkman y Lazarus (117-118). En esta línea se han creado instrumentos propios como la *Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares de Aguado* (EMELM) (119-121), para evaluar de manera general a las personas con LM, en la que se incluyen datos clínicos de medicina y fisioterapia, de cuidados de enfermería, de actividades de la vida diaria, del entorno social, así como datos psicológicos. Con este modelo, se utilizan formularios para estimar el locus de control, la sociabilidad, la depresión y la resistencia.

Asimismo, varios estudios validan otros modelos como el *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales* y el *Cuestionario de Rememoración de Estrategias de Afrontamiento*, creados los dos por Pelechano (122-124), obteniendo unos resultados fiables para evaluar el afrontamiento y utilizarlos de manera específica en el área de salud.

Estos formularios ambos de 81 ítems, valoran las habilidades de afrontamiento, tanto actuales como pasadas, que se utilizan para controlar el estrés que conllevan las enfermedades crónicas independientemente del nivel de gravedad que tengan. Se validan los cuestionarios para situaciones específicas en función de las distintas acciones estresantes y así evitar resultados inadecuados fuera de contexto.

El locus de control y la manera de explicar las cosas también se dan en el desarrollo de aclimatación a la LM. Gran parte de las investigaciones publicadas encuentran relación entre los trastornos mentales en pacientes con LM y la percepción del sujeto de que los sucesos

pasan como consecuencia de la fortuna, la suerte o el destino (125-126). Otras investigaciones analizan la relación entre la depresión y que el individuo piense que es responsable de tener la LM, es decir tenga un sentimiento de culpabilidad (127-128), llegando a identificar la autculpabilización, pero no detectan relación entre la depresión y responsabilizar a los demás de la LM.

Se puede concluir que, por un lado, existen variables psicológicas y sociales que se manifiestan como antesala a la depresión tras la LM (uso de bebidas alcohólicas, inquietud, nerviosismo post-traumático, o el locus de control externo), sin embargo, otras variables se estiman como protectoras (locus de control interno, ayuda comunitaria, alta autoestima o extraversión). En la tabla nº 3 se han sintetizado los diversos componentes que forman parte de la condición angustiosa de la LM en función de las fuentes del estrés, el origen mixto del acontecimiento de agobio y la magnitud objetiva y subjetiva.

La naturaleza estresante en la lesión medular		
	Dimensiones del suceso estresante	Respuesta
Múltiples fuentes de estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Modificaciones orgánicas y fisiológicas. - Contexto hospitalario y terapias médico-rehabilitadores. - Entorno socio-familiar. 	Impacto multidimensional
El origen mixto del acontecimiento de agobio	<ul style="list-style-type: none"> - Acontecimiento vital (afectación severa con grandes modificaciones). - Estrés diario (molestias en el desempeño de los procesos de la vida diaria). 	Respuesta individual de ansiedad
Dimensión objetiva y subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida objetiva de movilidad, sensibilidad y funcionalidad. - Valoración subjetiva de la pérdida (significado personal de la incapacidad). 	
Eje temporal: fase aguda		Fase crónica o de larga evolución

Tabla nº 3. La naturaleza estresante de la LM. Elaboración propia a partir de Rueda y Aguado (26).

En los últimos decenios se ha destacado la conveniencia por la investigación de las conmociones y la satisfacción física, se afirma que el estrés puede repercutir de manera negativa en la vitalidad, por este motivo es primordial la investigación de las formas de afrontar la LM. Un mismo suceso no produce el mismo estrés en todos los sujetos y tampoco emplean las mismas habilidades de afrontamiento, el estrés ocasionado ante la aparición repentina de

la LM, puede proceder de distintos orígenes (114) así como: su propio cuerpo debido a las alteraciones producidas por la lesión, la hospitalización y los tratamientos médicos que se le realizan y por último el entorno social al que está sometido el paciente, todos estos factores estarán presentes a lo largo de su vida.

En resumen, la conexión entre los trastornos mentales y las habilidades para afrontar la LM, se puede plantear en tres puntos:

- La programación activa basada en la solución de problemas conllevará un menor nivel de trastorno depresivo.
- Las habilidades pasivas y basadas en la expresión sentimental derivarán en un aumento de angustia.
- Las habilidades del conocimiento como la remodelación de valores y el conjunto de ideas de la persona, se corresponderán con un nivel inferior de depresión.

Las estrategias de los sujetos de inferior edad con LM acostumbran a ser distintas de las utilizadas por las personas de mayor edad, por lo que parece claro que el LM puede realizar modificaciones en función de la situación o necesidad del momento. Es evidente que la adaptación es un procedimiento dinámico mediante el cual el individuo se tiene que ir adaptando según el devenir de su vida.

Una persona que tiene que hacer frente a una LM, se encuentra en una situación muy dolorosa, teniendo que enfrentarse a multitud de miedos y vivir una vida muy deteriorada. La manera en que un lesionado medular afronta la situación depende de la importancia que le dé a la lesión, de su vida desarrollada hasta ahora y, lo más importante, los medios para el afrontamiento de los que pueda disponer para luchar ante la situación sobrevenida (129).

Aunque el afrontamiento ha tenido mucha popularidad en la literatura científica, hay una falta enlace o conexión entre las teorías, las formas de evaluación y los resultados obtenidos, además de un enorme desorden sobre su significación y desarrollo en el procedimiento de adecuación (130-133).

2. Justificación

Son muchas las preguntas sin responder sobre la aparición de trastornos mentales después de padecer la LM y su influencia en el desarrollo de adaptación, así como las cuestiones que atañen o no a la transformación, por ello, con el presente proyecto se pretende determinar y

analizar las estrategias de afrontamiento en los sujetos con LM, así como estudiar la relación de dichas estrategias con otras variables como la depresión.

El objetivo está basado en un proyecto con diseño observacional y en el estudio de las variables que pueden intervenir, en mucha o escasa dimensión, en la aplicación de un adecuado afrontamiento ante la situación traumática que se padece.

Es evidente que tras una LM se produce un fuerte impacto psicológico que va cambiando con el paso del tiempo, se producen consecuencias emocionales y psicosociales que desembocan en depresión, por lo que la adaptación a la lesión es complicada.

De manera previa se comprueba, desde una perspectiva científica, que los mecanismos empleados para estimar la depresión y el afrontamiento son los apropiados para las personas que padecen LM. Se utilizan cuestionarios para conocer no solamente las estrategias de afrontamiento sino también las distintas variables que las condicionan, es necesario elaborar un cuestionario que describa de forma acertada los comportamientos de afrontamiento concretos, de esta forma, se consigue crear unas estrategias apropiadas para el afrontamiento de las personas que sufren LM.

Algunos autores consideran que se ha prestado poco interés a los aspectos específicos del afrontamiento en el campo sanitario (134) (123).

Las personas con LM son cada vez más activas en su rehabilitación e integración, lo que implica destinar más recursos para la implantación de programas y conseguir el bienestar apropiado, esto plantea nuevos retos al personal de enfermería como elevar los estudios de los factores psíquicos y de las estrategias para afrontar la LM. Este proyecto se plantea en esa dirección y de esta manera poder ampliar información sobre dichas cuestiones.

Es importante que mediante la labor de enfermería sea posible detectar de manera precoz los síntomas de la depresión para poder aportar un buen apoyo psicológico, ya que las necesidades del paciente en esta situación son grandes.

El efecto que tiene la LM sobre la persona y los familiares que la comparten, provoca que se tenga un gran interés desde la perspectiva sanitaria y de sociedad, además, hay que añadir el alto coste personal, social y económico que implica, por lo tanto, su estudio científico parece acreditado.

Proyecto de investigación observacional

Objetivos

Ante la falta de instrumentos apropiados para la valoración psicológica de los sujetos con LM, se han adaptado cuestionarios en el marco de la EMELM, basados en el modelo de las diferencias individuales mediante los cuales se da gran importancia a las variables psicológicas, destacando el afrontamiento y su relación con la depresión.

1. Objetivo

Determinar y analizar las estrategias de afrontamiento en las personas con LM, así como estudiar la relación de dichas estrategias con otras variables como la depresión.

2. Objetivos específicos

1. Precisar las diferencias en las habilidades de afrontamiento de la LM, según el tipo, nivel o fecha de aparición del traumatismo.
2. Constatar si los grados de trastorno mental varían en función de factores sociodemográficos y clínicos.
3. Conocer si las estrategias de afrontamiento presentadas se asocian con la calidad de vida percibida por el paciente.

Metodología

1. Diseño del estudio

El plazo que se considera para el estudio es de doce meses, concretamente se inicia en el mes de febrero de 2020 y finalizará en enero de 2021. Se tratará de un estudio observacional correlacional y transversal, que tiene por objeto determinar en un determinado momento del tiempo sin que haya prolongación del mismo, las estrategias de afrontamiento de los sujetos con LM y su influencia por otros factores psíquicos no derivados del sufrimiento de la lesión.

El estudio irá enfocado a registrar los datos obtenidos del comportamiento de las variables que intervienen como condicionante en las estrategias de afrontamiento, sin la intervención por parte del investigador, por este motivo se ha elegido el diseño indicado.

2. Sujetos de estudio

La investigación se realizará en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, centro innovador y experimental en la terapia de lesionados medulares, atiende cada año a más de 250 personas provenientes de distintos puntos de España.

La población diana, en este caso, son las personas que sufren LM de cualquier tipo, causa o nivel y se encuentran ingresadas en el centro hospitalario que acaten los principios de inclusión y que no muestren ningún criterio que les pueda impedir su participación de los indicados a continuación, así la realización del muestreo a estudiar se hará según un criterio no probabilístico de conveniencia, en función del cumplimiento de los requisitos indicados, puesto que se busca a personas que tengan mucha información y dispuestas a transmitirla al investigador.

Para calcular la cifra de individuos precisa para materializar el estudio, ya que se conoce el total de la población, se opta por la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \alpha \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \alpha \times p \times q}$$

Donde:

- N = Total de la población (250).
- $Z^2 \alpha = 1,96^2$ (seguridad 95%).
- p = proporción esperada (5%).
- q = 1-p (1-0,5=0,95).

- d = precisión (5%).

Se obtiene un resultado de 57 pacientes con LM, cifra que representa a las personas propuestas para el estudio.

Los **criterios de inclusión** para la obtención de la muestra son los siguientes:

- Individuos con LM que padezcan la misma, por lo menos, desde hace un año.
- Edad entre 20 y 60 años.
- Que haya variabilidad de causas de la lesión.
- Disponibilidad de la historia clínica.
- Con perfecto conocimiento del idioma.

Por otro lado, como **criterios de exclusión** se pueden enumerar las siguientes:

- Causas de la LM congénitas.
- Que tengan ventilación asistida.
- Que tengan problemas mentales.
- Pacientes que abandonan la rehabilitación.

3. Variables

Las variables a tener en cuenta para este estudio de investigación se dividen en tres categorías: sociodemográficas, clínicas y psicológicas.

- Variables sociodemográficas:

- Edad: referida al momento de realizar la prueba, distinguiendo tres grupos; de 20 a 30 años, de 31 a 45 años y de 46 a 60 años. Esta variable es del tipo cuantitativa discreta y se utiliza un formulario para la recopilación de datos.
- Sexo: puede ser femenino o masculino, del tipo cualitativa nominal y se utiliza una ficha para su recogida.
- Estado civil: del tipo cualitativa nominal, referida a las personas solteras, casadas, separados o viudos y pareja de hecho, se identifican los datos por medio de ficha de recogida de información.
- Lugar de residencia: se considera como resultado dos valores, urbano o rural, del tipo cualitativo nominal y se utilizan una ficha para la recogida de datos.

- Nivel académico: se especifican cuatro valores de esta variable, estudios primarios (CEP, GE, Bach. Elemental, EGB, FPI) estudios medios (bachillerato, COU, PREU, ESO o FPII), diplomaturas y estudios superiores. Del tipo cualitativa nominal y se obtienen los datos a través de la cumplimentación de una ficha.
- Nivel profesional: se incluyen las categorías de estudiante, ama de casa y evaluación baja, media y alta. Variable cualitativa nominal y se recopilan los datos a través de la confección de una ficha personal.
- Ocupación: se especifican las clases de estudiante, ama de casa, con trabajo, en paro, jubilado, retirado u otras. Es una variable cualitativa nominal y se recogen los datos a través de la ficha personal.

La recopilación de datos, así como las mediciones de estas variables se han realizado por medio del **cuestionario de identificación o ficha personal**.

- Variables clínicas:

- Tipo de LM: según el nivel puede ser paraplejia o tetraplejia y en base a la extensión, completa o incompleta. Variable del tipo cualitativa nominal y se utiliza una ficha para la toma de datos.
- Etiología: toma los valores de desconocida, percance de tráfico, eventualidad laboral, atlética u otros, afecciones y demás motivos. Se considera una variable cualitativa nominal y se obtiene la información a través de la cumplimentación de una ficha de datos.
- Nivel de lesión: variable cualitativa nominal y se obtienen los valores de cervical, dorsal, lumbar y sacro; se recoge la información a través de la correspondiente ficha de toma de datos.
- Tiempo de hospitalización: se consideran los meses que se permanece en el hospital, es una variable cuantitativa y se utiliza una ficha para la recogida de datos.
- Número de reingresos: se contabilizan los ingresos padecidos por el paciente desde el momento que contrae la LM teniendo en cuenta las revisiones, es una variable cuantitativa y la información se obtiene a través de la cumplimentación de la ficha personal.
- Causas de reingresos: toma los valores de ninguno, operación con cirugía, enfermedad en la orina, de la piel, rotura de hueso, exploraciones y demás combinaciones o causas. Es una variable cualitativa nominal y se recogen los datos por medio de ficha de datos.

La medición de estas variables se ha realizado a través del **cuestionario de identificación o ficha personal**.

- Variables psicológicas:

- Motivación: considerada desde un punto de vista clásico como el grupo de procedimientos que intervienen en la puesta en marcha, gestión y perseverar en el comportamiento (135). Se pueden producir cuatro tipos de motivación como sobrecarga de trabajo, indiferencia laboral, autoexigencia en lo que se refiere al trabajo y motivación positiva, además de dos factores de ansiedad como impedir el nerviosismo y reacción de activación y actuación ante el nerviosismo.

Es una variable cualitativa nominal y valorada a través de la **escala de motivación y ansiedad de ejecución (MAE)**, de Pelechano (136), en el que se recogen 72 elementos con unas cuestiones referentes a maneras de razonar, percibir y actuar ante diversas eventualidades, aplicando a uno mismo la opción que se considere (SÍ o NO) de cada afirmación. Para analizar los resultados se utiliza una estrategia factorial.

- Locus: se concreta como el nivel sobre el cual un individuo conoce los efectos conforme con su comportamiento y alude a la confianza que posee un sujeto de manera que su contestación contribuirá o no para alcanzar el esfuerzo (137).

Es una variable cualitativa nominal y los datos se recogen mediante el **formulario de locus de control**, de Pelechano y Báguena (138), formado por 87 ítems con cuatro niveles de respuesta (A, B, C, D), según la opinión que merezca la cuestión planteada. Esta escala está compuesta por siete elementos de primera categoría, un elemento general y tres de segunda categoría, para determinar la calidad de vida, la complacencia con lo realizado el día a día, el rendimiento y la incorporación en la sociedad.

- Afrontamiento actual: es una variable cualitativa discreta y se recogen los datos mediante cumplimentación del **formulario de habilidades de afrontamiento actuales**, construido por Pelechano, adaptado a las personas con LM y consiste en estimar la reacción en diferentes pacientes somáticos e incurables (122-123), mediante 81 enunciados referidos a distintos hechos y formas de reflexionar que se pueden utilizar o no para hacer frente a la lesión con cuatro posibles respuestas (A, B, C, D).

Esta serie evalúa tres magnitudes, la adecuación global a la lesión, negar la gravedad e inculpar a la familia y la desesperación y rebeldía, compuestas por 16 habilidades de resistencia con elementos de primera categoría de la serie.

- Afrontamiento rememorado: es una variable cualitativa discreta, obteniendo los datos con la cumplimentación del **formulario de recuerdo de habilidades de afrontamiento**, también creado por Pelechano, (122-123), consta de los mismos ítems que el cuestionario anterior, pero con el verbo en pasado.

Dicha escala toma valores como el rechazo a uno mismo, ver la vida de manera positiva, buscar soluciones, negar la gravedad y culpar a la familia y, por último, realizar un propósito de cambio. Está formada por 14 estrategias de afrontamiento.

- La calidad de vida: se estudian los datos a través de la confección del cuestionario de la **entrevista de identificación**, donde se incluyen preguntas referentes a datos familiares, historia médica, información profesional, comunicación con los demás, relaciones sexuales, tareas de alivio, dificultades en general y, por último, ocio y diversión. Es una variable cualitativa nominal.

4. Procedimiento de recogida de datos

El programa comenzará dando a conocer la investigación al responsable del centro para solicitar su autorización y colaboración, y a partir de aquí poder contactar personalmente con las personas que padecen LM y hayan sido elegidas para colaborar en la investigación. La totalidad de integrantes elegidos serán visitados para facilitarles información completa de los objetivos del proyecto y se dará en mano la información al paciente (anexo 1) y la aceptación de colaboración (anexo 2) para su cumplimentación y aprobación.

Posteriormente se les hará entrega del cuestionario de identificación (anexo 3) y se les indicará que no van a percibir ninguna compensación económica, además de explicarles la garantía de confidencialidad y de que estos datos se utilizarán de manera anónima y solamente para este estudio.

El formulario de calidad de vida (anexo 4), será entregado de forma individual por el personal de enfermería, una vez que se han cumplimentado los anteriores, y se responderá en presencia de personal profesional.

En sesiones sucesivas se realizará la entrega del cuestionario MAE (anexo 5), el formulario de locus de control (anexo 6), el formulario de habilidades de afrontamiento actuales (anexo 7) y de rememoración (anexo 8).

El tiempo total estimado para la confección de todos los cuestionarios es de una media de cuatro horas repartidas en cinco sesiones, los pacientes que no tengan posibilidad de escribir, solicitarán ayuda del entrevistador para marcar las respuestas.

5. Fases del estudio, cronograma

El trabajo de investigación comprende tres apartados:

La **primera fase** se inició con la búsqueda de documentación, realizada en febrero y marzo de 2020, posteriormente, durante el mes de abril se expuso el planteamiento y se fijan los objetivos del estudio, a continuación, se trasladará al consejo de ética para su conocimiento y conformidad.

A lo largo de los meses de mayo y junio se desarrollará la metodología, describiendo el método para la extracción de la muestra, además de las características de los pacientes que se integrarán en la investigación, con indicación de cada una de las variables analizadas y los instrumentos utilizados para la evaluación, realizando una escueta presentación de los cuestionarios empleados y solicitando el consentimiento y permisos correspondientes. Por último, a lo largo del mes de julio se elaborará un presupuesto para conocer el coste económico que supone el trabajo a desarrollar.

En la **segunda fase**, durante el mes de agosto se repartirán los cuestionarios a los participantes que satisfagan las características para poder ser incluidos y en los meses de septiembre y octubre se realizarán las entrevistas personalizadas en varias sesiones. A lo largo del mes de noviembre se analizarán los datos obtenidos y se agradecerá a los participantes su atención.

Por último, en la **tercera fase**, a lo largo del mes de diciembre se tratarán los datos de forma estadística para valorar si se aceptan o rechazan los objetivos planteados, además se mostrarán los resultados obtenidos de la investigación según la conexión de los elementos analizados. En el mes de enero de 2021, se realizarán las conclusiones y se procederá a su difusión.

En la tabla nº 4 se incluye el calendario con la estimación del período de duración para el desarrollo del estudio.

CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN												
TAREAS	MES											
FASE I	Feb-20	Mar-20	Abr-20	May-20	Jun-20	Jul-20	Ago-20	Sep-20	Oct-20	Nov-20	Dic-20	Ene-21
Búsqueda de documentación	■	■										
Fijación de objetivos			■									
Explicación metodología				■	■							
Elaboración presupuesto						■						
FASE II												
Reparto de cuestionarios							■					
Realización de entrevistas								■	■			
Análisis de los datos										■		
FASE III												
Tratamiento estadístico											■	
Conclusiones y difusión												■

Tabla nº 4: Cronograma del estudio. Elaboración propia.

6. Análisis de datos

El examen de los resultados se lleva a cabo por medio de la aplicación estadística para las ciencias sociales IBM SPSS Statistics versión 22, mediante los siguientes procedimientos:

- Observación descriptiva de las distintas variables cuantitativas y cualitativas, calculando frecuencias acumuladas, medias y desviaciones típicas, además del grado de centralización y dispersión.
- Balance del afrontamiento pasado y actual, utilizando el índice de alfa de Cronbach.
- Analizar la relación del afrontamiento con los demás factores por medio de la fórmula de correlación de Pearson.
- Examinar la conexión entre factores cualitativos con el test Chi cuadrado.
- Pruebas de T-Student y no paramétricas para la comparación de medias.
- Análisis comparativo entre grupos de variables.
- Cotejar las diferentes medias mediante el ANOVA de un factor o el test de Kruskal-Wallis.
- Comprobación de la normalidad de los factores mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, teniendo en cuenta un nivel de confianza estadístico del 95%, este

procedimiento sirve para valorar el empleo de las pruebas paramétricas o no paramétricas.

- i) Correlaciones entre variables cuantitativas, correlación de Pearson o Spearman, en función de la normalidad de las variables contrastadas.

Aspectos éticos

Como normativa ética de buena práctica clínica se encuentra la declaración de Helsinki, además de la Ley 14/2007 de 3 de julio de investigación biomédica, en base a la cual procede remitir el estudio realizado al consejo de ética del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, para su consideración y aceptación.

Este proyecto se realiza en consonancia con cuatro principios éticos fundamentales, como son la consideración por las personas, la humanidad, la beneficencia y la equidad, además de otros principios como la obligación del experto de apoyar la vida, la salubridad, la familiaridad y la honestidad del individuo.

Los enfermos que han colaborado en la investigación lo han hecho de manera voluntaria y han sido adecuadamente informados sobre los objetivos, métodos, posibles conflictos que se puedan dar y un análisis de problemas o riesgos que pueden surgir, a través del documento para informar a los participantes (anexo 1), junto con la aceptación de colaboración (anexo 2).

Se confeccionará un documento para garantizar la intimidad y la identificación de los pacientes participantes, incluyendo los profesionales enfermeros o cualquier otro que participe en el programa, para dar cumplimiento a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales, además se les confirmará que los expedientes no se utilizarán para propósitos distintos a los indicados; los cuestionarios y demás documentación serán protegidos convenientemente por el responsable del proyecto.

Una vez informados los participantes de acuerdo con la Ley 15/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y de asegurarnos que han comprendido la información, se les facilitará la aceptación de colaboración, en el que se indicará la forma de proceder para ceder, cancelar o rectificar sus datos personales.

Una vez que se han obtenido y analizado las conclusiones se pondrán en conocimiento de la totalidad de los intervinientes en la investigación.

Limitaciones de estudio

A lo largo del estudio se han presentado una serie de limitaciones como puede ser el ámbito territorial elegido, debido a que los datos proceden de un único centro hospitalario, de esta manera se podrán obtener resultados sesgados por lo que respecta a la generalización de los mismos, además, estos sesgos podrán afectar a la validez externa.

Además, las limitaciones de la extensión de la toma de datos y la exploración basada en los primeros meses desde que se produce la lesión, ya que solamente se analizan pacientes ingresados, son causas para no confirmar los datos como definitivos, debido a que estos factores también podrán afectar a la validez externa del estudio.

Asimismo, para profundizar en el estudio es necesario hacer observaciones longitudinales y valorar elevadas muestras, tanto en la primera fase como en la evolución en un período más extenso, además, con este tipo de observaciones sería posible comprobar el aumento o disminución de la depresión o calidad de vida a lo largo de la evolución de la LM, ya que con un estudio transversal existe una gran limitación en la investigación como la comprobación de los avances en los procesos de rehabilitación y los grados de adaptación con el paso del tiempo.

Una de las principales limitaciones es la utilización de instrumentos de evaluación que no han sido contrastados para adaptarse a las personas con LM.

Bibliografía

1. Guttmann L. Historical background. In: Guttmann L ed. Spinal cord injuries: comprehensive management and research. 2 Ed. Oxford: blackwell Scientific Publications; 1976; 1-9.
2. Guttmann L. Lesiones Medulares: Tratamiento global e investigación. Barcelona: Ed. Jims; 1981 (Versión española de la 2ª ed. de Spinal Cord Injuries: Comprehensive Management and Research. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1976).
3. Mazaira J, Labarta MC, Rufo J, Romero J, Alcaraz MA, Aponte A, et al. Epidemiología de la lesión medular de 8 Comunidades Autónomas.1974-1993. Médula Espinal. 1997; 3:28-57.
4. Hughes JT. Historical review of paraplegia before 1918. Paraplegia. 1987; 25(3):168-71.
5. Moreno RM. Ética y medicina en la obra de Galeno. Dynamis. 2013; 33(2):441-460.
6. Trieschmann RB. Psychosocial adjustment to Spinal Cord Injury. In Heller B, Flhr L, Zegans L. Psychosocial Interventions with Physically Disabled Person. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1989. pp. 117-136.
7. Castro A, Bravo P. Paraplejia. Otra forma de vida. Madrid: Promociones Ediciones SANRO; 1993.
8. Montoto A, Ferreiro ME, Rodriguez A. En: Sánchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, Climent JN, Conejero JA, Flórez MT et al. Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 505-19.
9. Gifre M, del Valle Gómez A, Yuguero M, Gil A, Bosch PM. La mejora de la calidad de vida de las personas con lesión medular: La transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana desde la perspectiva de los usuarios. Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social. 2010; (18), 3-15.
10. Abberley P. El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad. En Barton L. (Comp.): Superar las barreras de la discapacidad. Madrid: Ediciones Morata; 2008. pp. 34-50.

11. Saprú HN. Spinal Cord: Anatomy, Physiology, and Pathophysiology. En: Kirshblum S, Campagnolo DI, Delisa JA. Spinal Cord Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p. 5-26.
12. Alcobendas M. Conceptos generales sobre el síndrome de lesión medular. En: Esclarín A, ed. Lesión Medular. Enfoque multidisciplinario. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 3-10.
13. Ditunno JF, Young W, Donovan WH. American Spinal Injury Association/International Medical Society of Paraplegia (ASIA/IMSOP). The international Standards Bloklet for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. Paraplegia. 1994; 32:70-80.
14. American Spinal Injury Association – ASIA. Standards for Neurological Classification of SCI Worksheet. ASIA Store; 2006. Disponible en: www.asiaspinalinjury.org/publications/2006_Classif_worksheet.pdf
15. Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised 2011). J Spinal Cord Med. 2011; 34(6):535–546.
16. National Spinal Cord Injury Statistical Center. Abril 2019, NSCISC Birmingham, Alabama: 2019 [Citado 18 nov 2019]. Disponible en: www.nscisc.uab.edu.
17. Daniels L, Worthingham C. Técnicas de balance muscular. 9º Edición. Barcelona: Elsevier España S.L; 2014.
18. Kirshblum S, Donovan WH. Neurologic Assessment and clasificación of Traumatic Spinal Cord Injury. Kirshblum S, Campagnolo DI, Delisa JA, eds. Spinal Cord Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. 82-85.
19. Aguado AL, Alcedo MA. Las personas con discapacidad física. En Verdugo MA. Ed., Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid: Siglo XXI Editores; 1995. pp. 145-184.
20. Fabregat JS. Lesiones traumáticas de la médula espinal. En MAPFRE. Jornada sobre daño medular: retos médicos y sociales. Madrid: MAPFRE; 2007. pp. 3-35.

21. Franceschini M, Di Clemente B, Rampello A, Nora M, Spizzichino L. Longitudinal outcome 6 years after spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*. 2003; 41(5), 280-285.
22. Ones K, Yilmaz E, Beydogan A, Gultekin O, Caglar N. Comparison of functional results in non-traumatic and traumatic spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*. 2007; 29(15), 1185-1191.
23. Instituto Nacional de Rehabilitación. Análisis Situacional de la Salud en Rehabilitación. Oficina de Epidemiología-INR. Lima. 2015.
24. Jubala JA, Brenes G. Spinal Cord Injuries. En Van Hasselt VB, Strain PS, Hersen M. Eds., *Handbook of Developmental and Physical Disabilities*. Nueva York: Pergamon Press; 1988. pp. 423-438.
25. Bravo P. Paraplejia: Formas clínicas. *Minusval*. 1987. 55, 16.
26. Rueda Ruiz MB, Aguado Díaz A. Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. 1ª ed. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. 2003.
27. Mazaira J, Labanda F, Romero J, García M, Gambarruta C, Sánchez A, et al. Epidemiología de la lesión medular y otros aspectos. *Rehabilitación*. 1988; 32, 365-372.
28. Cenzano J. La dimensión de la Lesión Medular. En: Martín S. Coordinador. *Guía práctica para lesionados medulares*. Madrid: ASPAYM; 2002.
29. Aguado AL, Alcedo MA. Las estadísticas españolas de minusválidos físicos: Una revisión crítica. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1990; 16 (50), 507-548.
30. García J, Herruzo R. Epidemiología descriptiva de la prevalencia de la lesión medular espinal en España. *Médula Espinal*. 1995; 1 (2), 111-115.
31. O'Connor RJ, Murray PC. Review of spinal cord injuries in Ireland. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*. 2006; 44(7), 445-448.

32. Cripps RA, Lee BB, wing P, Weerts E, Mackay J, Brown D. A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. *Spinal Cord*. 2011; 49(4), 493-501.
33. De Lisa J. *Physical Medicine & Rehabilitation Principles and Practice*. Fourth edition: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; Vol. 2. p. 1715-1751.
34. Aguado AL, Alcedo MA. Las personas con discapacidad física. En Verdugo MA. (Dir). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1992a. pp. 145-184.
35. Jabbour P, Fehlings M, Vaccaro AR, Harrop JS. Traumatic spine injuries in the geriatric population. *Neurosurg Focus* 2008; 25:e16.
36. Hsieh CH, DeJong G, Groah S, Ballard PH, Horn SD, Tian W. Comparing rehabilitation services and outcomes between older and younger people with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013; 94 (Suppl 4):S175-86.
37. Wyndaele M, Wyndaele JJ. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord* 2006; 44: 523-9.
38. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59:255-63.
39. Furlan JC, Hitzig SL, Craven BC. The influence of age on functional recovery of adults with spinal cord injury or disease after inpatient rehabilitative care: a pilot study. *Aging Clin Exp Res*. 2013; 25:463-71.
40. Fassett DR, Harrop JS, Maltenfort M, Jeyamohan SB, Ratliff JD, Anderson DG, et al. Mortality rates in geriatric patients with spinal cord injuries. *J Neurosurg Spine*. 2007; 7:277-81.
41. Van den Berg ME, Castellote JM, Mahillo-Fernandez I, de Pedro-Cuesta J. Incidence of nontraumatic spinal cord injury: a Spanish cohort study (1972-2008). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2012; 93(2), 325-331.

42. Plataforma de comunicación de la Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo. Lesiones medulares en los últimos 10 años. [Citado 2 dic 2019]. Disponible en: <http://www.infomedula.org>.
43. Kirshblum SC, Priebe MM, Ho CH, Scelza WM, Chiodo AE, Wuermsler LA. Spinal cord injury medicine 3. Rehabilitation phase after acute spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2007; 88, 562-70.
44. Wuermsler LA, Ho Ch, Chiodo AE, Priebe MM, Kirshblum SC, Scelza WM. Spinal cord injury medicine 2. Acute care management of traumatic and nontraumatic injury. Arch Phys Med Rehabil. 2007; 88, 555-61.
45. Dietz V. Body weight supported gait training: from laboratory to clinical setting. Brain Research Bulletin. 2009; 78(1), I-VI.
46. Fehlings MG, Theodore N, Harrop J, Maurais G, Kuntz C, Shaffrey CI et al. A phase I/II a clinical trial of a recombinant Rho protein antagonist in acute spinal cord injury. J Neurotrauma. 2011; 28:787-96.
47. Moreno V, Rodríguez FJ, Alastrue A, Stojkovic M, Erceg S. FM19G11 favors spinal cord injury regeneration and stem cells self-renewal by mitochondrial uncoupling and glucose metabolism induction. Stem cells. 2012; 30(10):2221-2233.
48. Lindvall O, Hym I. Medical innovation versus stem cell tourism. Science. 2009; 324:1664-1665.
49. Brown R. Experts warn against stem cell tourism. ABC news, Nov 23. 2009.
50. Evan Y, Snyder MD, Ph D, Yang D, Teng MD. Stem cells and spinal cord repair. N Engl J Med. 2012; 366:1940-1942.
51. Coll Costa JL, León García PA. Programa de ejercicios físicos terapéuticos para pacientes con lesiones medulares. España: Editorial Médica Panamericana; 2005.
52. Téllez Laverde DE. Propuesta de un programa de actividades básicas a domicilio para el tratamiento rehabilitador de las personas lesionadas medulares de la localidad de Ciudad

Bolívar, Bogotá Colombia. Tesis de maestría. Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Manuel Fajardo. La Habana. Cuba; 2010.

53. Itzé AA. Programa de ejercicios físicos en el domicilio para la rehabilitación del lesionado medular. Tesis de Maestría en Cultura Física Terapéutica. Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Manuel Fajardo. La Habana. Cuba; 2015.

54. Salinero Pérez M. Guía de tratamiento de fisioterapia en el lesionado medular del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. Madrid; 2002.

55. Liu K., Lu Y, Lee JK, Samara R, Willenberg R, Sera-Kraxberger I. et al. PTEN deletion enhances the regenerative ability of adult corticospinal neurons. *Nature neuroscience*. 2010; 13(9), 1075–1081.

56. Silver J, Miller JH. Regeneration beyond the glial scar. *Nature Reviews Neuroscience*. 2004; 5, 146-156.

57. Deumens R. Regeneration of descending axon tracts after spinal cord injury. *Progress in Neurobiology*. 2005; 77(1-2), 57-89.

58. Tran AP, Warren PM, Silver J. The Biology of Regeneration Failure and Success After spinal Cord Injury. *Physiological reviews*. 2018; 98(2), 881–917.

59. Dalamagkas K, Tsintou M, Seifalian, A, Seifalian AM. Translational Regenerative Therapies for Chronic Spinal Cord Injury. *International journal of molecular sciences*. 2018; 19(6), 1776.

60. Dietz V. Spinal cord injury: effects of and perspectives for treatment. *Neural Plasticity*. 2001; 8(1-2), 83-90.

61. Hopko DR, Lejuez CW, Armento MEA, Bare RL. Depressive disorders. In Hersen M, Ed. *Psychological assessment in clinical practice: A pragmatic guide*. New York: Taylor y Francis; 2004. pp. 85-116.

62. Sarason IG, Sarason BR. *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall; 2006.

63. Vázquez C, Sanz J. Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En Belloch A., Sandín B, Ramos F. (Eds.). Manual de psicopatología. Madrid: McGrawHill; 2009. pp. 233-269).
64. Vallejo, J. Clasificación de los trastornos afectivos. En Vallejo J, Gastó C. Eds., Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson; 2000. pp. 192-216.
65. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*. 2007; 6, 168–176.
66. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*. 2010; 120, 76-85.
67. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR. Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*. 2005; 58, 175-189.
68. Mazzoni SA, Boiko PE, Katon WJ, Russo J. Depression and disability in seasonal and migrant Hispanic agricultural workers. *General Hospital Psychiatry*. 2007; 29, 450-453.
69. Katon WJ. Clinical and Health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*. 2003; 54(3), 216-226.
70. American Psychological Association. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2003.
71. Evans DL, Charney DS. Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Society of Biological Psychiatry*. 2003; 54(3), 177-80.
72. Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*. 2003; 54(3), 208-215.

73. Hartkopp A, Brønnum-Hansen H, Seidenschnur A, Biering-Sørensen F. Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1998; 79(11), 1356-1361.
74. Rathore M, Rashid P, Butt A, Malik A, Gill Z, Haig A. Epidemiology of spinal cord injuries in the 2005 Pakistan earthquake. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*. 2007; 45(10), 658-663.
75. Krause JS, Coker J, Charlifue S, Whiteneck GG. Depression and subjective well-being among 97 Americans Indians with spinal cord injury: A descriptive study. *Rehabilitation Psychology*. 1999; 44(4), 354-372.
76. Williams R, Murray A. Prevalence of depression after spinal cord injury: a metaanalysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015; 96(1), 133-140.
77. Jiménez Herrera B, Serano Miranda A, Enríquez Sandoval M. Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares. *Acta Ortopédica Mex*. 2004; (2):54-60.
78. Shin JI, Chae JH, Min JA, Lee CU, Hwang SI, Lee BS, et al. Resilience as a possible predictor for psychological distress in chronic Spinal cord injured patients living in the community. *Ann Rehabil Med*. 2012; 36(6):815-20
79. Organización Mundial de la Salud, 2011. Informe mundial sobre las discapacidades [internet]. [Citado 29 dic 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/informe-mundial-discapacidad-oms.pdf>
80. Lewis WJ. Recognizing and meeting the needs of patients with mood disorders and comorbid medical illness: A consensus conference of the Depression and Bipolar Support Alliance. *Biological Psychiatry*. 2003; 54(3), 181-183.
81. Schultx I, Gatchel R. Identification, Intervention and Prevention. Springer Science & Business Media; 2006 Aug; 355(9):965-966.
82. Fullerton DT, Harvey RF, Klein MH, Howell T. Psychiatric disorders in patients with spinal cord injuries. *Archives of General Psychiatry*. 1981; 38:1369–1371.

83. Davidoff G, Roth E, Thomas P, Doljanac R, Dijkers M, Berent S, et al. Depression among acute spinal cord injury patients: A study utilizing the Zung self-rating depression scale. *Rehabilitation Psychology*. 1990; 35:171–180.
84. Elliott TR, Kennedy P. Treatment of depression following spinal cord injury: An evidence-based review. *Rehabilitation Psychology*. 2004; 49:134–139.
85. Buchanan LE, Ditunno JF Jr, Osterholm JL, Cotler JM, Staas WE Jr. Spinal cord injury: a ten-year report. *Pennsylvania Med*. 1990; 93(6), 36-39.
86. Krause JS, Coker J, Charlifue C, Whiteneck GG. Depression and subjective well-being among 97 American Indians with spinal cord injury: A descriptive study. *Rehabilitation Psychology*. 1999; 44:354–372.
87. Scivoletto G, Petrelli A, DiLucente L, Castellano V. Psychological investigation of spinal cord injury patients. *Spinal Cord*. 1997; 35:516–520.
88. Johnson RL, Gerhart KA, McCray J, Menconi JC, Whiteneck GG. Secondary conditions following spinal cord injury in a population-based sample. *Spinal Cord*. 1998; 36:45–50.
89. Kishi Y, Robinson RG, Forrester AW. Prospective longitudinal study of depression following spinal cord injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1994; 6:237–244.
90. Kalpakjian CZ, Albright KJ. An examination of depression through the lens of spinal cord injury. *Women's Health Issues*. 2006; 16:380–388.
91. Boekamp JR, Overholser, JC, Schubert, DSP. Depression Following a spinal cord injury. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1996; 26(3), 329-349.
92. Cushman LA, Dijkers MP. Depressed mood during rehabilitation of persons with spinal injury. *Journal of Rehabilitation*. 1991; 57(1), 35-38.
93. Fuhrer MJ, Rintala DH, Hart KA, Clearman R, Young ME. Depressive symptomatology in persons with spinal cord injury who reside in the community. *Archives of Physical Medicine on Rehabilitation*. 1993; 74(3), 255-260.

94. Frank RG, Elliott TR, Corcoran JR, Wonderlich SA. Depression after spinal cord injury: Is it necessary?. *Clinical Psychology Review*. 1987; 7(1), 1-20.
95. Kemp BJ, Krause JS. Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*. 1999; 21(5-6), 241-249.
96. Overholser JC, Schubert DSP, Foliart R, Forst F. Assessment of emotional distress following a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 1993; 38(3), 187-198.
97. Unlauf RL, Frank RG. A Cluster-analytic description of patient subgroups in the rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*. 1983; 28(2), 157-167.
98. McDonald MR, Nielson WR, Cameron MG. Depression and activity patterns of SCI. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1987; 68(6), 339-343.
99. Davidoff G, Roth E, Thomas P, Doljanac R. Depression and neuropsychological test performance in acute spinal cord injury patients: Lack of correlation. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 1990; 5(1), 77-78.
100. McColl MA. A house of cards: Woman, aging and spinal cord injury. *Spinal Cord: The Official Journal of the International Medical Society of Paraplegia*. 2002; 40 (8), 371-373.
101. Sweet SN, Martin Ginis KA, Tomasone JR. Investigating intermediary variables in the physical activity and quality of life relationship in persons with spinal cord injury. *Health Psychology*. 2013; 32(8), 877-885.
102. Sahlin KB, Lexell J. Impact of organized sport on activity, participation, and quality of life in people with neurologic disabilities. *PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation*. 2015; pii: S1934-1482(15)00171-9.
103. Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2009; 47(2), 108-114.
104. Hoffman JM, Bombardier CH, Graves DE, Kalpakjian CZ, Krause JS. A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011; 92(3), 411-418.

105. Hartoonian N, Hoffman JM, Kalpakjian CZ, Taylor HB, Krause JK, Bombardier CH. Evaluating a Spinal Cord Injury? Specific Model of Depression and Quality of Life. *Arch Phys Med Rehabilitation*. March. 2014; 95(3):455-65.
106. Jung-In Shin, Chan-Uk Lee, Sung-y Hwang. Resilience as a possible predictor for psychological distress in chronic Spinal cord injured patients living in the community. *Rehabilitation. Ann Med*. December 2012; 36(6):815-20.
107. Charlifue SW, Gerhart KA. Behavioral and demographic predictors of suicide after traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 1991; 72(7):488–92.
108. González Noriega M. Depresión y otras variables psicológicas en el proceso de adaptación a la lesión medular. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca; 2014.
109. Bas P, Gala FJ, Díaz M. Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de Médula espinal. *Clínica y Salud (en prensa)*. 1995.
110. Ibáñez E. Reflexiones sobre las relaciones entre depresión y cáncer. *Boletín de Psicología*. 1984; 4. 99-113.
111. Sakakibara BM, Miller WC, Orenczuk SG, Wolfe DL, SCIRE Research Team. A systematic review of depression and anxiety measures with individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2009; 47(12):841–851.
112. Brucker BS. Spinal Cord Injuries. In Burish TG, Bradley LA. Eds. *Coping with chronic disease*. Nueva York: Academic Press; 1983. pp. 285-311.
113. Aguado AL. Proceso de adaptación a la discapacidad: Modelos e implicaciones terapéuticas. Córdoba, 1-3-XI: *Anales de Psiquiatría*; 1990; 6(2):26-27).
114. Trieschmann RB. The psychological aspects of spinal cord injury. In: Golden CJ, editor. *Current Topics in Rehabilitation Psychology*. Orlando: Grune & Stratton; 1984. p. 125-37.
115. Martz E, Livneh H, Priebe M, Wuermser 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.

116. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
117. Folkman, S., y Lazarus, R.S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1988a.
118. Folkman, S., y Lazarus, R.S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 1980; 21 (3), 219-239.
119. Aguado AL, Alcedo MA. Evaluación psicológica en rehabilitación. En Ruano A, Muñoz JM, Cid C. Coordinadores. *Psicología de la rehabilitación en deficiencias y discapacidades físicas*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 1999. pp. 33-58.
120. Aguado AL, Alcedo MA, Rueda MB, Flórez MA, Gutiérrez M. Una Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares: Primeros resultados en Asturias y Euskadi. Comunicación presentada al Symposium. Evaluación en rehabilitación del IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago, 21-24-IX; 1994.
121. 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. Salamanca, 20-22-III; 1997.
122. Pelechano V. Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos (1) (2). *Análisis y Modificación de Conducta*. 1992; 18 (58), 167-201.
123. Pelechano V, Matud P, De Miguel A. Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1993; 19 (63), 91-149.
124. Pelechano V, Matud P, De Miguel A. Estrés no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1994; 20 (71-72), 311-611.
125. Craig A, Hancock K, Dickson H. Spinal cord injury: a search for determinants of depression two years after the event. *The British Journal of Clinical Psychology/The British Psychological Society*. 1994b; 33(2), 221-230.

126. Macleod L, Macleod G. Control cognitions and psychological disturbance in people with contrasting physically disabling conditions. *Disability and Rehabilitation*. 1998; 20(12), 448-456.
127. Reidy K, Caplan B. Causal factors in spinal cord injury: patients' evolving perceptions and association with depression. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1994; 75(8), 837-842.
128. Buckelew SP, Baumstark KE, Frank RG, Hewett JE. Adjustment following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 1990; 35(2), 101-109.
129. Alonso A, Pulgarin A, Gil I. Estudio cuantitativo de la colaboración científica en la Universidad Politécnica de Valencia. España. *Information Research*. 2005; 11(1):245.
130. Monat A, Lazarus S. *Stress and coping: An anthology*. Nueva York: Columbia University Press; 1985.
131. Roberts JG, Browne G, Streiner D, Bryne C, Brown B, Love B. Analysis of coping response and adjustment: Stability of conclusions. *Nursing Research*. 1987; 36(2), 94-97.
132. Aldwin CM. *Stress, coping and development*. Londres: The Guilford Press; 1994a.
133. Snyder CR. Ed. *Coping. The psychology of what works*. Nueva York: Oxford University Press; 1999.
134. Ehlers A, Stangier U, Dohn D, Gieler U. Cognitive factors in itching: Development and validation of a questionnaire. *Verhaltenstherapie*. 1993; 3(2), 112-119.
135. Good T, Brophy J. Motivación. En Good T, Brophy J. Eds. *Psicología educacional*. México: Interamericana; 1983.
136. Pelechano V. *El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*. Madrid: Fraser Ibérica, S.A.; 1974.
137. Bermúdez J, Pérez AM. Análisis procesual de la personalidad. En Ibáñez E, Pelechano V. Coordinadores. *Personalidad*. Madrid: Alhambra; 1989. pp. 83-140.

138. Pelechano V, Báguena MJ. Un cuestionario de Locus de Control (LUCAM). Análisis y Modificación de Conducta. 1983; 9(20), 5-46.

Anexos

Anexo 1: Hoja de información al paciente

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Proyecto observacional dirigido a pacientes con lesión medular con el que se pretende determinar y analizar las estrategias de afrontamiento, así como estudiar la relación de dichas estrategias con otras variables como la depresión. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas.

Se pretende recoger la información a través de la cumplimentación de cuestionarios y el posterior análisis de los resultados mediante las correspondientes escalas. Dichos cuestionarios serán elaborados con la colaboración de un profesional y bajo su asesoramiento.

La participación en este estudio es voluntaria y en cualquier momento puede renunciar a su participación y retirar el consentimiento, sin que ello le ocasione ningún perjuicio en la atención médica y el tratamiento prescrito. Serán seleccionados 57 pacientes de edades comprendidas entre 20 y 60 años que cumplan los criterios de inclusión y que no presenten ningún criterio que impida su participación en el estudio.

El tiempo estimado para rellenar los cuestionarios será de dos meses, distribuyendo el tiempo en varias sesiones a criterio del investigador. La confección de cada cuestionario supondrá unos 30 minutos.

El participante no recibirá ninguna compensación económica por colaborar en el proyecto, aunque se le hará entrega de un pequeño obsequio por su participación. Se garantizará la confidencialidad de los datos obtenidos y el tratamiento y la cesión de datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales. Asimismo, los datos de los participantes no se utilizarán para otros fines distintos a los indicados en este proyecto y serán almacenados con un código cifrado.

Puede plantear las dudas y realizar las consultas que considere convenientes, bien personalmente al investigador o a través de la dirección de correo electrónico martaalonso@hotmail.com y el investigador le responderá gustosamente.

Con la firma del consentimiento informado adjunto, se compromete a cumplir los procedimientos indicados.

Anexo 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participación en el estudio de investigación para determinar y analizar si existen estrategias de afrontamiento específicas de las personas con lesión medular o, sin embargo, vienen ocasionadas por otras variables psicológicas no derivadas del padecimiento de esta lesión, así como estudiar y analizar si hay relación entre el afrontamiento y otras variables como la depresión y el locus.

D/D^a.....con DNI.....

Manifiesto que he sido informado con claridad y veracidad del estudio indicado y se ha contestado satisfactoriamente a las dudas planteadas por parte del investigador, garantizando la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, sin que suponga riesgo alguno para mi salud.

Acepto colaborar en la aportación de datos rellenando los cuestionarios y formularios que me proporcionen, así como autorizar el acceso a los datos de mi historia clínica.

Asimismo, soy conocedor de la autonomía que poseo para retirarme u oponerme a la aportación de datos cuando lo estime conveniente sin necesidad de justificación alguna.

En Toledo, ade.....de.....

El paciente

El investigador

Fdo.:.....

Fdo.:.....

Anexo 3: Cuestionario de identificación (119-121)

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN

1. Número de orden:

2. Sexo:

- | | |
|----------|---|
| 1: Varón | 1 |
| 2: Mujer | 2 |

3. Fecha de nacimiento:

4. Estado civil:

- | | |
|--------------|---|
| 1: Soltero | 1 |
| 2: Casado | 2 |
| 3: En pareja | 3 |
| 4: Separado | 4 |
| 5: Viudo | 5 |

5. Lugar de nacimiento:

6. Residencia: Población:

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1: Menos de diez mil habitantes | 1 |
| 2: Más de diez mil habitantes | 2 |

7. Nivel cultural:

- | | |
|-------------------------------------------------------------|---|
| 1: Primario (Primarios, CEP, GE, Bach. Elemental, EGB, FPI) | 1 |
| 2: Medio (BUP, COU, PREU, ESO, FPII) | 2 |
| 3: Diplomado (Diplomaturas) | 3 |
| 4: Título superior (Licenciaturas) | 4 |

8. Estudia actualmente:

- | | |
|-------|---|
| 1: Sí | 1 |
| 2: No | 0 |

9. Nivel profesional:

- | | |
|------------------------------------|---|
| 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:

- | | |
|----------------|---|
| 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:

- | | |
|-----------------|---|
| 1: Paraplejia | 1 |
| 2: Tetraplejia | 2 |
| 3: Tetraparesia | 3 |

4: Paraparesia	4
12. Tipo de lesión:	
1: Lesión completa	1
2: Lesión incompleta	2
13. Fecha de la discapacidad:	
14. Causa de la discapacidad:	
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:	
1: Cervical	1
2: Dorsal	2
4: Lumbar	4
5: Sacro	5
6: Desconocido	6
16. Nivel de lesión 2:	
(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):	
18. Hospital: (X0: sólo un hospital; dos hospitales, combinar primer y segundo dígito):	
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:	
20. Nº de reingresos (contando revisiones):	
21. Causas de reingresos:	
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

Anexo 4: Cuestionario de calidad de vida

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA	
DATOS FAMILIARES	
1. Número de hijos:	_____
2. Trabajo del cónyuge o pareja:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
3. Estado de salud de la familia (padres, hermanos):	
1: Bueno	1
2: Regular	2
3: Malo	3
4: No procede	4
4. Estado de salud de la pareja:	
1: Bueno	1
2: Regular	2
3: Malo	3
4: No procede	4
5. Estado de salud de los hijos:	
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?:	
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?:	
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?:	
1: Ninguna	1
2: Mayor unión	2
3: Distanciamiento	3
4: Ruptura	4
5: No procede	5
9. ¿Para sus hijos?:	

1: Ninguna	1
2: Mayor unión	2
3: Distanciamiento	3
4: No procede	4
10. ¿Para sus relaciones con sus hermanos, primos?:	
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?:	
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?:	
1: Sí	1
2: No	2
13. ¿Qué piensa su familia de su discapacidad?:	
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?:	
1: Sí	1
2: No	2
16. ¿Sigue algún tratamiento farmacológico?	
1: Sí	1
2: No	2
17. Juicio estimado por su médico acerca de su recuperación:	
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:

01: Ninguno	1
02: Infección orina	2
03: Escaras	3
04: Dislocación / ruptura huesos	4
05: Enfermedad aguda (gripe, virus, etc.)	5
06: 02 y 03	6
07: 02 y 04	7
08: 03 y 04	8
09: 04 y 05	9
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?:

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?:

1: Sí	1
2: No	2

21. ¿Cuáles fueron los resultados?:

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?:

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:

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:	
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?:	
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?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
27. ¿Tiene problemas económicos?:	
1: Sí	1
2: No	2
28. ¿Tiene problemas laborales?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
29. ¿Qué puesto le gustaría desempeñar en el trabajo?:	
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?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
31. ¿Con qué frecuencia?:	
1: Cada 2-3 meses	1
2: Cada 6 meses	2

- 3: Una vez al año 3
- 4: Cada 2 años o más 4
- 5: No procede 5

32. ¿Los compañeros/as de trabajo piensan que Ud. se aprovecha de su discapacidad?:

- 1: Sí 1
- 2: No 2
- 3: No procede 3

33. ¿Qué cree que piensan sus compañeros/as de trabajo sobre su discapacidad?:

- 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?:

- 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:

- 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:

- 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:

- 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:

- 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?:

- 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?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
41. ¿Han hablado francamente sobre el sexo desde que está discapacitado?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
42. ¿Ha tenido antes de su lesión problemas en sus relaciones sexuales? ¿Cuáles?:	
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?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
44. ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
45. ¿Va a hablar con su pareja sobre lo que les pasa sexualmente?:	
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?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
47. ¿Le hubiera gustado a Vd. recibir este tipo de información?:	
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?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
49. ¿Estaría Vd. dispuesto a informar a los nuevos lesionados medulares sobre estas cuestiones?:	
1: Sí	1
2: No	2

3: No procede 3

ACTIVIDADES DE CONSOLACIÓN

50. ¿En qué religión ha sido educado?:

- 1: Ninguna 1
 - 2: Católica 2
 - 3: Protestante 3
 - 4: Otras 4
-

51. ¿Cuál es su religión en la actualidad?:

- 1: Ninguna 1
 - 2: Católica 2
 - 3: Protestante 3
 - 4: Otras 4
-

52. ¿En qué medida es importante la religión para Ud.?:

- 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?:

- 1: Sí 1
- 2: No 2

54. Explique las razones para el asociacionismo:

- 1: Ninguna 1
 - 2: Apoyo, fuerza, unión 2
 - 3: Otras 3
-

55. ¿Cree que la familia debe apoyarle en su estado actual?:

- 1: Sí 1
- 2: No 2

56. ¿Por qué?:

- 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?:

- 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?:

- 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)

00: Ninguno	0
01: Dolores de cabeza	1
02: Mareos	2
03: Desmayos	3
04: Calambres	4
05: Problemas de estómago	5
06: Pánico	6
07: Diarrea	7
08: Estreñimiento	8
09: Fatiga	9
10: Pesadillas	10
11: No puedo conservar el trabajo	11
12: Ideas de suicidio	12
13: Tensión	13
14: Problemas sexuales	14
15: Problemas económicos	15
16: Ambición excesiva	16
17: Miedo a casi todo	17
18: No veo salida a mi situación	18
19: No me gustan los fines de semana	19
20: No me gustan las vacaciones	20
21: No puedo hacer amistades	21
22: Malas condiciones en el hogar	22
23: No puedo divertirme	23
24: Dificultades de concentración	24
25: Sentimientos de inferioridad	25
26: Alcoholismo	26
27: Insomnio	27
28: Dificultades para relajarme	28
29: Drogas	29
30: Timidez	30
31: Falta de apetito	31
32: Problemas de memoria	32
33: Incapaz de tomar decisiones	33
34: Pocas ganas de vivir	34
35: Miedo a la muerte	35
36: Palpitaciones en el corazón	36

OCIO Y DIVERSIÓN

60. ¿Qué hacía cuando era más joven para divertirse?:

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
<hr/>	
61. ¿Qué hace los fines de semana?:	
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
<hr/>	
62. ¿Qué hace en las vacaciones?:	
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	
63. ¿En qué le gustaría ocupar su tiempo libre?:	
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
<hr/>	
64. Mencione cinco cosas o actividades que antes de su discapacidad hacía y le gustaba hacerlas y ahora no puede hacer?:	
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
<hr/>	

Anexo 5: Cuestionario MAE (136)

CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN Y ANSIEDAD DE EJECUCIÓN

Las siguientes afirmaciones se refieren 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 la señal de comenzar.

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Si hago algunos fallos seguidos, mi estado de ánimo se va a pique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Las tareas demasiado difíciles... las echo de lado con gusto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Frecuentemente empiezo cosas que después no termino. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Muchas veces dejo de lado mis planes porque me falta la suficiente confianza en mí mismo/a como para ponerlos en práctica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Yo podría rendir más si no me exigiesen tanto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Cuando no cumplo perfectamente con mis deberes, la crítica de los demás me produce gran ansiedad. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Estoy contento/a cuando hago trabajos difíciles por el mero hecho de hacerlos, aunque no obtenga por ello gratificación especial alguna. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Una vida sin trabajar sería maravillosa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. El trabajo es para mí un asunto especialmente importante. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Antes de dar comienzo a una tarea difícil creo, muy frecuentemente, que irá mal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Yo hago, como máximo, lo que se pide, y no más. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ya cuando iba a la escuela me propuse llegar muy lejos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Estaría también contento/a si no tuviese que trabajar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. En el trabajo que he hecho siempre he tenido ambiciosas pretensiones. SÍ NO
15. Normalmente trabajo más duro que mis compañeros/as. SÍ NO
16. El trabajo duro y el disfrutar de la vida hacen buena pareja. SÍ NO
17. Yo me haría cargo de un puesto de responsabilidad aun cuando no estuviera pagado como debiera. SÍ NO
18. Frecuentemente tomo a la vez demasiado trabajo. SÍ NO
19. Cuando hago algo, lo hago del mismo modo como si estuviera en juego mi propio prestigio. SÍ NO
20. El estar nervioso/a me aguijonea para rendir más. SÍ NO
21. Siento ansiedad cuando espero un mal resultado de una prueba o gestión que he realizado. SÍ NO
22. Logro más cosas gracias a mi aplicación que a mi talante. SÍ NO
23. Aprendo más del modo de vivir de las personas que triunfan que de mi propia experiencia. SÍ NO
24. Me siento inquieto/a si estoy algunos días sin trabajar. SÍ NO
25. Después de hacer una prueba o tomar una resolución sobre un asunto importante, estoy en tensión hasta que conozco los resultados. SÍ NO
26. Mi rendimiento mejora si espero alguna recompensa especial por él. SÍ NO
27. Sentimiento ligeros de ansiedad aceleran mi pensamiento. SÍ NO
28. Interrumpo con gusto mi trabajo si se presenta oportunidad para ello. SÍ NO
29. Una de mis principales dificultades es la ansiedad que siento ante una situación difícil. SÍ NO
30. A mayor responsabilidad de la tarea a realizar yo exigiría una mayor recompensa. SÍ NO
31. Lo más difícil, para mí, es siempre el comienzo de un nuevo trabajo. SÍ NO
32. Cuando trabajo en colaboración con otros, frecuentemente rindo más que ellos. SÍ NO

33. Pienso para mí que en este mundo hay que trabajar mucho y divertirse más, si ello es posible. SÍ NO
34. Creo que soy bastante ambicioso/a. SÍ NO
35. Nada puede distraerme en cuanto empiezo a hacer un trabajo. SÍ NO
36. Algunas veces me hago cargo de tanto trabajo que no tengo tiempo ni para dormir. SÍ NO
37. Los fracasos me afectan mucho. SÍ NO
38. Alguna vez dejo de lado gustosamente el trabajo para divertirme. SÍ NO
39. Tiendo a superarme cada vez más a mí mismo/a. SÍ NO
40. No sé por qué, pero la verdad es que trabajo más que los demás. SÍ NO
41. He sido considerado/a siempre como muy ambicioso/a. SÍ NO
42. En las ocasiones importantes estoy casi siempre nervioso/a. SÍ NO
43. Un sentimiento de tensión antes de una prueba o de una situación difícil me ayuda a lograr una preparación mejor. SÍ NO
44. En las situaciones difíciles llega a apoderarse de mí una sensación de pánico. SÍ NO
45. No me puedo concentrar cuando trabajo contra-reloj. SÍ NO
46. En las situaciones difíciles siento a veces tal ansiedad que me da casi lo mismo el resultado final. SÍ NO
47. Hago lo posible por rehuir los trabajos muy difíciles, si puedo, porque de estos fracasos me cuesta mucho salir. SÍ NO
48. Si estoy un poco nervioso/a aumenta mi capacidad para reaccionar ante cualquier circunstancia. SÍ NO
49. Con tal de hacer algo soy capaz de trabajar, aunque el pago de mi trabajo sea, a todas luces, insuficiente. SÍ NO
50. Mis amigos me dicen alguna vez que soy un/a vago/a. SÍ NO
51. Prefiero llevar muchas cosas a la vez, aunque no las termine todas. SÍ NO
52. Los demás encuentran que yo trabajo demasiado. SÍ NO

53. Aunque no sé muy bien la razón, lo cierto es que siempre ando más ocupado/a que mis compañeros/as. SÍ NO
54. El trabajo duro y continuado me ha llevado siempre al éxito. SÍ NO
55. Puedo trabajar mucho sin fatigarme. SÍ NO
56. En una situación difícil mi memoria se encuentra fuertemente bloqueada. SÍ NO
57. Si estoy en un aprieto trabajo mejor de lo que lo hago normalmente. SÍ NO
58. En principio trabajo con más ganas si tengo mucho trabajo. SÍ NO
59. Prefiero hacer trabajos que lleven consigo cierta dificultad a hacer trabajos fáciles. SÍ NO
60. El trabajo ocupa demasiado tiempo en mi vida. SÍ NO
61. Mi propia falta de voluntad se demuestra al comparar mi éxito con el éxito de los demás. SÍ NO
62. Normalmente alcanzo mejores resultados en situaciones críticas. SÍ NO
63. Trabajo únicamente para ganarme la vida. SÍ NO
64. Me importa muy poco el que los demás trabajen más duro que yo. SÍ NO
65. Cuanto más difícil se torna una tarea, tanto más me animo a hacerme con ella. SÍ NO
66. Sinceramente, encuentro que en la actualidad las personas trabajan demasiado. SÍ NO
67. Se tiene que trabajar, pero de ningún modo más de lo necesario o lo debido (hacer horas extraordinarias, por ejemplo). SÍ NO
68. Yo me calificaría a mí mismo como vago. SÍ NO
69. Muchas veces los demás exigen demasiado de mí mismo. SÍ NO
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
71. El triunfo de los demás me estimula. SÍ NO
72. Las situaciones difíciles, más que paralizarme ... me estimulan. SÍ NO

Anexo 6: Cuestionario de locus de control (138)

CUESTIONARIO DE LOCUS DE CONTROL

En las páginas que siguen se encuentran una serie de afirmaciones sobre el modo de pensar y actuar en nuestra vida cotidiana. En la hoja de respuestas se ofrecen cuatro posibilidades de respuesta para cada una de las afirmaciones. La significación es la siguiente:

A = Nunca

B = Alguna vez

C = Frecuentemente

D = Siempre

Su tarea consiste en leer atentamente cada una de las afirmaciones y señalar en la HOJA DE RESPUESTAS la alternativa que, sinceramente, refleje su opinión al respecto.

Ejemplo: Leo el periódico. A B C D

Si usted lee el periódico siempre, señale en el ejemplo la letra D

Si usted lee el periódico frecuentemente, señale la letra C

Si sólo lee el periódico alguna vez, señale la letra B

Si usted nunca lee el periódico, señale la letra A

CONTESTE, POR FAVOR A TODAS LA CUESTIONES.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS.

El objetivo que persigue esta prueba es ayudar al conocimiento de las personas. La utilización de la información dejará siempre celosamente salvaguardados los derechos que todos los seres humanos tenemos de intimidad y conocimiento personal.

MUCHAS GRACIAS.

1. Cuando hago un balance de mi vida pasada creo que me han salido más cosas mal que bien.

A	B	C	D
---	---	---	---

2. Podría contar con los dedos de la mano las veces en las que he perdido mi serenidad.

A	B	C	D
---	---	---	---

3. En el trabajo uno debe confiar en sí mismo y no en los demás.

A	B	C	D
---	---	---	---

4. Nuestro sistema social es el culpable de que fracasen tantas y tantas personas.

A	B	C	D
---	---	---	---

5. Generalmente cuando por necesidad tengo que elegir entre dos alternativas suelo tirar una moneda al aire en vez de considerar cuál puede tener en un futuro mejores consecuencias.

A	B	C	D
---	---	---	---

- | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 6. Cuando estoy con un grupo de amigos y se presenta el momento de ir a algún sitio nunca doy mi opinión para elegir el lugar pues esto siempre depende de lo que digan los demás. | A | B | C | D |
| 7. Los fallos que tengo cuando estoy realizando una tarea se deben siempre a causas ajenas a mí. | A | B | C | D |
| 8. Cuando alguna vez he perdido a algún amigo pienso que ha sido por las circunstancias que han actuado en contra de esa amistad. | A | B | C | D |
| 9. Cuando en alguna ocasión se me ha premiado o castigado ha sido porque me lo he merecido. | A | B | C | D |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 13. Cuando me propongo hacer algo, lo hago por encima de todo pese a quien pese y caiga quien caiga. | A | B | C | D |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 21. Cuando discuto con alguien, no discuto porque quiera sino porque el otro es, normalmente, exaltado. | A | B | C | D |
| 22. Yo, por mí mismo/a, no discutiría con nadie. | A | B | C | D |

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
24. El clima que haga es un factor que influye para realizar bien o no el trabajo de cada día. A B C D
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
26. Por lo que a mí se refiere, la falta de puntualidad se debe a circunstancias ajenas a mi voluntad. A B C D
27. Soy una persona que siempre se siente culpable de todo. A B C D
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
29. Cuando empiezo un trabajo y no lo termino es porque yo quiero. No por otras razones. A B C D
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
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
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
33. Lo que a menudo cuenta para obtener algún trabajo no es lo que uno sabe, sino a quien conoce. A B C D
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
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
36. Ante una situación difícil pienso que no voy a poderla resolver por mí mismo/a. A B C D
37. Si tengo que hacer algo que no posee importancia tanto me da lo que resulte de mi acción. A B C D
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
39. Haga lo que haga, las cosas que tienen que pasar pasarán. A B C D

40. Antes de tomar decisiones sobre asuntos importantes pienso detenidamente cuáles van a ser las consecuencias. A B C D
41. Mi vida se rige normalmente por aquello de que hay que vivir el hoy porque el mañana no existe. A B C D
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
43. Me gusta trabajar independientemente, así los éxitos o los fracasos se deben siempre a mí. A B C D
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
45. En mis relaciones personales y en el trabajo soy muy exigente conmigo mismo/a. A B C D
46. Soy más crítico/a conmigo mismo/a que con los demás. A B C D
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
48. Si alguna vez he ganado practicando cualquier deporte pienso que es porque puse todo mi empeño en hacerlo. A B C D
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
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
51. Cuando no hago lo que me gusta hacer, no es por mi culpa, sino por los demás. A B C D
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
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
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
55. Mi éxito en la vida depende del concepto que los demás tengan de mí. A B C D
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

57. No suelo gastar bromas porque no me siento seguro de que vayan a tener gracia para los demás. A B C D
58. Las situaciones que implican un riesgo me gustan porque ponen a prueba el dominio de mí mismo/a. A B C D
59. Yo tendría éxito si me ofreciesen la oportunidad para ello. A B C D
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
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
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
63. Si todos nosotros tuviésemos una mayor participación política creo que se resolverían muchos problemas. A B C D
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
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
66. Cuando algo me sale mal me desmoralizo fácilmente porque me han salido cosas mal antes. A B C D
67. Aprobar los exámenes es una cuestión de suerte en su mayor parte. A B C D
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
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
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
71. Cuando mantengo una discusión sea del tipo que sea no pierdo el control. A B C D
72. Cuando hago algo, sé qué efectos van a producirse en la mayoría de las ocasiones. A B C D
73. Nadie sino yo mismo/a puede juzgar lo que me pasa. A B C D

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
---	---	---	---

75. La mayoría de los problemas que tenemos se resuelven por sí mismos, si nos damos tiempo para ello.

A	B	C	D
---	---	---	---

76. Realizo acciones por las acciones mismas y no me importan las consecuencias.

A	B	C	D
---	---	---	---

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
---	---	---	---

78. La burocracia impide que seamos dueños de muchos de nuestros propios actos.

A	B	C	D
---	---	---	---

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
---	---	---	---

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
---	---	---	---

81. En mi vida personal me fío de mí mismo/a. Y de nadie más.

A	B	C	D
---	---	---	---

82. Cuando una persona tiene muchos amigos es porque los demás se fijan en ella.

A	B	C	D
---	---	---	---

83. He pasado por épocas en las que he tenido éxito y otras en las que me he sentido muy solo/a. Pensándolo bien, me parece que no he hecho nada para ello.

A	B	C	D
---	---	---	---

84. Tengo un sentido del humor tan especial que a los demás no les hace ninguna gracia.

A	B	C	D
---	---	---	---

85. Tan sólo en mi ironía con los demás me lo paso bien, a pesar de que los hiera.

A	B	C	D
---	---	---	---

86. No me gusta zaherir a los demás, pero es algo que no puedo controlar.

A	B	C	D
---	---	---	---

87. Suelo provocar malos entendidos pero no me atrevo a aclarar la situación.

A	B	C	D
---	---	---	---

Anexo 7: Cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales (122-123)

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTUALES

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. | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 2. Intento analizar el problema para conocerlo mejor. | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 3. Intento tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creo que saben sobre él. | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 4. Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema. | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 5. Pienso que, como la gripe, es una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglará todo. | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 6. Voy al médico para saber a qué atenerme. | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 7. Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando. | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 8. Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada. | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |

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
10. Después de ir al ambulatorio, visité a otro médico privado. A B C D
11. Me critico a mí mismo/a porque creo que yo tengo parte de la culpa, al menos. A B C D
12. Confío en que lo que me dicen no sea verdad. Que lo mío no puede ser eso. A B C D
13. Sigo adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado). A B C D
14. Intento resolver el problema por mí mismo/a. A B C D
15. Voy solo/a al médico y no le digo nada a mi familia. A B C D
16. Guardo para mí lo que me pasa para no preocupar a mi familia. A B C D
17. Se lo digo a mi familia para que me puedan ayudar. A B C D
18. Intento mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debe tener. A B C D
19. Me desespero y pienso que el mundo es injusto. A B C D
20. Desde que lo sé duermo más de lo habitual. A B C D
21. Desde que lo sé no puedo dormir, pero no digo lo que pasa. A B C D
22. Me siento más irritable que lo de costumbre y lo pagan los que están más cerca de mí. A B C D
23. Pienso más de una vez que la culpa la tiene mi familia, por los disgustos que me dan. A B C D
24. Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella. A B C D
25. Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona. A B C D
26. Me digo a mí mismo/a cosas que me hacen sentirme mejor. A B C D
27. Pienso que es una señal y me siento más creativo/a que normalmente. A B C D
28. Pienso que tengo que arreglar las cosas con mi familia. A B C D
29. Pienso que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada. A B C D
30. Intento olvidarme de todo. A B C D
31. Estoy cambiando; creo que estoy madurando como persona. A B C D
32. Espero a ver lo que pasa antes de hacer cualquier cosa. A B C D
33. Me desespero y lloro solo/a durante un rato. A B C D

34. Pienso que ya nada puede ser como antes. A B C D
35. He pensado un plan de acción y lo estoy siguiendo. A B C D
36. Pienso que yo soy el (la) principal responsable del problema. A B C D
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
38. Procuero hablar con los especialistas para que me digan lo que tengo que hacer. A B C D
39. Me "alejo" del problema. Me tomo unos días en los que no pienso sobre ello. A B C D
40. Intento sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...). A B C D
41. Tomo más decisiones arriesgadas que antes de que me dijeran lo que me pasa. A B C D
42. Pienso que no puede pasarme nada. A B C D
43. Pienso que, dentro de todo, tengo suerte. A B C D
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
45. Busco tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida). A B C D
46. Mantengo el tipo y "a mal tiempo", buena cara". A B C D
47. Me doy cuenta de lo que es importante en la vida. A B C D
48. He cambiado algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida. A B C D
49. Hago lo posible para que los problemas que tengo con mi familia y amigos se arreglen. A B C D
50. Evito estar con la gente. A B C D
51. No permito que la enfermedad me venza: sigo mi vida normal y evito pensar en el problema. A B C D
52. Pienso que mi vida ha cambiado radicalmente. A B C D
53. Me siento una persona lisiada. A B C D
54. Oculto a mis amigos qué me pasaba de verdad. A B C D
55. Digo lo que me pasaba a mis amigos. Así llegan a respetarme más. A B C D
56. No tomo en serio la situación: me niego a tomarla en serio. A B C D

57. Recorro a experiencias pasadas: busco entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones. A B C D
58. Sé lo que tengo que hacer, así que me esfuerzo para hacer lo que debo. A B C D
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
60. Después de pensarlo bien, me propongo un par de soluciones distintas. A B C D
61. Pienso que los médicos se han equivocado. Esas cosas no me pueden pasar a mí. A B C D
62. Lo he aceptado porque no puedo hacer otra cosa.
63. Intento que mis sentimientos y preocupaciones no interfieran con las cosas que hago todos los días. A B C D
64. Deseo cambiar lo que está ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto. A B C D
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
66. Sueño o imagino otro tiempo en el que las cosas me iban mejor. A B C D
67. Rezo. A B C D
68. Pienso que sólo Dios sabe lo que está pasando y me dan ganas de ir a una iglesia. A B C D
69. Repaso mentalmente lo que tengo que hacer y decir. A B C D
70. Pienso cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomo como modelo. A B C D
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
72. Me digo a mí mismo/a que las cosas pueden ser peor. A B C D
73. Pienso que he tenido muy mala suerte en la vida. A B C D
74. Pienso que, como soy una persona con suerte, el futuro no va a ser tan malo como parece. A B C D
75. No puedo pensar nada y estoy como ido/a. A B C D
76. Me siento como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza. A B C D
77. Pienso que no soy la única persona en el mundo con ese problema y, por ello, saldré adelante. A B C D
78. Me aferro al especialista que me ha ayudado desde el principio como un rayo de esperanza. A B C D

79. Pienso que debería haberme cuidado más antes de ahora.

A B C D

80. Pienso que, en definitiva, me habían "pasado" a lo largo de mi vida muchas cosas.

A B C D

81. Pienso que lo que me queda debe ser mejor que lo que he pasado y me propongo pasarlo mejor.

A B C D

Anexo 8: Cuestionario de rememoración (122-123)

CUESTIONARIO DE REMEMORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

A continuación se exponen una serie de acciones y modos de pensar posibles durante una situación de crisis, enfermedad o ataque que se sufre. La tarea a realizar consiste en elegir, de entre cuatro alternativas de respuesta, aquella que se corresponda con lo que usted haya hecho o pensado.

Las preguntas se refieren a los primeros días en los que usted supo que padecía de esta enfermedad o dolencia.

Ejemplo: El ser humano ha nacido para sufrir: A B C D

En la hoja de respuestas se encuentran cuatro alternativas:

A significa "en absoluto, de ninguna manera"

B significa " en alguna medida, ligeramente de acuerdo"

C significa "bastante o bastante de acuerdo"

D significa "en gran medida"

Señale, por favor, en el lugar correspondiente al "ejemplo" la letra que más se aproxime a lo que usted piensa al respecto.

LE PEDIMOS AHORA QUE RECUERDE LOS PRIMEROS DÍAS EN LOS QUE SE SINTIÓ MAL Y SE ENTERO DE LA ENFERMEDAD QUE PADECE Y CONTESTE A TODAS LAS CUESTIONES QUE LE PLANTEAMOS. SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS, POR FAVOR

EL OBJETIVO QUE PERSEGUIMOS ES PODER AYUDARLE A USTED Y A OTRAS PERSONAS QUE TENGAN PROBLEMAS SIMILARES, LOS DATOS SERÁN SECRETOS Y SERÁN EMPLEADOS SOLAMENTE PARA AYUDA DE LAS PERSONAS Y EN NINGÚN CASO EN PRESENTACIÓN DE CASOS INDIVIDUALES. SUS DATOS DE IDENTIFICACIÓN SERÁN CODIFICADOS EN ORDENADOR.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1. Me puse a pensar en lo que podía sucederme a continuación.

A	B	C	D
---	---	---	---

2. Intenté analizar el problema para conocerlo mejor.

A	B	C	D
---	---	---	---

3. Intenté tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creía que sabían sobre él.

A	B	C	D
---	---	---	---

4. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.

A	B	C	D
---	---	---	---

5. Pensé que, como la gripe, era una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglaría todo.

A	B	C	D
---	---	---	---

6. Fui al médico para saber a qué atenerme.

A	B	C	D
---	---	---	---

7. Pregunté a una persona de la que me fiaba para que me dijera qué me estaba pasando. A B C D
8. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada. A B C D
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
10. Después de ir al ambulatorio, fui a visitar a otro médico privado. A B C D
11. Me critiqué a mí mismo/a porque creí que yo tenía parte de la culpa, al menos. A B C D
12. Confié en que lo que me decían no fuera verdad. Que lo mío no podía ser eso. A B C D
13. Seguí adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado). A B C D
14. Intenté resolver el problema por mí mismo/a. A B C D
15. Fui solo/a al médico y no le dije nada a mi familia. A B C D
16. Guardé para mí lo que me pasaba para no preocupar a mi familia. A B C D
17. Se lo dije a mi familia para que me pudieran ayudar desde el comienzo. A B C D
18. Intenté mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debería tener. A B C D
19. Me desesperé y pensé que el mundo es injusto. A B C D
20. Ese día (o esos días) dormí más de lo habitual. A B C D
21. Esos días no pude dormir, pero no dije lo que me pasaba. A B C D
22. Me sentía más irritable que lo de costumbre y lo pagaron los que estaban más cerca de mí. A B C D
23. Pensé más de una vez que la culpa la tenía mi familia, por los disgustos que me dan. A B C D
24. Pensé que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella. A B C D
25. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona. A B C D
26. Me dije a mí mismo/a cosas que me hicieron sentirme mejor. A B C D
27. Pensé que era una señal y me sentía más creativo/a que normalmente. A B C D
28. Pensé que tenía que arreglar las cosas con mi familia. A B C D
29. Pensé que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada. A B C D
30. Intenté olvidarme de todo. A B C D

31. Cambié; creo que he madurado como persona. A B C D
32. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer cualquier cosa. A B C D
33. Me desesperé y lloré solo/a durante un rato. A B C D
34. Pensé que ya nada podía ser como antes. A B C D
35. Pensé un plan de acción y lo seguí. A B C D
36. Pensé que yo era el (la) principal responsable del problema. A B C D
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
38. Procuré hablar con los especialistas para que me dijeran lo que tenía que hacer. A B C D
39. Me "alejé" del problema. Me tomé unos días en los que no pensé sobre ello. A B C D
40. Intenté sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...). A B C D
41. Tomé más decisiones arriesgadas de las que tomo habitualmente. A B C D
42. Pensé que no podía pasarme nada peor. A B C D
43. Pensé que, dentro de todo, tuve suerte. A B C D
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
45. Busqué tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida). A B C D
46. Mantuve el tipo y "a mal tiempo", buena cara". A B C D
47. Me di cuenta de lo que es importante en la vida. A B C D
48. Cambié algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida. A B C D
49. Hice lo posible para que los problemas que tenía con mi familia y amigos se arreglaran. A B C D
50. Evitaba estar con la gente. A B C D
51. No permití que la enfermedad me venciera: evitaba pensar en el problema y seguir la vida normal. A B C D
52. Pensé que mi vida había cambiado radicalmente. A B C D
53. Me sentí una persona lisiada. A B C D
54. Oculté a mis amigos qué me pasaba de verdad. A B C D

55. Dije lo que me pasaba a mis amigos. Así llegaron a respetarme más. A B C D
56. No tomé en serio la situación: me negué a tomarla en serio. A B C D
57. Recurrí a experiencias pasadas: busqué entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones. A B C D
58. Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé para hacer lo que debía. A B C D
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
60. Después de pensarlo bien, me propuse un par de soluciones distintas. A B C D
61. Pensé que los médicos se habían equivocado. Esas cosas no me podían pasar a mí. A B C D
62. Lo acepté en muy poco tiempo porque no podía hacer otra cosa. A B C D
63. Intenté que mis sentimientos y preocupaciones no interfirieran con las cosas que hacía todos los días. A B C D
64. Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto. A B C D
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
66. Soñé o imaginé otro tiempo en el que las cosas me iban mejor. A B C D
67. Recé. A B C D
68. Pensé que sólo Dios sabe lo que está pasando y me dieron ganas de ir a una iglesia. A B C D
69. Repasé mentalmente lo que tenía que hacer y decir. A B C D
70. Pensé cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomé como modelo. A B C D
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
72. Me dije a mí mismo/a que las cosas podían ser peor. A B C D
73. Pensé que he tenido muy mala suerte en la vida. A B C D
74. Pensé que, como soy una persona con suerte, el futuro no iba a ser tan malo como parecía. A B C D
75. No podía pensar nada y estaba como ido/a. A B C D
76. Me sentía como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza. A B C D

77. Pensé que no era la única persona en el mundo con ese problema y, por ello, saldría adelante.

A	B	C	D
---	---	---	---

78. Me aferré a un rayo de esperanza en el especialista que me ayudó desde el principio.

A	B	C	D
---	---	---	---

79. Pensé que debería haberme cuidado más antes de ahora.

A	B	C	D
---	---	---	---

80. Pensé que, en definitiva, me habían "pasado" a lo largo de mi vida demasiadas cosas.

A	B	C	D
---	---	---	---

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
---	---	---	---